



ukb universitäts
klinikum bonn

DRG-System 2018

Kodierhilfe K001o

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:

10.07.2018 (Σ 211 Seiten [zzgl. 334 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 für ab dem

1.7.2018

aufgenommene Patienten

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, 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	9
3. Bundeseinheitliche Zusatzentgelte 2018 (ZE01 - ZE165)	ab Seite	15
4. Krankenhaus-individuelle Zusatzentgelte 2018 (ZE2018-01 - ZE2018-152)	ab Seite	79
5. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB18-10f – NUB18-152)	ab Seite	159
Schlagwortverzeichnis Zusatzentgelte und NUB	ab Seite	202
NUB-Anfragen der UKB-Fachabteilungen	Anlage	
Begleitschein für Gerinnungsfaktoren des IHT 2018	Anlage	
DIN-A3-Plakat: DRG-Arzneimittel (Patientenaufnahme ab 1.7.2018)	Anlage	

Version	K001o_2018.sla, 2018deschka0710	Ausgabedatei	K001o_2018.pdf	Seite	2
Download	www.ukb.intern/medco (Kodierhilfen)				

1. Übersicht der aktuell gültigen „Zusatzentgelte“ (ZE) und „Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (NUB); Stand: 1.7.2018

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

(Seit dem 1.1.2018 bundeseinheitlich gültige Entgelte nach DRG-Fallpauschalkatalog 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 liposomalem 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 Metallspiral (Coils) an Kopf, Hals (intra- und extrakraniell) und spinalen Gefäßen oder mit großlumigem Gefäßverschlusskörper
ZE106	Selektive Embolisation mit Metallspiral (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 Stentretriever-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	Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten
ZE163	Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten
ZE164	Gabe von pathogeninaktivierten Thrombozytenkonzentraten
ZE165	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-Proteinaseninhibitor 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 Dibotermine alfa, Implantation am Knochen
ZE2018-64	Gabe von Eptotermine alfa, Implantation am Knochen
ZE2018-65	Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Yttrium-90- oder Rhenium-188-markierten Mikrosphären
ZE2018-66	Enzymersatztherapie 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	Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII
ZE2018-138	Gabe von Fibrinogenkonzentrat
ZE2018-139	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren
ZE2018-140	Gabe von Brentuximabvedotin, parenteral

ZE2018-141	Gabe von Enzalutamid, oral
ZE2018-142	Gabe von Aflibercept, intravenös
ZE2018-143	Gabe von Eltrombopag, oral
ZE2018-144	Gabe von Obinutuzumab, parenteral
ZE2018-145	Gabe von Ibrutinib, oral
ZE2018-146	Gabe von Ramucirumab, parenteral
ZE2018-147	Gabe von Bortezomib, parenteral
ZE2018-148	Gabe von Adalimumab, parenteral
ZE2018-149	Gabe von Infliximab, parenteral
ZE2018-150	Gabe von Busulfan, parenteral
ZE2018-151	Gabe von Rituximab, intravenös
ZE2018-152	Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB18), siehe auch Kapitel 5

(Seit dem 1.7.2018 am UKB gültige Entgelte nach „Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung“ [AEB 2018, Stand 5.6.2017, Genehmigungsbefehl der Bezirksregierung Köln nach § 18 KHG und § 14 KHEntG vom 26.6.2018])

NUB18-10f	Fetoskopische Eröffnung von verengten Semilunarklappen und des Foramen ovale
NUB18-10g	Fetoskopische Therapie von fetaler supraventrikulärer Tachykardie und Kehlkopf- bzw. Luftröhrenverschluss
NUB18-10h	Fetoskopische Drainagetherapie
NUB18-10i	Verschluss von Nabelschnur- und intrafetalen Gefäßen mittels perkutaner ultraschallgesteuerter Radiofrequenzablation oder fetoskopischer Laserablation
NUB18-10j	Fetoskopischer Tracheal-Ballonverschluss bei Zwerchfellhernie und bei vorzeit. Blasensprung
NUB18-12d	Bioaktive Coils – Hydrogel-Coils
NUB18-12e	Bioaktive Coils - Aneurysmathherapie mit bioaktiven Coils, hydrogelbeschichtete Mikrospirale
NUB18-12f	Bioaktive Coils – Bioaktive Coils
NUB18-16e/f	Kiefergelenksendoprothese (Totalersatz)
NUB18-34b	Überlange Coils
NUB18-35c/d	Ereignisrekorder (Reveal@LINQ, Reveal@XT)
NUB18-40a	Arsentrioxid, parenteral
NUB18-43a-d	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße
NUB18-49a	Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovask. Behandlung intrakranieller Aneurysmen
NUB18-52e/f	Everolimus oral (bei Neoplasie)
NUB18-56a/b	Nilotinib, oral
NUB18-60	Temozolomid, intravenös
NUB18-66	Pazopanib, oral
NUB18-68a	Aszitesbehandlung mittels einer vollimplantierbaren Pumpe
NUB18-71a	Intraaneurysmales hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen
NUB18-76	Perkutane Mitralklappenanulorrhaphie mit Spange
NUB18-81a	Axitinib, oral
NUB18-85	Vemurafenib, oral
NUB18-94a-c	Trepstinil, parenteral
NUB18-95a	Therapie der Skoliose mittels magnetisch-kontrollierter Stangen
NUB18-96a	Transapikale Mitralklappenrekonstruktion durch Implantation von Neochordae (PTFE-Fäden)
NUB18-98a-d	Pomalidomid, oral
NUB18-99a	Dabrafenib, oral
NUB18-103	Posaconazol, intravenös
NUB18-106	Crizotinib, oral
NUB18-111a	Idelalisib, oral
NUB18-112	Macitentan, oral
NUB18-114a	Ustekinumab, parenteral
NUB18-119a	Riociguat, oral
NUB18-121a-c	Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung, RVAD

NUB18-122d-f	Übertragung von virusspezifischen Spender-Immunzellen nach allogener Stammzelltransplant.
NUB18-125	Endovaskuläre Mitralklappenanuloplastik mit Anuloplastie-Band
NUB18-127	Epiretinale Netzhautprothese (Argus-II-System)
NUB18-130a	Radionuklidtherapie mit Lutetium-177-markiertem prostataspezifischen Membranantigen (PSMA) bei Prostata-Karzinom
NUB18-133	Blinatumomab, parenteral
NUB18-134a	Carfilzomib, parenteral
NUB18-135a/b	Nivolumab, parenteral
NUB18-136	Pembrolizumab, parenteral
NUB18-137	Trametinib, oral
NUB18-138a/b	Ruxolitinib, oral
NUB18-141	Secukinumab, parenteral
NUB18-144a/b	Teduglutid, parenteral
NUB18-148	Isavuconazol, oral
NUB18-149	Daratumumab, parenteral
NUB18-150	Alemtuzumab, parenteral
NUB18-151	Pixantron, parenteral
NUB18-152	Implantation eines intrakardialen Pulsgenerators
NUB18-153a/b	Elotuzumab, parenteral
NUB18-155a/b	Lenvatinib, oral
NUB18-156a/b	Cabozantinib, oral
NUB18-157	Olaratumab, parenteral
NUB18-158	Selexipag, oral
NUB18-159a/b	Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung, LVAD
NUB18-160	Dinutuximab beta, parenteral
NUB18-162	Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Holmium-166-markierten Mikrosphären zur Radioembolisation
NUB18-165a/b	Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe mit Membranoxygenierung RA-PA ECMO
NUB18-166	Pertuzumab, parenteral
NUB18-167	Eribulin, parenteral
NUB18-168	Atezolizumab, parenteral
NUB18-169	Irinotecan (liposomal, pegyliert), parenteral
NUB18-170	Midostaurin, oral
NUB18-171	Inotuzumab-Ozogamicin, parenteral
NUB18-172	Ixekizumab, parenteral
NUB18-173	Externes Stabilisierungsgerüst bei Anastomose eines AV-Shunts im Rahmen der Shuntchirurgie
NUB18-174	Strömungsreduzierendes Drahtgeflecht im Koronarsinus
NUB18-175	Minimalinvasive LV-Rekonstruktion mit einem myokardialen Verankerungssystem
NUB18-176	Brodalumab, parenteral
NUB18-177	Intraaortale Ballonokklusion mit extrakorporaler Zirkulation
NUB18-178	Dupilumab, parenteral
NUB18-179a-c	Implantation einer Gefäßprothese mit integrierter Stent im Rahmen von arteriovenöser Shunt- und peripherer Bypasschirurgie
NUB18-180a-c	Koronarstent, selbstexpandierend
NUB18----	Nusinersen, parenteral

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:

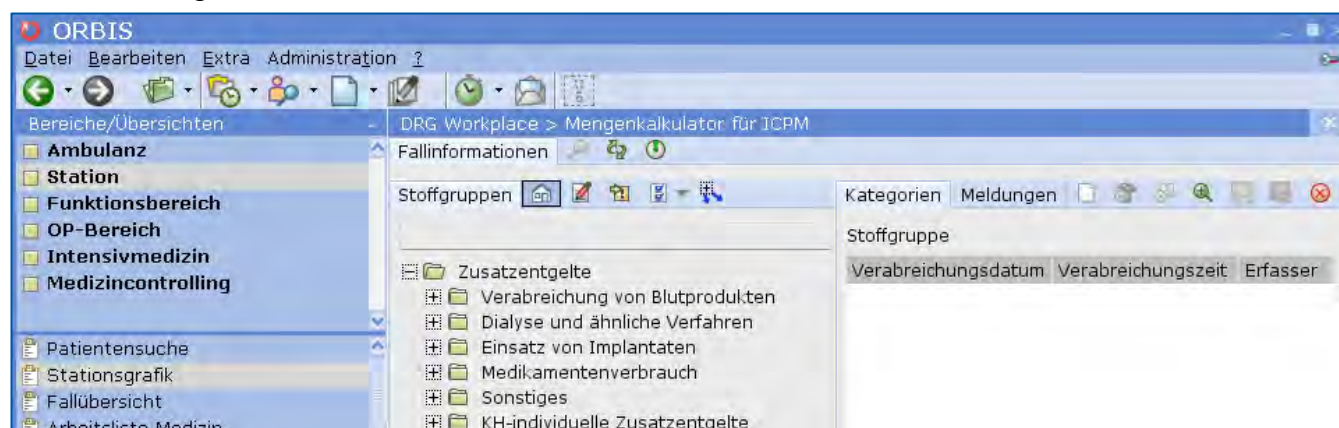
Tabelle 2: Prozeduren, die jeweils nur einmal pro stationärem Aufenthalt als Summe zu kodieren sind

- 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, Plasmabestandteilen 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:

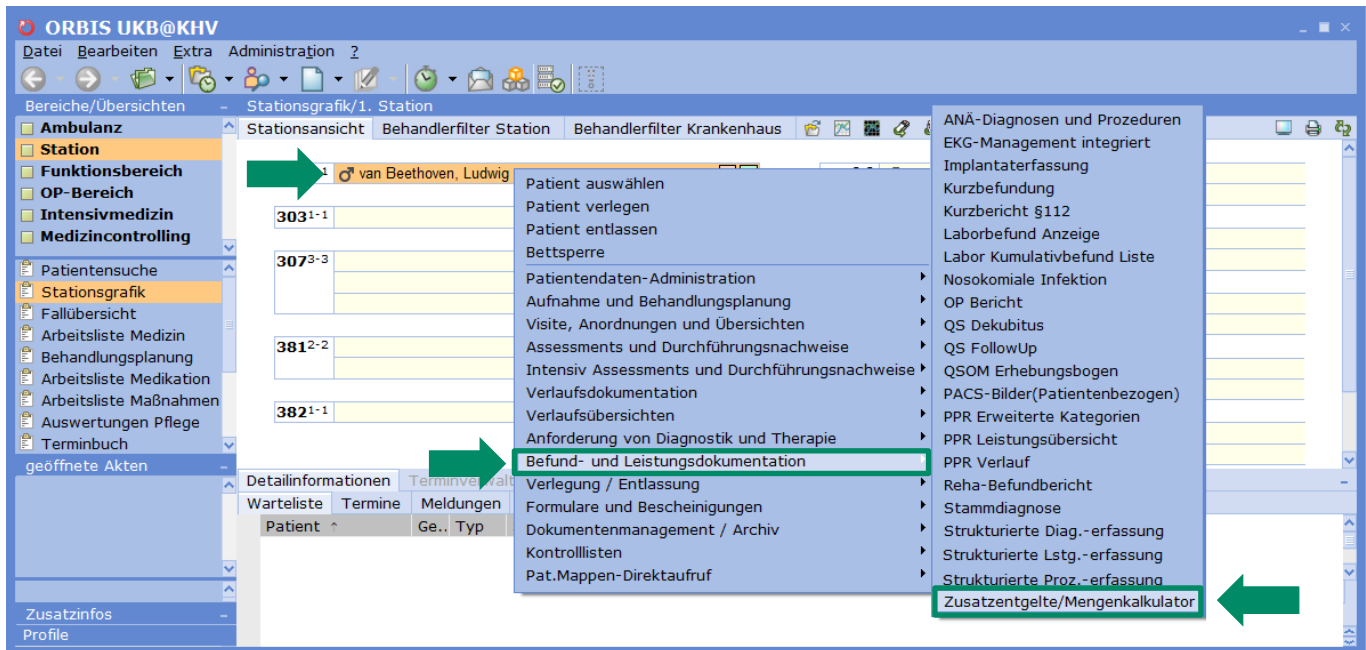


Die Information, ob ein Zusatzentgelt oder NUB über den „Mengenkalkulator“ erfasst werden muss, finden Sie in den Kapiteln 3, 4 und 5 dieser Kodierhilfe.

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

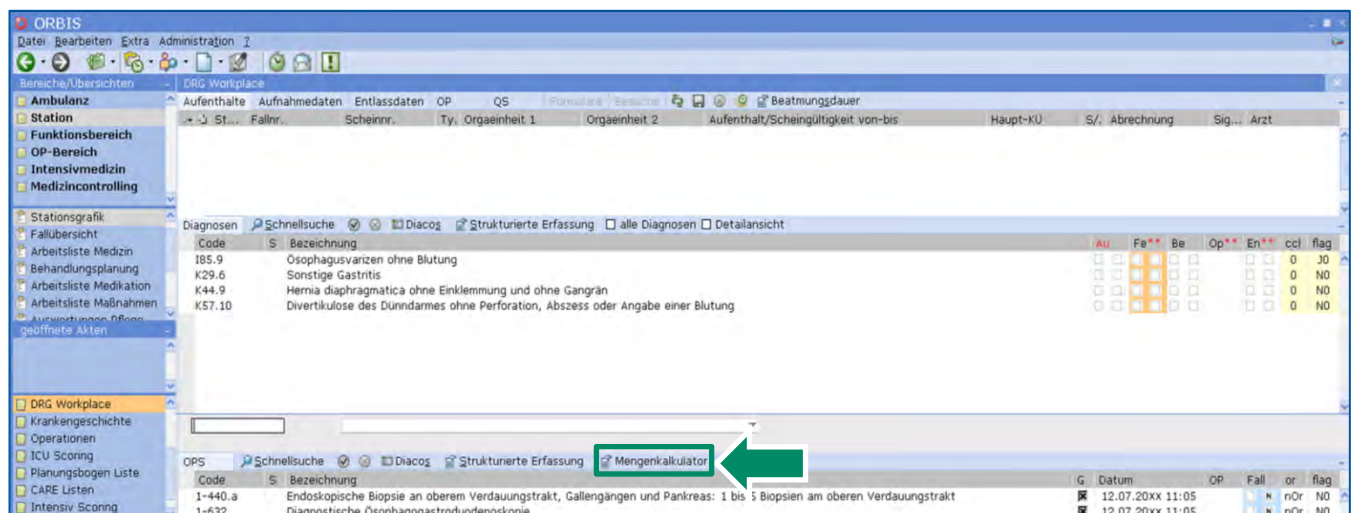
Zugang zum ORBIS®-Mengenkalkulator für Beschäftigte aus dem Pflegedienst

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



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

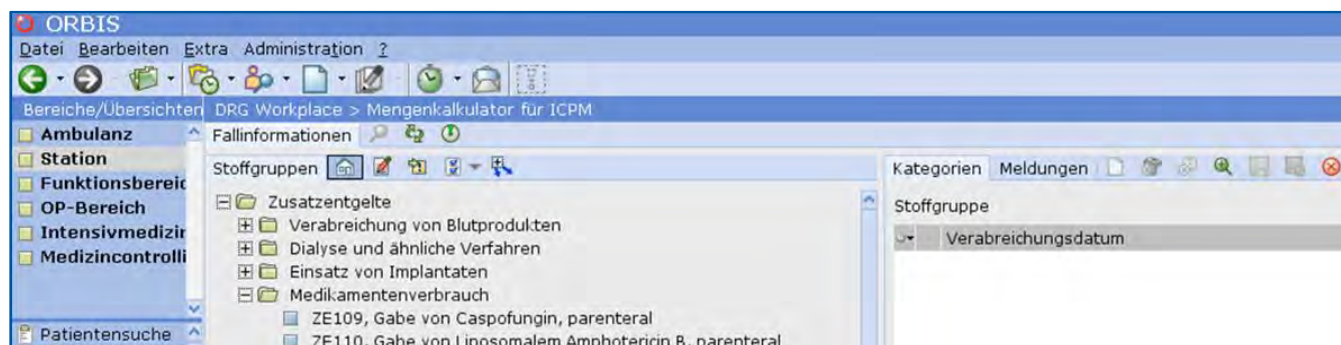
Klicken Sie im „DRG-Workplace“ auf den Button „Mengenkalkulator“



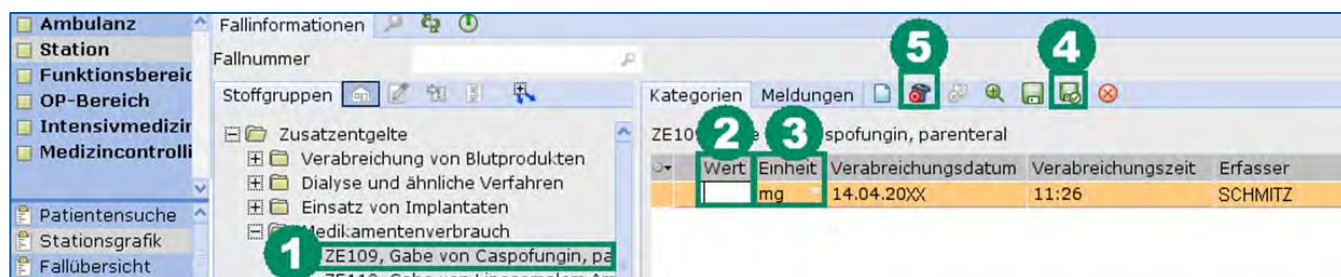
Erfassen von Zusatzentgelten und NUB im ORBIS®-Mengenkalkulator

Falls das entsprechende Zusatzentgelt oder NUB im Mengenkalkulator erfasst werden muss, müssen Sie dort zuerst die in den Kapiteln 3, 4 und 5 benannte Rubrik aufsuchen.

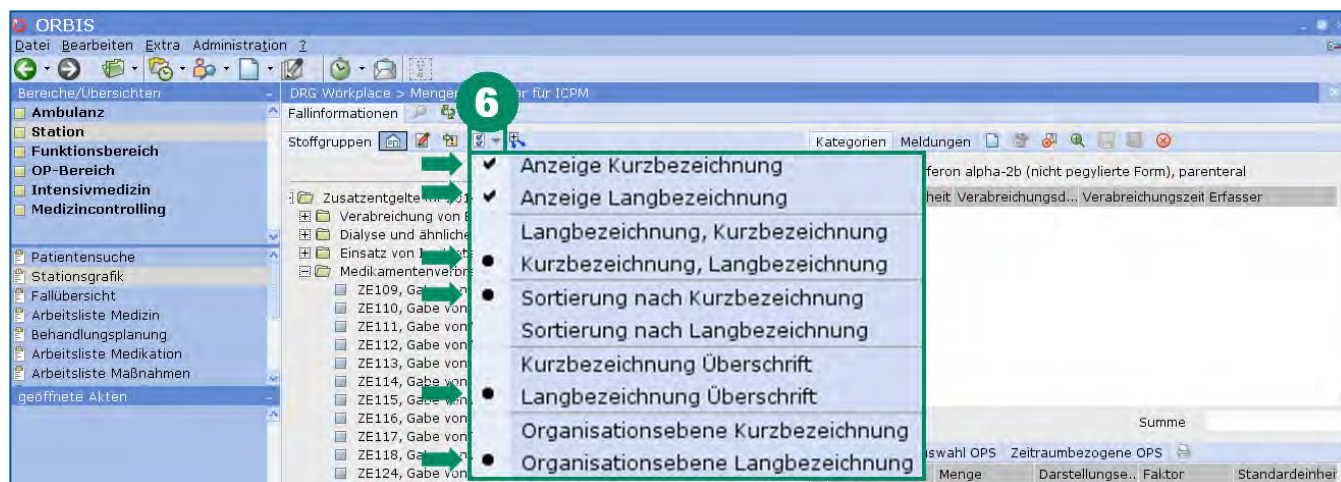
Durch Anklicken des -Symbols vor den jeweiligen Rubriken können Sie diese öffnen. In den Rubriken finden Sie dann die Erfassungsformulare für die einzelnen Zusatzentgelte und NUB:



Durch Mausklick können Sie das gewünschte Erfassungsformular (1) öffnen. Geben Sie nun die verabreichte Menge im Feld „Wert“ (2) an. Beachten Sie hierbei die im Feld „Einheit“ (3) angegebene Mengeneinheit. Abschließend müssen Sie Ihre Eingabe durch Anklicken des Buttons „speichern und schließen“ (4) abspeichern. Falls Sie eine fehlerhafte Eingabe löschen möchten, können Sie die gekennzeichnete Zeile über den Button „stornieren“ (5) 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“ (6) festlegen, bzw. ändern:

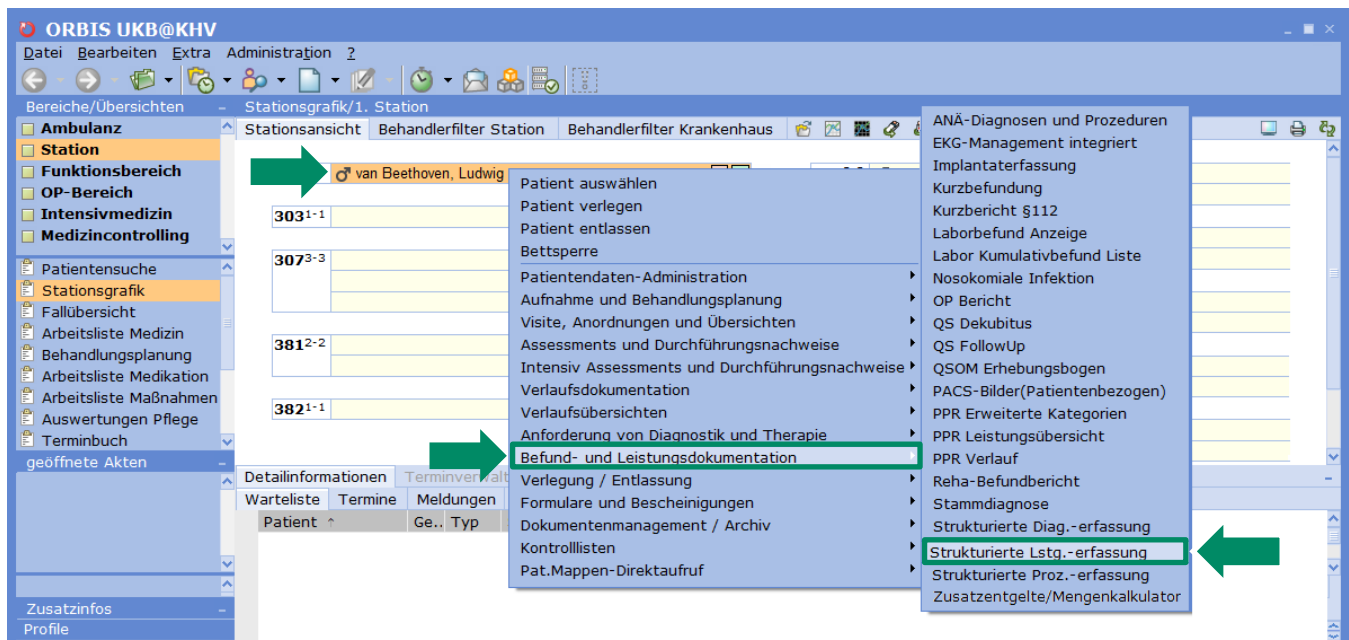


Erfassen von zusätzlich erforderlichen Abrechnungsinformationen über die „Strukturierte Leistungserfassung“

Da bei einigen Zusatzentgelten und NUB 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 oder NUB 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“



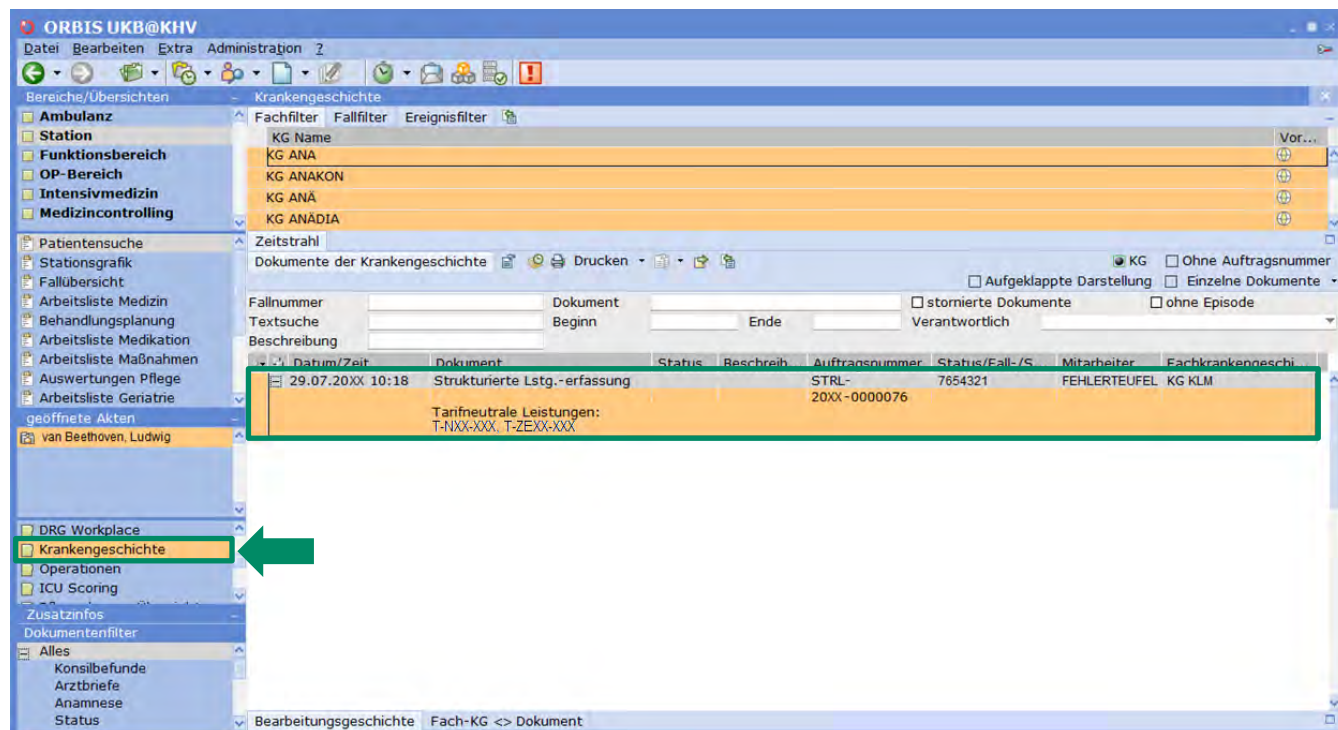
In der „Strukturierten Leistungserfassung“ können Sie nun den Ordner „Zusatzinformationen ZE & NUB“ durch Anklicken des -Symbols öffnen:

Um die entsprechenden Zusatzinformationen für das Zusatzentgelt oder NUB angeben zu können, klicken Sie nun auf das -Symbol vor der entsprechenden Leistung. 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 angegebene Einheit bzw. Leistungsart (❸):

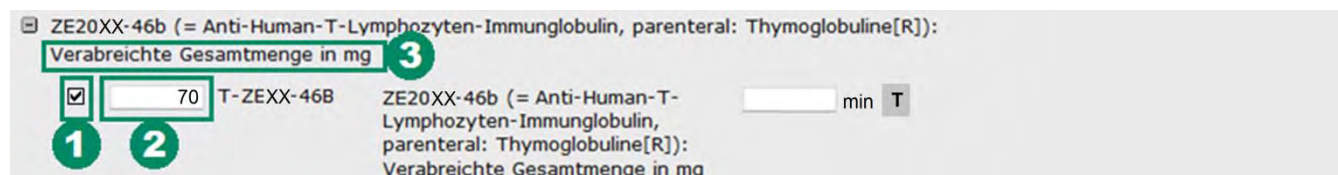
Um die eingegebenen Daten zur Abrechnung zu übertragen, müssen Sie Ihre Eingabe durch Anklicken des Buttons „Fertig“ (❹) im oberen Formularbereich abspeichern:

Korrektur fehlerhafter Eingaben in der „Strukturierten Leistungserfassung“

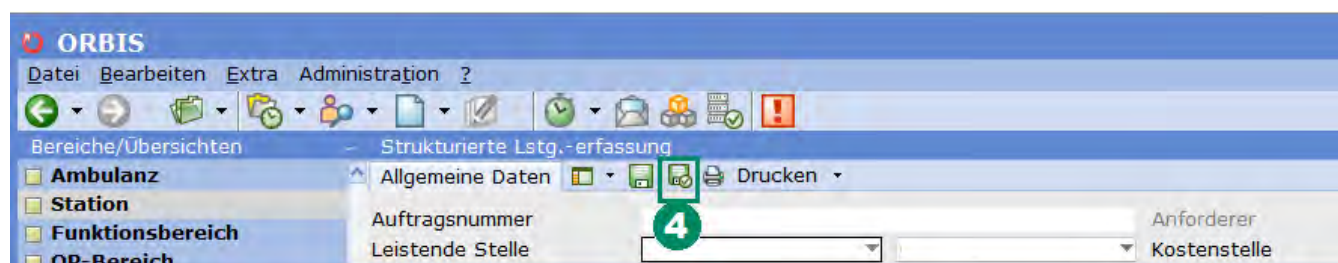
Fehlerhafte Eingaben im Formular "Strukturierte Lstg.-erfassung" können Sie in der „Orbis®-Krankengeschichte“ korrigieren. Rufen Sie hierzu das Formular „Strukturierte Leistungserfassung“ mit einem Doppelklick unter dem Erfassungsdatum auf:



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



Um die Korrektur abzuschließen, müssen Sie Ihre Eingabe durch Anklicken des Buttons „Fertig“ (❹) 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), NUB18-95a (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...®, 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 – Prothrombin-komplex]), 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: Prothrombinkom-plex (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 €

ZE- & NUB-Handbuch

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 NUB18-60 (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, 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), NUB18-180a (Koronarstent [Nitinolstent], selbst expandierend)			
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			
Die Art der medikamentefreisetzenden Stents ist gesondert zu kodieren (8-83b.0 ff.)			
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 Gefäßverschlusskörper**

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), NUB18-12d (Bioaktive Coils [Hydrogel-Coils]), NUB18-12e (Bioaktive Coils [Aneurysmatherapie, hydrogelbeschichtete Mikrospirale]), NUB18-12f (Bioaktive Coils), NUB18-34b (Überlange Coils), NUB18-49 (Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen), NUB18-71a (Intraaneurysmales hämodyn. wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen)			
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 Gefäßverschlusskörper [Vascular Plug]	
	8-83b.38	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Metall- oder Mikrospiralen zur selektiven Embolisation: Gecoverter großlumiger Gefäßverschlusskörper [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, Hilar®, 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), NUB18-12d (Bioaktive Coils [Hydrogel-Coils]), NUB18-12e (Bioaktive Coils [Aneurysmatherapie, hydrogelbeschichtete Mikrospirale]), NUB18-12f (Bioaktive Coils), NUB18-34b (Überlange Coils), NUB18-49 (Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen), NUB18-71a (Intraaneurysmales hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen), NUB18-128 (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*Hämodialyse: kontinuierlich*

Schlagwortverzeichnis: CAVH, CVVH, HF, Filtration, Hämodialyse

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE62 (Hämodialyse, 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), NUB18-95a (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, 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), NUB18-180a (Koronarstent [Nitinolstent], selbst expandierend)			
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, Itriel®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), NUB18-103 (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 [Angabe des Pflegegrades im Feld „Wert“])	
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 [Angabe des Pflegegrades im Feld „Wert“])			
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), NUB18-121a/b/c (Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung, RVAD), NUB18-159a/b (Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung, LVAD), NUB18-165a/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), NUB18-121a/b/c (Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung, RVAD), NUB18-159a/b (Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung, LVAD), NUB18-165a/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 NUB18-16e/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	5.727,13 €
		Art des Transplantates: Allogen: AB0-nichtkompatibel	
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), NUB18-121a/b/c (Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung, RVAD), NUB18-159a/b (Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung, LVAD), NUB18-165a/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), NUB18-122d/e/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), NUB18-122d/e/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®, Vascutec 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)			
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)			
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), NUB18-121a/b/c (Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung, RVAD), NUB18-159a/b (Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung, LVAD), NUB18-165a/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 Dibotetermin alfa, Implantation am Knochen**

Schlagwortverzeichnis: Dibotetermin alfa, InductOs®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE 2018-64 (Gabe von Eptotetermin alfa, 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: Dibotetermin alfa, 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 Eptotermin alfa, Implantation am Knochen

Schlagwortverzeichnis: Eptotermin alfa, Opgenra®, Osigraft®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE 2017-63 (Gabe von Dibotermin alfa, 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: Eptotermin alfa, 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 (Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloge), NUB18-130a (Radionuklidtherapie mit Lutetium-177-markiertem prostataspezifischen Membranantigen [PSMA] bei Prostata-Karzinom), NUB18-162 (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**Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten**

Schlagwortverzeichnis: Enzymersatztherapie, 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: Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten	354,62 €

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

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)			
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 medikamentenfreisetzenden 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 medikamentenfreisetzenden 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 (Porphyrietherapeutikum)	
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 Somatostatinanaloga), NUB18-130a (Radionuklidtherapie mit Lutetium-177-markiertem prostataspezifischen Membranantigen [PSMA] bei Prostata-Karzinom), NUB18-162 (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), NUB18-130a (Radionuklidtherapie mit Lutetium-177-markiertem prostataspezifischen Membranantigen [PSMA] bei Prostata-Karzinom), NUB18-162 (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“, ZE2018-137 (Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII), ZE2018-138 (Gabe von Fibrinogenkonzentrat), ZE2018-139 (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.	
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 +	Willebrand-Jürgens-Syndrom, nicht näher bezeichnet+

U69.11!	Dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörung		
D68.38 + U69.11!	Sonstige hämorrhagische Diathese durch sonstige und nicht näher bezeichnete Antikörper+ Dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörung		
D68.4 + U69.11!	Erworbener 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], ImmuSeven®); 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	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®, 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 €
ZE2016-97e	8-810.8*	je angefangene 500 IE Obizur® (Indikation: D68.31)	1.725,50 €
ZE2016-97c2	8-810.9*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Plasmatischer Faktor VIII (Suchbegriffe: Faktor VIII [plasmatis.], 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	K001o_2018.sla, 2018deschka0710	Ausgabedatei	K001o_2018.pdf	Seite	120
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), NUB18-103 (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 €

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, 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), NUB18-180a (Koronarstent [Nitinolstent]), selbst expandierend			
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. Die Art der medikamentefreisetzenden Stents ist gesondert zu kodieren (8-83b.0 ff.)			
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 NUB18-127 (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. <i>{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.}</i>			
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. {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.}			
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. {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.}			
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), ZE2018-139 (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.	
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!	Erworbenes 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
ZE2016-98b	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 €

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“, ZE2018-97 (Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren), ZE2018-137 (Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII), ZE2018-139 (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.	
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
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: ZE2018-97/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.	
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 + 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
ZE2016-98a	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®, Iblas®, 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 €
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 €
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 FKV 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®, Truxima®, 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 (NUB18)

(Seit dem 1.7.2018 am UKB gültige Entgelte nach „Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung“ [AEB 2018, Stand 5.6.2017, Genehmigungsbescheid der Bezirksregierung Köln nach § 18 KHG und § 14 KHEntG vom 26.6.2018])

NUB18-10f (= T-N18-10f)**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 NUB18-10g (Fetoskopische Therapie von fetaler supraventrikulärer Tachykardie und Kehlkopf- bzw. Luftröhrenverschluss), NUB18-10h (Fetoskopische Drainagetherapie), NUB18-10i (Verschluss von Nabelschnur- und intrafetalen Gefäßen mittels perkutaner ultraschallgesteuerter Radiofrequenzablation oder fetoskopischer Laserablation), NUB18-10j (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 N1809405 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			GB5 (MC)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB18-10f	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	

NUB18-10g (= T-N18-10g)**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 NUB18-10f (Fetoskopische Eröffnung von verengten Semilunarklappen und des Foramen ovale), NUB18-10h (Fetoskopische Drainagetherapie), NUB18-10i (Verschluss von Nabelschnur- und intrafetalen Gefäßen mittels perkutaner ultraschallgesteuerter Radiofrequenzablation oder fetoskopischer Laserablation), NUB18-10j (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 N1809446 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			GB5 (MC)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB18-10g	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	

NUB18-10h (= T-N18-10h)**Fetoskopische Drainagetherapie**

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 NUB18-10f (Fetoskopische Eröffnung von verengten Semilunarklappen und des Foramen ovale), NUB18-10g (Fetoskopische Therapie von fetaler supraventrikulärer Tachykardie und Kehlkopf- bzw. Luftröhrenverschluss), NUB18-10i (Verschluss von Nabelschnur- und intrafetalen Gefäßen mittels perkutaner ultraschallgesteuerter Radiofrequenzablation oder fetoskopischer Laserablation), NUB18-10j (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 5-755.6			
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 N1809443 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			GB5 (MC)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB18-10h	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	

NUB18-10i (= T-N18-10i)**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 NUB18-10f (Fetoskopische Eröffnung von verengten Semilunarklappen und des Foramen ovale), NUB18-10g (Fetoskopische Therapie von fetaler supraventrikulärer Tachykardie und Kehlkopf- bzw. Luftröhrenverschluss), NUB18-10h (Fetoskopische Drainagetherapie), NUB18-10j (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 N1809408 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			GB5 (MC)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB18-10i	5-754.4	Intrauterine Therapie des Feten: Lasertherapie (z.B. bei Gefäßanastomosen)	1.350,00 €
	5-754.6	Intrauterine Therapie des Feten: Hochfrequenzablation von Tumorgefäßen und/oder Plazentagefäßen	

NUB18-10j (= T-N18-10j)
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 NUB18-10f (Fetoskopische Eröffnung von verengten Semilunarklappen und des Foramen ovale), NUB18-10g (Fetoskopische Therapie von fetaler supraventrikulärer Tachykardie und Kehlkopf- bzw. Luftröhrenverschluss), NUB18-10h (Fetoskopische Drainagetherapie), NUB18-10i (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 N1809448 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			GB5 (MC)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB18-10j	5-755.0	Andere intrauterine Operationen am Feten: Fetoskopischer temporärer Verschluss der Luftröhre durch Latexballons	1.870,82 €

NUB18-12d (= T-N18-12d)
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), NUB18-12e (Bioaktive Coils Aneurysmatherapie mit bioaktiven Coils, hydrogelbeschichtete Mikrospirale), NUB18-12f (Bioaktive Coils - Bioaktive Coils), NUB18-34b (Überlange Coils), NUB18-49a (Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen), NUB18-71a (Intraaneurysmales hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen)			
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 (NUB18-12d).			
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 N1826212 (Stand Oktober 2017) 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)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB18-12d	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

NUB18-12e (= T-N18-12e)**Bioaktive Coils - Aneurysmathherapie mit bioaktiven Coils, hydrogelbeschichtete Mikrospirale**

Schlagwortverzeichnis: Coils (bioaktiv – Aneurysmathherapie/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), NUB18-12d (Bioaktive Coils – Hydrogel-Coils), NUB18-12f (Bioaktive Coils - Bioaktive Coils), NUB18-34b (Überlange Coils), NUB18-49a (Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen), NUB18-71a (Intraaneurysmales hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen)

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 (NUB18-12e).

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 N1826212 (Stand Oktober 2017) 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)	
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB18-12e	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

NUB18-12f (= T-N18-12f)**Bioaktive Coils – 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), NUB18-12d (Bioaktive Coils – Hydrogel-Coils), NUB18-12e (Bioaktive Coils Aneurysmathherapie mit bioaktiven Coils, hydrogelbeschichtete Mikrospirale), NUB18-34b (Überlange Coils), NUB18-49a (Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen), NUB18-71a (Intraaneurysmales hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen)			
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 plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der eingebrachten Coils (NUB18-12f)			
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 N1826212 (Stand Oktober 2017) 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)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB18-12f	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 €
	8-836.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

NUB18-16e (= T-N18-16e), NUB18-16f (= T-N18-16f)**Kiefergelenksendoprothese (Totalersatz)**

Schlagwortverzeichnis: Kiefergelenksendoprothese, Stock-Prothese (Fa. Zimmer), TMJ-TEP, Tempero-mandibular-Joint Total Endo Prothese, TMJ-PMI, Tempero-Mandibular-Joint Patient Matched Implant, Custom made-Prothese (Fa. Biomet/Zimmer)

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 N1823842 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			GB2.3
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB18-16e	5-773.a0	Arthroplastik am Kiefergelenk: Implantation einer Endoprothese: Totalendoprothese mit vorgefertigten Komponenten	7.000,00 €
NUB18-16f	5-773.a1	Arthroplastik am Kiefergelenk: Implantation einer Endoprothese: Totalendoprothese mit CAD-CAM-gefertigten Komponenten	13.000,00 €

NUB18-34b (= T-N18-34b)**Überlange Coils**

Schlagwortverzeichnis: Coils (überlang), Micros®, Penumbra®

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), NUB18-12e (Bioaktive Coils Aneurysmatherapie mit bioaktiven Coils, hydrogelbeschichtete Mikrospirale), NUB18-12d (Bioaktive Coils – Hydrogel-Coils), NUB18-12f (Bioaktive Coils - Bioaktive Coils), NUB18-49a (Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen), NUB18-71a (Intraaneurysmales hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen)

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.32 oder 8-83b.33 **plus** Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der eingebrachten Coils mit einer Länge von mehr als 30cm (NUB18-34b).

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 N1826282 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.

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

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

Beantragende Fachabteilung

RAD (15)

NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB18-34b	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)	**409,70 €
	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)	
	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

NUB18-35c (= T-N18-35c), NUB18-35d (= T-N18-35d)**Ereignisrekorder (Reveal®LINQ, Reveal®XT)**

Schlagwortverzeichnis: Ereignisrekorder, Reveal®LINQ, Reveal®XT

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 der eingebrachten Ereignisrekorder (NUB18-35c = Reveal®LINQ, NUB18-35d = 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 N1826611 (Stand Oktober 2017) 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.			KAR (24)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB18-35c	5-377.8	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Ereignis-Rekorder; (Reveal®LINQ)	2.950,00 € (DRG F50A)
NUB18-35d	5-377.8	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Ereignis-Rekorder; (Reveal®XT)	2.078,40 € (DRG F50A)

NUB18-40a (= T-N18-40a)**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 (NUB18-40A).			
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 N1810365 und N1817258 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			MKO (26), KHO (21)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 5: Arsentrioxid, parenteral (Antineoplastisches Mittel)	
NUB18-40a	6-005.5	Arsentrioxid, parenteral: je angebrochene 10mg-Ampulle	584,08 €

NUB18-43a (= T-N18-43a), **NUB18-43b** (= T-N18-34b), **NUB18-43c** (= T-N18-43c),
NUB18-43d (= T-N18-43d)

Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße

Schlagwortverzeichnis: Stent, 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 (NUB18-43a = mit einer Länge von 2,5cm und/oder 5cm, NUB18-43b = mit einer Länge von 10cm, NUB18-43c = mit einer Länge von 15cm, NUB18-43d = mit einer Länge von 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 N1835300 (Stand Oktober 2017) 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)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB18-43a <i>Länge: 2,5 und/oder 5cm</i>	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	
NUB18-43b <i>Länge: 10cm</i>	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	
NUB18-43c <i>Länge: 15cm</i>	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	
NUB18-43d <i>Länge: 25cm</i>	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	

NUB18-49a (= T-N18-49a)**Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovask. Behandlung intrakranieller Aneurysmen**

Schlagwortverzeichnis: Flow-Diverter, FRED®, P64®-Flow-Diverter, Pipeline®, NeuroEndoGraft®, Liberty®, Silk-Plus-Flow-Diverter®

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), NUB18-12d (Bioaktive Coils - Hydrogel-Coils), NUB18-12e (Bioaktive Coils Aneurysmatherapie mit bioaktiven Coils, hydrogelbeschichtete Mikrospirale), NUB18-12f (Bioaktive Coils - Bioaktive Coils), NUB18-34b (Überlange Coils), NUB18-71a (Intraaneurysmales hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen)

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

Orbis/DRG-Workplace oder OP-Protokoll: OPS-Eingabe: 8-84b.*0 **plus** Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der eingebrachten Flow-Diverter (NUB18-49a).

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 N1826293 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.

NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			RAD (15)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB18-49a	8-84b.00	(Perkutan-)transluminale Stentimplantation: (Perkutan-)transluminale Implantation von Stents zur Strömungslaminierung bei Aneurysmen: Ein Stent : Gefäße intrakraniell	11.000,00 €
	8-84b.20	(Perkutan-)transluminale Stentimplantation: (Perkutan-)transluminale Implantation von Stents zur Strömungslaminierung bei Aneurysmen: Zwei Stents : Gefäße intrakraniell	22.000,00 €
	8-84b.30	(Perkutan-)transluminale Stentimplantation: (Perkutan-)transluminale Implantation von Stents zur Strömungslaminierung bei Aneurysmen: Drei Stents : Gefäße intrakraniell	33.000,00 €
	8-84b.40	(Perkutan-)transluminale Stentimplantation: (Perkutan-)transluminale Implantation von Stents zur Strömungslaminierung bei Aneurysmen: Vier Stents : Gefäße intrakraniell	44.000,00 €
	8-84b.50	(Perkutan-)transluminale Stentimplantation: (Perkutan-)transluminale Implantation von Stents zur Strömungslaminierung bei Aneurysmen: Fünf Stents : Gefäße intrakraniell	55.000,00 €
	8-84b.60	(Perkutan-)transluminale Stentimplantation: (Perkutan-)transluminale Implantation von Stents zur Strömungslaminierung bei Aneurysmen: Sechs oder mehr Stents : Gefäße intrakraniell	*66.000,00 €

*Nach Rücksprache mit dem Antrag-stellenden Neuroradiologen Anlage von maximal 2 Flow-Divertern in einer Sitzung üblich. Abrechnung pro Implantat gemäß „Strukturierter Leistungserfassung“.

NUB18-52e (= T-N18-52e), NUB18- 52f (= T-N18-52f)**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 (NUB18-52e = Afinitor®, NUB18-52f = 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 N1810384, N1814280 und N1817405 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			KHO (21), MKO (26), URO (16)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 5: Everolimus, oral (Selektives Immunsuppressivum, Antineoplastisches Mittel)	
NUB18-52e	6-005.8	Everolimus, oral: Afinitor®: bis 10mg	150,47 €
NUB18-52f	6-005.8	Everolimus, oral: Votubia®: je 2,5mg	52,84 €

NUB18-56a (= T-N18-56a), NUB18-56b (= T-N18-56b)**Nilotinib, oral**

Schlagwortverzeichnis: Nilotinib, Tasisign®

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 plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtzahl der jeweils verabreichten Kapseln (200mg-Kapseln = NUB18-56a, 150mg-Kapseln = NUB18-56b).			
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 N1810396 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			MKO (26)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 4: Nilotinib, oral (Antineoplastisches Mittel, Proteinkinase-Inhibitor)	
NUB18-56a	6-004.6	Nilotinib, oral: je 200mg-Kapsel	45,10 €
NUB18-56b	6-004.6	Nilotinib, oral: je 150mg-Kapsel	31,80 €

NUB18-60 (= T-N18-60)**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 (NUB18-60).			
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 N1810491 und N1817330 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			KHO (21), MKO (26)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 4: Temozolomid, parenteral (Zytostatikum, Alkylans)	
NUB18-60	6-005.c	Temozolomid, parenteral: je angebrochene 100mg-Durchstechflasche	333,20 €

NUB18-66 (= T-N18-66)**Pazopanib, oral**

Schlagwortverzeichnis: Pazopanib, Votrient®

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.a plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der verabreichten Gesamtmenge in mg (NUB18-66).			
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 N1810400 und N1814224 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			MKO (26), URO (16)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 5: Pazopanib, oral (Antineoplastisches Mittel, Tyrosinkinase-Inhibitor)	
NUB18-66	6-005.a	Pazopanib, oral: je 200mg	36,16 €

NUB18-68a (= T-N18-68a)**Aszitesbehandlung mittels einer vollimplantierbaren Pumpe**

Schlagwortverzeichnis: Aszitespumpe, ALFApump®, Pumpe (Aszites-)

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: 5-549.6 plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der verwendeten Systeme (NUB18-68a).			
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 N1813690 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			MED (07)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB18-68a	5-549.6	Andere Bauchoperationen: Anlegen eines peritoneovesikalen Shunt mit Implantation einer wiederaufladbaren Pumpe: Abrechnung je System	23.475,00 €

NUB18-71a (= T-N18-71a)

Intraaneurysmales hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen

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

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), NUB18-12d (Bioaktive Coils - Hydrogel-Coils), NUB18-12e (Bioaktive Coils Aneurysmatherapie mit bioaktiven Coils, hydrogelbeschichtete Mikrospirale), NUB18-12f (Bioaktive Coils - Bioaktive Coils), NUB18-34b (Überlange Coils), NUB18-49a (Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace oder OP-Protokoll: OPS-Eingabe: 8-83c.8 in Kombination mit den zugeordneten (grau hinterlegten) OPS-Kodes plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der eingebrachten Nitinol-Implantate (NUB18-71a).			
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 N1826296 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			RAD (15)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB18-71a	8-83c.8	Andere (perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation durch intraaneurysmales Nitinolimplantat, intrakraniell	
	8-84b.00	(Perkutan-)transluminale Stentimplantation: (Perkutan-)transluminale Implantation von Stents zur Strömungslaminierung bei Aneurysmen: Ein Stent : Gefäße intrakraniell	12.725,00 €
	8-84b.20	(Perkutan-)transluminale Stentimplantation: (Perkutan-)transluminale Implantation von Stents zur Strömungslaminierung bei Aneurysmen: Zwei Stents : Gefäße intrakraniell	25.450,00 €
	8-84b.30	(Perkutan-)transluminale Stentimplantation: (Perkutan-)transluminale Implantation von Stents zur Strömungslaminierung bei Aneurysmen: Drei Stents : Gefäße intrakraniell	38.175,00 €
	8-84b.40	(Perkutan-)transluminale Stentimplantation: (Perkutan-)transluminale Implantation von Stents zur Strömungslaminierung bei Aneurysmen: Vier Stents : Gefäße intrakraniell	50.900,00 €
	8-84b.50	(Perkutan-)transluminale Stentimplantation: (Perkutan-)transluminale Implantation von Stents zur Strömungslaminierung bei Aneurysmen: Fünf Stents : Gefäße intrakraniell	63.625,00 €
	8-84b.60	(Perkutan-)transluminale Stentimplantation: (Perkutan-)transluminale Implantation von Stents zur Strömungslaminierung bei Aneurysmen: Sechs oder mehr Stents : Gefäße intrakraniell	*76.350,00 €

* Abrechnung pro Implantat gemäß „Strukturierter Leistungserfassung“.

NUB18-76 (= T-N18-76)**Perkutane Mitralklappenanulorrhaphie mit Spange**

Schlagwortverzeichnis: Mitralklappenanulorrhaphie, Anulorrhaphie (Mitralklappe [Spange]), Carillon-Mitral-Contour-System®, Spange

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch NUB18-96a (Transapikale Mitralklappenrekonstruktion durch Implantation von Neochordae [PTFE-Fäden]), NUB18-125 (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 N1826319 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			Herzzentrum (19, 24)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB18-76	5-35a.45	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappenanuloplastik, über den Koronarsinus, Inkl.: Mitralklappenanulorrhaphie mit Spange	18.750,00 €

NUB18-81a (= T-N18-81a)**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 plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der verabreichten Gesamtmenge in mg (NUB18-81a).			
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 N1810371 und N1814320 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			MKO (26), URO (16)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 6: Axitinib, oral (Antineoplastisches Mittel, Tyrosinkinase-Inhibitor)	
NUB18-81a	6-006.g	Axitinib, oral: je 1mg	12,27 €

NUB18-85 (= T-N18-85)**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 (NUB18-85).			
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 N1809602 und N1810513 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			DER (05), MKO (26)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 6: Vemurafenib, oral (Antineoplastisches Mittel, Proteinkinase-Inhibitor)	
NUB18-85	6-006.f	Vemurafenib, oral: je 240mg	24,89 €

NUB18-94 (= T-N18-94), NUB18-94a (= T-N18-94a), NUB18-94b (= T-N18-94b), NUB18-94c (= T-N18-94c)**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 (NUB18-94 = 20mg-Durchstechflasche, NUB18-94a = 200mg-Durchstechflasche, NUB18-94b = 50mg-Durchstechflasche, NUB18-94c = 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 N1813786 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			KAR (24)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 4: Trepostinil, parenteral (Antihypertonikum, Prostazyklin-Analogon)	
NUB18-94	6-004.b	Trepostinil, parenteral: je angebrochene 20mg-Durchstechflasche	4.283,00 €
NUB18-94a	6-004.b	Trepostinil, parenteral: je angebrochene 200mg-Durchstechflasche	22.130,43 €
NUB18-94b	6-004.b	Trepostinil, parenteral: je angebrochene 50mg-Durchstechflasche	7.904,58 €
NUB18-94c	6-004.b	Trepostinil, parenteral: je angebrochene 100mg-Durchstechflasche	13.230,42 €

NUB18-95a (= T-N18-95a)*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 N1809715 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			UCH/ORT (08/14)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB18-95a	5-838.e*	Andere komplexe Rekonstruktionen der Wirbelsäule: Korrektur einer Wirbelsäulendeformität durch Implantation von extrakorporal expandierbaren Stangen (Entgeltbemessung für zwei Stangen)	13.968,27 €

NUB18-96a (= T-N18-96a)*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 NUB18-76 (Perkutane Mitralklappenanulorrhaphie mit Spange), NUB18-125 (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 N1813817 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			KAR (24)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB18-96a	5-35a.42	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappenrekonstruktion: Mitralklappensegelplastik, transapikal; Inkl.: Implantation von Neochordae (PTFE)	17.600,00 €

NUB18-98a (= T-N18-98a), **NUB18-98b** (= T-N18-98b), **NUB18-98c** (= T-N18-98c),
NUB18-98d (= T-N18-98d)

Pomalidomid, oral

Schlagwortverzeichnis: Pomalidomid, Imnovid®

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 Gesamtanzahl der jeweils verabreichten Kapseln (4mg-Kapseln = NUB18-98a, 1mg-Kapseln = NUB18-98b, 2mg-Kapseln = NUB18-98c, 3mg-Kapseln = NUB18-98d)			
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 N1810411 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			MKO (26)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 7: Pomalidomid, oral (Antineoplastisches Mittel [Immunmodulator])	
NUB18-98a	6-007.a	Pomalidomid, oral: je 4mg-Kapsel	445,54 €
NUB18-98b	6-007.a	Pomalidomid, oral: je 1mg-Kapsel	391,35 €
NUB18-98c	6-007.a	Pomalidomid, oral: je 2mg-Kapsel	409,42 €
NUB18-98d	6-007.a	Pomalidomid, oral: je 3mg-Kapsel	433,50 €

NUB18-99a (= T-N18-99a)

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 (NUB18-99a).			
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 N1809599 und N1810379 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			DER (05)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 7: Dabrafenib, oral (Antineoplastisches Mittel, Proteinkinase-Inhibitor)	
NUB18-99a	6-007.5	Dabrafenib, oral: je 50mg	39,72 €

NUB18-103 (= T-N18-103)**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-Infusionslösungen (NUB18-103).			
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 N1810413 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			MKO (26)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 7: Posaconazol, parenteral (Antimykotikum, Azol)	
NUB18-103	6-007.k	Posaconazol, parenteral: je angebrochene 300mg-Infusionslösung	451,01 €

NUB18-106 (= T-N18-106)**Crizotinib, oral**

Schlagwortverzeichnis: Crizotinib, Xalkori®

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.c plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der verabreichten Gesamtmenge in mg (NUB18-106).			
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 N1810376 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			MKO (26)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 6: Crizotinib, oral (Antineoplastisches Mittel, Proteinkinase-Inhibitor)	
NUB18-106	6-006.c	Crizotinib, oral: je 250mg	88,13 €

NUB18-111a (= T-N18-111a)*Idelalisib, oral*Schlagwortverzeichnis: *Idelalisib, Zydelig®*

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.f plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtzahl der verabreichten 100mg- und/oder 150mg-Tabletten (NUB18-111a).			
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 N1810387 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			MKO (26)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 7: Idelasib, oral (Antineoplastisches Mittel, Kinasehemmer)	
NUB18-111a	6-007.f	Idelalisib, oral: je 100mg- und/oder 150mg-Tablette	72,40 €

NUB18-112 (= T-N18-112)*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 plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der verabreichten Gesamtmenge in mg (NUB18-112).			
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 N1813787 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			KAR (24)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 7: Macitentan, oral (Antihypertonikum, Endothelin-Rezeptor-Antagonist)	
NUB18-112	6-007.h	Macitentan, oral: je 10mg	74,01 €

NUB18-114a (= T-N18-114a)*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- und/oder 90mg- und/oder 130mg-Fertigspritzen (NUB18-114a).			
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 N1809604 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			DER (05)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 7: Ustekinumab, parenteral (Immunsuppressivum, Interleukin-Inhibitor)	
NUB18-114a	6-005.j	Ustekinumab, parenteral: je angebrochene 45mg- und/oder 90mg- und/oder 130mg-Fertigspritze	4.819,50 €

NUB18-119a (= T-N18-119a)*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 Gesamtanzahl der verabreichten 0,5mg- und/oder 1mg- und/oder 1,5mg- und/oder 2mg- und/oder 2,5mg-Tabletten (NUB18-119a).			
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 N1813788 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			Herzzentrum (19, 24)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 8: Riociguat, oral (Antihypertonikum, sGC-Stimulator)	
NUB18-119a	6-008.0	Riociguat, oral: je verabreichte 0,5mg- und/oder 1mg- und/oder 1,5mg- und/oder 2mg- und/oder 2,5mg-Tablette	28,03 €

NUB18-121a (= T-N18-121a), NUB18-121b (= T-N18-121b), NUB 121c (= T-N18-121c)
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), NUB18-159a/b (Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung, LVAD), NUB18-165a/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 8-83a.1* plus bei NUB18-121b und NUB18-121c ; Orbis/DRG-Workplace oder OP-Protokoll: OPS-Eingabe: 8-839.a5 plus bei NUB18-121b und NUB18-121c ; Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Gesamtanzahl der erbrachten Leistungen (NUB18-121b = RVAD mit doppellumiger Kanüle, NUB18-121c = RVAD mit doppellumiger Kanüle und zweiter PA-Kanüle).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
NUB18-121a, NUB18-121b und NUB18-121c 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 den NUB-Anfragen N1813140, N1813145 und N1813148 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			Herzzentrum (19, 24)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB18-121a	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)	34.510,40 €
	8-83a.1*	Dauer der Behandlung mit einem herzunterstützenden System: Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreislumpumpe oder Zentrifugalpumpe), univentrikulär	
NUB18-121b	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 €
	8-83a.1*	Dauer der Behandlung mit einem herzunterstützenden System: Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreislumpumpe oder Zentrifugalpumpe), univentrikulär	
	8-839.a5	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Anwendung eines doppellumigen Katheters als Kanüle	
NUB18-121c	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	
	8-83a.1*	Dauer der Behandlung mit einem herzunterstützenden System: Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreislumpumpe oder Zentrifugalpumpe), univentrikulär	

NUB18-122d (= T-N18-122d), NUB18-122e (= T-N18-122e), NUB18-122f (= T-N18-122f)**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 (NUB18-122d = mit Streptama-Verfahren, NUB18-122e = mit CliniMACS®-Verfahren, NUB18-122f = 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 N1810418 und N1817329 (Stand Oktober 2017) 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)
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB18-122d	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 €
NUB18-122e	8-802.42	Transfusion von Leukozyten: Lymphozyten vom gleichen Spender nach Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen: Mit virusspezifischer In-vitro-Aufbereitung; (CliniMACS®)	24.248,25 €
NUB18-122f	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 €

NUB18-125 (= T-N18-125)**Endovaskuläre Mitralklappenanuloplastik mit Anuloplastie-Band**

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

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch NUB18-76 (Perkutane Mitralklappenanulorrhaphie mit Spange), NUB18-96a (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.44			
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 N1810023 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			Herzzentrum (19, 24)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB18-125	5-35a.44	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappenrekonstruktion: Mitralklappenanuloplastik, transvenös Inkl.: Mitralklappenanulorrhaphie mit Band	24.250,00 €

NUB18-127 (= T-N18-127)**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 N1803395 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			AUG (01)
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB18-127	5-156.a1	Andere Operationen an der Retina: Implantation einer Netzhautprothese: Epiretinale Netzhautprothese	78.110,00 €

NUB18-130a (= T-N18-130a)**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), NUB18-162 (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			
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 N1808985 (Stand Oktober 2017) 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 Kode anzugeben.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			NUK (20)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB18-130a	8-530.d0	Therapie mit offenen Radionukliden: Intravenöse Radioliganden-Therapie: Therapie mit Lutetium-177-PSMA-Liganden: je Behandlungszyklus	3.831,80 €

NUB18-133 (= T-N18-133)**Blinatumomab, parenteral**

Schlagwortverzeichnis: Blinatumomab, Blincyto®

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-Infusionslösungen (NUB18-133).			
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 N1810374 und N1817327 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			MKO (26), KHO (21)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 8: Blinatumomab, parenteral (Antineoplastisches Mittel, Antikörperkonstrukt)	
NUB18-133	6-008.7	Blinatumomab, parenteral: je angebrochene 38,5-Mikrogramm-Infusionslösung	2.690,72 €

NUB18-134a (= T-N18-134a)**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 plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der angebrochenen 10mg-Infusionslösungen (NUB18-134a).			
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 N1810375 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			MKO (26)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 8: Carfilzomib, parenteral (Antineoplastisches Mittel)	
NUB18-134a	6-008.9	Carfilzomib, parenteral: je angebrochene 10mg-Infusionslösung	187,38 €

NUB18-135a (= T-N18-135a), NUB18-135b (= T-N18-135b)**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 40mg-Durchstechflaschen (NUB18-135a) und/oder 100mg-Durchstechflaschen (NUB18-35b).			
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 N1809600, N1810397, N1814167 und N1817408 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])		Beantragende Fachabteilung	
1		DER (05), URO (16), KHO (21), MKO (26)	
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 8: Nivolumab, parenteral (Antineoplastisches Mittel, Monoklonaler Antikörper)	
NUB18-135a	6-008.m	Nivolumab, parenteral: je angebrochene 40mg-Durchstechflasche	493,11 €
NUB18-135b	6-008.m	Nivolumab, parenteral je angebrochene 100mg-Durchstechflasche	1.232,77 €

NUB18-136 (= T-N18-136)**Pembrolizumab, parenteral**

Schlagwortverzeichnis: Pembrolizumab, Keytruda®

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: 6-009.3 plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der angebrochenen 50mg-Durchstechflaschen (NUB18-136).			
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 N1809601, N1810404, N1814243 und N1814394 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])		Beantragende Fachabteilung	
1		DER (05), URO (16), KAR (24), MKO (26)	
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 9: Pembrolizumab, parenteral (Antineoplastisches Mittel, Monoklon. Antikörper)	
NUB18-136	6-009.3	Pembrolizumab, parenteral: je angebrochene 50mg-Durchstechflasche	1.560,88 €

NUB18-137 (= T-N18-137)**Trametinib, oral**

Schlagwortverzeichnis: Trametinib, Mekinist®

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: 6-009.7 plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der verabreichten Gesamtmenge in mg (NUB18-137).			
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 N1810417 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			MKO (26)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 9: Trametinib, oral (Antineoplastisches Mittel, Proteinkinase-Inhibitor)	
NUB18-137	6-009.7	Trametinib, oral: je 0,5mg	39,84 €

NUB18-138a (= T-N18-138a), NUB18-138b (= T-N18-138b)**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 plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der verabreichten 5mg-Tabletten (NUB18-138a) und/oder 10mg-Tabletten (NUB18-138b) und/oder 15mg-Tabletten (NUB18-138b) und/oder 20mg-Tabletten (NUB18-138b).			
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 N1810414 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			MKO (26)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 9: Ruxolitinib, oral (Antineoplastisches Mittel, Proteinkinase-Inhibitor)	
NUB18-138a	6-009.4	Ruxolitinib, oral: je 5mg-Tablette	33,77 €
NUB18-138b	6-009.4	Ruxolitinib, oral: je 10mg- und/oder 15mg- und/oder 20mg-Tablette	67,55 €

NUB18-141 (= T-N18-141)**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-Injektionslösung (NUB18-141).			
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 N1809603 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			DER (05)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 9: Secukinumab, parenteral (Immunsuppressivum, Interleukin-Inhibitor)	
NUB18-141	6-009.5	Secukinumab, parenteral: je angebrochene 150mg-Injektionslösung	844,75 €

NUB18-144a (= T-N18-144a), NUB18-144b (= T-N18-144b)**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-Injektionslösungen (NUB18-144a) und/oder 1,25mg-Injektionslösungen (NUB18-144b).			
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 N1814714 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			CHI (02)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 8: Teduglutid, parenteral (GLP-2-Rezeptor-Agonist)	
NUB18-144a	6-008.4	Teduglutid, parenteral: je angebrochene 5mg-Injektionslösung	727,45 €
NUB18-144b	6-008.4	Teduglutid, parenteral: je angebrochene 1,25mg-Injektionslösung	363,72 €

NUB18-148 (= T-N18-148)*Isavuconazol, oral*

Schlagwortverzeichnis: Isavuconazol, Cresemba®

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.h plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der verabreichten Gesamtmenge in mg (NUB18-148).			
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 N1810392 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			MKO (26)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 8: Isavuconazol, oral (Antimykotikum, Azol)	
NUB18-148	6-008.h	Isavuconazol, oral: je 100mg	61,64 €

NUB18-149 (= T-N18-149)*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 (NUB18-149).			
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 N1810381 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			MKO (26)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 9: Daratumumab, parenteral (Antineoplastisches Mittel, Monoklonaler Antikörper)	
NUB18-149	6-009.a	Daratumumab, parenteral (je angebrochene 100mg-Infusionslösung)	500,99 €

NUB18-150 (= T-N18-150)**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 (NUB18-150).			
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 N1830393 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			UCH/ORT (08/14)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 1: Alemtuzumab, parenteral (Immunmodulator, Monoklonaler Antikörper)	
NUB18-150	6-001.00	30mg bis unter 60mg: je angebrochene 12mg-Durchstechflasche	10.287,55 €
NUB18-150	6-001.01	60mg bis unter 90mg: je angebrochene 12mg-Durchstechflasche	10.287,55 €
NUB18-150	6-001.02	90mg bis unter 120mg: je angebrochene 12mg-Durchstechflasche	10.287,55 €
NUB18-150	6-001.03	120mg bis unter 150mg: je angebrochene 12mg-Durchstechflasche	10.287,55 €
NUB18-150	6-001.04	150mg bis unter 180mg: je angebrochene 12mg-Durchstechflasche	10.287,55 €
NUB18-150	6-001.05	180mg bis unter 210mg: je angebrochene 12mg-Durchstechflasche	10.287,55 €
NUB18-150	6-001.06	210mg bis unter 240mg: je angebrochene 12mg-Durchstechflasche	10.287,55 €
NUB18-150	6-001.07	240mg bis unter 270mg: je angebrochene 12mg-Durchstechflasche	10.287,55 €
NUB18-150	6-001.08	270mg bis unter 300mg: je angebrochene 12mg-Durchstechflasche	10.287,55 €
NUB18-150	6-001.09	300mg bis unter 330mg: je angebrochene 12mg-Durchstechflasche	10.287,55 €
NUB18-150	6-001.0a	330mg bis unter 390mg: je angebrochene 12mg-Durchstechflasche	10.287,55 €
NUB18-150	6-001.0b	390mg bis unter 450mg: je angebrochene 12mg-Durchstechflasche	10.287,55 €
NUB18-150	6-001.0c	450mg bis unter 510mg: je angebrochene 12mg-Durchstechflasche	10.287,55 €
NUB18-150	6-001.0d	510mg bis unter 570mg: je angebrochene 12mg-Durchstechflasche	10.287,55 €
NUB18-150	6-001.0e	570mg oder mehr: je angebrochene 12mg-Durchstechflasche	10.287,55 €

NUB18-151 (= T-N18-151)*Pixantron, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Pixantron, Pixuvri®

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 (NUB18-151).			
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)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 8: Pixantron, parenteral (Zytostatikum, Aza-Anthracendion)	
NUB18-151	6-006.e	Pixantron, parenteral: je angebrochene 29mg-Ampulle	446,25 €

NUB18-152 (= T-N18-152)*Implantation eines intrakardialen Pulsgenerators*

Schlagwortverzeichnis: Pulsgenerator, Nanostim®, MICRA®, TPS, LCP, TCIS

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: 8-83d.3			
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 N1810000 und N1826584 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			KAR (24)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB18-152	8-83d.3	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Implantation eines intrakard. Pulsgenerators	7.587,00 €

NUB18-153a (= T-N18-153a), NUB18-153b (= T-N18-153b)**Elotuzumab, parenteral**

Schlagwortverzeichnis: Elotuzumab, Empliciti®

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 300mg-Ampullen (NUB18-153a) und/oder 400mg-Ampullen (NUB18-153b)			
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 N1810383 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			MKO (26)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 9: Elotuzumab, parenteral (Antineoplastisches Mittel, Monoklonaler Antikörper)	
NUB18-153a	6-009.d	Elotuzumab, parenteral: je angebrochene 300mg-Ampulle	1.092,42 €
NUB18-153b	6-009.d	Elotuzumab, parenteral: je angebrochene 400mg-Ampulle	1.456,56 €

NUB18-155a (= T-N18-155a), NUB18-155b (= T-N18-155b)**Lenvatinib, oral**

Schlagwortverzeichnis: Lenvatinib, Lenvima®, Kispilyx®

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.j plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der verabreichten 4mg- und/oder 10mg-Hartkapseln bei Schilddrüsen-Ca (NUB18-155a) oder Angabe der Gesamtanzahl der verabreichten 4mg- und/oder 10mg-Hartkapseln bei Nierenzell-Ca (NUB18-155b).			
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 N1814385 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			URO (16)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 8: Lenvatinib, oral (Antineoplastisches Mittel, Proteinkinase-Inhibitor)	
NUB18-155a	6-008.j	Lenvatinib, oral: je 4mg- und/oder 10mg-Hartkapsel bei Schilddrüsen-Ca	69,81 €
NUB18-155b	6-008.j	Lenvatinib, oral: je 4mg- und/oder 10mg-Hartkapsel bei Nierenzell-Ca	46,61 €

NUB18-156a (= T-N18-156a), NUB18-156b (= T-N18-156b)**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 plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der verabreichten 20mg- und/oder 40mg- und/oder 60mg-Tabletten bei Nierenzell-Ca (NUB18-156a) oder Angabe der verabreichten Gesamtmenge in mg bei Schilddrüsen-Ca (NUB18-156b).			
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 N1814363 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			URO (16)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 8: Cabozantinib, oral (Antineoplastisches Mittel, Proteinkinase-Inhibitor)	
NUB18-156a	6-008.8	Cabozantinib, oral: je 20mg- und/oder 40mg- und/oder 60mg-Tablette bei Nierenzell-Ca	201,04 €
NUB18-156b	6-008.8	Cabozantinib, oral: je mg bei Schilddrüsen-Ca	19,71 €

NUB18-157 (= T-N18-157)**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-Konzentrate (NUB18-157).			
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 N1810398 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			MKO (26)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 9: Olaratumab, parenteral (Antineoplastisches Mittel, Monoklonaler Antikörper)	
NUB18-157	6-009.h	Olaratumab, parenteral: je angebrochenes 500mg-Konzentrat	1.510,94 €

NUB18-158 (= T-N18-158)*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 (NUB18-158).			
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 N1810145 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			KAR (24)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 9: Selexipag, parenteral (Selektiver Prostacyclin-IP-Rezeptor-Agonist)	
NUB18-158	6-009.k	Selexipag, oral: je 200 Mikrogramm	42,95 €

NUB18-159a (= T-N18-159a), NUB18-159b (= T-N18-159b)*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), NUB18-121a/b/c (Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung, RVAD), NUB18-165a/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 (NUB18-159a und NUB18-159b) oder 8-839.a3 (NUB18-159a) plus 8-83a.1* plus bei NUB18-159b 8-839.a5 plus bei NUB18-159b Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der erbrachten Leistungen.			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
NUB18-159a und NUB18-159b nur abrechenbar in Kombination mit dem zugeordneten (grau hinterlegten) OPS-Kodes. Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in den NUB-Anfragen N1827800 und N1827801 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			KAR (24)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB18-159a	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 €
	8-83a.1*	Dauer der Behandlung mit einem herzunterstützenden System: Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreislumpumpe oder Zentrifugalpumpe), univentrikulär	
	8-839.a3	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Endovaskuläre Implantation oder Entfernung einer extrakorporalen Zentrifugalpumpe zur Kreislaufunterstützung: Entfernung einer univentrikulären Zentrifugalpumpe; (LVAD mit 2 Kanülen)	32.743,31 €
	8-83a.1*	Dauer der Behandlung mit einem herzunterstützenden System: Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreislumpumpe oder Zentrifugalpumpe), univentrikulär	

NUB18-159b	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 doppelumiger Kanüle)	30.138,61 €
	8-839.a5	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Anwendung eines doppelumigen Katheters als Kanüle	
	8-83a.1*	Dauer der Behandlung mit einem herzunterstützenden System: Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreislumpumpe oder Zentrifugalpumpe), univentrikulär	

NUB18-160 (= T-N18-160)**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 20mg-Infusionslösungen (NUB18-160).			
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 N1817326 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])		Beantragende Fachabteilung	
1		KHO (18)	
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 9: Dinutuximab beta, parenteral (Antineoplastisches Mittel, Monoklonaler Antikörper)	
NUB18-160	6-009.b	Dinutuximab beta, parenteral: je angebrochene 20mg-Infusionslösung	10.234,00 €

NUB18-162 (= T-N18-162)**Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT)****mit Holmium-166-markierten Mikrosphären zur Radioembolisation**

Schlagwortverzeichnis: Radionuklidtherapie (SIRT), SIRT, Holmium-166, QuiremSpheres®

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 (Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga), NUB18-130a (Radionuklidtherapie mit Lutetium-177-markiertem prostataspezifischen Membranantigen [PSMA] bei Prostata-Karzinom)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe: 8-530.a8			
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 N1819892 (Stand Oktober 2017) 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 Kode anzugeben.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			RAD (15)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB18-162	8-530.a8	Therapie mit offenen Radionukliden: Intraarterielle Therapie mit offenen Radionukliden: Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Holmium-166-markierten Mikrosphären	15.900,00 €

NUB18-165a (= T-N18-165a), NUB18-165b (= T-N18-165b)**Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe****mit Membranoxygenierung RA-PA ECMO**

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), NUB18-121a/b/c (Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung, RVAD), NUB18-159a/b (Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung, LVAD)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der erbrachten Leistungen (NUB18-165a = mit doppellumiger Kanüle, NUB18-165b = 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 N1813286 und N1813288 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
Status 1: wenn das ZE2018-03 nicht geltend gemacht werden kann; Status 2: bei Voraussetzungen zur Abrechnung des unbewerteten ZE2018-03			KAR (24)
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB18-165a	Ohne	Ohne: Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe mit Membranoxygenierung RA-PA ECMO: Mit doppellumiger Kanüle	44.000,00 €
NUB18-165b	Ohne	Ohne: Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe mit Membranoxygenierung RA-PA ECMO: Mit doppellumiger Kanüle + femoraler Kanüle	44.000,00 €

NUB18-166 (= T-N18-166)*Pertuzumab, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Pertuzumab, Perjeta®

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: 6-007.9 plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der angebrochenen 420mg-Infusionsflaschen (NUB18-166).			
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 N1810466 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			MKO (26)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 7: Pertuzumab, parenteral (Antineoplastisches Mittel, Monoklonaler Antikörper)	
NUB18-166	6-007.9	Pertuzumab, parenteral: je angebrochene 420mg-Infusionsflasche	10.234,00 €

NUB18-167 (= T-N18-167)*Eribulin, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Eribulin, Halaven®

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: 6-006.5 plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der angebrochenen 2ml-Durchstechflaschen (=0,88mg) (NUB18-167).			
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 N1810430 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			MKO (26)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 6: Eribulin, parenteral (Zytostatikum)	
NUB18-167	6-006.5	Eribulin, parenteral: je angebrochene 2ml-Durchstechflasche (=0,88mg)	383,87 €

NUB18-168 (= T-N18-168)*Atezolizumab, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Atezolizumab, Tecentriq®

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 angebrochenen 1200mg-Infusionslösungen (NUB18-168).			
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 N1810372 und N1814343 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			MKO (26), URO (16)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		- (Antineoplastisches Mittel, Monoklonaler Antikörper)	
NUB18-168	Ohne	Ohne: Atezolizumab, parenteral: je angebrochene 1200mg-Infusionslösung	6.109,90 €

NUB18-169 (= T-N18-169)*Irinotecan (liposomal, pegyliert), parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Irinotecan (liposomal, pegyliert), Onivyde®, NAL-Irinotecan

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.e plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der angebrochenen 10ml/50mg-Infusionslösungen (NUB18-169).			
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 N1810460 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			MKO (26)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 9: Liposomales Irinotecan, parenteral (Topoisomerasehemmer)	
NUB18-169	6-009.e	Liposomales Irinotecan, parenteral: je angebrochene 10ml/50mg-Infusionslösung	981,75 €

NUB18-170 (= T-N18-170)*Midostaurin, oral*

Schlagwortverzeichnis: Midostaurin, Rydapt®

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 verabreichten 25mg-Kapseln (NUB18-170).			
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 N1810479 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			MKO (26)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		- (Antineoplastisches Mittel, Proteinkinase-Inhibitor)	
NUB18-170	Ohne	Ohne: Midostaurin, oral: je verabreichte 25mg-Kapsel	186,48 €

NUB18-171 (= T-N18-171)*Inotuzumab-Ozogamicin, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Inotuzumab-Ozogamicin, Ozogamicin-Inotuzumab, Besponsa®

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 angebrochenen 1mg-Infusionslösungen (NUB18-171).			
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 N1810389 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			MKO (26)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		- (Antineoplastisches Mittel, Antikörper-Wirkstoff-Konjugat)	
NUB18-171	Ohne	Ohne: Inotuzumab-Ozogamicin, parenteral: je angebrochene 1mg-Infusionslösung	15.994,79 €

NUB18-172 (= T-N18-172)*Ixekizumab, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Ixekizumab, Taltz®

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 angebrochenen 80mg-Fertigpens (NUB18-172).			
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 N1809597 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			DER (05)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		- (Immunsuppressivum, Interleukin-Inhibitor)	
NUB18-172	Ohne	Ohne: Ixekizumab, parenteral: je angebrochener 80mg-Fertigpen	1.332,80 €

NUB18-173 (= T-N18-173)*Externes Stabilisierungsgerüst bei Anastomose eines AV-Shunts im Rahmen der Shuntchirurgie*

Schlagwortverzeichnis: Stabilisierungsgerüst, VasQ®

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 erbrachten Leistungen (NUB18-173).			
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 N1816058 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			CHI (02)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB18-173	Ohne	Ohne: Externes Stabilisierungsgerüst bei Anastomose eines AV-Shunts im Rahmen der Shuntchirurgie: je erbrachte Leistung	1.480,50 €

NUB18-174 (= T-N18-174)**Strömungsreduzierendes Drahtgeflecht im Koronarsinus**

Schlagwortverzeichnis: Drahtgeflecht, Neovasc-Reducer®, Reducer®

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: 8-83d.5			
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 N1813510 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			KAR (24)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB18-174	8-83d.5	Therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Gefäße: Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Implantation eines strömungsreduzierenden Drahtgeflechts in den Koronarsinus	6.296,95 €

NUB18-175 (= T-N18-175)**Minimalinvasive LV-Rekonstruktion mit einem myokardialen Verankerungssystem**

Schlagwortverzeichnis: LV-Rekonstruktion, Verankerungssystem-myokardial, Bio-Ventrix-Revivent®, Revivent®

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: 5-37a.1			
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 N1810135 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe. Die Mini-Thorakotomie ist im Code enthalten. Unter Hybrideingriff wird in diesem Fall die Kombination von minimalinvasiv chirurgischem und endovaskulärem Eingriff verstanden			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			KAR (24)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB18-175	5-37a.1	Rhythmuschirurgie und andere Operationen an Herz und Perikard: Plastische Rekonstruktion des Myokardes mit myokardialen Verankerungssystem, Hybrideingriff	26.334,45 €

NUB18-176 (= T-N18-176)**Brodalumab, parenteral**

Schlagwortverzeichnis: Brodalumab, Kyntheum®

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 angebrochenen 210mg-Fertigspitzen (NUB18-176).			
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 N1809606 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			DER (05)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		- (Immunsuppressivum, Interleukin-Inhibitor)	
NUB18-176	Ohne	(Ohne) Brodalumab, parenteral: je angebrochene 210mg-Fertigspritze	892,50 €

NUB18-177 (= T-N18-177)*Intraaortale Ballonokklusion mit extrakorporaler Zirkulation*

Schlagwortverzeichnis: Ballonokklusion-intraaortal, Endoclawing-Port-Access, Intraclade®

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: 8-851.*1			
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 N1818307 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe. Es gilt die niedrigste Körpertemperatur während des Eingriffs. Eine Volumenreduktion im Rahmen der Anwendung der Herz-Lungen-Maschine ist nicht gesondert zu kodieren			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			KAR (24)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Extrakorporale Zirkulation und Behandlung von Blut: Operativer äußerer Kreislauf (bei Anwendung der Herz-Lungen-Maschine):	
NUB18-177	8-851.01	Mit Normothermie (mehr als 35°C): Mit Intraaortaler Ballonokklusion	5.167,37 €
	8-851.11	Mit milder Hypothermie (32 bis 35°C): Mit Intraaortaler Ballonokklusion	
	8-851.31	Mit moderater Hypothermie (26 bis unter 32°C): Mit Intraaortaler Ballonokklusion	
	8-851.41	Mit tiefer Hypothermie (20 bis unter 26°C): Mit Intraaortaler Ballonokklusion	
	8-851.51	Mit profunder Hypothermie (unter 20°C): Mit Intraaortaler Ballonokklusion	

NUB18-178 (= T-N18-178)*Dupilumab, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Dupilumab, Dupixent®

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 angebrochenen 300mg-Fertigspritzen (NUB18-178).			
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 N1839459 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			DER (05)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		- (Interleukin-Inhibitor)	
NUB18-178	Ohne	Ohne: Dupilumab, parenteral: je angebrochene 300mg-Fertigspritze	837,58 €

NUB18-179a (= T-N18-179a), **NUB18-179b** (= T-N18-179b), **NUB18-179c** (= T-N18-179c)
Implantation einer Gefäßprothese mit integrierem Stent im Rahmen von arteriovenöser Shunt- und peripherer Bypasschirurgie

Schlagwortverzeichnis: Gefäßprothese, HeRO-Graft®, Gore-Hybrid®

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: 5-392.3* plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der Leistungen (NUB18-179a = Gore-Hybrid®-Gefäßprothesen mit integriertem Stent mit einer Länge von 5cm, NUB18-179b = Gore-Hybrid®-Gefäßprothesen mit integriertem Stent mit einer Länge von 10cm, NUB18-179c = HeRO-Graft®-Gefäßprothesen mit integriertem Stent).			
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 N1814735 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
Status 1: ausschließlich im Rahmen arteriovenöser Shuntchirurgie in der MDC 11, Status 2: für sonstige Indikationen oder in anderen MDCs			CHI (02)
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB18-179a Gore-Hybrid®, Länge: 5cm	5-392.30	Andere Operationen an Blutgefäßen: Innere AV-Fistel mit alloplastischem Material: Mit Implantat ohne Abstrom in den rechten Vorhof	1.660,64 €
	5-392.31	Andere Operationen an Blutgefäßen: Innere AV-Fistel mit alloplastischem Material: Mit Implantat mit Abstrom in den rechten Vorhof	
	5-392.3x	Andere Operationen an Blutgefäßen: Innere AV-Fistel mit alloplastischem Material: Sonstige	
NUB18-179b Gore-Hybrid®, Länge: 10cm	5-392.30	Andere Operationen an Blutgefäßen: Innere AV-Fistel mit alloplastischem Material: Mit Implantat ohne Abstrom in den rechten Vorhof	2.591,54 €
	5-392.31	Andere Operationen an Blutgefäßen: Innere AV-Fistel mit alloplastischem Material: Mit Implantat mit Abstrom in den rechten Vorhof	
	5-392.3x	Andere Operationen an Blutgefäßen: Innere AV-Fistel mit alloplastischem Material: Sonstige	
NUB18-179c HeRO-Graft®	5-392.31	Andere Operationen an Blutgefäßen: Innere AV-Fistel mit alloplastischem Material: Mit Implantat mit Abstrom in den rechten Vorhof	2.226,42 €

NUB18-180a (= T-N18-180a), **NUB18-180b** (= T-N18-180b), **NUB18-180c** (= T-N18-180c)

Koronarstent, selbstexpandierend

Schlagwortverzeichnis: Koronarstent, Stent, Nitinolstent, Xposition S Sirolimus-Eluting Self Apposing® Coronary Stent System, Bifurkationsstent

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

siehe auch ZE101 (Medikamente-freisetzende Koronarstents), ZE132 (Implantation eines Wachstumsstents), ZE2018-107 (Medikamente-freisetzende bioresorbierbare Koronarstents)

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

Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe: 8-83d.10* (= NUB18-180a) oder 8-837.v (= NUB18-180c) oder Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Einsatz von Implantaten [ZE101] = OPS 8-83d.20 [= NUB18-180b]) **plus bei NUB18-180b und NUB18-180c:** OPS-Eingabe: 8-83b.0* **plus bei NUB18-180a und NUB18-180b und NUB18-180c:** Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der eingebrachten Stents (NUB18-180a = lumenvariabler koronarer Nitinolstent, nicht-medikamente-freisetzend; NUB18-180b = lumenvariabler koronarer Nitinolstent, medikamente-freisetzend, selbst-appositionierend, für komplexe Läsionen; NUB18-180c = selbst-expandierender medikamente-freisetzender koronarer Nitinol-Bifurkationsstent).

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

NUB18-180b und NUB18-180c nur abrechenbar in Kombination mit dem zugeordneten (grau hinterlegten) OPS-Kodes. Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1810038 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe. NUB18-180b: Identische OPS-Kodes wie bei ZE101 verhandelt. Keine gleichzeitige Abrechnung von ZE101 für die entsprechenden Nitinolstents.

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

Beantragende Fachabteilung

Status 1: für die Implantation von 2 und mehr selbstexpandierenden Koronarstents, Status 2: für die Implantation eines selbstexpand. Koronarstents

KAR (24)

NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB18-180a	8-83d.10	Therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Gefäße: Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht-medikamentefreisetzenden selbstexpandierenden Stents: Ein selbstexpandierender Stent in eine Koronararterie	695,50 €
NUB18-180b	8-83d.20	Therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Gefäße: Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden selbstexpandierenden Stents: Ein selbstexpandierender Stent in eine Koronararterie	1.134,20 €
	8-83b.0*	Therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Gefäße: Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme	
NUB18-180c	8-837.v	Therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Gefäße: Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Bifurkationsstents (Mit diesem Code ist nicht der Gebrauch zweier "normaler" Stents in der Kissing-Ballon-Technik zu kodieren)	904,15 €
	8-83b.0*	Therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Gefäße: Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme	

NUB18---- (= T-N18----*Nusinersen, parenteral**Schlagwortverzeichnis: Nusinersen, Spinraza®***Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch**

-

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

Bitte kären Sie die Leistungserbringung/-erfassung vor der Applikation mit den Geschäftsbereichen 2, 3 oder 5

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 N1805167 (Stand Oktober 2017) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.

Gemäß „Vorläufige Vereinbarung für 2018 nach § 12 und § 6 Abs. 2 KHEntgG, § 1: Diese NUB-Vereinbarung ist vorläufig gem. § 12 KHEntgG bzgl. des NUB-Entgeltes mit der InEK-Nr. 95 (Nusinersen). Die Parteien werden bis zur endgültigen Vereinbarung dieses Entgeltes, längstens bis zur Vorlage eines Erstattungsbetrages, die bislang mit den einzelnen Krankenkassen praktizierten Verfahren der Kostenübernahme unverändert fortführen. Mit der abgeschlossenen Verhandlung des GKV-SV (Spitzenverband GK) mit dem Pharmazeutischen Hersteller über einen Erstattungsbetrag wird die vorläufige Vereinbarung auf ein endgültiges NUB-Entgelt ab dem nächstmöglichen Genehmigungszeitpunkt in der Höhe des vereinbarten Erstattungsbetrags umgestellt. In die endgültige NUB Vereinbarung wird folgende Abrechnungsbestimmung aufgenommen:

„Eine Kostenerstattung erfolgt nur im Zusammenhang mit einem molekulargenetischen Nachweis funktionsfähiger Kopien des SMN2 Gens.“

Mit der endgültigen Vereinbarung ist kein Zahlbetragsausgleich für den Zeitraum bis zur Genehmigung des endgültigen NUB-Entgeltes verbunden.

NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])		Beantragende Fachabteilung	
1		NEG-NE (41)	
NUB (AEB 2018)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		- (Mittel zur Behandl. der 5q-assoziierten spinalen Muskelatrophie)	
NUB18----	Ohne	Ohne: Nusinersen, parenteral: 12mg-Durchstechflasche	

Schlagwortverzeichnis ZE & NUB

3D-Separator® (»ZE152)

A

Abatacept (» ZE151)

Abatacept 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® (» NUB18-119a)

Adsorb® (»ZE2018-107)

Adsorba®300c (»ZE2018-09)

Advate® (» ZE2018-97e/ZE2018-139e)

Adynovi® (» ZE2018-97e/ZE2018-139e)

Afinitor® (» NUB18-52e)

Aflibercept (» ZE2018-142)

Afstyla® (» ZE2018-97e/ZE2018-139e)

Agalsidase (» ZE2018-66)

Albotiva® (» ZE2018-120)

Aldesleukin (» ZE48)

Aldurazyme® (» ZE2018-66)

Alemtuzumab (» NUB18-150)

ALFApump® (» NUB18-68a)

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 (lipos.) (» 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]) (» NUB18-125)

Anulorrhaphie (Mitralklappe [Spange]) (» NUB18-76)

Aortenprothese

(»ZE2018-50, ZE2018-53, ZE2018-67)

APD (»ZE2018-72)

Apherese (LDL) (» ZE61)

Apherese-TK (»ZE147)

Apherese-TK (pathogeninaktiv.) (»ZE165)

Argus® (»ZE134)

Argus-II-Retinal-Prothesis-System® (» NUB18-127)

Aritaxel® (» ZE63)

Armisarte® (» ZE2018-120)

Arsentrioxid (» NUB18-40a)

Artificialiris® (»ZE2018-108)

Arzerra® (» ZE155)

Arzneimittelpumpe (» ZE09, ZE56, ZE2018-07)

Asparaginase

(» ZE2018-127, ZE2018-128, ZE2018-129)

Asparaginase medac® (» ZE2018-128)

Aszitespumpe (» NUB18-68a)

AT III ...® (» ZE47)

Atenativ® (» ZE47)

Atezolizumab (» NUB18-168)

Atgam® (» ZE2018-46)

Athlet (» ZE11)

ATK (»ZE147)

ATK (pathogeninaktiv.) (»ZE165)

ATO (» NUB18-40a)

Atriance® (» ZE2018-79)

Auge - bionisch (» NUB18-127)

Avastin® (» ZE74)

Axigem® (» ZE17)

Axinotecan® (» ZE19)

Axitaxel® (» ZE63)

Axitinib (» NUB18-81a)

Axium® (»ZE140, ZE141)

Azacitidin (» ZE124)

Azur® (» NUB18-12e)

B

Ballon (Angioplastie) (» ZE136, ZE137)
 Ballonokklusion-intraaortal (» NUB18-177)
 Ballonpumpe (IABP) (» ZE2018-22)
 Basisdiagnostik (Ngb./Sgl.) (» ZE2018-135)
 Beckenimplantat (» ZE2018-01)
 Behinderung (Schwerst-) (» ZE2018-36)
 Belimumab (» ZE2018-130)
 Bendacitabin® (» ZE17)
 Bendadozel® (» ZE80)
 Bendatax® (» ZE63)
 BeneFIX® (» ZE2018-97o/ZE2018-139o)
 Benepali® (» ZE2018-121)
 Benlysta® (» ZE2018-130)
 Beriate® (» ZE2018-97c2/ZE2018-139c2)
 Beriglobin® (» ZE93)
 Berinert® (» ZE70)
 Berinin® (» ZE2018-97g/ZE2018-139g)
 Beriplex® (» ZE30, ZE2018-97i)
 Besponsa® (» NUB18-171)
 Bevacizumab (» ZE74)
 Bewegungssystem KBH (» ZE2018-41)
 Bifurkationsstent (» NUB18-180)
 Biopath® (» ZE137)
 Bio-Ventrix-Revivent® (» NUB18-175)
 Biseko® (» ZE93)
 Blasenschließmuskel (» ZE10)
 Blinatumomab (» NUB18-133)
 Blincyto® (» NUB18-133)
 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)
 Brodalumab (» NUB18-176)
 Busilvex® (» ZE2018-150)
 Busulfan (» ZE2018-150)
 Busulfan...® (» ZE2018-150)
 BVLR (» ZE2018-136)
 BW-gembin® (» ZE17)

C

C1-Esteraseinhibitor (» ZE70)
 Cabazitaxel (» ZE2018-113)
 Cabometyx® (» NUB18-156)

Cabozantinib (» NUB18-156)
 CAD-Implantat (» ZE2018-04)
 Caelyx® (» ZE72)
 Campto® (» ZE19)
 Cancidas® (» ZE2018-123)
 CAPD (» ZE123)
 Capture® (» ZE152)
 Cardioband® (» NUB18-125)
 Carfilzomib (» NUB18-134a)
 Carillon-Mitral-Contour-System® (» NUB18-76)
 Carmustin (» ZE96)
 Caspofungin (» ZE2018-123)
 Caspofungin...® (» ZE2018-123)
 Catch® (» ZE152)
 Catch-Mini® (» ZE152)
 CAVH (» ZE119)
 CAVHDF (» ZE121)
 Celltaxel® (» ZE63)
 Ceprotin® (» ZE2018-97q/ZE2018-139q)
 Cerecyme® (» ZE2018-66)
 Cerecyte® (» NUB18-12f)
 Cerus® (» NUB18-71a)
 Cetuximab (» ZE50)
 Cheatham-Platinum-Stent (» ZE132)
 Chemosaturation (» ZE2018-117)
 Chondrozytentransplantation (» ZE126)
 Christmas-Faktor
 (» ZE2018-97g/ZE2018-139g)
 Ciambra® (» ZE2018-120)
 Cinryze® (» ZE70)
 Citagem® (» ZE17)
 CliniMACs® (» NUB18-122)
 Clofarabin (» ZE142)
 Clofarabin...® (» ZE142)
 CMV-Immunglobulin (» ZE64)
 Codman® (» NUB18-12f)
 Coil (» ZE105, ZE106, ZE2018-136, NUB18-12,
 NUB18-34b)
 Cometriq® (» NUB18-156)
 Contegra-Conduit PVC® (» ZE2018-50)
 Cosentyx® (» NUB18-141)
 CP-Stent (» ZE132)
 Cresemba® (» NUB18-148)
 Crisantaspase (» ZE2018-127)
 Crizotinib (» NUB18-106)
 Custum made-Prothese (» NUB18-16)
 CVVH (» ZE119)
 CVVHD (» ZE120)
 CVVHDF (» ZE121)
 Cypher Select+® (» ZE101)
 Cyramza® (» ZE2018-146)

Cytarabin (lipos.) (» ZE75)
 Cytotect® (» ZE64)
 Cytovir CMV® (» NUB18-122)

D

Dabrafenib (» NUB18-99a)
 Dacogen® (» ZE156)
 Daratumumab (» NUB18-149)
 Darzalex® (» NUB18-149)
 Dasatinib (» ZE2018-91)
 DEB (» ZE136, ZE137)
 Decitabine (» ZE156)
 Defibrotid (» ZE2018-131)
 Defitelio® (» ZE2018-131)
 DEMIPULSE®-Generator (» ZE158, ZE159)
 DEMIPULSE-DUO®-Generator (» ZE158, ZE159)
 DepoCyte® (» 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 (» ZE122, ZE123, ZE2018-08, ZE2018-72, ZE2018-109)
 DIAM-Spacer® (» ZE125)
 Dibotermis alfa (» ZE2018-63)
 Dinutuximab beta (» NUB18-160)
 Distraction (Gesichtsschädel) (» ZE2018-05)
 Distractionsmarknagel (» ZE2018-72, ZE2018-119)
 Doce...® (» ZE80)
 Docefond® (» ZE80)
 Docetaxel (» ZE80)
 Docetaxel...® (» ZE80)
 Donor-Lymphozyten (» ZE2018-99)
 DOTA (» ZE2018-71)
 Doxorubicin (lipos.) (» ZE52)
 Doxorubicin (peg.-lipos.) (» ZE72)
 Drahtgeflecht (» NUB18-174)
 Drainagetherapie-intrauterin (» NUB18-10h)
 Drug-eluting-ballon (» ZE136, ZE137)
 Dupilumab (» NUB18-178)
 Dupixent® (» NUB18-178)

E

EBV (» ZE100)
 Ecalta® (» ZE115)
 ECMO (» ZE2018-03, NUB18-165)
 ECP (» ZE37)

Ecilizumab (» ZE154)
 EK (» ZE107)
 Elaprase® (» ZE2018-66)
 Elocta® (» ZE2018-97e/ZE2018-139e)
 Elotuzumab (» NUB18-153)
 Eltrombopag (» ZE2018-143)
 Embolisation (» ZE105, ZE106)
 Empliciti® (» NUB18-153)
 Enbrel® (» ZE2018-121)
 Endobronchialventil (» ZE100)
 Endoclamping-Port-Access (» NUB18-177)
 Endoprothese (modular) (» ZE2018-25)
 Endurant® (» ZE2018-67)
 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 (» NUB18-35)
 Erelzi® (» ZE2018-121)
 Eribulin (» NUB18-167)
 Erwinase® (» ZE2018-127)
 Erythrozytenkonzentrat (» ZE107)
 Etanercept (» ZE2012-121)
 EuroDocetaxel® (» ZE80)
 Eurotaxel® (» ZE63)
 Eurotere® (» ZE80)
 Everolimus (» NUB18-52...)
 Evoltra® (» ZE142)
 EXIT-Operation (» NUB18-10g)
 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 [plasmatisch] (» ZE2018-97c2/ZE2018-139c2)
Faktor VIII [rekombinant] (» 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)
Feiba® (» ZE2018-97h/ZE2018-139h)
Fetalchirurgie (» NUB18-10)
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 (» ZE02, ZE62, ZE119, ZE121, ZE2018-08)
Fitbone®-Nagel (» ZE2018-72)
Flebogamma® (» ZE93)
Flixabi® (» ZE2018-149)
Flow-Diverter (» NUB18-49a)
Foramen ovale (Eröffnung) (» NUB18-10f)
FRED® (» NUB18-49a)

G

Galsulfase (» ZE2018-66)
Gammagard® (» ZE93)
Gammanorm® (» ZE93)
Gamunex® (» ZE93)
Gastrointestinalprothese (» ZE2018-54)
Gazyvaro® (» ZE2018-144)
Gefäßprothese (» NUB18-179)
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)
Gesichtsschädel distraktion (» ZE2018-05)
Gliadel® (» ZE96)
Glivec® (» ZE2018-122)
Glykosorb® (» ZE2018-13)
Gore-Hybrid® (» NUB18-179)
GoreViabahn® (» NUB18-43)
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)
Halaven® (» NUB18-167)
Hämin (» ZE2018-69)
Hämodiafiltration (» ZE02, ZE121, ZE2018-08)
Hämodialyse (» ZE01, ZE120, ZE2018-08, ZE2018-109)
Hämofiltration (» ZE62, ZE119, ZE2018-08)
Hämo-perfusion (» ZE2018-09)
Harnklappen-posteriore (Eröffnung) (» NUB18-10h)
Harnkontinenztherapie (» ZE134)
HCO-Dialyse (» ZE2018-109)
HD (» ZE01, ZE120, ZE2018-08, ZE2018-109)
HDF (» ZE02, ZE121, ZE2018-08)
Hep.B-Immunglobulin (» ZE51)
Hepatect CP® (» ZE51)
Herceptin® i.v. (» ZE149)
Herceptin® s.c. (» ZE2018-104)
HeRO-Graft® (» NUB18-179)
Herzassistenzsystem (» ZE2018-02, ZE2018-62)
Herzklappen (Eröffnung) (» NUB18-10f)
Herz-Lungen-Maschine (» ZE2018-03)
Herzrhythmusstör. (Überstimulat.) (» NUB18-10g)
HF (» ZE62, ZE119, ZE2018-08)
Hilal® (» ZE106)
HIPEC (» ZE2018-49)
HITOC (» ZE2018-49)
Hizentra® (» ZE93)
HLM (» ZE2018-03)
Hochfrequenzablation (» NUB18-10i)
Holmium-166 (» NUB18-162)
HTRPMI-01 (Biomet) (» ZE2018-04)

Humira® (» ZE2018-148)
Hybrid-Prothese (Aorta) (»ZE2018-50)
Hycamtin® (» ZE44)
Hydro hypersoft® (» NUB18-12d)
Hydrofill ® (» NUB18-12d)
Hydroframe® (» NUB18-12d)

I

IABP (»ZE2018-22)
Iblias® (» ZE2018-97e/ZE2018-139e)
Ibritumomab-Tiuxetan (90Y-) (»ZE2018-70)
Ibrutinib (» ZE2018-145)
Idelalisib (» NUB18-111a)
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® (» NUB18-98)
Impella® (»ZE2018-62)
Imraldi® (» ZE2018-148)
InductOs® (» ZE2018-63)
Inflectra® (» ZE2018-149)
Infliximab (» ZE2018-149)
Inlyta® (» NUB18-81a)
Inotuzumab-Ozogamicin (» NUB18-171)
Interferon alfa 2a (» ZE2018-59)
Interferon alfa 2b (» ZE2018-60)
Interlock® (»ZE106)
InterStim® (»ZE138, ZE139)
InterStim®-Twin (»ZE140, ZE141)
Intraclude® (» NUB18-177)
Intratect® (» ZE93)
Intra-Uterin-Shunt® (» NUB18-10h)
IntronA® (» ZE2018-60)
IPD (»ZE122)

Ipilimumab (» ZE2018-126)
Irinomedac® (» ZE19)
Irino-NC® (» ZE19)
Irino-onkovis® (» ZE19)
Irinotecan (» ZE19)
Irinotecan (liposomal, pegyliert) (» NUB18-169)
Irinotecan...® (» ZE19)
Irinotesin® (» ZE19)
Irinotom® (» ZE19)
Irisdiaphragma (»ZE2018-108)
Irisprothese (»ZE2018-108)
Isavuconazol (» NUB18-148)
ISKD-Distraktionsmarknagel® (»ZE2018-119)
Isolfan® (» ZE2018-150)
Isqette® (» NUB18-160)
Itraconazol (» ZE113)
Itrel®4 (»ZE138, ZE139)
Ixekizumab (» NUB18-172)

J

Jakavi® (» NUB18-138)
Javlor® (» ZE135)
Jevtana® (» ZE2018-113)
Jod-131-MIBG (» ZE2018-57)

K

Kadcyla® (» ZE149)
Kardioband (» NUB18-125)
Kehlkopf- oder Luftröhrenverschluss (Eröffnung) (» NUB18-10g)
Keytruda® (» NUB18-136)
Kiefergelenksendoprothese (» NUB18-16)
Kiovig® (» ZE93)
Kisplyx® (» NUB18-155)
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 (»ZE132, ZE2018-107, NUB18-180)
Kovaltry® (» ZE2018-97e/ZE2018-139e)
Kranioplastik (»ZE2018-04)
Kunstherz (»ZE2018-02)
Kybernin® (» ZE47)
Kyntheum® (» NUB18-176)
Kyprolis® (» NUB18-134a)

L

Laronidase (» ZE2018-66)
 Lasertherapie (» NUB18-10i)
 L-Asparaginase (» ZE2018-127)
 Latruvo® (» NUB18-157)
 LCP (» NUB18-152)
 LDL-Apherese (» ZE61)
 Leberdialyse (» ZE2018-10)
 Leberersatztherapie (» ZE2018-10)
 Leberperfusion (» ZE2018-117)
 Leberretransplantation (» ZE2018-17)
 Lemtrada® (» NUB18-150)
 Lenalidomid (» ZE2018-77)
 Lenograstim (» ZE42)
 Lenvatinib (» NUB18-155)
 Lenvima® (» NUB18-155)
 Leukozytenkonzentrat (» ZE2018-34)
 Liberty® (» NUB18-49a)
 Linear IAB® (» ZE2018-22)
 Lipegfilgrastim (» ZE160)
 Lonquex® (» ZE160)
 LTX (» ZE2018-17)
 Luna AES® (» NUB18-71a)
 Lungencoil (» ZE2018-136)
 Lungenventil (» ZE100)
 Lungenvolumenreduktion (» ZE2018-136)
 Lutetium-177 (» NUB18-130a)
 LVRC (» ZE2018-136)
 LV-Rekonstruktion (» NUB18-175)
 Lymphoglobulin® (» ZE2018-46)
 Lymphozyten (» ZE2018-99)

M

MabThera® (» ZE2018-151)
 MabThera® s.c. (» ZE2018-103)
 Macitentan (» NUB18-112)
 Magec® (» NUB18-95a)
 Magnetic-Expansion-Control-System (» NUB18-95a)
 MARS-Treatment-Kit® (» ZE2018-10)
 Medikamentenpumpe (» ZE09, ZE56, ZE2018-07)
 Medina Embolization Device® (» NUB18-71a)
 Mega IAB® (» ZE2018-22)
 Mekinist® (» NUB18-137)
 Mepact® (» ZE2018-101)
 Metajodobenzylguanidin (» ZE2018-57)
 Metallspirale (» ZE105, ZE106, ZE2018-136)
 Micafungin (» ZE128)
 MICRA® (» NUB18-152)
 Micros® (» NUB18-34b)
 Midostaurin (» NUB18-170)

Mifamurtid (» ZE2018-101)
 Mikroaxial-Blutpumpe (» ZE2018-62)
 Mikrodrahtretriever (» ZE133)
 Mitralklappenanuloplastik (» NUB18-125)
 Mitralklappenanulorrhaphie (» NUB18-76)
 Mitralklappenrekonstruktion (» NUB18-96a)
 Modulare Endoprothese (» ZE2018-25)
 Monitoring (MRD) (» ZE2018-115, ZE2018-116)
 Mononine® (» ZE2018-97g/ZE2018-139g)
 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)
 NAL-Irinotecan (» NUB18-169)
 Nanostim® (» NUB18-152)
 Natalizumab (» ZE97)
 Naturheilkundliche KBH (» ZE2018-40)
 Nelarabin (» ZE2018-79)
 NeoChord Artificial Chordae Delivery System®
 (» NUB18-96a)
 Neotaxan® (» ZE63)
 Neovasc-Reducer® (» NUB18-174)
 Nester® (» ZE106)
 Netzhautprothese (» NUB18-127)
 Neulasta® (» ZE71)
 Neupogen® (» ZE40)
 NeuroEndoGraft® (» NUB18-49a)
 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)
 NFocus® (» NUB18-71a)
 Nilotinib (» NUB18-56)
 Nitinolspiralen (» ZE2018-136)
 Nitinolstent (» NUB18-180)
 Nivestim® (» ZE40)
 Nivolumab (» NUB18-135)
 Nivolumab BMS® (» NUB18-135)
 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 (» NUB18-103)
Noxafil®-Tabl. (» ZE2018-105)
Nplate® (» ZE144)
Nusinersen (» NUB18-104)
Nuwiq® (» ZE2018-97e/ZE2018-139e)

O

Obdivo® (» NUB18-135)
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 (» NUB18-157)
Oncaspar® (» ZE2018-129)
Onivyde® (» NUB18-169)
Opgenra® (» ZE2018-64)
Opsumit® (» NUB18-112)
Optivate® (» ZE2018-97c2/ZE2018-139c2)
Orencia® (» ZE151)
Orencia® s.c. (» ZE2018-106)
Osigraft® (» ZE2018-64)
Ozogamicin-Inotuzumab (» NUB18-171)

P

P64®-Flow-Diverter (» NUB18-49a)
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 (» ZE2018-133, ZE2018-134)
Palliativmed. Komplexbehandlung (» ZE60, ZE145)
Panitumumab (» ZE116)
Paxene® (» ZE63)
Pazopanib (» NUB18-66)
pCANvas® (» NUB18-71a)
PECLA (» ZE2018-03)

Pegfilgrastim (» ZE71)
Pembrolizumab (» NUB18-136)
Pemetrexed (» ZE2018-120)
Pemetrexed...® (» ZE2018-120)
Penisprothese (» ZE58, ZE2018-24)
Pentaglobin® (» ZE93)
Penumbra® (» NUB18-34b)
Perfusion (Extremitäten) (» ZE2018-16)
Perfusion (Leber) (» ZE2018-117)
Peritonealdialyse (» ZE122, ZE123, ZE2018-08, ZE2018-72)
Perjeta® (» NUB18-166)
Pertuzumab (» NUB18-166)
Pflege (Behinderung) (» ZE2018-36)
Pflegebedürftigkeit (» ZE162, ZE163)
Pflegegrad (» ZE162, ZE163)
Pflegekomplexmaßnahmen (» ZE130, ZE131)
Phenox-Clot-Retriever® (» ZE133)
Photopherese (» ZE37)
Pipeline® (» NUB18-49a)
Pixantron (» NUB18-151)
Pixuvri® (» NUB18-151)
PKMS (» ZE130, ZE131)
Plasmapherese (» ZE36)
Plerixafor (» ZE143)
Pomalidomid (» NUB18-98)
Posaconazol (» ZE150, ZE2018-105, NUB18-103)
Posaconazol (oral, Susp.) (» ZE150)
Posaconazol (oral, Tabl.) (» ZE2018-105)
Potactasol® (» ZE44)
PP (» ZE36)
PPSB...® (» ZE30, ZE2018-97i)
Prä-ECMO (» ZE2018-03)
pRESET® (» ZE152)
Presidio® (» NUB18-12f)
PrimeAdvanced® (» ZE140, ZE141)
Privigen® (» ZE93)
Prodigy® (» ZE2018-61)
Prokonvertin (» ZE2018-97a/ZE2018-139a)
Prolastin® (» ZE2018-58)
Proleukin® (» ZE48)
Promus-Element® (» ZE101)
Prostata-Ca. (PSMA) (» NUB18-130a)
Protein C (human) (» ZE2018-97q/ZE2018-139q)
Prothrombinkomplex (FEIBA) (» ZE2018-97h/ZE2018-139h)
Prothrombinkomplex (» ZE30, ZE2018-97i)
PSMA (» NUB18-130a)
PTA (» ZE137)
PTCA (» ZE136)
PULSE®-Generator (» ZE158, ZE159)

ZE- & NUB-Handbuch

Pulsgenerator (» NUB18-152)
 Pumpe (Aszites-) (» NUB18-68a)
 Pumpe (Blut) (»ZE2018-02, ZE2018-62)
 Pumpe (Zentrifugal- [LVAD]) (» NUB18-159a)
 Pumpe (Zentrifugal- [RVAD]) (» NUB18-121)
 Pumpe (Zentrifugal- [TandemLung®]) (» NUB18-165)

Q

QuiremSpheres® (» NUB18-162)

R

Radiofrequenzablation (»ZE161)
 Radioimmuntherapie (»ZE2018-70)
 Radionuklidtherapie (PSMA) (» NUB18-130a)
 Radionuklidtherapie (SIRT)
 (» ZE2018-65, NUB18-162)
 Radionuklidtherapie (SIRT) (»ZE2018-65)
 Radiorezeptorthherapie (»ZE2018-71)
 Ramucirumab (» ZE2018-146)
 RA-PA ECMO (» NUB18-165)
 Ratiograstim® (» ZE40)
 Reducer® (» NUB18-174)
 Re-Facto® (» ZE2018-97e/ZE2018-139e)
 Remicade® (» ZE2018-149)
 Remodulin® (» NUB18-94)
 Remsima® (» ZE2018-149)
 Replagal® (» ZE2018-66)
 RePneu Lung Volume Reduction Coils
 (»ZE2018-136)
 Respreeza® (» ZE2018-58)
 Restore Surescan MRI® (»ZE2018-61)
 RestoreADVANCED® (»ZE2018-61)
 RestoreULTRA® (»ZE2018-61)
 Resttumorlast (MRD) (»ZE2018-115)
 Resttumorlast (MRD) (»ZE2018-116)
 Retransplantation (»ZE2018-17)
 Retriever (» ZE133, ZE152)
 Reveal®LINQ (» NUB18-35)
 Reveal®XT (» NUB18-35)
 Revestive® (» NUB18-144)
 Revivent® (» NUB18-175)
 Revlimid® (» ZE2018-77)
 Revolade® (» ZE2018-143)
 Rhenium-188 (»ZE2018-65)
 Ribocamtin® (» ZE44)
 Ribodocel® (» ZE80)
 Riboirino® (» ZE19)
 Ribotax® (» ZE63)
 Ribozar® (» ZE17)
 Riociguat (» NUB18-119a)

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® (» ZE157)
 RoActemra® s.c. (» ZE2018-110)
 RoferonA® (» ZE2018-59)
 Romiplostim (» ZE144)
 Runarorn® (» ZE2018-120)
 Ruxolitinib (» NUB18-138)
 Rydapt® (» NUB18-170)

S

Sargramostim (» ZE2018-33)
 Scaffold (»ZE2018-107)
 Schädelimplantat (»ZE2018-04)
 Schlingen-OP (»ZE153)
 Schrittmacher (Zwerchfell) (»ZE2018-18)
 Schwerstbehinderung (»ZE2018-36)
 Secukinumab (» NUB18-141)
 Selexipag (» NUB18-158)
 SELFX ENDOSCOPIC® (»ZE2018-54)
 Sempera® (» ZE113)
 Sensation IAB® (»ZE2018-22)
 Sensation Plus® (»ZE2018-22)
 SeQuent®-Please (»ZE136)
 Shunt (feto-amnial) (» NUB18-10h)
 Silk-Plus-Flow-Diverter® (» NUB18-49a)
 SIR-Spheres® (»ZE2018-65)
 SIRT (» ZE2018-65, NUB18-162)
 Skoliose (» NUB18-95a)
 Soletra® (»ZE2018-118)
 Soliris® (» ZE154)
 Solitaire® (»ZE152)
 Solymbic® (» ZE2018-148)
 Somatostatinanaloga (DOTA) (»ZE2018-71)
 Sorafenib (» ZE2018-75)
 Spange (» NUB18-76)
 Spender-Immunzellen (» NUB18-122)
 Spinraza® (» NUB18-118)
 Spreizer (interspinös) (»ZE125)
 Sprycel® (» ZE2018-91)
 Stabilisierungsgerüst (» NUB18-173)
 Stammzellboost (»ZE2018-44)
 Stammzellen (Fremdbezug) (»ZE2018-35)
 Stammzelltransplantation (» NUB18-122)
 Stangen (» NUB18-95a)

StatLock IAB® (» ZE2018-22)
Stayveer® (» ZE2018-56)
Stelara® (» NUB18-114a)
Stent (» ZE101, ZE132, ZE2018-107, NUB18-43, NUB18-180)
Stentgraft-Prothese (Aorta) (» ZE2018-53)
Stent-Prothese (Aorta) (» ZE2018-67)
Stentretreiver (» ZE152)
Stock-Prothese (» NUB18-16)
Streptama-Verfahren (» NUB18-122)
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® (» NUB18-99a)
Talent® (» ZE2018-67)
Taltz® (» NUB18-172)
TandemHeart® (LVAD) (» NUB18-159a)
TandemHeart® (RVAD) (» NUB18-121)
TandemLung® (» NUB18-165)
Tansnura® (» ZE2018-56)
Tasigna® (» NUB18-56)
Taxceus® (» ZE80)
Taxespira® (» ZE80)
Taxodoce® (» ZE80)
Taxol® (» ZE63)
Taxomedac® (» ZE63)
Taxotan® (» ZE80)
Taxotere® (» ZE80)
Taxus® (» ZE101)
TCIS (» NUB18-152)
Tecentriq® (» NUB18-168)
Teduglutid (» NUB18-144)
Temodal i.v. (» NUB18-60)
Temomedac®, (» ZE78)
Temotres® (» ZE78)
Temozo-cell® (» ZE78)
Temozolomid (» ZE78, NUB18-60)
Temozolomid...® (» ZE78)
Tempero-Mandibular-Joint Patient Matched Implant (» NUB18-16)
Tempero-mandibular-Joint Total Endo Prothese (» NUB18-16)
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)
TMJ-PMI (» NUB18-16)
TMJ-TEP (» NUB18-16)
Tocilizumab (» ZE157)
Tocilizumab s.c. (» ZE2018-110)
Tolnixa® (» ZE80)
Topotecan (» ZE44)
Topotecan ...® (» ZE44)
Torisel® (» ZE2018-85)
Tornado® (» ZE106)
TPS (» NUB18-152)
Trabectedin (» ZE117)
Trachea (Ballonverschluss) (» NUB18-10j)
Tracleer® (» ZE2018-56)
Trametinib (» NUB18-137)
Transplantation (Re-) (» ZE2018-17)
Trastuzumab (i.v. » ZE149, s.c. » ZE2018-104)
Trepostinil (» NUB18-94)
Trevo® (» ZE152)
Trisenox® (» NUB18-40a)
Truxella® (» ZE2018-151)
Truxima® (» ZE2018-151)
Tumorlast (MRD) (» ZE2018-115, ZE2018-116)
Tysabri® (» ZE97)

U

Ultraflex Covered-Stent® (» ZE2018-54)
Unituxin® (» NUB18-160)
Upravi® (» NUB18-158)
Ustekinumab (» NUB18-114a)

V

Vagusstimulator (» ZE158, ZE159)
Valiant® (» ZE2018-67)
Varitect® (» ZE67)
Variz.-Zoster-Immunglobulin (» ZE67)
Vascutec Thorflex Hybrid® (» ZE2018-50)
VasQ® (» NUB18-173)
Vectibix® (» ZE116)
Velcade® (» ZE2018-147)
Vemurafenib (» NUB18-85)
Venbig® (» ZE51)
Ventricular Assist System® (» ZE2018-02)

ZE- & NUB-Handbuch

Verankerungssystem-myokardial (» NUB18-175)
VFEND® (» ZE2018-124, ZE2018-125)
Vidaza® (» ZE124)
Vinflunin (» ZE135)
Vivaglobin® (» ZE93)
Volibris® (» ZE2018-84)
Voncento® (» ZE2018-97c1/ZE2018-139c1)
Von-Willebrand-Fakt. (»ZE2018-97c1/ZE2018-139c1)
Voriconazol (» ZE2018-124, ZE2018-125)
Voriconazol...® (» ZE2018-124, ZE2018-125)
Votrient® (» NUB18-66)
Votubia® (» NUB18-52f)
vWF (» ZE2018-97c1/ZE2018-139c1)
VZV-Immunglobulin (» ZE67)

Zevalin® (» ZE2018-70)
Zügel-OP (»ZE134, ZE153)
Zwerchfellschrittmacher (»ZE2018-18)
Zydelig® (» NUB18-111a)
Zytiga® (» ZE2018-112)
Zytomeg.-Immunglobulin (» ZE64)

W

Wachstumsstent (»ZE132)
Wallflex Duodenal Stent® (»ZE2018-54)
Wallstent® (»ZE2018-54)
Web® (» NUB18-71a)
Wilate® (» ZE2018-97c2/ZE2018-139c2)
Willfact® (» ZE2018-97c1/ZE2018-139c1)
Wirbelkörperersatz (» ZE11)

X

Xalkori® (» NUB18-106)
XienceV® (» ZE101)
Xposition S Sirolimus-Eluting Self Apposing® Coronary Stent System (» NUB18-180)
X-Stop® (»ZE125)
Xtandi® (» ZE2018-141)

Y

Y90-Therasphere® (» ZE2018-65)
Y90-Therasphere® (»ZE2018-65)
Yervoy® (» ZE2018-126)
Yondelis® (» ZE117)
Yttrium-90 (»ZE2018-65)

Z

Zaltrap® (» ZE2018-142)
Zarzio® (» ZE40)
Zelboraf® (» NUB18-85)
Zellapherese (»ZE2018-15)
Zenith Endovascular Graft® (»ZE2018-53)
Zentrifugalpumpe (LVAD) (» NUB18-159a)
Zentrifugalpumpe (RVAD) (» NUB18-121)
Zentrifugalpumpe (TandemLung®) (» NUB18-165)
Zephyr®-Endobronchialventil (» ZE100)

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

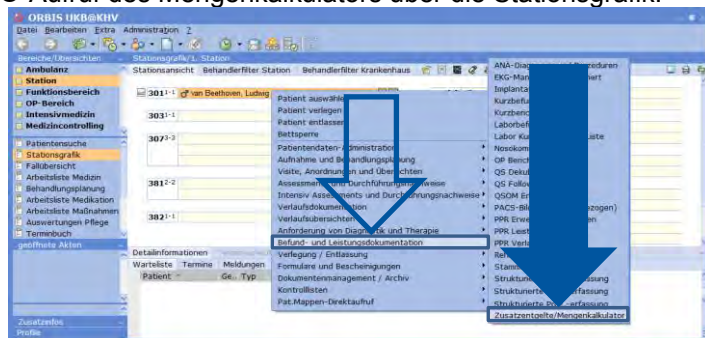
Damit Sie die Kosten für diese hochpreisigen Arzneimittel durch die Kostenträger rückvergütet bekommen, müssen Sie die verabreichten Mengen nach jeder Applikation im Orbis-NICE®-Mengenkalkulator erfassen. Zusätzlich ist bei der Gabe von Gerinnungsfaktorenkonzentraten der Gruppen ZE2018-97, ZE2018-137, 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.

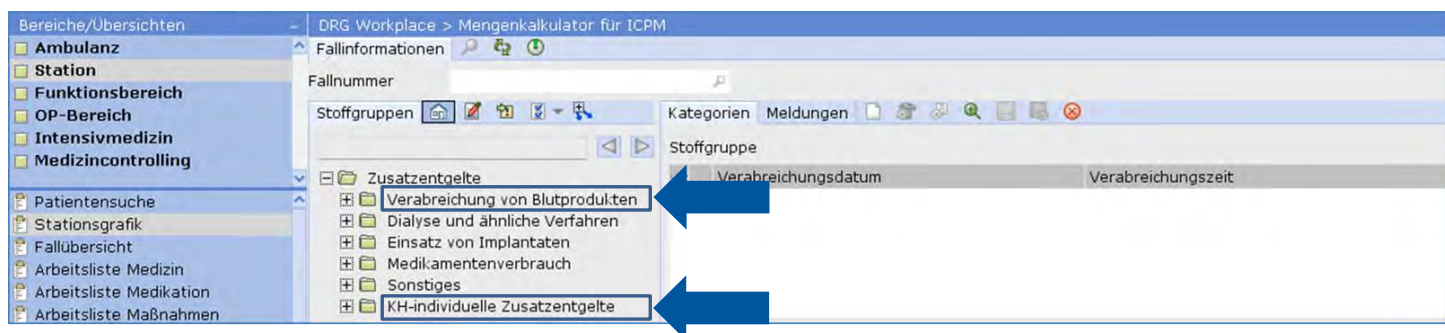
Erfassung von Zusatzentgelten im Orbis®-Mengenkalkulator

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 als „Zusatzentgelt“ oder „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode“ erfasst werden müssen.

A
Abatacept (» ZE151)
Abatacept s.c. (» ZE2018-106)
Abelcet® (» ZE2018-80)
Abirateronacetat (» ZE2018-112)
Abraxane® (» NUB18-111)
Acadic-Gemcitabin® (» ZE17)
Accofil® (» ZE40)
Adalimumab (» ZE2018-148)
Adcetris® (» ZE2018-140)
Adempas® (» NUB18-119a)
Advate® (TFG » ZE2018-97e/ZE2018-139e)
Adynovi® (TFG » ZE2018-97e/ZE2018-139e)
Afinitor® (» NUB18-52e)
Aflibercept (» ZE2018-142)
Afstyla® (TFG » ZE2018-97e/ZE2018-139e)
Agalsidase (» ZE2018-66)
Albotiva® (» ZE2018-120)
Aldesleukin (» ZE48)
Aldurazyme® (» ZE2018-66)
Alemtuzumab (» NUB18-150)
Alimta® (» ZE2018-120)
Alpha-1-Proteinaseninhib. (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)
Amphotericin-B-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.-I.-glob. (» ZE2018-46)
Antithrombin III (TFG » ZE47)
Aritaxel® (» ZE63)
Armisarte® (» ZE2018-120)
Arsentrioxid (» NUB18-40a)
Arzerra® (» ZE155)
Asparaginase (» ZE2018-127, ZE2018-128, ZE2018-129)
Asparaginase medac® (» ZE2018-128)
AT III ...® (TFG » ZE47)
Atenativ® (TFG » ZE47)
Atezolizumab (» NUB18-168)
Atgam® (» ZE2018-46)
ATO (» NUB18-40a)
Atrianace® (» ZE2018-79)
Avastin® (» ZE74)
Axigem® (» ZE17)
Axinotecan® (» ZE19)
Axitaxel® (» ZE63)
Axitinib (» NUB18-81a)
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)
Berinernt® (TFG » ZE70)
Berinin® (TFG » ZE2018-97g/ZE2018-139g)
Beriplex® (TFG » ZE30, ZE2018-97i)
Besponsa® (» NUB18-171)
Bevacizumab (» ZE74)
Biseko® (TFG » ZE93)
Blinatumomab (» NUB18-133)
Blinicyto® (» NUB18-133)
Bortezomib...® (» ZE2018-147)
Bosentan...® (» ZE2018-56)
Brentuximabvedotin (» ZE2018-140)
Brodalumab (» NUB18-176)
Busivex® (» ZE2018-150)
Busulfan...® (» ZE2018-150)
BW-gembin® (» ZE17)
C
C1-Esteraseinhibitor (TFG » ZE70)
Cabazitaxel (» ZE2018-113)
Cabometyx® (» NUB18-156)
Cabozantinib (» NUB18-156)
Caelyx® (» ZE72)
Campto® (» ZE19)
Cancidas® (» ZE2018-123)
Carfilzomib (» NUB18-134a)
Carmustin (» ZE96)
Caspofungin...® (» ZE2018-123)
Celltaxel® (» ZE63)
Ceprotin® (TFG » ZE2018-97q/ZE2018-139q)
Cerecyme® (» ZE2018-66)
Cetuximab (» ZE50)
Christmas-Faktor (TFG » ZE2018-97g/ZE2018-139g)
Ciambra® (» ZE2018-120)
Cinryze® (TFG » ZE70)
Citagem® (» ZE17)
Clofarabin...® (» ZE142)
CMV-Immunglobulin (TFG » ZE64)
Cometriq® (» NUB18-156)
Cosentyx® (» NUB18-141)
Cresemba® (» NUB18-148)
Crisantaspace (» ZE2018-127)
Crizotinib (» NUB18-106)
Cyramza® (» ZE2018-146)

Cytarabin (lipos.) (» ZE75)
Cytotect® (TFG » ZE64)
D
Dabrafenib (» NUB18-99a)
Dacogen® (» ZE156)
Daratumumab (» NUB18-149)
Darzalex® (» NUB18-149)
Dasatinib (» ZE2018-91)
Decitabine (» ZE156)
Defibrotid (» ZE2018-131)
Defitelio® (» ZE2018-131)
DepoCyte® (» ZE75)
Diboterin alfa (» ZE2018-63)
Dinutuximab beta (» NUB18-160)
Doce...® (» ZE80)
Docefon® (» ZE80)
Docetaxel...® (» ZE80)
Docetaxel (» ZE80)
Doxorubicin (lipos.) (» ZE52)
Doxorubicin (peg.-lipos.) (» ZE72)
Dupilumab (» NUB18-178)
Dupixent® (» NUB18-178)
E
Ecalta® (» ZE115)
Eculizumab (» ZE154)
Elaprase® (» ZE2018-66)
Elocta® (TFG » ZE2018-97e/ZE2018-139e)
Elotuzumab (» NUB18-153)
Eltrombopag (» ZE2018-143)
Empliciti® (» NUB18-153)
Enbrel® (» ZE2018-121)
Enzalutamid (» ZE2018-141)
Eptacog alpha (aktiv) (TFG » ZE2018-97b/ZE2018-137)
Eptoermin alfa (» ZE2018-64)
Erbitux® (» ZE50)
Erelzi® (» ZE2018-121)
Eribulin (» NUB18-167)
Erwinase® (» ZE2018-127)
Etanercept (» ZE2012-121)
EuroDocetaxel® (» ZE80)
Eurotaxel® (» ZE63)
Eurotere® (» ZE80)
Everolimus (» NUB18-52...)
Evoltra® (» ZE142)
Eylea® (» ZE2018-142)
F
Fabrazyme® (» ZE2018-66)
Faktor I (TFG » ZE2018-97/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)
Fanhdi® (TFG » ZE2018-97c2/ZE2018-139c2)
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)
Grastofil® (» ZE40)
H
Haemate® (TFG » ZE2018-97c2/ZE2018-139c2)
Haemocomplettan® (TFG » ZE2018-97j/ZE2018-138)
Haemoctin® (TFG » ZE2018-97c2/ZE2018-139c2)
Halaven® (» NUB18-167)
Hämin (TFG » ZE2018-69)
Hep.B-Immunglobulin (TFG » ZE51)
Hepatect CP® (TFG » ZE51)
Herceptin® (» ZE149)

Herceptin® s.c. (» ZE2018-104)
Hizentra® (TFG » ZE93)
Holmium-166 (» NUB18-162)
Humira® (» ZE2018-148)
Hycamtin® (» ZE44)
I
Iblias® (TFG » ZE2018-97e/ZE2018-139e)
Ibritumomab-Tiuxetan (90Y-) (» ZE2018-70)
Ibrutinib (» ZE2018-145)
Idelalisib (» NUB18-111a)
Idelvion® (TFG » ZE2018-97o/ZE2018-139o)
Idursulfase (» ZE2018-66)
Ig Vena® (TFG » ZE93)
Imatinib (» ZE2018-122)
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); CMV (TFG » ZE64); Hep.B (TFG » ZE51); polyv.: (TFG » ZE93); VZV (TFG » ZE67)
IMMUNINE STIM® (TFG » ZE2018-97g/ZE2018-139g)
ImmuSeven® (TFG » ZE2018-97a/ZE2018-139a)
Imnovid® (» NUB18-98)
Imraldi® (» ZE2018-148)
InductOs® (» ZE2018-63)
Inflectra® (» ZE2018-149)
Infliximab (» ZE2018-149)
Inlyta® (» NUB18-81a)
Inotuzumab-Ozogamicin (» NUB18-171)
Interferon alfa 2a (» ZE2018-59)
Interferon alfa 2b (» ZE2018-60)
Intratect® (TFG » ZE93)
IntronA® (» ZE2018-60)
Ipilimumab (» ZE2018-126)
Irinomedac® (» ZE19)
Irino-NC® (» ZE19)
Irino-onkovis® (» ZE19)
Irinotecan (» ZE19), lipos.-peg. (» NUB18-169)
Irinotecan...® (» ZE19)
Irinotesin® (» ZE19)
Irinotom® (» ZE19)
Isavuconazol (» NUB18-148)
Isolfan® (» ZE2018-150)
Isqette® (» NUB18-160)
Itraconazol (» ZE113)
Ixekizumab (» NUB18-172)
J
Jakavi® (» NUB18-138)
Javlor® (» ZE135)
Jevtana® (» ZE2018-113)
Jod-131-MIBG (» ZE2018-57)
K
Kadcyla® (» ZE149)
Keytruda® (» NUB18-136)
Kiovig® (TFG » ZE93)
Kisplyx® (» NUB18-155)
Kogenate® (TFG » ZE2018-97e/ZE2018-139e)
Kovaltry® (TFG » ZE2018-97e/ZE2018-139e)
Kybernin® (TFG » ZE47)
Kyntheum® (» NUB18-176)
Kyprolis® (» NUB18-134a)
L
Laronidase (» ZE2018-66)
L-Asparaginase (» ZE2018-127)
Latruvo® (» NUB18-157)
Lemtrada® (» NUB18-150)
Lenalidomid (» ZE2018-77)
Lenograstim (» ZE42)
Lenvatinib (» NUB18-155)
Lenvima® (» NUB18-155)
Lipegfilgrastim (» ZE160)
Lonquex® (» ZE160)
Lutetium-177 (» NUB18-130a)
Lymphoglobulin® (» ZE2018-46)
M
MabThera® s.c. (» ZE2018-103), i.v. (» ZE2018-151)
Macitentan (» NUB18-112)
Mekinist® (» NUB18-137)
Mepact® (» ZE2018-101)
Metajodobenzylguanidin (» ZE2018-57)
Micafungin (» ZE128)
Midostaurin (» NUB18-170)
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)
NAL-Irinotecan (» NUB18-169)
Natalizumab (» ZE97)
Nelarabin (» ZE2018-79)
Neotaxan® (» ZE63)
Neulasta® (» ZE71)
Neupogen® (» ZE40)
Nexavar® (» ZE2018-75)
Nilotinib (» NUB18-56)
Nivestim® (» ZE40)
Nivolumab (» NUB18-135)
Nivolumab BMS® (» NUB18-135)
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.-Konzentrat (» NUB18-103), Tabl. (» ZE2018-105)
Nplate® (» ZE144)
Nusinersen (» NUB18-....)
Nuwiq® (TFG » ZE2018-97e/ZE2018-139e)
O
Obdivo® (» NUB18-135)
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 (» NUB18-157)
Oncaspar® (» ZE2018-129)
Onivyde® (» NUB18-169)
Opgenra® (» ZE2018-64)
Opsumit® (» NUB18-112)
Optivate® (TFG » ZE2018-97c2/ZE2018-139c2)
Orencia® (» ZE151)
Orencia® s.c. (» ZE2018-106)
Osigraft® (» ZE2018-64)
Ozogamicin-Inotuzumab (» NUB18-171)
P
Pacil HEXAL® (» ZE63)
Paclit® (» ZE63)
Paclitax® (» ZE63)
Paclitaxel (» ZE63)
Palifermin (» ZE95)
Palivizumab (» ZE98)
Panitumumab (» ZE116)
Paxene® (» ZE63)
Pazopanib (» NUB18-66)
Pegfilgrastim (» ZE71)
Pembrolizumab (» NUB18-136)
Pemetrexed...® (» ZE2018-120)
Pentaglobin® (TFG » ZE93)
Perjeta® (» NUB18-166)
Pertuzumab (» NUB18-166)
Pixantron (» NUB18-151)
Pixuvri® (» NUB18-151)
Plerixafor (» ZE143)
Pomalidomid (» NUB18-98)
Posaconazol (oral, Susp. » ZE150; oral, Tabl. » ZE2018-105; s.c. » NUB18-103)
Potactasol® (» ZE44)
PPSB...® (TFG » ZE30, ZE2018-97i)
Privigen® (TFG » ZE93)
Prokonvertin (TFG » ZE2018-97a/ZE2018-139a)
Prolastin® (TFG » ZE2018-58)
Proleukin® (» ZE48)
Protein C (TFG » ZE2018-97q/ZE2018-139q)
Prothrombinkomplex (TFG » ZE30, ZE2018-97i, ZE2018-97h/ZE2018-139h)
Q
QuiremSpheres® (» NUB18-162)
R
Ramucirumab (» ZE2018-146)
Ratiograstim® (» ZE40)
Re-Facto® (TFG » ZE2018-97e/ZE2018-139e)
Remicade® (» ZE2018-149)
Remodulin® (» NUB18-94)
Remsima® (» ZE2018-149)
Replagal® (» ZE2018-66)
Respreeza® (TFG » ZE2018-58)
Revestive® (» NUB18-144)
Revlimid® (» ZE2018-77)
Revolade® (» ZE2018-143)
Ribocamtin® (» ZE44)
Ribodocel® (» ZE80)
Riboirino® (» ZE19)
Ribotax® (» ZE63)
Ribozar® (» ZE17)
Riociguat (» NUB18-119a)
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 (» NUB18-138)
Rydapt® (» NUB18-170)
S
Sargramostim (» ZE2018-33)
Secukinumab (» NUB18-141)
Selexipag (» NUB18-158)
Sempera® (» ZE113)
SIR-Spheres® (» ZE2018-65)
Soliris® (» ZE154)
Solymbic® (» ZE2018-148)
Sorafenib (» ZE2018-75)
Spinraza® (» NUB18-....)
Sprycel® (» ZE2018-91)
Stayveer® (» ZE2018-56)
Stelara® (» NUB18-114a)
Subcuvia® (TFG » ZE93)
Sunitinib (» ZE2018-74)
Sutent® (» ZE2018-74)
Synagis® (» ZE98)

T
Tafinlar® (» NUB18-99a)
Taltz® (» NUB18-172)
Tansnura® (» ZE2018-56)
Tasigna® (» NUB18-56)
Taxceus® (» ZE80)
Taxespira® (» ZE80)
Taxodoco® (» ZE80)
Taxol® (» ZE63)
Taxomedac® (» ZE63)
Taxotan® (» ZE80)
Taxotere® (» ZE80)
Tecentriq® (» NUB18-168)
Teduglutid (» NUB18-144)
Temodal i.v. (» NUB18-60)
Temomedac® (» ZE78)
Temotres® (» ZE78)
Temozo-cell® (» ZE78)
Temozolomid (oral » ZE78, i.v. » NUB18-60)
Temozolomid...® (» ZE78)
Temsirolimus (» ZE2018-85)
Tepadina® (» ZE2018-132)
Tevagrastim® (» ZE40)
Thiotepa (» ZE2018-132)
Thymoglobuline® (» ZE2018-46)
Tocilizumab (i.v » ZE157, s.c. » ZE2018-110)
Tolnixa® (» ZE80)
Topotecan ...® (» ZE44)
Torisel® (» ZE2018-85)
Trabectedin (» ZE117)
Tracleer® (» ZE2018-56)
Trametinib (» NUB18-137)
Trastuzumab (i.v. » ZE149, s.c. » ZE2018-104)
Trepostinil (» NUB18-94)
Trisenox® (» NUB18-40a)
Truxella® (» ZE2018-151)
Truxima® (» ZE2018-151)
Tysabri® (» ZE97)
U
Unituxin® (» NUB18-160)
Upravi® (» NUB18-158)
Ustekinumab (» NUB18-114a)
V
Varitect® (TFG » ZE67)
Variz.-Zoster.-Immunglobulin (TFG » ZE67)
Vectibix® (» ZE116)
Velcade® (» ZE2018-147)
Vemurafenib (» NUB18-85)
Venbig® (TFG » ZE51)
VFEND® (oral » ZE2018-124, parenteral » 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, parenteral » ZE2018-125)
Votrient® (» NUB18-66)
Votubia® (» NUB18-52f)
WWF (TFG » ZE2018-97c1/ZE2018-139c1)
VZV-Immunglobulin (TFG » ZE67)
W
Wilate® (TFG » ZE2018-97c2/ZE2018-139c2)
Wilfact® (TFG » ZE2018-97c1/ZE2018-139c1)
X
Xalkori® (» NUB18-106)
Xtandi® (» ZE2018-141)
Y
Y90-Therasphere® (» ZE2018-65)
Yervoy® (» ZE2018-126)
Yondelis® (» ZE117)
Z
Zaltrap® (» ZE2018-142)
Zarzio® (» ZE40)
Zelboraf® (» NUB18-85)
Zevalin® (» ZE2018-70)
Zydelig® (» NUB18-111a)
Zytiga® (» ZE2018-112)
Zytomeg.-Immunglobulin (TFG » ZE64)

Bitte beachten Sie auch die Hinweise zur Leistungsdokumentation in der Kodierhilfe K001o „ZE- & NUB-Handbuch“

Download/Bestellung:
www.ukb.intern/medco
(Rubrik: Kodierhilfen)

TFG = Chargendokumentation nach Transfusionsgesetz (TFG) erforderlich.

Dieses Plakat können Sie im UKB-Intranet (www.ukb.intern/medco [Rubrik: Kodierhilfen]) downloaden und/oder bestellen.



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1809405

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1809405
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 14:05
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Hedwig
Name	German-Karacs
Abteilung	ka
Straße	Sigmund-Freud-Str.25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228/28711920
Telefax	
E-Mail	hedwig.german-karacs@ukbonn.de
externe Hilfestellung	Kooperationspartner: Universitätsklinikum Bonn
Benennung	Minimal-invasive Fetalchirurgie Herzkatheter
Alternative Bezeichnung	Minimal-invasive fetoskopische Therapie von: Hochgradigen Verengungen der fetalen Semilumarklappen.
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1715762
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	5

Feld	Wert
Patienten dieses Jahr	7
Patienten Zukunft	10
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 2018 abbilden zu können, beantragen wir die erneute Anerkennung der o.g. Methoden nach § 6 Absatz 2 KHEntgG als sog. NUB. Für 2012 bis 2017 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 N1809446

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1809446
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 14:10
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Hedwig
Name	German-Karacs
Abteilung	ka
Straße	Sigmund-Freud-Str.25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228/28711920
Telefax	
E-Mail	hedwig.german-karacs@ukbonn.de
externe Hilfestellung	Kooperationspartner: Universitätsklinikum Bonn
Benennung	Minimal-invasive Fetalchirurgie Fetoskopie
Alternative Bezeichnung	Fetoskopie (seltene potentiell lebensrettende Eingriffe bei verschiedensten lebensbedrohlichen Erkrankungen)
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1715758
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, Neugeborenenmedizinerinnen, 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 fetoskopisches 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	3
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 2018 abbilden zu können, beantragen wir die erneute Anerkennung der o.g. Methoden nach § 6 Absatz 2 KHEntgG als sog. NUB. Für 2012-2017 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 N1809443

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1809443
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 14:34
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Hedwig
Name	German-Karacs
Abteilung	ka
Straße	Sigmund-Freud-Str.25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228/28711920
Telefax	
E-Mail	hedwig.german-karacs@ukbonn.de
externe Hilfestellung	Kooperationspartner: Universitätsklinikum Bonn
Benennung	Minimal-invasive Fetalchirurgie Drainagetherapie der Blase und von fetalen Pleuraergüssen (Hydrothorax)
Alternative Bezeichnung	
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1715760
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 Urethralclappen, 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 Pleuraergüssen (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 Lymphabflusses 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	29
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 2018 abbilden zu können, beantragen wir die erneute Anerkennung der o.g. Methoden nach § 6 Absatz 2 KHEntgG als sog. NUB. Für 2012-2017 wurde bereits ein NUB-Antrag gestellt, der Status 1 erhielt.
Prozeduren - Beschreibung	5-754.10 5-754.3 5-755.6
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	O05B O05C
stellvertretend für KH	
Prozeduren	5-754.10 5-754.3 5-755.6



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1809408

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1809408
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 14:19
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Hedwig
Name	German-Karacs
Abteilung	ka
Straße	Sigmund-Freud-Str.25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228/28711920
Telefax	
E-Mail	hedwig.german-karacs@ukbonn.de
externe Hilfestellung	Kooperationspartner: Universitätsklinikum 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	N1715761
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 Kreislautsituation 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	0
Patienten Zukunft	2
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 2018 abbilden zu können, beantragen wir die erneute Anerkennung der o.g. Methoden nach § 6 Absatz 2 KHEntgG als sog. NUB. Für 2012 bis 2017 wurde bereits ein NUB-Antrag gestellt, der Status 1 erhielt.
Prozeduren - Beschreibung	5-754.6 5-754.4
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	O05B O65C
stellvertretend für KH	
Prozeduren	5-754.6 5-754.4



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1809448

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1809448
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 14:15
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Hedwig
Name	German-Karacs
Abteilung	ka
Straße	Sigmund-Freud-Str.25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228/28711920
Telefax	
E-Mail	hedwig.german-karacs@ukbonn.de
externe Hilfestellung	Kooperationspartner: Universitätsklinikum 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	N1715754
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	8
Patienten dieses Jahr	5
Patienten Zukunft	5
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 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 2018 abbilden zu können, beantragen wir die erneute Anerkennung der o.g. Methoden nach § 6 Absatz 2 KHEntgG als sog. NUB. Für 2012-2017 wurde bereits ein NUB-Antrag gestellt, der Status 1 erhielt.
Prozeduren - Beschreibung	5-755.0
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	O65C O05A
stellvertretend für KH	
Prozeduren	5-755.0



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1826212

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1826212
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 08:50
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Univ.-Prof.
Vorname	Elke
Name	Hattingen
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud Str. 25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 16389
Telefax	
E-Mail	elke.hattingen@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	N1721735
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Sonstiges
Bemerkung	Sonstiges: Es wurde bisher keine Anfrage an den G-BA gestellt, da NUB schon in 2016 beantragt wurde
Handelsname	u.a. Matrix, Cerecyte, Hydrogel, Nexus, Axiom
CE-Kennzeichnung	CE-Kennzeichnung liegt für alle o.g. Medizinprodukte vor.
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 überzeugend bestätigt werden (s. u.a. Metanalyse Broeders JA et al. J Neurointerv Surg 2016;8:898-908). Erhielt 2013 als NUB-Antrag Nr. 94, 2014 als NUB-Antrag Nr. 111, 2015 als NUB-Antrag Nr. 127, 2016 als NUB-Antrag Nr. 155 und 2017 als NUB-Antrag Nr. 170 den Status 1 für die Lokalisation intrakraniell (Status 4 für alle übrigen Lokalisationen). Mit welchem
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 6 Jahren.
Medikament zugelassen	entfällt
Methode im Krankenhaus	2014
Methode in Krankenhäusern	ca 180
Patienten letztes Jahr	5
Patienten dieses Jahr	3
Patienten Zukunft	5
Mehrkosten	Die Behandlung mit bioaktiven Coils ist teurer, da diese Coils ca. zu doppelt so teuer oder noch teurer 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 durch einen erfahrenen Interventionalisten ausreichend sicher durchgeführt werden können. Sachkosten in Form von Materialkosten: Bioaktive Coils: 400 - 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
stellvertretend für KH	
Prozeduren	8-83b.39 8-836.m0 8-836.n*



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1823842

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1823842
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 12:47
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
Alternative Bezeichnung	Kiefergelenk-TEP
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1723471
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	9
Patienten dieses Jahr	25
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 Fallpauschalkatalog 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 N1826282

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1826282
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 08:54
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Univ.-Prof.
Vorname	Elke
Name	Hattingen
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud Str. 25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 16389
Telefax	
E-Mail	elke.hattingen@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	
Benennung	Überlange Coils zur intrakraniellen Aneurysmatherapie
Alternative Bezeichnung	Überlange Mikrospiralen zur intrakraniellen Aneurysmatherapie
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1724504
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	Micros, Penumbra, abmedica,
CE-Kennzeichnung	
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. 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. Die Methode erhielt 2013 als NUB-Antrag Nr. 95, 2014 als NUB-Antrag Nr. 112 2015 als NUB-Antrag Nr. 128, 2016 als NUB-Antrag Nr. 156 und 2017 als NUB-Antrag Nr. 171 den Status 1 für die Lokalisation intrakraniell, Status 4 für alle übrigen Lokalisationen. 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
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. 7 Jahren auf dem Markt.
Medikament zugelassen	entfällt
Methode im Krankenhaus	2012
Methode in Krankenhäusern	Die Methode wird gegenwärtig in ca. 180 Krankenhäusern angewandt.
Patienten letztes Jahr	ca 8
Patienten dieses Jahr	ca 8
Patienten Zukunft	ca 8
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

Feld	Wert
	und dazu die überlange Coil noch teurer 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	8-836.m0 8-836.n* 8-83b.33



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1826611

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1826611
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 11:49
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Helmut
Name	Heufert
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-str 20
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	0228-287 15171
Telefax	
E-Mail	Helmut.Heufert@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Biotronik Thomas Lips
Benennung	EREIGNIS_REKORDER bei gleichzeitiger Ablation in einem Klinikaufenthalt
Alternative Bezeichnung	Ereignisrekorder, implantierbar, gemeinsam mit Ablation
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1707442
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 wirksame Methode und der Behandlung mit antiarrhythmischen Medikamenten überlegen

Feld	Wert
	(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. & Elektrophysiol., 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	2016
Methode in Krankenhäusern	
Patienten letztes Jahr	0

Feld	Wert
Patienten dieses Jahr	20
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 N1810365

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1810365
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 13:46
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. Die Indikation wurde inzwischen auf neu diagnostizierte APL mit niedrigem bis mittlerem Risiko (Leukozytenzahl $\leq 10 \times 10^3/\mu\text{l}$) in Kombination mit all-trans-Retinsäure (ATRA) ausgedehnt. Der

Feld	Wert
	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. Für die o.g. Indikationen ist die Therapie heutzutage der medizinische Standard. 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 sowohl mit rezidivierender/refraktärer akuter Promyelozytenleukämie (APL) als auch bei Erstdiagnose. Arsentrioxid gilt für diese Indikationen als Therapie der Wahl.
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 KHEntgG für 2017: Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden" den Status 1 (Ild. Nr. 34) 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 2017 von 257 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: 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

Feld	Wert
	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 andere DRGs.
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-Code erfasst werden (Code 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 N1817258

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1817258
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 13:18
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	N1711056
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;32(30):3406-3412
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 ohne Zulassung für die Indikation der APL.
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. Es ist jetzt fester Bestandteil der Therapiekonzepte bei neu diagnostizierter und rezidivierender/refraktärer akuter promyelozytärer Leukämie. In Studien wurde der Einsatz in der Primärtherapie geprüft. In den Informationen nach § 6 Abs. 2 KHEntgG für 2017 erhielt Arsentrioxid den Status 1 (Position 34).
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 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 ca. 585 € (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: 17.550 € (inkl. MwSt., 3 Packungen a 10 Ampullen) 40 Tage: 23.400 € (inkl. MwSt., 4 Packungen a 10 Ampullen) 50 Tage: 29.250 € (inkl. MwSt., 5 Packungen a 10 Ampullen) Personalkosten: zu vernachlässigen Eingesparte Sachkosten: In den konventionellen Therapieprotokollen, die durch Arsentrioxid abgelöst werden, 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 Tagen zu 12 mg/m ² 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. Aufgrund der Seltenheit der Erkrankungen, für die Arsentrioxid 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 2014, 2015, 2016 und 2017 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 N1835300

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1835300
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	27.10.2017 13:13
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	Gecoverte 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-transluminale Stentimplantationen behandelt werden. Zur Zeit werden zu diesem Zweck Stents ohne oder mit Medikamentenfreisetzung sowie sogenannte "gecoverte" 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 Zusatzkode 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	20
Patienten dieses Jahr	25
Patienten Zukunft	20

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	8-842.* 8-83b.e1 8-83b.f1 8-83b.f2 8-83b.f4



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1826293

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1826293
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 08:55
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Univ.-Prof.
Vorname	Elke
Name	Hattingen
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud Str. 25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 16389
Telefax	
E-Mail	elke.hattingen@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	
Benennung	Flow-Diverter in der zerebralen Aneurysmtherapie
Alternative Bezeichnung	Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen; Stents zur Strömungslaminierung bei Aneurysmen
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1722726
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	SILK PLUS Flow-Diverter (Fa. Balt), PIPELINE (Fa. Medtronic), P64 Flow-Diverter (Fa. phenox), FRED (MicroVention), NeuroEndoGraft (Surpass/Stryker), Liberty (Penumbra),
CE-Kennzeichnung	CE-Kennzeichnung liegt für alle o.g. Medizinprodukte vor.
Beschreibung	Die Behandlung breitbasiger intrakranieller Aneurysmen mit speziellen Mikrosten- ts 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

Feld	Wert
	spezielles tubuläres Maschendesign führt neben einer Remodellierung des aneurysmatragenden 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 dieser 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. Insbesondere können mit dieser Methode auch bisher nicht endovaskulär behandelbare Aneurysmen ausgeschaltet werden. Die für diese komplexen Aneurysmen bisher eingesetzte, häufig mit höherer Morbidität einhergehende neurochirurgischoperative 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 "Flow diversion" 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. Dies und der „Mehrwert“ der Flow-Diverter-Behandlung in der zerebralen Aneurysmatherapie wird mittlerweile durch eine Vielzahl von Studiendaten sehr überzeugend belegt. 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, 2016 als NUB-Antrag Nr. 53 und 2017 als NUB-Antrag Nr. 67 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 minimal-invasiven Behandlung erweitern. Die Zahl der zu operierenden Aneurysmen nimmt dadurch ab.
Was ist neu?	Die Methode ist neu und bisher nicht kostendeckend im DRG-System abgebildet. Entsprechende NUB-Anfragen erhielten in den Vorjahren Status 1.
Verweildauer	Diese Patienten/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	2015
Methode in Krankenhäusern	ca 150
Patienten letztes Jahr	1

Feld	Wert
Patienten dieses Jahr	1
Patienten Zukunft	2
Mehrkosten	Die Preise der neu verfügbaren Flow-Diverter sind hoch. Die Materialkosten der bisher verfügbaren Stents sind derzeit: SILK PLUS Flow-Diverter (Fa. Balt), PIPELINE Embolization Device Flow-Diverter (Fa. Medtronic), P64 Flow-Diverter (Fa. phenox), FRED (MicroVention), NeuroEndoGraft (Surpass/Stryker), Liberty (Penumbra), Derivo (Arcandis), Bravo (Codman Neurovascular) - alle jeweils 9.800,- bis 12.800,- € (inkl. MwSt). Die zusätzlichen Kosten für spezielle Mikrokatheter (z.B. Vasco-, Marksman-, Headway- Mikrokatheter, PX400, etc. 700,- bis 900,-€), Mikrodrähte und Anschluss-Systeme belaufen sich auf ca. 2.000 €. Die Personalkosten entsprechen denen der sonstigen Aneurysmabehandlungsmethoden. Zu berücksichtigen 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 Gefäßprothese werden dadurch teilweise relativiert. Für die Gefäßprothesen können keine Zusatzentgelte abgerechnet werden.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Die Methode ist neu und 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	B20C B20B
stellvertretend für KH	
Prozeduren	8-84b.0* 8-84b.2*



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1810384

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1810384
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	27.10.2017 07:07
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
Alternative Bezeichnung	Afinitor, Votubia, Certican
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1708033
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 unterdrückt die Teilung von Tumorzellen und verringert ihre Versorgung mit Blut und verlangsamt so das Wachstum und die Ausbreitung von Tumoren. Evidenzlage: Der

Feld	Wert
	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 subependymalem 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 subependymalem 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 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

Feld	Wert
	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 2017 hat Everolimus bei Neoplasie den Status 1 (Position 7 der NUB-Liste 2017)
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	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	2009
Methode in Krankenhäusern	Everolimus bei Neoplasie wird schätzungsweise in ca. 392 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUB-Anfragen 2017).
Patienten letztes Jahr	3
Patienten dieses Jahr	2
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 bei Neoplasie wurde im Jahr 2009 zugelassen und ist seit dem Jahr 2009 in Deutschland auf dem Markt. Für das Datenjahr 2016 sollten aus den Kalkulationshäusern Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Wir vermuten, dass die Stichprobe jedoch zu klein war, als dass genügend Kosten- und Leistungsinformationen aus den Krankenhäusern vorliegen, um damit eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2018 zu ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten von ca. 157 € pro Tag können aber mit der/den o.g. Fallpauschale(n) allein nicht ausreichend abgebildet werden und Everolimus bei Neoplasie ist bisher im ZE Katalog nicht enthalten. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der/den betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	Basis DRG L62, H61, G60, B66, J62
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-005.8



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1814280

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1814280
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	24.10.2017 14:27
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr. med.
Vorname	Karin
Name	Weyer
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-Straße 25
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	0228-28714284
Telefax	
E-Mail	karin.weyer@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
Alternative Bezeichnung	Afinitor® Votubia® Certican®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1722028
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 unterdrückt die Teilung von Tumorzellen und verringert ihre Versorgung mit Blut und verlangsamt so das Wachstum und die Ausbreitung von Tumoren. Evidenzlage: Der

Feld	Wert
	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 subependymalem 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 subependymalem 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 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

Feld	Wert
	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 2017 hat Everolimus bei Neoplasie den Status 1 (Position 7 der NUB-Liste 2017)
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	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	2009
Methode in Krankenhäusern	Everolimus bei Neoplasie wird schätzungsweise in ca. 392 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUB-Anfragen 2017).
Patienten letztes Jahr	0 stationär (Therapie erfolgt hauptsächlich ambulant)
Patienten dieses Jahr	0 stationär (Therapie erfolgt hauptsächlich ambulant)
Patienten Zukunft	5
Mehrkosten	Sachkosten: Durch die Gabe von Everolimus 10 mg p.o. entstehen Zusatzkosten für die je Patient zu verabreichende Therapie in Höhe von rund 151 € 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 bei Neoplasie wurde im Jahr 2009 zugelassen und ist seit dem Jahr 2009 in Deutschland auf dem Markt. Für das Datenjahr 2016 sollten aus den Kalkulationshäusern Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Wir vermuten, dass die Stichprobe jedoch zu klein war, als dass genügend Kosten- und Leistungsinformationen aus den Krankenhäusern vorliegen, um damit eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2018 zu ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten von ca. 151 € pro Tag können aber mit der/den o.g. Fallpauschale(n) allein nicht ausreichend abgebildet werden und Everolimus bei Neoplasie ist bisher im ZE Katalog nicht enthalten. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der/den betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	keine
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	L62 H61 G60 B66 J62
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-005.8



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1817405

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1817405
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 13:50
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	Everolimus
Alternative Bezeichnung	Votubia®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1722028
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Everolimus (Votubia®) ist angezeigt für die Behandlung von Patienten, die mit aufgrund einer tuberösen Sklerose (tuberous sclerosis complex, TSC) an einem subependymalem Riesenzellastrozytom (SEGA) und/oder renalem Angiomyolipom leiden, die eine operative therapeutische Maßnahme benötigen, für die aber ein chirurgischer Eingriff nicht zumutbar ist oder eine Inoperabilität vorliegt. Tuberöse Sklerose wird durch

Feld	Wert
	Mutationen der Gene TSC1 und TSC2 verursacht. Dadurch kommt es zu einer konstitutiven Aktivierung von mTOR („mammalian target for rapamycin“), was zur Bildung von meist gutartigen Tumoren nahezu im gesamten Körper führt. Bei bis zu 20% der TSC-Patienten entwickelt sich meist im Kindes bzw. Jugendalter ein subependymales Riesenzellastrozytom (SEGA). Durch den oft schleichenden und schwer vorhersehbaren Verlauf des SEGA-Wachstums kann es zur Ausbildung eines Hydrozephalus kommen, der erst spät erkannt wird. In diesem Fall können schwere neurologische Ausfallerscheinungen bis hin zum Tod auftreten. Die Therapieoptionen bei TSC SEGA waren bisher auf eine chirurgische Entfernung des Tumors beschränkt. Aufgrund der zentralen Lage der Tumoren im Gehirn kann es hierbei jedoch zu Komplikationen kommen, so dass die Operation nicht für alle Patienten angemessen ist. Eine zielgerichtete, kausal in die Ursachen der Erkrankung eingreifende Therapie stand bisher nicht zur Verfügung. Everolimus (Votubia®) ist ein spezifischer mTOR-Inhibitor. In der zulassungsrelevanten Phase-II-Studie konnte gezeigt werden, dass unter Behandlung mit Everolimus (Votubia®) das SEGA-Volumen bei der Mehrheit der Patienten signifikant reduziert. Keiner der behandelten Patienten entwickelte unter der Therapie mit Everolimus (Votubia®) einen neuen oder sich verschlechternden Hydrozephalus oder Symptome für einen erhöhten Hirndruck. Bei keinem Patienten traten neue SEGA-Läsionen auf, und es musste keine chirurgische SEGA-Resektion durchgeführt werden. Gleichzeitig bewirkte die Behandlung mit Everolimus (Votubia®) eine signifikante Reduktion der Häufigkeit epileptischer Anfälle und eine Verbesserung der neuropsychiatrischen Symptome. Ebenso konnte eine Wirksamkeit von Everolimus bei mit der Tuberösen Sklerose assoziierten renalen Angiomyolipomen gezeigt werden. Die Therapie erwies sich als gut verträglich. Everolimus (Votubia®) wird oral verabreicht. Die empfohlene Anfangsdosis beträgt abhängig von der Körperoberfläche des Patienten zwischen 2,5 mg/Tag und 7,5 mg/Tag ($KOF \leq 1,2 \text{ m}^2$ 2,5 mg, 1,3 bis 2,1 m^2 5 mg, $\geq 2,2 \text{ m}^2$ 7,5 mg bzw. 4,5 $\text{mg}/\text{m}^2/\text{Tag}$). Die Talkonzentrationen von Everolimus im Vollblut sollten etwa 2 Wochen (bei Patienten unter 3 Jahren nach 1 Woche) nach Beginn der Behandlung bestimmt werden. Die Dosierung muss Serumspiegel-gesteuert stattfinden, so dass Talkonzentrationen von 5 bis 15 ng/ml als therapeutische Spiegel erreicht werden. Literatur: 1. Robles NR, Peces R, Gómez-Ferrer Á, Villacampa F, Álvarez-Ossorio JL, Pérez-Segura P, Morote J, Herrera-Imbroda B, Nieto J, Carballido J, Anido U, Valero M, Meseguer C, Torra R. Everolimus safety and efficacy for renal angiomyolipomas associated with tuberous sclerosis complex: a Spanish expanded access trial. <i>Orphanet J Rare Dis.</i> 2016 Sep 26;11(1):128. 2. Capal JK, Franz DN. Profile of everolimus in the treatment of tuberous sclerosis complex: an evidence-based review of its place in therapy. <i>Neuropsychiatr Dis Treat.</i> 2016 Aug 25;12: 2165-72. eCollection 2016. Review. 3. Randell E, McNamara R, Davies DM, Owen-Jones E, Kirby N, Angel L, Drew C, Cannings-John R, Smalley M, Saxena A, McDermott E, Stockwell L, de Vries PJ, Hood K, Sampson JR. The use of everolimus in the treatment of neurocognitive problems in tuberous sclerosis (TRON): study protocol for a randomised controlled trial. <i>Trials.</i> 2016 Aug 11;17:398. 4. Franz DN, Belousova E, Sparagana S, Bebin EM, Frost MD, Kuperman R, Witt O, Kohrman MH, Flamini JR, Wu JY, Curatolo P, de Vries PJ, Berkowitz N, Niolat J, Jóźwiak S. Long-Term Use of Everolimus in Patients with Tuberous Sclerosis Complex: Final Results from the EXIST-1 Study. <i>PLoS One.</i> 2016 Jun 28;11(6): e0158476. 5. Ouyang T, Zhang N, Benjamin T, Wang L, Jiao J, Zhao Y, Chen J. Subependymal giant cell astrocytoma: current concepts, management, and future directions. <i>Childs Nerv Syst.</i> 2014 Apr;30(4):561-70. 6. Cardamone M, Flanagan D, Mowat D, Kennedy SE, Chopra M, Lawson JA. Mammalian target of rapamycin inhibitors for intractable epilepsy and subependymal giant cell astrocytomas in tuberous sclerosis complex. <i>J Pediatr.</i> 2014 May;164(5):1195-200. 7. Krueger DA. Management of CNS-related Disease Manifestations in Patients With Tuberous Sclerosis Complex. <i>Curr Treat Options Neurol.</i> 2013 Oct;15(5):618-33. 8. Cappellano AM, Senerchia AA, Adolfo F, Paiva PM, Pinho R, Covic A, Cavalheiro S, Saba N. Successful everolimus therapy for SEGA in pediatric patients with tuberous sclerosis complex. <i>Childs Nerv Syst.</i> 2013 Dec;29(12):2301-5. 9. Kotulska K, Chmielewski D, Borkowska J, Jurkiewicz E, Kuczyński D, Kmiec T, Łojaszczyk B, Dunin-Wąsowicz D, Jóźwiak S. Long-term effect of everolimus on epilepsy and growth in children under 3 years of age treated for subependymal giant cell astrocytoma associated with tuberous sclerosis complex. <i>Eur J Paediatr Neurol.</i> 2013 Sep;17(5):479-

Feld	Wert
	85. 10. Krueger DA, Care MM, Agricola K, Tudor C, Mays M, Franz DN. Everolimus long-term safety and efficacy in subependymal giant cell astrocytoma. Neurology. 2013 Feb 5;80(6):574-80 11. Franz DN, et al. Efficacy and safety of everolimus for subependymal giant cell astrocytomas associated with tuberous sclerosis complex (EXIST-1): a multicentre, randomised, placebo-controlled phase 3 trial. Lancet. 2013 Jan 12;381(9861):125-32. Erratum in: Lancet. 2013 Jan 12;381(9861):116. 12. Curran MP. Everolimus in patients with subependymal giant cell astrocytoma associated with tuberous sclerosis complex. Paediatr Drugs. 2012 Feb 1;14(1):51-60). 13. Krueger et al. Everolimus for subependymal giant-cell astrocytomas in tuberous sclerosis. N Engl J Med. 2010 Nov 4;363(19):1801-11.
Indikation	Everolimus (Votubia®) wird bei Patienten mit subependymalem Riesenzellastrozytom und/oder renalen Angiomyolipomen aufgrund einer tuberösen Sklerose angewendet, die eine therapeutische Maßnahme benötigen, für die aber ein chirurgischer Eingriff nicht zumutbar ist oder eine Inoperabilität vorliegt.
Ablösung / Ergänzung	Bis zur Zulassung von Everolimus (Votubia®) stand keine kausale Therapie für Patienten mit dieser Indikation zur Verfügung.
Was ist neu?	Everolimus (Votubia®) ist die erste und einzige medikamentöse Therapie zur Behandlung von subependymalem Riesenzellastrozytom (SEGA) aufgrund einer tuberösen Sklerose. Der Wirksamkeitsnachweis basiert auf einer klinischen Studie, in der gezeigt werden konnte, dass Everolimus (Votubia®) das SEGA-Volumen signifikant reduziert ($p < 0,001$) und gut toleriert wird. 75% der Patienten zeigten nach 6 Monaten eine Volumenreduktion um mindestens 30%, bei 32% der Betroffenen verkleinerten sich die Tumore sogar um mindestens 50%. Außerdem kam es zu einer signifikanten Reduktion der Anfallshäufigkeit ($p = 0,02$) [8, 9]. Eine weltweit durchgeführte, Placebo-kontrollierte Phase III-Studie konnte die Wirksamkeit von Everolimus bei SEGA hochsignifikant bestätigen [7]. In dieser Studie wurden auch Säuglinge eingeschlossen. Everolimus ist seit 2011 zur Behandlung des subependymalen Riesenzellastrozytom bei tuberöser Sklerose für Patienten ab 3 Jahren zugelassen, seit September 2013 besteht eine Zulassung für diese Indikation auch bei Patienten unter 3 Jahren. Darüber hinaus konnte jüngst in einer randomisierten Doppelblindstudie der Nutzen von Everolimus auch bei mit TSC assoziierten renalen Angiomyolipomen belegen, wo die objektive Ansprechrage bei 54% lag und Tumor-assoziierte Blutungen verhindert werden konnten. Everolimus (Votubia®) ist seit 2015 auch für diese Indikation zugelassen. In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2016 erhielt Everolimus für die Indikation Neoplasie den Status 1 (Position 6). Literatur: siehe oben
Verweildauer	Es gibt keine Erfahrungen zur Auswirkung auf die Verweildauer. Eine Auswirkung ist jedoch nicht wahrscheinlich.
Methode in Deutschland	Der Einsatz von Everolimus (Votubia®) zur Behandlung von Patienten mit subependymalem Riesenzellastrozytom aufgrund einer tuberösen Sklerose erfolgte im Rahmen klinischer Studien seit 2009. In der Versorgung wird Everolimus (Votubia®) seit September 2011 eingesetzt.
Medikament zugelassen	September 2011, Orphan drug Status durch EMA 10.08.2010 für SEGA/Tuberöse Sklerose Juli 2015, Zulassung auch für renale Angiomyolipome/Tuberöse Sklerose
Methode im Krankenhaus	2016
Methode in Krankenhäusern	Hierzu liegen keine Informationen vor. Im Rahmen der EFFECTS Studie haben ca. 15 Kliniken rekrutiert, zukünftig dürften mehr Kliniken in der Behandlung dieser Patienten beteiligt sein.
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	1
Patienten Zukunft	1
Mehrkosten	Die Behandlung mit Everolimus (Votubia®) erfolgt als orale Dauertherapie, bei der eine Everolimus Talkonzentration im Blut von 5 bis 15 ng/ml erreicht werden soll. In der

Feld	Wert
	klinischen Studie war dazu im Mittel die Gabe von rund 7,5 mg Everolimus (Votubia®) pro Tag erforderlich. Die Behandlung führt zu Mehrkosten: Die mittleren Sachkosten (Arzneimittelkosten) betragen je 5 mg ca. 106 € (inkl. Mwst.), d.h. bei mittlerer Tagesdosis von 7,5 mg rund 159 €/Tag (inkl. Mwst.). Aufgrund der oralen Verabreichung werden die zusätzlich anfallenden Personalkosten als vernachlässigbar angesehen (ca. 5 Arztminuten/Tag, ca. 5 Pflegeminuten/Tag).
nicht im G-DRG-System abgebildet	Die Erstzulassung von Everolimus (Votubia®) zur Behandlung von Patienten mit subependymalem Riesenzellastrozytom aufgrund einer tuberösen Sklerose erfolgte im September 2011. Im September 2013 wurde die Zulassung in dieser Indikation auf das Alter unter 3 Jahre und im Juli 2015 auf die Behandlung des renalen Angiomyolipoms bei Tuberöser Sklerose erweitert. Aufgrund der Seltenheit der Erkrankung konnten bisher keinerlei Kosten- und Leistungsinformationen im G-DRG-Fallpauschalen-Katalog 2015 , 2016 und 2017 berücksichtigt werden. Mit zusätzlichen Arzneimittelkosten von rund 159 €/ pro Tag wird die Therapie mit Everolimus (Votubia®) über die Fallpauschale allein nicht ausreichend vergütet.
Prozeduren - Beschreibung	6-005.8 Applikation von Medikamenten: Everolimus, oral. Ein OPS-Kode zur verbrauchsbezogenen Erfassung der Gabe von Everolimus (Votubia®) fehlt bisher.
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	B66A B66B B66D
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-005.8



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1810396

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1810396
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	27.10.2017 07:34
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 medizinische Onkologie e.V. vorformuliert.
Benennung	Nilotinib
Alternative Bezeichnung	Tasigna®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1708034
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 vom Krankheitsstadium.
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 2017 hat Nilotinib den Status 1 (Position 17 der NUB-Liste 2017)
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	2007
Medikament zugelassen	November 2007
Methode im Krankenhaus	2007
Methode in Krankenhäusern	Nilotinib wird schätzungsweise in ca. 300 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUB-Anfragen 2017).
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. Da es bei diesen Patienten eine orale Dauertherapie ist, geschieht es nicht so häufig, dass ein Patient für diese orale Gabe aufgenommen wird und somit in die Basis DRG R61 gruppiert wird. Höchstwahrscheinlich kommt es sehr viel häufiger vor, dass der Patient wegen einer anderen Erkrankung aufgenommen wird und diese Medikation als seine Dauermedikation auch bei anderen med. Problemen erhält. Die Kosten für Nilotinib werden daher in allen DRG vorkommen können und sind möglicherweise auch nicht konkret dem Fall zugeordnet. Die zusätzlichen Kosten von ca.

Feld	Wert
	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	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	R61G, R61E, R61D, R61B, R61A, R65B
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-004.6



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1810491

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1810491
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	27.10.2017 10:47
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	Temozolomid
Alternative Bezeichnung	Temodal® intravenös
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	Temozolomid ist seit 1999 in der oralen Applikationsform zugelassen und verfügbar. Die Vergütung erfolgt über ein Zusatzentgelt (Katalog 2017: ZE78). Seit 2009 steht zusätzlich eine intravenöse Applikationsform zur Verfügung.
Indikation	

Feld	Wert
	Die intravenöse Applikationsform ist vor allem für Patienten gedacht, die nicht in der Lage sind, Kapseln zu schlucken (Kinder, ältere Patienten, Patienten mit Schluckbeschwerden) und für Patienten, von denen eine unzuverlässige Compliance zu erwarten ist. Laut Zulassungstext ist Temozolomid intravenös angezeigt zur Behandlung von: • erwachsenen Patienten mit erstmalig diagnostiziertem Glioblastoma multiforme begleitend zur Radiotherapie und anschließend als Monotherapie. • Kindern ab 3 Jahren, Jugendlichen und erwachsenen Patienten mit einem nach Standardtherapie rezidivierenden oder progredienten malignen Gliom (wie z.B. Glioblastoma multiforme) oder anaplastischen Astrozytom.
Ablösung / Ergänzung	Es steht seit 2009 zusätzlich zur oralen Form von Temozolomid auch die intravenöse Form zur Verfügung. Insofern kommt es zu einer Verschiebung der oralen in die intravenöse Therapie. Für bestimmte o.g. Patienten, die bisher die Temozolomid-Kapseln nicht schlucken konnten, stellt die intravenöse Applikationsform eine zusätzliche Methode dar.
Was ist neu?	Bis 2009 war Temozolomid nicht als intravenöse Formulierung erhältlich. Die Methode ist insofern neu, als dass seitdem für alle Patientengruppen Temozolomid verfügbar ist, auch für diejenigen Patienten, die keine Kapseln schlucken können (Kinder, ältere Patienten, Patienten mit Schluckbeschwerden) und Patienten, von denen eine unzuverlässige Compliance zu erwarten ist. In den Informationen nach § 6 Abs. 2 KHEntgG für 2017 erhielt Temozolomid iv den Status 1 (Position 38) und war von 241 Krankenhäusern angefragt worden.
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
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. Februar 2009 in Deutschland zugelassen.
Methode im Krankenhaus	2016
Methode in Krankenhäusern	Es liegen keine Daten vor. Sämtliche neuroonkologische Zentren setzen Temozolomid intravenös ein.
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	1-2
Mehrkosten	100 mg Temozolomid Pulver zur Herstellung einer intravenösen Lösung kosten 333,2 €. In der Begleittherapiephase während Bestrahlung wird Temozolomid iv oder oral täglich mit 75 mg/m ² für 42 Tage appliziert. In der anschließenden Monotherapiephase wird Temozolomid iv oder oral im ersten Zyklus für 5 Tage mit 150 mg/m ² , in Zyklus 2 bis 6 mit 200 mg/m ² für je 5 Tage gegeben, soweit verträglich. Die Zyklen dauern je 28 Tage. Die Applikationsform Temozolomid intravenös verursacht im Vergleich zur oralen Standardtherapie mit Temozolomid Hartkapseln damit die folgenden Mehrkosten: Temozolomid oral* Temozolomid i.v. 1.) Primärtherapie Tagestherapiekosten - Begleittherapie-Phase: ca. 216 € 492 € - Monotherapie-Phase: 1. Zyklus: ca. 432€ 984 € 2.-6. Zyklus: ca. 576 € 1.312 € 2.) Rezidivtherapie Tagestherapiekosten 150 mg/m ² KOF: ca. 432 € 984 € 200 mg/m ² KOF: ca. 576 € 1.312 € * jeweils höchste Wirkstärke je Tablette und größte Packung Kostenberechnung auf Basis von - öffentlicher Apothekenabgabepreis - KOF: Körperoberfläche: 1,8 m ² - Verwurf bei der Zubereitung wurde nicht berücksichtigt. Für die Begleitphase während gleichzeitiger Bestrahlung ergeben sich damit bei Tagestherapiekosten von ca. 500 Euro bei 42 Tagen 21.000 Euro Kosten für Temozolomid iv. Für alle anderen Zyklen wird pro stationären Aufenthalt mit einem Zyklus Chemotherapie gerechnet, damit können die o.g. Preise übernommen werden.

Feld	Wert
nicht im G-DRG-System abgebildet	Temozolomid konnte für den Fallpauschalen-Katalog 2017 erneut nicht analog der oralen Form als Zusatzentgelt kalkuliert werden. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es ohne Abbildung zum Beispiel als ZE wie Temozolomid oral (ZE78) zu einer Schieflage in der Vergütung in den betroffenen DRGs. Obwohl inzwischen seit Jahren ausreichend stationäre Behandlungen für eine Kostenkalkulation vorliegen müssten, verbleibt der Wirkstoff im NUB-Segment.
Prozeduren - Beschreibung	6-005.c Temozolomid, parenteral
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	Basis-DRGs B15, B16 bei operativer Therapie im gleichen Aufenthalt, B66 bei konservativer Therapie
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-005.c



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1817330

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1817330
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 13:38
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	N1711053
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. Literatur: Barone G, Maurizi P, Tamburrini G, Riccardi R. Role of temozolomide in pediatric brain tumors. Childs Nerv Syst. 2006 Jul;22(7):652-61. Cohen KJ, Pollack IF, Zhou T, Buxton A, Holmes EJ, Burger PC, Brat DJ, Rosenblum MK, Hamilton RL, Lavey RS, Heideman RL. Temozolomide in the treatment of high-grade gliomas in children: a report from the Children's Oncology Group. Neuro Oncol. 2011 Mar;13(3):317-23. Grill J, Geoerger B, Gesner L, Perek D, Leblond P, Cañete A, Aerts I, Madero L, de Toledo Codina JS, Verlooy J, Estlin E, Cisar L, Breazna A, Dorman A, Bailey S, Nicolin G, Grundy RG, Hargrave D; European Consortium Innovative Therapies for Children with Cancer (ITCC) and the European Society for Paediatric Oncology (SIOPE) brain tumor group.. Phase II study of irinotecan in combination with temozolomide (TEMIRI) in children with recurrent or refractory medulloblastoma: a joint ITCC and SIOPE brain tumor study. Neuro Oncol. 2013 Sep;15(9):1236-43. Aguilera D, Mazewski C, Fangusaro J, MacDonald TJ, McNall-Knapp RY, Hayes LL, Kim S, Castellino RC. Response to bevacizumab, irinotecan, and temozolomide in children with relapsed medulloblastoma: a multi-institutional experience. Childs Nerv Syst. 2013 Apr;29(4):589-96. Di Giannatale A, Dias-Gastellier N, Devos A, Mc Hugh K, Boubaker A, Courbon F, Verschuur A, Ducassoul S, Malekzadeh K, Casanova M, Amoroso L, Chastagner P, Zwaan CM, Munzer C, Aerts I, Landman-Parker J, Riccardi R, Le Deley MC, Geoerger B, Rubie H. Phase II study of temozolomide in combination with topotecan (TOTEM) in relapsed or refractory neuroblastoma: a European Innovative Therapies for Children with Cancer-SIOP-European Neuroblastoma study. Eur J Cancer. 2014 Jan;50(1):170-7. Jakacki RI, Cohen KJ, Buxton A, Krailo MD, Burger PC, Rosenblum MK, Brat DJ, Hamilton RL, Eckel SP, Zhou T, Lavey RS, Pollack IF. Phase 2 study of concurrent radiotherapy and temozolomide followed by temozolomide and lomustine in the treatment of children with high-grade glioma: a report of the Children's Oncology Group ACNS0423 study. Neuro Oncol. 2016 Oct;18(10):1442-50. Egan G, Cervone KA, Philips PC, Belasco JB, Finlay JL, Gardner SL. Phase I study of temozolomide in combination with thiotepa and carboplatin with autologous hematopoietic cell rescue in patients with malignant brain tumors with minimal residual disease. Bone Marrow Transplant. 2016 Apr;51(4):542-5. Bautista F, Fioravanti V, de Rojas T, Carceller F, Madero L, Lassaletta A, Moreno L. Medulloblastoma in children and adolescents: a systematic review of contemporary phase I and II clinical trials and biology update. Cancer Med. 2017 Oct 4. doi: 10.1002/cam4.1171.
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 2017 erhielt Temozolomid iv den Status 1 (Position 38).
Verweildauer	Es sind keine Veränderungen der Verweildauer zu erwarten.

Feld	Wert
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 ca. 333,2 € (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: 999,6 € (3 Amp.), für 5 Tage 4998 € 200 mg/m ² /Tag KOF: z.B. 2,0 m ² , abs. 400 mg: 1.332,8 € (4 Amp.), für 5 Tage 6.664 € Kinder: 150 mg/m ² /Tag KOF: z.B. 1,0 m ² , abs. 150 mg: 500 € (1,5 Amp.), für 5 Tage 2.500 € 200 mg/m ² /Tag KOF: z.B. 1,0 m ² , abs. 200 mg: 666,4 € (2 Amp.); für 5 Tage 3.332 € 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: 500 € (1,5 Amp.), für 42 Tage 21.000 € 75 mg/m ² /Tag KOF: z.B. 1,0 m ² , abs. 75 mg: 250,00 € (0,75 Amp.), für 42 Tage 10.500 € Die Therapiekosten betragen etwa das 3fache gegenüber der oralen Gabe von Temozolomid. Personalkosten: ca. 10 Pflegeminuten, 10 Arztminuten, 10 Min Apotheke.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Temozolomid i.v. wurde erst 2009 zugelassen. Dementsprechend liegen noch ungenügende Kosten- und Leistungsdaten 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	Ein dosisgestaffelter OPS-Code existiert bisher nicht.
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	B15 B16 B66
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-005.c



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1810400

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1810400
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	27.10.2017 08:01
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
Alternative Bezeichnung	Votrient®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1722054
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Wirkweise: 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.

Feld	Wert
	Dadurch kommt es gleichzeitig zu einer antiproliferativen und antiangiogenetischen Wirkung. Evidenzlage: 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. Dosierung: 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 2017, 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 2017 hat Pazopanib den Status 1 (Position 9 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 mehr als 300 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUB-Anfragen 2017).
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 vorliegen

Feld	Wert
	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. Da es sich um eine orale Dauertherapie handelt, geschieht es nicht so häufig, dass ein Patient für diese orale Gabe aufgenommen wird und somit in den oben erwähnten DRGs gruppiert wird. Höchstwahrscheinlich kommt es sehr viel häufiger vor, dass der Patient wegen einer anderen Erkrankung aufgenommen wird und diese Medikation als seine Dauermedikation auch bei anderen med. Problemen erhält. Die Kosten für Pazopanib werden daher in allen DRG vorkommen können und sind möglicherweise auch nicht konkret dem Fall zugeordnet. 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	L62A L62B L62C I65A I65B I65C
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-005.a



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1814224

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1814224
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	25.10.2017 08:01
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr. med.
Vorname	Karin
Name	Weyer
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-Straße 25
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	0228-28714284
Telefax	
E-Mail	karin.weyer@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie e.V. vorformuliert.
Benennung	Pazopanib
Alternative Bezeichnung	Votrient®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1722054
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Wirkweise: 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.

Feld	Wert
	Dadurch kommt es gleichzeitig zu einer antiproliferativen und antiangiogenetischen Wirkung. Evidenzlage: 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. Dosierung: 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 (ZE2017-74) und Sorafenib (ZE2017-75) zugelassen. Beide sind Bestandteil des Zusatzentgelt-Kataloges 2017, 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 2017 hat Pazopanib den Status 1 (Position 9 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	2010
Methode in Krankenhäusern	Pazopanib wird schätzungsweise in mehr als 300 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUB-Anfragen 2017).
Patienten letztes Jahr	0 stationär (Therapie erfolgt hauptsächlich ambulant)
Patienten dieses Jahr	0 stationär (Therapie erfolgt hauptsächlich ambulant)
Patienten Zukunft	5-10
Mehrkosten	Sachkosten: 800 mg 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: 4400,40 € Kosten pro Aufenthalt ca. 1026,76 € bei einer angenommenen VD von 7 Tagen Kosten pro Tag ca. 147 € 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 vorliegen

Feld	Wert
	aus den Krankenhäusern vorliegen, um damit eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2017 zu ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten von ca. 147 € 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. Da es sich um eine orale Dauertherapie handelt, geschieht es nicht so häufig, dass ein Patient für diese orale Gabe aufgenommen wird und somit in den oben erwähnten DRGs gruppiert wird. Höchstwahrscheinlich kommt es sehr viel häufiger vor, dass der Patient wegen einer anderen Erkrankung aufgenommen wird und diese Medikation als seine Dauermedikation auch bei anderen med. Problemen erhält. Die Kosten für Pazopanib werden daher in allen DRG vorkommen können und sind möglicherweise auch nicht konkret dem Fall zugeordnet. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	keine
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	L62A L62B L62C I65A I65B I65C
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-005.a



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1813690

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1813690
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 09:11
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Christian
Name	Jansen
Abteilung	Medizinische Klinik I
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	ALFApump
Alternative Bezeichnung	Anlegen eines peritoneovesikalen Shunttes mit Implantation einer wiederaufladbaren Pumpe
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1716451
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Ja
Bemerkung	
Handelsname	ALFApump
CE-Kennzeichnung	CE0086
Beschreibung	Das Anlegen eines peritoneovesikalen Shunttes 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 die Flüssigkeit auf natürlichem Wege aus. Gegenwärtig existiert keine vergleichbare

Feld	Wert
	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 Blasenkatheter, 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	
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	7
Patienten dieses Jahr	2
Patienten Zukunft	5 -10
Mehrkosten	Das Anlegen eines peritoneovesikalen Shunt 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 Shunt 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. / Güllberg, 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	
	Nein

Feld	Wert
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	
DRGs	901D H06C H12A H09C
stellvertretend für KH	
Prozeduren	5-549.6



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1826296

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1826296
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 09:09
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Univ.-Prof.
Vorname	Elke
Name	Hattingen
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud Str. 25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 16389
Telefax	
E-Mail	elke.hattingen@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	N1723048
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. Microvention; pCANvas, Fa. phenox; Medina Embolization Device und Artisse jew. Fa. Medtronic; Luna AES, NFocus; Contour-System, Cerus Endovascular
CE-Kennzeichnung	CE-Kennzeichnung liegt für alle o.g. Medizinprodukte vor.
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 eines 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 Flow-Diverter). 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 sind 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 einhergehende 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 10.000 Fälle innerhalb und außerhalb klinischer Studien mit einem intraaneurysmalen Flow-Diverter behandelt worden. Mittlerweile sind außerdem eine Vielzahl an Publikationen verfügbar, welche eindrucksvoll die Vorteile des Implantates belegen. 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. WEBCASTStudie 1 und 2 sowie Registerstudie Frankreich) für eine längere Nachbeobachtungszeit vor. Ein adäquater Verschluss der schwierig zu behandelnden 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 Monaten nach der Implantation notwendig geworden – diese musste lediglich bei 3,7% der Fälle durchgeführt werden. Die Ergebnisse der Studien zeigen darüber hinaus 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, postinterventionelle Ergebnisse mit einer Nachbeobachtung von mehr als sechs Monaten. Alle verfügbaren Daten weisen auf eine hohe Stabilität der klinischen Ergebnisse im mittel- bis längerfristigen Verlauf hin. Vorteile der „Mehrwert“ der Intraaneurysmalen Flow-Diverter-Behandlung in der zerebralen Aneurysmathherapie sind mittlerweile durch eine Vielzahl von Studiendaten sehr überzeugend belegt, u.a. durch - AJNR Am J Neuroradiol. 2017;38:1151-1155. - AJNR Am J Neuroradiol. 2017 Sep 21, PubMed PMID: 28935623. - AJNR Am J Neuroradiol. 2017 Sep 7. PubMed PMID: 28882858. - J Neurosurg. 2017;3:1-10. Die Methode erhielt in 2013 als NUB-Antrag Nr. 33, 2014 als NUB-Antrag Nr. 48 2015 als NUB-Antrag Nr. 49, 2016 als NUB-Antrag Nr. 53 und 2017 als NUB-Antrag Nr. 74 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 weiten 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 entsprechender Fälle wird im ICD-10-GM 2015 durch den Kode I67.10 "Zerebrales Aneurysma (erworben)" beschrieben.

Feld	Wert
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 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 aufwendigen 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.
Methode in Deutschland	2011
Medikament zugelassen	entfällt
Methode im Krankenhaus	2015
Methode in Krankenhäusern	ca 150
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	2
Mehrkosten	Im Vergleich zu neurochirurgischen Verfahren entstehen bei der neuen Methode Mehrkosten primär durch die Materialkosten der intraaneurysmalen Flow-Diverter. Die Kosten (Listenpreise 2017) belaufen sich auf ca. 9.800 bis 12.500,- € pro Implantat (Web, Fa. Microvention; pCANvas, Fa. phenox; Medina Embolization Device und Artissee, Fa. Medtronic; Luna AES, NFocus; Contour-System, Cerus Endovascular). Zusatzmaterialien (Katheter, Drähte etc.) sind im Vergleich mit herkömmlichen interventionellen Methoden nicht notwendig. Somit sind die Kosten mit denen eines herkömmlichen Flow-Diverter 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 des OPS 8-83c.8 führen die entsprechenden

Feld	Wert
	Behandlungsfälle vor allem in die DRGs B20E (für Fälle mit PCCL < 4) und B02D (für Fälle mit PCCL > 3). Die DRG B20E wird derzeit mit 8.690,11 € vergütet (G-DRG 2017, Bundesbasisfallwert 2017, Normallieger). Die Kalkulation der DRG B20E (G-DRG V2017.1 HA-Report-Browser) weist kalkulierte Implantatkosten von lediglich 711,65 € auf (Implantate OP-Bereich + Radiologie). DRG B02D wird in 2017 mit 13.825,17 € vergütet. (G-DRG 2017, Bundesbasisfallwert 2017, Normallieger). Die Kalkulation der DRG B02D (G-DRG V2017.1 HA-Report-Browser) weist kalkulierte Implantatkosten von lediglich 758,29 € auf (Implantate OP-Bereich + Radiologie). Beide derzeit am häufigsten betroffenen DRGs sind daher nicht in der Lage die Gesamtkosten der Behandlungsfälle mit dem intraneurysmalen Implantat zu decken. Darüber hinaus 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 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-DRGFallpauschalenkatalog nicht gegeben ist.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	B20E B02D
stellvertretend für KH	
Prozeduren	8-83c.8



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1826319

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1826319
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 11:44
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Helmut
Name	Heufert
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-str 20
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	0228-287 15171
Telefax	
E-Mail	Helmut.Heufert@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	N1711051
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 Patientenkontingent 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	2017
Methode in Krankenhäusern	Diese Methode wurde 2016 in über 20 deutschen Krankenhäusern eingesetzt.
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	3
Patienten Zukunft	10
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. 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 Kode 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	
	Nein

Feld	Wert
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	
DRGs	F19C F19A
stellvertretend für KH	
Prozeduren	5-35a.20



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1810371

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1810371
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 14:06
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	N1708030
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 2017 hat Axitinib den Status 1 (Position 20 der NUB-Liste 2017)
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	01.10.2012
Medikament zugelassen	01.10.2012
Methode im Krankenhaus	2013
Methode in Krankenhäusern	Axitinib wird schätzungsweise in ca. 300 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUB-Anfragen 2017).
Patienten letztes Jahr	3
Patienten dieses Jahr	3
Patienten Zukunft	3
Mehrkosten	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 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 somit in den

Feld	Wert
	kalkulierten Kosten der entsprechenden DRG nicht entsprechend berücksichtigt. Axitinib wird 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 Aufgrund der hohen Kosten von Axitinib kommt es zu einer Schieflage in der betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	L62A L62B L62C.
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-006.g



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1814320

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1814320
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	24.10.2017 13:56
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr. med.
Vorname	Karin
Name	Weyer
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-Straße 25
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	0228-28714284
Telefax	
E-Mail	karin.weyer@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie e.V. vorformuliert.
Benennung	Axitinib
Alternative Bezeichnung	Inlyta®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1721999
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 2017 hat Axitinib den Status 1 (Position 20 der NUB-Liste 2017)
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	01.10.2012
Medikament zugelassen	01.10.2012
Methode im Krankenhaus	2013
Methode in Krankenhäusern	Axitinib wird schätzungsweise in ca. 300 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUBAnfragen 2017).
Patienten letztes Jahr	0 stationär (Therapie erfolgt hauptsächlich ambulant)
Patienten dieses Jahr	0 stationär (Therapie erfolgt hauptsächlich ambulant)
Patienten Zukunft	5
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: 3988,98 € • Kosten pro Aufenthalt ca. 614 € • Kosten pro Tag ca. 123 € 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 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 2018 zu ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten von ca. 123 € 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 somit in den

Feld	Wert
	kalkulierten Kosten der entsprechenden DRG nicht entsprechend berücksichtigt. Axitinib wird 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. Aufgrund der hohen Kosten von Axitinib kommt es zu einer Schieflage in der betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	keine
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	L62A L62B L62C.
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-006.g



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1809602

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1809602
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 13:28
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	N1716774
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 Ansprechrare 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 Ansprechrare 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 konsentiierte 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 an 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	15
Patienten Zukunft	20
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. Die Kosten je Tablette betragen 24,90 €. Damit ergeben sich geschätzte Therapiekosten von 1.394,4 € für einen einwöchigen stationären Aufenthalt. Dagegenzusetzen wären einzuspargende 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 Melanomerkkrankung 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 N1810513

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1810513
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	27.10.2017 11:03
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	Vemurafenib
Alternative Bezeichnung	Zelboraf®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1716774
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Wirkweise: Vemurafenib (RG7204/PLX4732) ist ein oral verfügbarer BRAF-Inhibitor, der die Aktivität des onkogenen BRAF Proteins hoch spezifisch hemmt. Mutationen des BRAF-Gens führen zu einer Aktivierung des BRAF-Proteins, welche in eine unregulierte Zellproliferation resultieren kann. Onkogene BRAF-Mutationen sind in etwa der Hälfte der Melanome nachzuweisen. Vemurafenib hemmt bei Patienten mit vorliegender BRAF-

Feld	Wert
	V600E-Mutation selektiv die BRAF-Kinase-Aktivität und somit den MAP-Kinase-Signalweg (Mitogen-Activating Protein). Dies führt zu einer Hemmung der Zellproliferation und zum programmierten Zelltod, was letztendlich in einer Tumorregression resultiert. Vemurafenib wird daher zielgerichtet nur bei den Patienten angewendet, die an einem metastasierten Melanom mit einer BRAF-V600E-Mutation erkrankt sind. Patienten mit metastasiertem Melanom haben mit den derzeit verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten eine Lebenserwartung von nur 2 bis 8 Monaten. Evidenzlage: In einer Phase III Studie mit 675 Patienten mit nachgewiesener BRAF-V600E-Mutation wurde Vemurafenib mit Dacarbazin, der Standard-Chemotherapie, verglichen. In dieser Studie verringerte Vemurafenib signifikant das Sterberisiko der Melanom-Patienten gegenüber der Chemotherapie um 63 % (HR = 0,37; $p < 0,0001$). Das Risiko für das Fortschreiten der Erkrankung wurde um 74 % (HR = 0,26; $p < 0,0001$) gesenkt. Die Ansprechrate in der Patientengruppe mit Vemurafenib war mit 48,4 % fast neunmal so hoch wie in der Gruppe mit Chemotherapie (5,5 %; $p < 0,0001$). Die deutliche Verbesserung des OS (Interimanalyse), PFS (Endauswertung) und das Schrumpfen des Tumors und der Metastasen unter Vemurafenib war dabei unabhängig von Alter, Geschlecht oder Risikofaktoren für die Erkrankung. Wegen der sehr guten Wirksamkeit von Vemurafenib wurde auf die ausdrückliche Empfehlung, insbesondere der FDA, die Studie vorzeitig beendet. Das mediane Gesamtüberleben (OS) der Patienten kann daher noch nicht abschließend bestimmt werden, da die langfristige Nachbeobachtung der Studie noch nicht beendet ist. Mutationstest: Der für eine Behandlung mit Vemurafenib notwendige Nachweis einer BRAF-V600E-Mutation kann mit herkömmlichen validierten Testmethoden auf PCR-Basis durchgeführt werden. Dosis: Die empfohlene Tagesdosis beträgt 1920 mg. Literatur Chapman et al. N Engl J Med. 2011 Jun 30;364(26):2507-16. Improved survival with vemurafenib in melanoma with BRAF V600E mutation.
Indikation	Vemurafenib ist angezeigt als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit BRAF-V600 Mutation-positivem nicht resezierbarem oder metastasiertem Melanom
Ablösung / Ergänzung	Seit mehr als 30 Jahren ist der Behandlungsstandard von Patienten mit malignem Melanom die Chemotherapie, insbesondere mit Dacarbazin (DTIC). Allerdings sind die Ergebnisse mit der Chemotherapie im Hinblick auf Ansprechrate und Gesamtüberleben nicht zufriedenstellend. Erstmals steht in dieser Indikation mit Vemurafenib eine neuartige, spezifische und sehr wirksame Substanz zur Verfügung, die gezielt bei Patienten mit BRAF-V600-Mutation – das sind etwa die Hälfte der Patienten mit metastasiertem malignem Melanom – anstatt der Chemotherapie eingesetzt werden kann. Diese Therapie zeigt ein sehr schnelles Ansprechen im Gegensatz zur Chemotherapie. Vemurafenib stellt also eine wirksame Alternative zur konventionellen Chemotherapie oder Immuntherapie dar oder ermöglicht bei Patienten in schlechtem Allgemeinzustand mit hohem Remissionsdruck erstmals eine Therapie. Vemurafenib wird in der S3 Leitlinie zum Malignen Melanom berücksichtigt
Was ist neu?	Vemurafenib ist ein neues Medikament, das am 17.02.2012 die Zulassung durch die EMA erhalten hat. Die hochspezifische und zielgerichtete Hemmung des Mitogen-aktivierten Proteinkinase (MAPK)-Signalweges durch Vemurafenib mit dem Ziel, die Proliferation und das Überleben der Tumorzellen zu unterbinden, ist ein neuer Ansatz in der Behandlung des malignen Melanoms. Vemurafenib ist das erste Medikament mit diesem Wirkprinzip auf dem Markt. In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2017 hat Vemurafenib den Status 1 (Position 29 der NUB-Liste 2017)
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	Februar 2012
Medikament zugelassen	Vemurafenib wurde am 17.2.2012 von der EMA zugelassen
Methode im Krankenhaus	2016
Methode in Krankenhäusern	Vemurafenib wird schätzungsweise mindestens in ca. 280 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUB-Anfragen 2017).

Feld	Wert
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	2-3
Mehrkosten	Sachkosten: Vemurafenib wird zweimal täglich oral eingenommen. Die zugelassene Tagesdosis beträgt 1920 mg und wird morgens und abends verabreicht (960 mg in Form von 4 Tabletten à 240 mg, b.i.d.). Eine Packung Vemurafenib enthält 56 Tabletten, das entspricht 7 Tagesdosen. Der Preis für Vemurafenib liegt bei 1.492 € pro Packung. Damit ergeben sich geschätzte Therapiekosten von 1492 € für einen einwöchigen stationären Aufenthalt. Bei der Behandlung mit Vemurafenib entfällt möglicherweise eine Chemotherapie (Standard: Dacarbazin 250 mg/m ² Tag 1-5 mit Gesamtkosten von ca. 560 Euro bei angenommenen Kosten von 112,- Euro für 500 mg und einer KOF von 2 m ²). Personalkosten: Keine relevanten Kosten bei Personal auf Station und Apotheke, da orale Einnahme (ca. 5 Pflegeminuten)
nicht im G-DRG-System abgebildet	Vemurafenib ist erst seit dem Jahr 2012 in Deutschland auf dem Markt, wird jedoch erst in wenigen Häusern verwendet. Für das Datenjahr 2016 könnten aus den Kalkulationshäusern Kostendaten für den Einsatz vorliegen, sehr wahrscheinlich aber nicht in ausreichendem Umfang, um damit eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2018 zu ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten von ca. 1500 € pro Packung können aber mit der Fallpauschale allein nicht ausreichend abgebildet werden, insbesondere da bei einem längeren Aufenthalt auch ein Vielfaches dieser Kosten entstehen. 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	J61; J68 Andere DRGs möglich, wenn die Aufnahme wegen des Tumor nicht Hauptdiagnose ist, die Behandlung als Dauertherapie aber fortgeführt werden muss
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-006.f



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1813786

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1813786
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 10:41
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Helmut
Name	Heufert
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-str 20
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	0228-287 15171
Telefax	
E-Mail	Helmut.Heufert@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	
Benennung	TREPOSTINIL_ Remodulin®
Alternative Bezeichnung	Remodulin®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1710445
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	0
Patienten Zukunft	50
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 KHEntgG 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.	Ja
DRGs	F46A F46B F75A F75B F75C F75D
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1809715

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1809715
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	24.10.2017 11:26
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	Hilfestellung durch die Firma
Benennung	Therapie der Skoliose mittels magnetisch-kontrollierter Stange(n)
Alternative Bezeichnung	• Therapie der Skoliose durch Implantation extrakorporal expandierbarer Stange(n) • Ferngesteuert expandierbare(s) Implantat(e) zur Aufrichtung der Wirbelsäule bei Skoliose ohne notwendige invasive Nachjustierung • MAGEC MAGnetic Expansion Control System
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1717110
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Ja
Bemerkung	
Handelsname	MAGEC
CE-Kennzeichnung	• Die CE-Kennzeichnung datiert von August 2010.
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 (Implantate) zum Einmalgebrauch, die mittels geeigneter, kommerziell erhältlicher Fixationsprodukte (z. B. Pedikelschrauben, Haken und/oder Konnektoren) minimal-invasiv implantiert wird/werden.

Feld	Wert
	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 folgenden Links abrufbar: http://www.nuvasive.de/index.php?id=135 https://youtu.be/JUuXUC_1GF4
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 Distraktionsspondylodese 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	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

Feld	Wert
	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 2011 wird die beschriebene Behandlung in Deutschland durchgeführt.
Medikament zugelassen	kein Medikament
Methode im Krankenhaus	2013
Methode in Krankenhäusern	Für das Jahr 2015 stellten 34 Kliniken einen entsprechenden NUB-Antrag. 29 Kliniken haben für das Jahr 2016 einen NUB-Antrag für diese Methode gestellt. Im Jahr 2017 waren es 40 Kliniken.
Patienten letztes Jahr	1
Patienten dieses Jahr	0
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 ca. 17.850 Euro zzgl. MwSt. und für Material zur Fixierung der Stangen (min. 8 Pedikelschrauben u. a.) in Höhe von ca. 5.200 Euro zzgl. MwSt. Die Sachkosten der beiden magnetisch-kontrollierten Stangen sind mit denen des VEPTR-Verfahrens vergleichbar. Allerdings fallen bei der Erstimplantation der magnetisch-kontrollierten Stangen die oben beschriebenen Mehrkosten zur Fixierung in Höhe von ca. 5.200 Euro zzgl. MwSt. gegenüber dem VEPTR-Verfahren an. 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 bezogen auf den gesamten Behandlungsverlauf.
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. das Altonaer Kinderkrankenhaus gGmbH) 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, 2015, 2016 und 2017 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 V2015/2017 Report Browser weist für die G-DRG I09A einen Implantatkostenanteil von 3.230,21 € aus, für die G-DRG I06A von 5.377,74 €. Die mittlere Verweildauer der I09A beträgt 21,20 Tage, die der I06A 21,6 Tage. Die spezifischen OPS-Kodes für die Therapie der Skoliose mittels magnetisch-kontrollierter Stangen (5-838.e*) werden seit der G-DRG-Version 2016 ebenfalls in Abhängigkeit der Anzahl der verwendeten Implantate zwei verschiedenen G-DRGs zugeordnet. Die Verwendung von einer magnetisch-kontrollierten Stange wird nun auch der G-DRG I09A (5-838.e0) zugeordnet

Feld	Wert
	und ab einer Verwendung von zwei magnetisch-kontrollierten Stangen erfolgt weiterhin die Eingruppierung in die G-DRG I06A (5-838.e1,.e2 und .e3). Wie beschrieben, entstehen bei der Erstimplantation von zwei magnetisch-kontrollierter Stangen vergleichbare Kosten für die Implantate wie z. B. beim konventionellen Alternativverfahren „VEPTR“, allerdings zusätzliche Sachkosten in Höhe von ca. 5.200 Euro zzgl. MwSt. für die Fixierung der Stangen an der Wirbelsäule. Dies macht deutlich, dass die Methode der Therapie mittels magnetisch-kontrollierter Stangen auch in der G-DRG-Systemversion 2017 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 2015/2017 Report-Browser kalkulierten Implantatkosten (s. o.) sind sowohl bei der Verwendung einer Stange als auch bei Implantation von mehreren Stangen 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 2018 mit dem NUB-Status 1 (A) bewertet werden sollte.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	I06A
stellvertretend für KH	
Prozeduren	5-838.e 5-838.e



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1813817

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1813817
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 10:54
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Helmut
Name	Heufert
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-str 20
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	0228-287 15171
Telefax	
E-Mail	Helmut.Heufert@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	inspiring-health GmbH Markus Rathmayer Ökonomische Berechnungen: inspiring-health GmbH, München
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	N1715161
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 überdehnter Sehnenfäden der

Feld	Wert
	Mitralklappe. Bei der transapikalen Mitralklappenrekonstruktion durch Implantation von Neochordae (PTFE) wird das Herz durch eine linksseitige laterale Thorakotomie (fünf Zentimeter langer Schnitt am fünften oder sechsten Intercostalraum) 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 Tabaksbeutelnähte an der Herzspitze vorgelegt. Das Delivery System wird dann nach Punktion der Herzspitze unter transösophagealer echokardiographischer (TEE) Kontrolle über die linke Herzkammer in den linken Vorhof eingeführt. Mit Hilfe des NeoChord DS1000 wird 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 optimalen Schluss der Klappensegel sicherzustellen. Im Standardverfahren werden bis zu 4 Neochordae am defekten Segelsegment 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 von zweieinhalb Stunden durchgeführt werden. Die transapikale Mitralklappenrekonstruktion durch Implantation von Neochordae lässt das Sternum unversehrt und vermeidet den Einsatz der Herz-Lungenmaschine. Durch die Wahl des Zugangs über die Herzspitze kann die Ursache des Mitralklappenprolapses durch die Implantation der Neochordae anatomisch korrekt behoben werden. Die klinischen Ergebnisse einer großen EU-weiten Registerstudie mit 265 Patienten, bei denen 178 über 1 Jahr und 79 Patienten bereits 2 Jahre nachverfolgt wurden, sind sehr zufriedenstellend. Obwohl die Patienten vor dem Eingriff bereits eine schwere Erkrankung der Mitralklappe hatten und mehrheitlich bereits an Herzinsuffizienz NYHA III litten, erreichten über 90% einen primären Erfolg, definiert als: Platzierung von mindestens 2 Neochordae, kein „major adverse cardiac event – MACE“ und Reduktion der funktionalen Herzinsuffizienz nach NYHA um mindestens 1 Stufe. Nach 1 Jahr lag die Erfolgsrate noch bei 83,5% und nach 2 Jahren bei immerhin 78,3%. Das Gesamtüberleben der Patienten lag bei 98,1%.
Indikation	Die Methode wird bei Patienten mit degenerativer Mitralklappeninsuffizienz angewendet, die durch Verlängerung oder Ruptur einer oder mehrerer mitraler chordae tendinae (Typ II Mitralklappeninsuffizienz nach Carpentier, oder Mitralklappenprolaps) verursacht wird (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 unter Einsatz von 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 beider 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 relativ 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, 2016 und 2017 einen NUB-Status 1 erhalten. Dies ist ein weiterer Beleg dafür, dass die Methode relativ neu ist.

Feld	Wert
Verweildauer	Die mittlere Verweildauer der derzeit getroffenen DRG – F19C beträgt 4,5 Tage. Bei anderen minimalinvasiven transapikalen Eingriffen wird die DRG F98A mit einer Verweildauer von 16,5 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
Medikament zugelassen	
Methode im Krankenhaus	2018
Methode in Krankenhäusern	Die Methode wird derzeit in 16 deutschen Kliniken eingesetzt.
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	20
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 16,5 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-Gerät, das von der Herstellerfirma NeoChord zu einem Preis von 17.612 € (inkl. USt.) angeboten wird (+ ca. 500€ Sachkosten OP-Bedarf). Zusätzlich fallen Personalkosten für eine verlängerte OP Dauer von ca. 2200€ an und für weiter Diagnostik in Höhe von ca. 890€. Die Implantatkosten in der DRG (Modul 4.5) wurden wiederum gestrichen. Insgesamt entstehen also Kosten von € 21.202 In der DRG F19C sind Kosten von insgesamt € 5.396,95 abgedeckt. Somit ergeben sich – gemäß den Vorgaben der Differenzkostenrechnungen – Mehrkosten von € 15.805,05 Quellen: InEK G-DRG Reportbrowser 2017; 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 € 15.805,05 Die Standardabweichung der DRG F19C beträgt € 2.633. Die Mehrkosten betragen somit 600% der Standardabweichung und können als erheblich bezeichnet werden. Schieflage: Die neue Methode fällt derzeit in die DRG F19C. Diese wurde 2015 in 426 Krankenhäusern bei insgesamt 3.855 Fällen abgerechnet. Die transapikale Mitralklappenrekonstruktion durch Implantation von Neochordae (PTFE) wird derzeit in 16 Zentren in Deutschland eingesetzt. Durch die Strukturvorgaben des G-BA für transapikale Klappeneingriffe kommen maximal Zentren mit gleichzeitiger Anwesenheit eines Herzchirurgen infrage. Dies sind 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, 2016 und 2017 einen NUB-Status 1 erhalten. Ergebnis: Zusammenfassend wird festgestellt, dass die Methode erhebliche Mehrkosten verursacht, eine ausgeprägte Schieflage besteht und schon seit vier Jahren ein NUB-Status 1 existiert. Somit ist sie derzeit im G-DRG-System

Feld	Wert
	nicht sachgerecht abgebildet. Quellen: - DeStatis – Krankenhausstatistik Datenjahr 2015 - InEK GmbH – G-DRG Reportbrowser 2015/2017 - Herstellerangaben
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 N1810411

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1810411
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	27.10.2017 08:45
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
Alternative Bezeichnung	Imnovid
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1708037
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. Dosierung: 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 chemisch verwandten Vorgängersubstanzen ist nicht gegeben (wirksam teilweise auch bei Versagen dieser Vorgängersubstanzen). In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntg für 2017 hat Pomalidomid den Status 1 (Position 31 der NUBListe 2017).
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. 277 Krankenhäuser haben einen NUB Antrag für das Jahr 2017 gestellt.
Patienten letztes Jahr	2
Patienten dieses Jahr	2
Patienten Zukunft	2
Mehrkosten	Sachkosten: Der Krankenhaus-Einkaufspreis für eine Packung von 21 Kapseln je 4mg beträgt 9356 € brutto. Die 3 mg Kapseln kosten 9104 €, die niedriger dosierten Kapseln sind nochmals geringfügig billiger. Die Tagestherapiekosten betragen somit für die meisten Patienten über 400 €. Für das verwandte Präparat Lenalidomid existiert ein Zusatzentgelt (ZE 2017-77). Andere neuere Medikamente für diese Indikation (Carfilzomib, Panobinostat und Daratumomab) hatten für 2017 ebenfalls NUB Status 1.

Feld	Wert
	Konventionelle Zytostatika oder Dexamethason sind im Vergleich dazu wesentlich preisgünstiger. Personalkosten: gering
nicht im G-DRG-System abgebildet	Pomalidomid ist seit dem Jahr 2013 in Deutschland auf dem Markt. 2015 wurde ein OPS Code eingeführt. 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 2018 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.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	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 N1809599

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1809599
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 13:19
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	Dabrafenib bei fortgeschrittenem Melanom
Alternative Bezeichnung	
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1716765
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Dabrafenib (GSK2118436) 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 des Tumors erzielen. Dabrafenib wird gezielt zur Behandlung von Patienten mit

Feld	Wert
	fortgeschrittenem oder metastasiertem Melanom mit BRAF V600-Mutation eingesetzt. Es handelt sich um eine orale Therapie, die zweimal täglich in Form von Kapseln eingenommen wird. Klinische Daten: 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 Tumorprogression auftrat, hatten die Möglichkeit Dabrafenib zu erhalten. Das progressionsfreie Überleben, der primäre Endpunkt der Studie, war unter Dabrafenib gegenüber der Chemotherapie signifikant verlängert (HR = 0,30; p < 0,0001; medianes PFS 5,1 vs. 2,7 Monate). Die Ansprechrate lag in der Dabrafenib-Gruppe bei 50%, in der Gruppe mit Dacarbazin bei 6%. Zum Zeitpunkt der Analyse dauerte das Follow-up hinsichtlich des Gesamtüberlebens noch an (HR 0,61; 95% CI 0,25-1,48). Mutationstest: Für eine Behandlung mit Dabrafenib ist der Nachweis einer BRAF-V600-Mutation mithilfe einer validierten Testmethode (PCR, Sequenzierung) erforderlich. Hauschild A, Grob JJ, Demidov LV, et al. Dabrafenib in BRAF-mutated metastatic melanoma: A multicentre, open-label, phase 3 randomised controlled trial. Lancet 2012;380:358-65.
Indikation	Dabrafenib ist angezeigt zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit BRAF V600-mutiertem, nicht resezierbarem oder metastasiertem Melanom
Ablösung / Ergänzung	In 2011 und 2012 wurden erstmals seit über 20 Jahren neue Wirkstoffe zur Behandlung des fortgeschrittenen bzw. metastasierten Melanoms zugelassen: Ipilimumab (Yervoy®, NUB-Status 1 2015) und Vemurafenib (Zelboraf®, NUB-Status 1 in 2015). Dabrafenib ist wie Vemurafenib ein BRAF-Inhibitor, der gezielt die Proteinkinase BRAF inhibiert und selektiv bei Patienten mit aktivierenden Mutationen des BRAF Proteins zum Einsatz kommt. Die beiden BRAF-Inhibitoren Vemurafenib und Dabrafenib scheinen hinsichtlich der Effektivität vergleichbar zu sein, jedoch unterscheidet sich das Nebenwirkungsprofil der beiden Medikamente. Nach der aktuellen S3-Leitlinie zum Melanom soll bei Patienten mit BRAF-positivem Melanom eine Therapie mit einem BRAF-Inhibitor durchgeführt werden (Empfehlungsgrad A); Dabrafenib ist in der aktuellen Fassung (Langversion) bereits erwähnt. Für Patienten mit BRAF-mutiertem fortgeschrittenem/metastasiertem Melanom kommt als „zielgerichtete“ Therapie somit wahlweise eine Therapie mit Dabrafenib oder Vemurafenib in Frage. Darüber hinaus gibt es für Patienten – unabhängig vom Vorliegen einer BRAF-Mutation - die Möglichkeit einer Chemo- oder Immuntherapie.
Was ist neu?	Dabrafenib ist ein neues Medikament, das am 26. August 2013 von der European Medicines Agency (EMA) zugelassen wurde. Das Wirkprinzip ist neu und kommt beim Melanom erstmalig zur zugelassenen Anwendung. Neben Dabrafenib gibt es ein weiteres neuartiges Medikament (Vemurafenib, NUB-Status 1 für 2015) mit diesem Wirkmechanismus, das seit Februar 2012 in der gleichen Indikation zugelassen ist.
Verweildauer	Zum jetzigen Zeitpunkt liegen zu dieser Frage noch keine validen Erkenntnisse vor. Wegen der prinzipiell ambulant durchführbaren oralen Therapie wird die Verabreichung von Dabrafenib 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 Dabrafenib erfolgte im September 2013.
Medikament zugelassen	Die Zulassung erfolgte im September 2013.
Methode im Krankenhaus	Erfahrungen seit 2013 durch die Teilnahme an der Zulassungsstudie MEK115306
Methode in Krankenhäusern	Es wird in der Mehrzahl der 87 Onkologischen Zentren in Deutschland eingesetzt, in den 46 zertifizierten Hautkrebszentren sowie weiteren der 201 Kliniken, die für 2015 einen NUB-Antrag für Dabrafenib gestellt haben.
Patienten letztes Jahr	30
Patienten dieses Jahr	30

Feld	Wert
Patienten Zukunft	40
Mehrkosten	Sachkosten: Die empfohlene Tagesdosis beträgt 300 mg (2x2 Kps. á 75mg täglich). Eine Packung Dabrafenib enthält 120 Kapseln. Bei der empfohlenen Tagesdosierung von 300 mg = 4 Kapseln á 75 mg betragen die Tagestherapiekosten rund 239,04 €. Dagegenzusetzen wären einzusparende Kosten für eine konventionelle Chemotherapie (z.B. Dacarbazin) oder auch Kosten z.B. im Rahmen einer Immuntherapie mit Ipilimumab. Bei der Behandlung mit Dabrafenib fallen einmalig Kosten für die Diagnostik der BRAF-Mutation an. Der Mutationsnachweis ist in der OPS 1-992.0 verschlüsselt. Für den Test, der mit einem validierten System durchzuführen ist, ist mit Kosten in Höhe von 100,00 – 120,00 € brutto zu rechnen. 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 Melanomerkrankung häufig wegen unterschiedlicher Gründe stationär behandelt werden und Dabrafenib eine orale Dauertherapie ist, ist eine Erstattung auch im stationären Bereich erforderlich.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Dabrafenib wurde im August 2013 in der EU zugelassen. Die Kosten für das Medikament sind daher noch nicht sachgerecht in der DRG-Systematik abgebildet. Mit zusätzlichen Arzneimittelkosten von etwa 254,99 € pro Verweiltage während eines stationären Aufenthalts wird die Dabrafenib-Therapie mit der Fallpauschale allein nicht ausreichend abgebildet.
Prozeduren - Beschreibung	
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	6-007.5



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1810379

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1810379
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 15:12
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	N1708032
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 die BRAF-Kinase mit aktivierenden Mutationen im Codon 600 hemmt. Aktivierende BRAF-Mutationen, die bei ca. 50% der Melanome und ca. 1-2 % der nicht-kleinzelligen Lungenkarzinome (NSCLC) auftreten, führen zu einer konstitutiven Aktivierung des MAP-Kinase-Signalwegs und damit zu unregulierter Zellproliferation. Dabrafenib kann durch die

Feld	Wert
	Inhibition von BRAF das Tumorwachstum hemmen und durch Apoptose eine Regression des Tumors erzielen. 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 Dabrafenib-Monotherapie auftretenden kutanen Nebenwirkungen deutlich reduziert werden. Evidenzlage Monotherapie (Melanom): 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 Tumorprogression 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) [1]. 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 [2,3]. Kombinationstherapie (Melanom): 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 = 0,61 [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 7,5 Monate unter Vemurafenib [4,5]. 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%) [6]. Kombinationstherapie (Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom): Im Rahmen einer multizentrischen, nicht-randomisierten, offenen Phase-II-Studie (BRF113928) wurde die Wirksamkeit und Sicherheit von Dabrafenib in Kombination mit Trametinib bei Patienten mit NSCLC im Stadium IV mit einer BRAFV600E-Mutation untersucht. Der primäre Endpunkt der Studie war die Gesamtansprechrate (ORR): 36 der zuvor unbehandelten Patienten, die zweimal täglich 150 mg Dabrafenib und einmal täglich 2 mg Trametinib erhielten, zeigten eine ORR von 61,1% (95%-Konfidenzintervall (KI): 43,5%–76,9%). Unter den therapienaiven Patienten wiesen 68% nach neun Monaten keinen Tumorprogress auf. Die mediane Dauer des Ansprechens (DoR) sowie das progressionsfreie Überleben (PFS) wurden bei der zuvor unbehandelten Patientenpopulation zum Zeitpunkt der Zulassung noch nicht erreicht. In der Gruppe der zuvor bereits behandelten Teilnehmer (1-3 vorherige Behandlungen, mindestens eine Platin-basierte Chemotherapie), die eine identische Dosierung erhielten, lag die ORR bei 66,7% (95%-KI: 52,9%–78,6%) und die mediane DoR bei 9,8 Monaten (95%-KI: 6,9–16,0) [1,7]. Mutationstest: Für eine Behandlung mit Dabrafenib ist der Nachweis einer BRAF-V600-Mutation mithilfe einer validierten Testmethode (z.B. PCR, Sequenzierung) erforderlich. Dosis: Die empfohlene Dosis von Dabrafenib, sowohl in der Monotherapie als auch in Kombination mit Trametinib, beträgt 150 mg (zwei 75 mg-Kapseln) zweimal täglich (entsprechend einer Tagesgesamtdosis von 300 mg). Die empfohlene Trametinib-Dosis in Kombination mit Dabrafenib beträgt 2 mg einmal täglich. 1. Novartis.

Feld	Wert
	Fachinformation Tafinlar 50 mg/75 mg Hartkapseln. Stand: Mai 2017. 2. Lancet. 2012;380(9839):358-65. 3. Poster presented at SMR 2014. 4. N Engl J Med. 2015;372(1):30-9. 5. Eur J Cancer. 2015;51(Suppl. 3):Abstr 3301. 6. Lancet. 2015;386(9992):444-51. 7. Lancet Oncol. 2016;17(7):984-93.
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. Dabrafenib in Kombination mit Trametinib ist angezeigt zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit fortgeschrittenem nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom mit einer BRAF-V600-Mutation.
Ablösung / Ergänzung	Dabrafenib ergänzt die Therapieoptionen bei Patienten mit einem malignen Melanom und einer BRAF-V600 Mutation. Die Kombination aus Dabrafenib und Trametinib ist die erste Therapie des NSCLC, die eine Mutation der BRAF-Kinase im Codon 600 gezielt adressiert.
Was ist neu?	In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2017 hat Dabrafenib den Status 1 (Position 37 der NUB-Liste 2017)
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	Dabrafenib wurde am 1. Oktober 2013 erstmals in der Lauer-Taxe gelistet.
Medikament zugelassen	Die Zulassung von Dabrafenib für das Melanom erfolgte am 26.08.2013 durch die Europäische Kommission. Die Zulassungserweiterung für die Kombinationstherapie von Dabrafenib und Trametinib erfolgte im August 2015. Die Zulassung von Dabrafenib in Kombination mit Trametinib für das NSCLC mit einer BRAF-V600-Mutation erfolgte am 29.03.2017.
Methode im Krankenhaus	2013
Methode in Krankenhäusern	Dabrafenib wird schätzungsweise in ca. 246 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUB-Anfragen 2017).
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. Bei der empfohlenen Tagesdosierung von 300 mg = 4 Kapseln à 75 mg betragen die Tagestherapiekosten rund 239 €. Bei der Behandlung mit Dabrafenib 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 – 120 € brutto an. Bei der Gabe von Dabrafenib in Kombination mit Trametinib fallen zusätzlich die Kosten für Trametinib an. Die zugelassene Tagesdosis 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 2 mg betragen die Tagestherapiekosten rund 248 €. 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 2016 sollten aus den Kalkulationshäusern Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Wir vermuten, dass die Stichprobe jedoch zu klein war, als dass genügend Kosten- und Leistungsdaten aus den Krankenhäusern vorliegen, um damit eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2018 zu ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten von ca. 239 € pro Tag können aber mit der/den o.g. Fallpauschale(n) allein nicht ausreichend abgebildet werden und Dabrafenib ist bisher im ZE Katalog nicht

Feld	Wert
	enthalten. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der/den betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	J68A J61C E71A E71B
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-007.5



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1810413

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1810413
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	27.10.2017 08:48
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
Alternative Bezeichnung	NOXAFIL® Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1708028
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 Prophylaxe invasiver Pilzkrankungen. Bis zum 15. Oktober 2014 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 2 x 300 mg am ersten Tag, dann 1 x 300 mg pro Tag auf unbestimmte Dauer. Nach der Fachinformation wird ein Wechsel zur oralen Anwendung empfohlen, sobald der Zustand des Patienten dies zulässt.
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 2017 hat Posaconazol den Status 1 (Position 5 der NUB-Liste 2017)
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. 408 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUB-Anfragen 2017).
Patienten letztes Jahr	10
Patienten dieses Jahr	10
Patienten Zukunft	10
Mehrkosten	Sachkosten: 300 mg Posaconazol i. v. 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. Dies bedeutet für den ersten Behandlungstag etwa 1000 Euro, für jeden weiteren Tag 500 Euro Kosten.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Posaconazol intravenös wurde im Jahr 2014 zugelassen und ist seit dem Jahr 2014 in Deutschland auf dem Markt. Für das Datenjahr 2016 sollten aus den Kalkulationshäusern Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Wir vermuten, dass die Stichprobe jedoch zu klein war, als dass genügend Kosten- und Leistungsinformationen aus den Krankenhäusern vorliegen, um damit eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2018 zu ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten von ca. 490,16 € pro Applikation können aber mit

Feld	Wert
	der/den o.g. Fallpauschale(n) allein nicht ausreichend abgebildet werden und Posaconazol intravenös ist bisher im ZE Katalog nicht enthalten. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der/den betroffenen DRG.
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 N1810376

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1810376
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 14:52
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	N1703852
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 2-7% der Nicht-kleinzelligen Bronchialkarzinomen ist das anaplastic lymphoma kinase- Gen (ALK) mutiert oder transloziert. Crizotinib hemmt spezifisch die Tyrosinphosphorylierung der aktivierten ALK Evidenzlage: In der Studie von Kwak et al (NEJM, Oktober 2010, Vol 363; 1693-1703) zeigten 82 vorbehandelte Patienten unter der Therapie mit Crizotinib eine Ansprechrate 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%). Neuere Studien: In der randomisierten Studie von Solomon et.al. (N Engl J Med. 2014 Dec 4;371(23):2167-77) bei ALKpositiven NSCLC (Crizotinib oral versus intravenöser chemotherapie (Pemetrexed plus Cisplatin (oder Carboplatin) war das progressionsfreie Überleben significant länger (Median 10,9 vs 7,0 Monate). Das mediane Überleben wurde noch nicht erreicht. In der Studie von Shaw (N Engl J Med. 2014 Nov 20;371(21):1963-71.) zeigte sich bei den ROS1 Positiven NSCLC ein Ansprechen von 72% mit einem progressionsfreien Überleben von 19,2 Monate Dosierung: Die empfohlene Dosis für Crizotinib ist 2 x 250 mg p.o.als Dauermedikation
Indikation	Erstlinienbehandlung des Anaplastische-Lymphom-Kinase(ALK)-positiven, fortgeschrittenen nicht kleinzelligen ungenkarzinoms (non small cell lung cancer, NSCLC). Behandlung des vorbehandelten Anaplastische-Lymphom-Kinase(ALK)-positiven, fortgeschrittenen nicht kleinzelligen Lungenkarzinoms (non small cell lung cancer, NSCLC). Behandlung des ROS1-pos., fortgeschrittenen NSCLC.
Ablösung / Ergänzung	Es ist ein neues Medikament, das beim ALK positiven nicht-kleinzelligen Bronchialkarzinom (ca 3% der Bronchialkarzinome) eine intravenöse Chemotherapie ablösen kann.
Was ist neu?	In den Informationen nach § 6 Abs. 2 KHEntgG für 2017 erhielt Crizotinib den Status 1 (Position 18 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 23.10.2012 wurde Crizotinib von der EMA. zugelassen. Eine Erweiterung der Zulassung auf die oben erwähnten Entitäten erfolgte in den letzten Jahren.
Methode im Krankenhaus	Die Methode wurde 2013 im ambulanten Bereich eingeführt
Methode in Krankenhäusern	Crizotinib wird schätzungsweise in ca. 300 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUB-Anfragen 2017).
Patienten letztes Jahr	2
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 € Kosten pro Aufenthalt (7 Tage angenommen): 1.365 € 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. Es wird nur bei sehr wenigen Patienten mit Bronchialkarzinom angewandt, da bestimmte Mutationen Voraussetzungen sind. Seit 2012 die Indikationen erweitert. Da es bei diesen Patienten eine orale Dauertherapie ist, geschieht es nicht so häufig, dass ein Patient für diese orale Gabe aufgenommen wird und somit in den DRG E71 gruppiert wird. Höchstwahrscheinlich kommt es sehr viel häufiger vor, dass der Patient wegen einer anderen Erkrankung aufgenommen wird und diese Medikation als seine Dauermedikation auch bei anderen med. Problemen erhält. Die Kosten für Crizotinib werden daher in allen DRG vorkommen können und sind möglicherweise auch nicht konkret dem Fall zugeordnet. Für das Datenjahr 2016 könnten aus den Kalkulationshäusern Kostendaten für den Einsatz vorliegen, sehr wahrscheinlich aber nicht in ausreichendem Umfang.

Feld	Wert
	Daher ist eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2018 nicht möglich. Die zusätzlichen Kosten von ca. 1.365 € 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	
Prozeduren	6-006.c



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1810387

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1810387
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	27.10.2017 07:11
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	N1703856
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, selektiver 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 CLL und dem FL. Da die Expression dieser Isoform auf hämatopoetische Zellen

Feld	Wert
	beschränkt ist, wirkt Idelalisib sehr spezifisch. Evidenzlage: Die klinische Wirksamkeit und Verträglichkeit wurde in Phase II und Phase III Studien für Patienten mit Chronisch Lymphatischer Leukämie (CLL) und für Patienten mit refraktärem indolentem Non-Hodgkin Lymphom (iNHL) untersucht. In der randomisierten, placebo-kontrollierten Phase III-Zulassungsstudie in der CLL verlängerte Idelalisib in Kombination mit Rituximab signifikant das progressionsfreie Überleben gegenüber Rituximab. In zwei weiteren Phase III Studien in Kombination mit Ofatumumab bzw. in Kombination mit Bendamustin plus Rituximab konnten die gezeigten Ergebnisse von Idelalisib bestätigt werden. In der einarmigen Phase II-Pivotalstudie beim iNHL konnte für diese sehr stark vorbehandelten und auf Rituximab und alkylierenden Substanzen refraktären Patienten eine Gesamt-Ansprechrate von 57% erzielt werden. Dosis: 2 x 150mg täglich als orale Dauertherapie
Indikation	Idelalisib wird in Kombination mit einem monoklonalen anti-CD20-Antikörper (Rituximab oder Ofatumumab) zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit chronischer lymphatischer Leukämie (CLL) angewendet: • die mindestens eine vorangehende Therapie erhalten haben, oder • als Erstlinientherapie bei Vorliegen einer 17p-Deletion oder einer TP53-Mutation bei Patienten, für die keine anderen Therapien geeignet sind Idelalisib wird als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit follikulärem Lymphom (FL), das refraktär nach zwei vorausgegangenen Therapielinien ist, angewendet
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 Risikopatienten, mehrfach rezidierten oder doppelt-refraktären Patienten erreicht werden.
Was ist neu?	Als direkter und hochspezifischer Inhibitor der PI3K- δ ist Idelalisib der erste zugelassene Vertreter einer neuen Substanzklasse von Kinase-Inhibitoren. In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2017 hat Idelalisib den Status 1 (Position 30 der NUB-Liste 2017)
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 EMA: 18. September 2014
Methode im Krankenhaus	Sommer 2014
Methode in Krankenhäusern	Idelalisib wird schätzungsweise in ca. 278 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUB-Anfragen 2017).
Patienten letztes Jahr	2
Patienten dieses Jahr	2
Patienten Zukunft	2
Mehrkosten	Sachkosten: Idelalisib wird als orale Dauertherapie 2mal täglich mit 150 mg verabreicht. Der Preis einer Packung mit 60 Kps liegt bei 4.641 €. Somit entstehen für Idelalisib Tagestherapiekosten in Höhe von 154,70 € brutto pro Tag. Personalkosten: Es entstehen keine signifikanten Mehrkosten für medizinisches Personal
nicht im G-DRG-System abgebildet	Idelalisib wurde im Jahr 2014 zugelassen und ist seit dem Jahr 2014 in Deutschland auf dem Markt. Für das Datenjahr 2016 sollten aus den Kalkulationshäusern Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Wir vermuten, dass die Stichprobe jedoch zu klein war, als dass genügend Kosten- und Leistungsdaten aus den Krankenhäusern vorliegen, um damit eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2018 zu ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten von ca. 154,70 € pro Tag können aber mit der/den o.g. Fallpauschale(n) allein nicht ausreichend abgebildet werden und Idelalisib ist bisher im ZE Katalog nicht

Feld	Wert
	enthalten. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der/den betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	DRG R61.
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-007.f



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1813787

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1813787
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 10:45
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Helmut
Name	Heufert
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-str 20
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	0228-287 15171
Telefax	
E-Mail	Helmut.Heufert@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch den Hersteller (Actelion Pharmaceuticals Deutschland GmbH) vorformuliert.
Benennung	Macitentan
Alternative Bezeichnung	Opsumit®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1710446
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 Nachlasterrhöhung 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 Bindegeweberkrankungen 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	10
Patienten dieses Jahr	28
Patienten Zukunft	50
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 Kosten für eine 10mg Ampulle liegen bei 178,82 €. 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 OPS-System 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 (DRG-Version 2015)
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-007.h



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1809604

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1809604
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 13:31
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	N1716815
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	50
Patienten Zukunft	60
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 N1813788

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1813788
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 10:51
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Helmut
Name	Heufert
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-str 20
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	0228-287 15171
Telefax	
E-Mail	Helmut.Heufert@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	
Benennung	Riociguat - ADEMPAS®
Alternative Bezeichnung	Adempas®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1710468
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-cGMP-Pfades 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	In unserer Klinik planen wir die ersten Patienten im November 2015 auf Riociguat einzustellen
Methode in Krankenhäusern	Wir schätzen, dass derzeit ca. 20 Kliniken Riociguat einsetzen
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	5
Patienten Zukunft	50
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	Die Prozedur umfasst die orale Gabe von Filmtabletten mit 0,5 mg bis 2,5 mg Riociguat dreimal täglich zur Behandlung der CTEPH oder der PAH in der zugelassenen Indikation
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	F03A (G-DRG-Version 2015)
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-008.0



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1813140

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1813140
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 09:59
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Helmut
Name	Heufert
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-str 20
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	0228-287 15171
Telefax	
E-Mail	Helmut.Heufert@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	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1714961
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 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	2016
Methode in Krankenhäusern	ca. 60
	0

Feld	Wert
Patienten letztes Jahr	
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	5
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 38.222€ 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. Zudem fallen Kosten für zusätzliche Diagnostik in Höhe von 160 Euro sowie Wartungskosten von 250 Euro an.
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



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1813145

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1813145
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 10:14
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Helmut
Name	Heufert
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-str 20
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	0228-287 15171
Telefax	
E-Mail	Helmut.Heufert@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	N1715002
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 doppelumigen 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 doppelumiger 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 doppelumiger Kanüle 29 F bis zu 4 L/min, mit doppelumiger 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 doppelumige 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 doppelumiger Kanüle 29 F ein maximaler Fluss von bis 4,0 L/min und mit doppelumiger 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	2016
Methode in Krankenhäusern	Cirka 60 Kliniken
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	5
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 doppelumige 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. Hinzu kommen Wartungskosten i.H.v. 250€ sowie zusätzliche Diagnostik mit 160€.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Die endovaskuläre Implantation einer Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung des Rechten Ventrikels (RVAD) mit nur einem Zugang mit einer doppelumigen 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 doppelumigen Kanüle nicht möglich, da ein spezifischer OPS Code erst seit 2015 existiert. Aufgrund der resultierenden Implantationszahlen liegen aktuell noch keine

Feld	Wert
	ausreichenden Kosten- oder Leistungsinformationen vorliegen, die für die Kalkulation der 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



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1813148

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1813148
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 10:19
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Helmut
Name	Heufert
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-str 20
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	0228-287 15171
Telefax	
E-Mail	Helmut.Heufert@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	BCGH UG (haftungsbeschränkt) Karin Frankenstein
Benennung	Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung -- RVAD mit einer doppellumigen Kanuele und zweiter PA Kanuele
Alternative Bezeichnung	Endovaskuläre, extrakorporale Zentrifugal-Pumpe zur temporären (bis zu 30 Tage) Kreislaufunterstützung des rechten Ventrikels mit einer doppellumigen Kanuele in gerader Position und Y Konnektor mit Ansaugen in beiden Lumen von IVC und RA via Jugular Vene und zweiter pulmonaler Auswurfkanüle via femoral Vene.
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1714996
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 Implantation von Ventricular Assist Devices (VAD) als Brücke zur Transplantation (BTT), Erholung oder End-Therapie (DT) ist eine Standard Therapie bei Patienten mit

Feld	Wert
	schwerem 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 jedoch 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 6,0 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 via Jugular-Vene durch eine doppellumige Kanuele in gerader Position und Y Konnektor von beiden Lumen von Inferior Vena Cava (IVC) und rechten Atrium (RA) das Blut absaugt und mit einer zweiten Kanuele via Femoral-Vene durch eine EP 72 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 den neuartigen doppellumigen 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 doppellumigen Kanuele in gerader Position und Y Konnektor und der EF 72 pulmonalen Auswurfkanüle für eine Pumpleistung von bis zu 6,0 l/min. Die Gabe inotroper Substanzen kann durch den Einsatz dieser Methode entscheidend reduziert werden. Bei der Anwendung zur Rechtsherzunterstützung wird mit einer doppellumigen Kanuele in gerader Position und Y Konnektor in beiden Lumen von Inferior Vena Cava (IVC) und rechten Atrium (RA) das Blut absaugt, Die EF 72 pulmonale Auswurfkanüle führt das Blut von der Pumpe in den Körper des Patienten über die Femoral-Vene zurück. Deren Spitze befindet sich in der Pulmonal-Arterie (PA) und leitet dort das Blut in den Kreislauf. 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 Jugular-Vene zur Femoral-Vene. Siehe Anlage Bilder NUB RVAD. Abb. 1: Methode bei der Rechtsherzunterstützung mit Kanülierung von der rechten Jugular-Vene zur Femoral-Vene. Eine interventionelle Kurzzeit-Herzunterstützung bis zu 30 Tagen mit einer Leistung von bis zu 6,0 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 Journal -(2) Kirklin JK 2014, JHLT Aissaoui N 2013, JTCVS Noly PE 2014, ICVTS -(3)

Feld	Wert
	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, welche eine hohe Flussleistung von bis zu 6 L/min benötigen.
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 von Inferior Vena Cava (IVC) und 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 doppellumiger Kanüle in gerader Position und Y Konnektor und EF 72 pulmonale Auswurfkanüle sowie Applikatoren, Zentrifugpumpe 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 doppellumiger Kanüle in gerader Position und Y Konnektor und EP 72 pulmonale Auswurfkanüle bis zu 6 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 doppellumiger Kanüle in gerader Position und Y Konnektor 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 29 und 31 Fr das innere Lumen und führt zu einem maximalen Fluss (6 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 doppellumiger Kanüle in gerader Position und Y Konnektor und EP 72 Kanülen ein maximaler Fluss von bis 6,0 L/min erreicht. Zum Design: • das Konzept, eine endovaskuläre, extrakorporale Zentrifugpumpe zur Kreislaufunterstützung für den rechten Ventrikel, ist vollständig neu • physiologisches Niveau von Druck und Fluss (bis zu 6 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	2016

Feld	Wert
Methode in Krankenhäusern	ca. 60
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	5
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, doppellumiger Kanuele mit Y Konnektor und Applikator & die EP72 Kanüle und Applikator werden kumulativ mit EUR 34.750 netto (EUR 41.352,50 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. Hinzu kommen Wartungskosten i.H.v 250€ sowie Kosten für zusätzliche Diagnostik mit 160€.
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.a5



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1810418

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1810418
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	27.10.2017 09:42
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)
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	N1711042
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 Streptamere)) 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 (Feucht et al., Blood 2015). Weitere Fallserien und Publikationen zeigen die Wirksamkeit der Therapie: Meyers J D, Flournoy N, Donnell Thomas E. Risk Factors for Cytomegalovirus Infection after Human Marrow Transplantation. Journal of Infectious Diseases 1986; 153: 478-488. Peggs K S, Verfurth S, Pizzey A, Khan, Naeem, et al. Adoptive cellular therapy for early cytomegalovirus infection after allogeneic

Feld	Wert
	stem-cell transplantation with virus-specific T-cell lines. Lancet 2003; 362:1375–1377. Peggs K S, Verfuerth 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
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 PTLD: 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.
Ablösung / Ergänzung	Die Übertragung von virusspezifischen 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.
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 Antigenspezifischen 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 KHEntG für 2017 hat die Übertragung von virusspezifischen Spender- Immunzellen nach allogener Stammzelltransplantation den Status 1 (Position 80 der NUB-Liste 2017)
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	2015
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.

Feld	Wert
Methode im Krankenhaus	2016
Methode in Krankenhäusern	Viruspezifische Spenderzellen wird schätzungsweise in ca. 30 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der Zahl der Kliniken mit allogener Stammzelltransplantation).
Patienten letztes Jahr	2
Patienten dieses Jahr	2
Patienten Zukunft	2
Mehrkosten	StreptamerVerfahren Spendervoruntersuchung / Auswahl GMP-Labor Kliniken 1500,00 € Cytovir CMV® - Gewinnung von Spenderlymphozyten (extern) und Qualitätskontrollen GMP-Labor Kliniken 5000 € Cytovir CMV® - Transport der Spenderlymphozyten an GMP-Labor bzw. Firma GMP-Labor Kliniken 800 € Cytovir CMV® - Personal wissenschaftlicher Mitarbeiter 12 Stunden GMP-Labor Kliniken 800€ Cytovir CMV - Medizinsch technische Assistenten/innen 2 x 16 Stunden GMP-Labor Kliniken 900 € Cytovir CMV - Verbrauchsmaterial Verbrauchsmaterialien GMP-Labor Kliniken 12000 € Cytovir CMV® - sonstige Kosten Kosten für regulatorische Aufwendungen / GMP-QM GMP-Labor Kliniken 1500€ Cytovir CMV® - Medizinische und nichtmedizinische Infrastruktur/ GMP Facility GMP-Labor Kliniken 3000 € Cytovir CMV® - Transport der gegen Viren gerichteten Immunzellen an die Klinik / Kryokonservierung GMP-Labor Kliniken 1500 € Cytovir CMV® inklusive Gesamtkosten 26200€ Cytokin-CaptureAssay GMP-Labor Kliniken Spendervoruntersuchung / Auswahl GMP-Labor Kliniken 1500 € Gewinnung von Spenderlymphozyten (extern) und Qualitätskontrollen GMP-Labor Kliniken 5000 € Transport der Spenderlymphozyten an GMP-Labor bzw. Firma GMP-Labor Kliniken 800€ Personal wissenschaftlicher Mitarbeiter 12 Stunden und Medizinsch technische Assistenten/innen 2 x 16 Stunden GMP-Labor Kliniken 1300€ Verbrauchsmaterial Verbrauchsmaterialien GMP-Labor Kliniken 12500 € sonstige Kosten Kosten für regulatorische Aufwendungen / GMP-QM GMP-Labor Kliniken 1500€ Medizinische und nichtmedizinische Infrastruktur/ GMP Facility GMP-Labor Kliniken 3000€ Transport der gegen Viren gerichteten Immunzellen an die Klinik / Kryokonservierung GMP-Labor Kliniken 1500€ Gesamtkosten 26100€
nicht im G-DRG-System abgebildet	Die oben gezeigten Mehrkosten übersteigen sowohl die Standardabweichungen (2017 = 6782 €, Quelle: G-DRG Reportbrowser 2016) in der DRG T63A als auch die Kosten im Kostenmodul 4b (685€). Für das Datenjahr 2016 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 viruspezifischen Zellen ist bisher im ZE Katalog nicht enthalten. Aufgrund der hohen Kosten kommt es zu einer Schieflage in der betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	T63A
stellvertretend für KH	
Prozeduren	8-802.42 8-802.21



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1817329

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1817329
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 13:25
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)
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	N1711042
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Nein
Bemerkung	

Feld	Wert
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 Streptamere)) 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-Capture-Assay 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 (Feucht et al., Blood 2015). Weitere Fallserien und Publikationen zeigen die Wirksamkeit der Therapie: Meyers J D, Flournoy N, Donnell Thomas E. Risk Factors for Cytomegalovirus Infection after Human Marrow Transplantation. Journal of Infectious Diseases 1986; 153: 478-488. Peggs K S, Verfuerth S, Pizzey A, Khan, Naeem, et al. Adoptive cellular therapy for early cytomegalovirus infection after allogeneic stem-cell transplantation with virus-specific T-cell lines. Lancet 2003; 362:1375-1377.

Feld	Wert
	Peggs K S, Verfueth 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 for 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 bestehen Kontraindikationen (z.B. Niereninsuffizienz) für die Anwendung von Cidofovir. 3) EBV: ansteigender Virustiter trotz Anwendung von antiviraler Therapie (z.B. Cidofovir) und Rituximab, oder es bestehen Kontraindikationen (z.B. Niereninsuffizienz) für die Anwendung der oben genannten Virostatika. 4) EBV-assoziiertes PTLD: 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.
Ablösung / Ergänzung	Die Übertragung von virusspezifischen 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.
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 2017 hat die Übertragung von virusspezifischen Spender-Immunzellen nach allogener Stammzelltransplantation den Status 1 (Position 80 der NUB-Liste 2017)
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	2014

Feld	Wert
Medikament zugelassen	Die mittels des Streptamerverfahrens hergestellten allogenen-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	2014
Methode in Krankenhäusern	Viruspezifische Spenderzellen werden schätzungsweise in ca. 30 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der Zahl der Kliniken mit allogener Stammzelltransplantation).
Patienten letztes Jahr	1
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	1
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 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. 8-802.21 Lymphozyten mit virusspezifischer In-Vitro-Aufbereitung.
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	T63A
stellvertretend für KH	
Prozeduren	8-802.42 8-802.21



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1810023

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1810023
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 07:42
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Helmut
Name	Heufert
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-str 20
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	0228-287 15171
Telefax	
E-Mail	Helmut.Heufert@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	
Benennung	CARDIOBAND_Perkutane Mitralklappenanulorrhaphie mit Anuloplastie-Band
Alternative Bezeichnung	Cardioband-System
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1714925
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Ja
Bemerkung	
Handelsname	Cardioband
CE-Kennzeichnung	Die CE-Zertifizierung erfolgte im September 2015. DEKRA (CE 0344) (CE-Zertifikatnummer: 3900211 CN). Die Markteinführung in Deutschland folgte 2016.
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 Ankerelemente zur

Feld	Wert
	Fixierung des Implantates im Herzen verwendet werden. Die Implantation und 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 oder Hybrid OP unter Vollnarkose durchgeführt. Dabei wird über einen transfemorale venösen Zugang eine transeptale 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 offen-chirurgischen 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, einem Facharzt für Anästhesiologie und möglicherweise einem Radiochirurgen.
Indikation	Die hier beschriebene Anuloplastie ist bei Patienten mit behandlungsbedürftiger Herzklappeninsuffizienz angezeigt. Da das Cardioband – System 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 offen-chirurgischen Verfahren existiert eine Vielzahl anderer interventioneller Möglichkeiten zur Behandlung einer Mitralklappeninsuffizienz. Dabei wird zwischen direkten und indirekten Anuloplastien und alternativen Verfahren wie dem Clippen von Klappensegeln oder der Implantation von Neochordae unterschieden. Das hier beschriebene Verfahren stellt dabei im Vergleich zur Implantation von Spangen in den Koronarsinus (indirektes Verfahren) einen direkten Eingriff an der Mitralklappe im Sinne einer Rekonstruktion dar. Das Verfahren erweitert das therapeutische Spektrum für Patienten, bei denen eine offen chirurgische Versorgung bisher aus Gründen des Operationsrisikos nicht durchgeführt werden konnte
Was ist neu?	Das Cardioband-System ist eine innovative kathetergeführte Methode zur Rekonstruktion des Mitralklappenanulus zur Optimierung der Klappenfunktion bei Mitralklappeninsuffizienz. Zudem bietet das Cardioband-System die Möglichkeit zur patientenindividuellen Anpassung des Anulus.
Verweildauer	Erkenntnisse zur Beeinflussung der stationären Verweildauer liegen derzeit noch nicht vor.
Methode in Deutschland	Die CE-Zertifizierung erfolgte im September 2015. Die Markteinführung in Deutschland folgte 2016
Medikament zugelassen	
Methode im Krankenhaus	2016
Methode in Krankenhäusern	Das Verfahren wird aktuell in 20 Kliniken in Deutschland eingesetzt. (Stand September 2017)
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	3

Feld	Wert
Patienten Zukunft	80
Mehrkosten	Neben den Implantatkosten für das Cardioband-System sind bei der Differenzkostenbetrachtung zur G-DRG F19C nach aktuellen Erfahrungen auch die durch die Eingriffszeit bedingten höheren personellen Aufwände im Eingriffsraum sowie die längere Krankenhausbehandlungsdauer, inkl. der längeren Intensivbehandlungsdauer zu berücksichtigen. Insgesamt ergeben sich Mehrkosten von ca. 30.370€. Die Kalkulation wird nachfolgend vorgestellt. Der allgemeine Leistungsumfang entspricht nach den Erfahrungen von Anwendern einer transvenösen Clip-Rekonstruktion der Mitralklappe. Dieses Verfahren wird exklusiv in der G-DRG F98C abgebildet, so dass mit Ausnahme der spezifisch zu berücksichtigenden Implantatkosten die Kostenmatrix dieser DRG als Orientierung bei der Kalkulation der Differenzkosten dienen kann. Die Differenz der DRG F98C zu F19C (ohne Kostenart Implantate) beträgt ca. 3.000€ (Katalog 2017). Nach der Erfahrung von Anwendern ist von einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von ca. 10-11 Tagen, davon 1-2 Tage Behandlung auf einer Intensivstation sowie von einer Eingriffszeit von ca. 120 Minuten auszugehen. Bei dem Eingriff sind 2 Kardiologen beteiligt, teilweise ein Herzchirurg, sowie ein Anästhesieteam und mindestens eine Assistenz (MTRA). Nachfolgend werden für die Differenzkostenkalkulation die Kosten der Cardioband®-Implantation unter Zugrundelegung der tatsächlichen Implantatkosten und der sonstigen Kosten gemäß Kalkulation der G-DRG F98C den Kosten der Referenz-DRG F19C gegenübergestellt.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Es handelt sich um ein neu eingeführtes Verfahren, dessen Kosten, wie dargestellt, mit den vorgesehenen DRGs nicht sachgerecht abgebildet werden. Für die Jahre 2016 und 2017 erhielt das Verfahren den NUB-Status 1.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	F19A, F19C
stellvertretend für KH	
Prozeduren	5-35a.21



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1803395

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1803395
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	24.10.2017 12:00
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Martina
Name	Hofmann
Abteilung	
Straße	Ernst-Abbe-Str. 2
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 14748
Telefax	0228 287 11506
E-Mail	Martina.Hofmann@ukbonn.de
externe Hilfestellung	
Benennung	Epiretinale Sehprothese
Alternative Bezeichnung	Argus II Netzhautimplantat-System, Retina-Implantat System, bionische Auges
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1737330
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Ja
Bemerkung	
Handelsname	Argus® II Retinal Prosthesis System (Firma Second Sight)
CE-Kennzeichnung	CE 3804130CE01 CE-Kennzeichnung seit 10-Feb-2011
Beschreibung	Bei der Retinitis pigmentosa handelt es sich um eine Gruppe von vererbaren Erkrankungen, die eine Degeneration der Photorezeptorzellen der Retina verursachen. Diese Zellen reagieren normalerweise auf Licht, indem Sie Nervenimpulse an das Gehirn auslösen, die der Sehkraft zugrunde liegen. Patienten mit Retinitis pigmentosa verlieren allmählich ihre Sehkraft, wobei die äußeren Zellen der Netzhaut zuerst ihre Funktion einstellen, die zentralen Zellen stellen sie später ein. Auf diese Weise wird das Sichtfeld

Feld	Wert
	immer kleiner und die Patienten erblinden (1). Patienten mit Retinitis pigmentosa haben große Herausforderungen zu bewältigen. Sie erleiden durch die zunehmende Behinderung aufgrund der Erblindung einen erheblichen Verlust an Lebensqualität (2). Bei Retinitis pigmentosa handelt es sich um eine seltene Erkrankung mit einer Prävalenz von 0,04% (3). 10% der Betroffenen könnten von einer Implantation des Argus II Systems profitieren. Die Methode und die Technologie Das Argus II Netzhautsystem ist ein Implantat, das die Wiederherstellung eines funktionellen Sehindrucks bei Patienten mit Retinitis pigmentosa mit schwerer Degeneration der Retina ermöglicht. Das Argus II System beinhaltet implantierte und externe Komponenten. Der implantierte Teil besteht im Wesentlichen aus einer Empfangsspule, einem Mikrokabel und einem Netzhautstimulator mit 60 Elektroden, der auf der Netzhaut angebracht wird. 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 Minikamera in der Brille nimmt eine Szene vor dem Patienten auf, die von der VPU verarbeitet wird. Eine Antenne an der Brille sendet die Signale der VPU drahtlos an die implantierte Empfangsantenne, woraufhin individuelle Elektroden des Netzhautstimulators die Netzhaut aktivieren. Die stimulierten Zellen lösen Signale über den Sehnerv an das Gehirn aus und geben dem Patienten einen Teil des visuellen Eindrucks zurück (4). Die Prozedur Die etwa 3-4 stündige Implantation des Argus II Systems erfolgt unter Vollnarkose. 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 Implantation muss das System programmiert und individuell an den Patienten angepasst werden. Daher müssen in regelmäßigen Abständen (etwa 10 Sitzungen während der ersten 4-6 Monate nach Implantation) in einem computerassistiertes "Fitting" die Einstellungen des Systems optimiert sowie spezielle Sehtests durchgeführt werden und der Zustand des Auges als auch eine mögliche Wahrnehmungsverbesserung dokumentiert werden. Dies erfolgt in circa 10 ambulanten Visiten am Implantationszentrum, das mit dem speziellen technischen Equipment ausgestattet ist. Darüber hinaus absolvieren die Patienten eine Reihe von zweistündigen Rehabilitationseinheiten, davon etwa 10 in der häuslichen Umgebung und 10 in einem Rehabilitationszentrum für Sehbehinderte. Das Argus II Netzhautimplantat wurde im Jahr 2011 CE-zertifiziert und wurde 2013 von der FDA zugelassen. Bisherige Erfahrungen und wichtige Publikationen Mittlerweile liegen Daten von 5 Jahren Nachbeobachtungszeit von der Patientenkohorte von 30 Patienten vor, denen das Argus II System im Rahmen der Studie zur CE-Zulassung und für die FDA-Zulassung im implantiert wurde. RESULTATE ZU SEHLEISTUNG, FUNKTION UND LEBENSQUALITÄT Nach 5 Jahren waren die meisten Patienten bei eingeschaltetem Argus-System signifikant besser in der Lage, Objekte zu lokalisieren und die Hälfte der Patienten konnten die Richtung einer Bewegung besser erkennen (5). Ebenso konnten eine Tür oder eine Linie am Boden bei eingeschaltetem System besser erkannt werden (5). Die Bewertung der Sehleistung durch einen externen Beobachter mittels des standardisierten FLORA-Tools (Functional Low- Vision Observer Rated Assessment (7)) ergab, dass 24 von 35 (69%) der Aufgaben bei eingeschaltetem Argus System statistisch einfacher bewältigt werden konnten (8). Aktivitäten des täglichen Lebens, wie das Sortieren von Socken oder das Erkennen eines Bürgersteigs wurden ebenfalls mit dem Argus II System signifikant besser absolviert (9). Bei Bewertung durch das VisQoL-Werkzeug zur Messung der Lebensqualität schnitten Patienten in den Domänen Verletzungen, Bewältigung der Anforderungen des täglichen Lebens und Erfüllung der Lebensrolle bei eingeschaltetem System signifikant besser ab (11). RESULTATE ZUR SICHERHEIT DES SYSTEMS 1 Jahr nach Implantation des Argus II Systems wurden in der Argus Studie 18 schwere unerwünschte Ereignisse (UE) in 10 von 30 Patienten berichtet. 13 dieser Ereignisse traten in der ersten Kohorte von 15 Patienten auf, 4 in den übrigen 15 Patienten. Im Laufe der Studie wurde sowohl das System als auch die operative Technik verbessert, was ein verbessertes Sicherheitsprofil nach sich zog. Hinzu kam eine Explantation nach 1,2 Jahren (12). Nach 5 Jahren hatten 60% (18/30) der Patienten weder ein auf das System noch ein auf die Operation zurückzuführendes UE zu erleiden (5). 24 schwere UE wurden in den übrigen 12 Patienten berichtet. Alle konnten

Feld	Wert
	mit ophthalmologischen Standard-Methoden behandelt werden, kein Patient verlor ein Auge oder verbliebene Sehkraft. Insgesamt wurden 3 Systeme nach 14 Monaten, 3,5 und 4,3 Jahren explantiert (5). LITERATUR 1. Grover S, Fishman GA, Anderson RJ, Tozatti MS, Heckenlively JR, Weleber RG, et al. Visual acuity impairment in patients with retinitis pigmentosa at age 45 years or older. <i>Ophthalmology</i>. 1999;106(9):1780-5. 2. Hayeems RZ, Geller G, Finkelstein D, Faden RR. How patients experience progressive loss of visual function: a model of adjustment using qualitative methods. <i>Br J Ophthalmol</i>. 2005;89(5):615-20. 3. Hamel C. Retinitis pigmentosa. <i>Orphanet J Rare Dis</i>. 2006;1(1):40. 4. Luo YH, Fukushige E, Da Cruz L. The potential of the second sight system bionic eye implant for partial sight restoration. <i>Expert Rev Med Devices</i>. 2016;13(7):673-81. 5. da Cruz L, Dorn JD, Humayun MS, Dagnelie G, Handa J, Barale PO, et al. Five-Year Safety and Performance Results from the Argus II Retinal Prosthesis System Clinical Trial. <i>Ophthalmology</i>. 2016;123(10):2248-54. 6. Ho AC, Humayun MS, Dorn JD, da Cruz L, Dagnelie G, Handa J, et al. Long-Term Results from an Epiretinal Prosthesis to Restore Sight to the Blind. <i>Ophthalmology</i>. 2015;122(8):1547-54. 7. Geruschat DR, Flax M, Tanna N, Bianchi M, Fisher A, Goldschmidt M, et al. FLORA: Phase I development of a functional vision assessment for prosthetic vision users. <i>Clin Exp Optom</i>. 2015;98(4):342-7. 8. Geruschat DR, Richards TP, Arditi A, da Cruz L, Dagnelie G, Dorn JD, et al. An analysis of observer-rated functional vision in patients implanted with the Argus II Retinal Prosthesis System at three years. <i>Clin Exp Optom</i>. 2016;99(3):227-32. 9. Dagnelie G, Christopher P, Arditi A, da Cruz L, Duncan JL, Ho AC, et al. Performance of real-world functional vision tasks by blind subjects improves after implantation with the Argus(R) II retinal prosthesis system. <i>Clin Exp Ophthalmol</i>. 2017;45(2):152-9. 10. Peacock S, Misajon R, Iezzi A, Richardson J, Hawthorne G, Keeffe J. Vision and quality of life: development of methods for the VisQoL vision-related utility instrument. <i>Ophthalmic Epidemiol</i>. 2008;15(4):218-23. 11. Duncan JL, Richards TP, Arditi A, da Cruz L, Dagnelie G, Dorn JD, et al. Improvements in vision-related quality of life in blind patients implanted with the Argus II Epiretinal Prosthesis. <i>Clin Exp Optom</i>. 2017;100(2):144-50. 12. Humayun MS, Dorn JD, da Cruz L, Dagnelie G, Sahel JA, Stanga PE, et al. Interim results from the international trial of Second Sight's visual prosthesis. <i>Ophthalmology</i>. 2012;119(4):779-88.
Indikation	Das Argus II Retina Implantat System richtet sich in erster Linie an erblindete Patienten mit degenerativen Erkrankungen der Netzhaut wie Retinitis pigmentosa (RP). Geeignete Kandidaten dürfen nicht bereits von Geburt an blind und ihre Sehbahn muss intakt sein. Bisher müssen potentielle Patienten für das Argus II Retina Implantat System folgende weitere Kriterien erfüllen: - 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. Die folgenden Kontraindikationen bestehen: - Augenerkrankungen, die die Wirkung des Argus II Systems verhindern könnten (z.B. Erkrankungen des Sehnervs, Verschlüsse der Zentralarterie des Auges oder der Vena centralis retinae, Netzhautablösungen, Verletzungen oder schweres Schielen - Augenstrukturen oder Bedingungen, die eine erfolgreiche Implantation des Argus II Systems oder eine adäquate Wundheilung verhindern könnten (z.B. eine extrem dünne Bindehaut, eine axiale Länge <20,5 mm oder > 26 mm, Hornhautgeschwüre, choroidale Neovaskularisation in dem Areal, in dem die Befestigung des Implantats erfolgt, etc.) - Unverträglichkeit von Allgemeinanästhesie oder Erkrankungen (außer Katarakt), die die adäquate Visualisierung der inneren Strukturen des Auges verhindern (z.B. Hornhauttrübung, usw.) - Prädisposition zum Augenreiben
Ablösung / Ergänzung	Nach unserem heutigen Kenntnisstand gibt es bisher keine Behandlungsmöglichkeit für die Retinitis pigmentosa, die darauf abzielt, nach Verlust der Sehkraft einen Seheindruck wiederherzustellen. Obendrein gibt es auf gegenwärtigem Kenntnisstand keine andere zugelassene Behandlungsmöglichkeit für Patienten mit fortgeschrittener Retinitis pigmentosa (RP), die sowohl das CE-Kennzeichen 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- und im Jahr 2013 die FDA-Zulassung erlangte. Verschiedene

Feld	Wert
	Forscherguppen forschen weltweit an Retina Implantat-Systemen, es gibt jedoch kein weiteres System welches bisher beide Zulassungen, CE und FDA, erhalten hat.
Verweildauer	
Methode in Deutschland	Das Argus II Retina Implantat System wurde 2011 in Deutschland eingeführt.
Medikament zugelassen	nicht zutreffend
Methode im Krankenhaus	bisher nicht, 2018 geplant
Methode in Krankenhäusern	2017, etwa 5-7 Krankenhäusern
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 insgesamt dabei anfallenden Kosten belaufen sich schätzungsweise auf insgesamt 95.350 € (incl. Mehrwertsteuer) pro Patient. Diese Summe beinhaltet auch die Kosten für ambulante Nachuntersuchungen an der implantierenden Klinik und die Trainings- und Rehabilitationseinheiten. Diese Kosten fallen nicht im Rahmen des stationären Aufenthalts und somit nicht im Rahmen des DRG-Systems an, sind jedoch an dieser Stelle im Sinne einer transparenten Darstellung der Gesamtkosten aufgeführt. Die Kosten, die es im Rahmen des DRG-Systems abzudecken gilt, belaufen sich 87.030,18 €. Hinzu kommen Reisekosten, die bei der Anreise von Personal zur Rehabilitation in häuslicher Umgebung der behandelten Patienten anfallen. Eine geschätzte Aufstellung der einzelnen Kostenpositionen umfasst die folgenden fünf Komponenten: - Präoperative Evaluierung (Augenuntersuchung, Testung, etc.): 750 € - Argus II Retina Implantatsystem: 73.000 € Netto, 78.100 € Brutto - Kosten für die stationär durchzuführende Implantation: 7.800 € - Kosten für ambulanten Follow-up in der Klinik (Fitting, Testung etc.): 2.700 € - Training und Rehabilitation ca. 70 Stunden: 6000 € (+ Reisekosten)
nicht im G-DRG-System abgebildet	Die OPS 5-156.a1 gruppiert mit der Diagnose H35.5 Hereditäre Netzhautdystrophie im Jahr 2017 in die DRG C63Z, welche bei einem Basiskostengewicht von 0,554 auf Basis des Bundesbasisfallwerts für 2017 1.870,36 € Erlöst. Dieser DRG-Erlös deckt die Kosten offenkundig nicht, so dass eine Finanzierung über NUB auch für das Jahr 2018 unabdingbar ist.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	C63Z
stellvertretend für KH	
Prozeduren	5-156.a1



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1808985

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1808985
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 08:43
Institutskennzeichen	260530103
Titel	PD Dr. med.
Vorname	Hojjat
Name	Ahmadzadehfar
Abteilung	Nuklearmedizin
Straße	Sigmund-Freud-Str. 25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228-28719858
Telefax	02282879019858
E-Mail	hojjat.ahmadzadehfar@ukbonn.de
externe Hilfestellung	Die Anfrage wurde durch die Klinik für Nuklearmedizin am Universitätsklinikum Münster vorformuliert.
Benennung	Lutetium-177-PSMA-Therapie (Prostata-spezifisches Membran-Antigen)
Alternative Bezeichnung	PSMA-Therapie
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, ein Betastrahler). Das

Feld	Wert
	Therapieziel ist eine Hemmung/Verlangsamung des Wachstums von Tumorzellen, z.B. in Knochen- und Weichteilmetastasen. Insgesamt werden in der Regel 4 bis 6 Zyklen der Therapie alle 6 bis 8 Wochen mit jeweils 6 (bis 7,4) GBq Lu-177-PSMA durchgeführt (Je nach Indikation bzw. Ausdehnung der Metastasierung oder Hämatotoxizität nach Vortherapien sind auch höhere bzw. geringere Aktivitäten möglich.). Bei gutem Therapieansprechen sind nach uroonkologischer Absprache weitere Therapiezyklen möglich. Da bei diesen Patienten alle etablierten Therapien ausgeschöpft sind, ist die Lu-177-PSMA-Therapie eine vielversprechende und, nach bisherigen Erfahrungen, effektive Erweiterung des Therapiespektrums. Die bereits mit der Therapie behandelten Patienten zeigten ein beachtliches Ansprechen bei geringen Nebenwirkungen. 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- und/oder 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 im Rahmen eines interdisziplinären Tumorboards, insbesondere Ausschluss weiterer Therapieoptionen wie 2nd-line Chemotherapie aufgrund zu erwartender geringer Wirksamkeit bzw. Nebenwirkungen oder Begleiterkrankungen und auch Wunsch des Patienten eine nebenwirkungsreiche Chemotherapie zu vermeiden. 3. Darüber hinaus sollte im Voraus bereits eines der modernen antihormonellen Medikamente (Abiraterone oder Enzalutamide) eingesetzt worden sein.
Ablösung / Ergänzung	Da alle etablierten Therapiemaßnahmen im Vorfeld ausgeschöpft wurden, haben die Patienten keine alternativen Therapieoptionen. Die PSMA-Therapie stellt eine Ergänzung des bisherigen Therapiespektrums dar.
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. 5 Jahren wird die Methode am Universitätsklinikum Heidelberg unter Einsatz von unterschiedlichen radioaktiven Substanzen eingesetzt. Seit ca. 3 – 4 Jahren auch an weiteren Universitätsklinika.
Medikament zugelassen	Noch nicht zugelassen, Zulassungsstudie ist bereits initiiert.
Methode im Krankenhaus	2014
Methode in Krankenhäusern	In ca. 20 Kliniken wird die Therapie in Deutschland eingesetzt (primär Universitätskliniken).
Patienten letztes Jahr	81
Patienten dieses Jahr	42
Patienten Zukunft	60
Mehrkosten	Durchschnittlich werden 8 GBq Lutetium 177-Chlorid pro Behandlung verwendet. Die Kosten für das Lutetium belaufen sich auf ca. 3058,30€. Hinzu kommen weitere Sachkosten in Höhe von ca. 600€ (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

Feld	Wert
	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 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 N1810374

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1810374
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 14:25
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 Medizinische Onkologie e.V. vorformuliert.
Benennung	Blinatumomab (19)
Alternative Bezeichnung	Blincyto®, AMG 103, MT 103
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1711045
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Wirkungsweise: 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 lymphatischen Leukämie der

Feld	Wert
	B-Zellreihe (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. Evidenzlage: Die Sicherheit und Wirksamkeit von Blinatumomab in mehreren klinischen Studien gezeigt (Topp et al., Lancet Oncology 2014; 16: 57-66) Kantarjian et al., New England Journal of Medicine 2017; 376 (9): 836–847) und weitere. Dosierung: 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	Blinatumomab ist zugelassen 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 Europa im November 2015 von der EMA zugelassen. In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntG für 2017 hat Blinatumomab den Status 1 (Position 53 der NUB-Liste 2017)
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus gibt es keine verlässlichen Informationen.
Methode in Deutschland	Blinatumomab wurde vom Hersteller am 15.12.2015 in Deutschland eingeführt, aktuell setzen ca. 70 Zentren Blinatumomab ein. Zuvor wurde Blinatumomab im Rahmen von Importen und eines Härtefallprogramms eingesetzt.
Medikament zugelassen	23. November 2015.
Methode im Krankenhaus	2016
Methode in Krankenhäusern	Keine Informationen vorhanden. Für 2017 wurde von 207 Häusern ein Antrag nach nach § 6 Abs. 2 KHEntG gestellt.
Patienten letztes Jahr	1-2
Patienten dieses Jahr	1-2
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. In Deutschland kostete eine Durchstechflasche à 38,5 µg 3.363,04€ (Einkaufspreis für Kliniken, brutto incl MWST). 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 4 Flaschen (13.452,16€) und für die ersten 2 Tage des zweiten Zyklus 2 Flaschen benötigt (6.726,08 €). Wenn ein voller Zyklus aus gesundheitlichen Gründen stationär durchgeführt werden muss, werden dafür bis zu 28 Flaschen benötigt (94.165,12€). Personalkosten: gering im Vergleich zu den Sachkosten

Feld	Wert
nicht im G-DRG-System abgebildet	Blinatumomab wurde 11/2015 zugelassen. Ein OPS Code wurde erst 2017 eingeführt. Eine ausreichende Berücksichtigung im DRG System ist damit bisher nicht möglich.. Für das Datenjahr 2016 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 2018 zu ermöglichen. Bei den Codes innerhalb von R63 liegen die Medikamentenkosten und teilweise die Gesamtbehandlungskosten 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.	Nein
DRGs	Basis-DRG R63. Die Gruppierung hängt ab von den Komplikationen, Komorbiditäten und während der gleichen Aufenthalte applizierten Chemotherapien.
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-008.7



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1817327

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1817327
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 13:35
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	N1703849
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 2016, 34(36):4381-4389 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. In Deutschland kostet eine Durchstichflasche à 38,5 µg 3.363,04 € (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 1.310,00 €/m ² /Tag. Wenn ein voller Zyklus aus gesundheitlichen Gründen stationär durchgeführt werden muss, entstehen Behandlungskosten von 36.687,00 €/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 2018 wird damit nicht möglich. Bei den Codes innerhalb von R63 liegen die Medikamentenkosten weit unterhalb der Kosten für Blinatumomab. 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. Ab 2018 6-008.7
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	R63
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-008.7



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1810375

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1810375
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 14:45
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®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1703850
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 irreversibel an das N-terminale Ende des 20S Proteasoms bindet. Carfilzomib hat antiproliferative und proapoptotische Aktivität und gegenüber dem bekannten Proteasominhibitor Bortezomib ein verändertes Nebenwirkungsprofil. Evidenzlage in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason Die Zulassung beruht

Feld	Wert
	auf einer randomisierten Studie (Lenalidomid plus Dexamthason +/- Carfilzomib) an 792 Patienten mit vorbehandeltem multiplen Myelom. Bei Patienten mitmultiplem Myelom konnte die Kombination aus Carfilzomib, Lenalidomid und Dexamethason signifikante Vorteile beim progressionsfreien Überleben als auch bei der kompletten Ansprechrate 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). Hinsichtlich des sekundären Endpunkts Gesamtüberleben zeigte sich in der finalen Analyse eine statistisch signifikante Verlängerung des Überlebens um 7,9 Monate unter KRd vs. Rd. Evidenzlage in Kombination mit Dexamethason: Die Zulassung beruht auf einer randomisierten Studie (Carfilzomib + niedrigdosiertem Dexamethason versus Bortezomib + niedrigdosiertem Dexamethason) bei Patienten mit rezidiertem multiplen Myelom. 929 Patienten wurden in die Studie eingeschlossen, das progressionsfreie Überleben war im Carfilzomib-Arm signifikant verlängert (18,7 versus 9,4 Monate) Dosierung Carfilzomib in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason wird in den Zyklen 1-12 innerhalb von 28 Tagen an den Tagen 1, 2, 8, 9, 15, und 16. 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 Infusion über 10 Minuten. Die Therapie mit Carfilzomib kann bis zum Progress oder dem Auftreten inakzeptabler Toxizität fortgesetzt werden. 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. Carfilzomib in Kombination mit Dexamethason wird in einem Zyklus 28 Tagen an den Tagen 1, 2, 8, 9, 15, und 16. 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 56 mg/m²
Indikation	Carfilzomib wird bei erwachsenen Patienten mit rezidiertem Multiplem Myelom eingesetzt, die mindestens eine Vortherapie erhalten haben. Es wird in der Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason oder in Kombination mit Dexamethason allein 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?	In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2017 hat Carfilzomib den Status 1 (Position 23 der NUB-Liste 2017)
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	15.12.2015
Medikament zugelassen	19.11.2015
Methode im Krankenhaus	Die Methode wurde 2014 im ambulanten Bereich eingeführt.
Methode in Krankenhäusern	Carfilzomib wird schätzungsweise in ca. 292 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUB-Anfragen 2017).
Patienten letztes Jahr	3
Patienten dieses Jahr	3
Patienten Zukunft	3
Mehrkosten	Sachkosten: Durch die Gabe von Carfilzomib entstehen Zusatzkosten für die je Patient zu verabreichende Therapie in Höhe von: Beispiel: 1,8 m ² Körperoberfläche, 56 mg / m ² , Therapieabstand 8-tägig = 100,8 mg pro Zyklus Packungsgröße: 60 mg Preis pro Packung: 1.593,80€ Preis mit Verwurf (Verwendung der Packung nur für einen

Feld	Wert
	Patienten): 3.187,60€ Für die Zubereitung: ca. 15 Minuten (MTD Apotheke) Für die Applikation: ca. 5 Minuten (ÄD) und ca. 5 Minuten (PD)
nicht im G-DRG-System abgebildet	Carfilzomib wurde Ende 2015 zugelassen und ist seit dem Jahr 2016 in Deutschland auf dem Markt. Für das Datenjahr 2016 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 2018 zu ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten von ca. 3.187,60 € pro Applikation können aber mit der/den o.g. Fallpauschale(n) allein nicht ausreichend abgebildet werden und Carfilzomib ist bisher im ZE Katalog nicht enthalten. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der/den betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	R61 R65B
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-008.9



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1809600

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1809600
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 13:21
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	12
Patienten Zukunft	20
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 3270,12 € brutto. 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.	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 begleitender Therapie mit Nivolumab denkbar.
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-008.m



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1810397

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1810397
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	27.10.2017 07:37
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	Nivolumab
Alternative Bezeichnung	Opdivo®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1708035
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Wirkungsweise: 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. In genidentischen Mausmodellen führte eine Blockade der

Feld	Wert
	PD-1-Aktivität zu einer Verringerung des Tumorwachstums. Klinische Wirksamkeit: 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 11.7 Monaten und die Monotherapie mit Nivolumab mit 6.9 Monaten gegenüber der Ipilimumab Monotherapie mit 2.9 Monaten. Der numerische 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. Klinische Wirksamkeit beim klassischen Hodgkin-Lymphom (cHL): Für das rezidivierende oder refraktäre klassische Hodgkin-Lymphom nach einer autologen Stammzelltransplantation (ASCT) und Behandlung mit Brentuximab Vedotin konnte bei 95 Patienten aus zwei integrierten Studien eine objektive Ansprechrare von 66% gezeigt werden. Klinische Wirksamkeit beim Plattenepithelkarzinom des Kopf-Hals-Bereichs (SCCHN): In einer randomisierten Studie mit 361 Patienten, die ein rezidiertes oder metastasiertes Plattenepithelkarzinom des Kopf-Hals-Bereichs mit Progress während einer platinbasierten Vortherapie oder innerhalb von 6 Monaten nach der letzten Platin-Gabe hatten, konnte ein Überlebensvorteil für Nivolumab im Vergleich zur Chemotherapie mit Methotrexat, Docetaxel oder Cetuximab (Investigator's Choice) gezeigt werden. Nach 12 Monaten lebten im Nivolumab-Arm noch 36%, im Vergleichsarm noch 17%. Klinische Wirksamkeit beim Urothelkarzinom (UC): In einer Studie mit 270 Patienten wurde für das lokal fortgeschrittene nicht resezierbare oder metastasierte Urothelkarzinom nach Versagen einer vorherigen platinhaltigen Therapie eine Ansprechrare von 20% erreicht. Das mediane Gesamtüberleben unabhängig vom PD-L1 – Status betrug in dieser Studie 8,74 Monate. Dosierung: Die Dosis als Monotherapie in den Studien zum malignen Melanom, zum NSCLC, zum cHL, zum SCCHN und zum UC lag bei 3 mg/kg intravenös alle zwei Wochen. In der Kombinationstherapie mit Ipilimumab beträgt die empfohlene Dosis 1mg/kg intravenös alle 3 Wochen (für die ersten vier Gaben, gefolgt von der Nivolumab-Monotherapie).
Indikation	Melanom: Nivolumab 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. Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC): NIVOLUMAB ist als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten nichtkleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) nach vorheriger Chemotherapie bei Erwachsenen indiziert. Nierenzellkarzinom (RCC): NIVOLUMAB ist als Monotherapie bei Erwachsenen zur

Feld	Wert
	Behandlung des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms nach Vortherapie indiziert. Klassisches Hodgkin-Lymphom (cHL): NIVOLUMAB ist als Monotherapie zur Behandlung des rezidivierenden oder refraktären klassischen Hodgkin-Lymphoms bei Erwachsenen nach einer autologen Stammzelltransplantation (ASCT) und Behandlung mit Brentuximab Vedotin indiziert. Plattenepithelkarzinom des Kopf-Hals-Bereichs (SCCHN): NIVOLUMAB ist als Monotherapie zur Behandlung des Plattenepithelkarzinoms des Kopf- Hals-Bereichs bei Erwachsenen mit einer Progression während oder nach einer platinbasierten Therapie indiziert. Urothelkarzinom: NIVOLUMAB ist als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen nicht resezierbaren oder metastasierten Urothelkarzinoms bei Erwachsenen nach Versagen einer vorherigen platinhaltigen Therapie indiziert. Erwartete Zulassungserweiterungen (Datenstand August 2017): Auch künftig werden weitere Zulassungserweiterungen für Nivolumab erwartet. Daher ist es gut möglich, dass der in diesem Antrag skizzierte Zulassungsumfang zu Beginn der Verhandlungen mit den Kostenträgern aktualisiert werden muss.
Ablösung / Ergänzung	Da die klinischen Daten Überlegenheit gegenüber derzeitigen Standardtherapien zeigen ist davon auszugehen, dass Nivolumab bei der Behandlung des malignen Melanoms zumindest die bisherige Therapieoption Dacarbazin (DTIC) ablöst. Ferner können folgende, aktuell zugelassene Therapieoptionen ergänzt werden: Ipilimumab (für alle Patienten mit malignem Melanom zugelassen unabhängig vom BRAF-Status) bzw. Vemurafenib und Dabrafenib (zugelassen für die Patienten mit BRAF-V600-positivem Melanom). den Zulassungsstudien beim nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC) wurde Nivolumab gegen Docetaxel verglichen. Die Behandlung von NSCLC nicht-plattenepithelialer Histologie mit Taxanen wurde durch die neue Methode ergänzt und die Behandlung von NSCLC plattenepithelialer Histologie mit Taxanen von der neuen Methode abgelöst. In der Zulassungsstudie beim Nierenzellkarzinom (RCC) wurde Nivolumab gegen Everolimus verglichen. Die bisherige Behandlung von RCC wurde durch die neue Methode ergänzt. In der Zulassungsstudie beim klassischen Hodgkin-Lymphom konnte ein objektives Ansprechen auf Nivolumab gezeigt werden und es ist daher davon auszugehen, dass Nivolumab die bisherige Therapie ersetzt. In der Zulassungsstudie beim Plattenepithelkarzinom des Kopf-Hals-Bereichs (SCCHN) wurde Nivolumab gegen Methotrexat, Docetaxel oder Cetuximab (Investigator's Choice) verglichen. Es ist davon auszugehen, dass daher die Behandlung vom SCCHN mit einer Progression während oder nach einer platinbasierten Therapie um Nivolumab erweitert wird. In der Zulassungsstudie beim Urothelkarzinom konnte ein Ansprechen von 20% auf Nivolumab gezeigt werden. Das mediane Gesamtüberleben unabhängig vom PD-L1 – Status betrug in dieser Studie 8,74 Monate. Es ist davon auszugehen, dass Nivolumab bei der künftigen Behandlung des Urothelkarzinoms im Vergleich zu Vinflunin eine wichtigere Rolle spielen wird.
Was ist neu?	In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2017 hat Nivolumab den Status 1 (Position 2 der NUB-Liste 2017). Im NUB Verfahren 2016/2017 wurde von 433 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	2014
Methode in Krankenhäusern	Nivolumab wird schätzungsweise in ca. 433 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUB-Anträge 2017).
Patienten letztes Jahr	10
Patienten dieses Jahr	15

Feld	Wert
Patienten Zukunft	15
Mehrkosten	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 - tägig = 210 mg pro Zyklus Packungsgröße: 40 mg bzw. 100 mg Preis pro Packung: 545,02 € für 40 mg; 1.362,55 € für 100 mg Preis ohne Verwurf, obiges Beispiel: 2.861,35 € Preis mit Verwurf (Verwendung der Packung nur für einen Patienten): 3.270,12 € 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 wurde im Jahr 2015 zugelassen und ist seit Mitte 2015 in Deutschland auf dem Markt. Für das Datenjahr 2016 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 2018 zu ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten von ca. 4339,53 € pro Applikation können aber mit den o.g. Fallpauschalen 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/den betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	J61, J68, E71, L62, R61; D60; L13
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-008.m



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1814167

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1814167
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 12:15
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr. med.
Vorname	Karin
Name	Weyer
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-Straße 25
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	0228-28714284
Telefax	
E-Mail	karin.weyer@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie e.V. vorformuliert.
Benennung	Nivolumab
Alternative Bezeichnung	Opdivo®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1722046
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Wirkungsweise: 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. In genidentischen Mausmodellen führte eine Blockade der

Feld	Wert
	PD-1-Aktivität zu einer Verringerung des Tumorwachstums. Klinische Wirksamkeit: 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 11.7 Monaten und die Monotherapie mit Nivolumab mit 6.9 Monaten gegenüber der Ipilimumab Monotherapie mit 2.9 Monaten. Der numerische 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. Klinische Wirksamkeit beim klassischen Hodgkin-Lymphom (cHL): Für das rezidivierende oder refraktäre klassische Hodgkin-Lymphom nach einer autologen Stammzelltransplantation (ASCT) und Behandlung mit Brentuximab Vedotin konnte bei 95 Patienten aus zwei integrierten Studien eine objektive Ansprechrare von 66% gezeigt werden. Klinische Wirksamkeit beim Plattenepithelkarzinom des Kopf-Hals-Bereichs (SCCHN): In einer randomisierten Studie mit 361 Patienten, die ein rezidiertes oder metastasiertes Plattenepithelkarzinom des Kopf-Hals-Bereichs mit Progress während einer platinbasierten Vortherapie oder innerhalb von 6 Monaten nach der letzten Platin-Gabe hatten, konnte ein Überlebensvorteil für Nivolumab im Vergleich zur Chemotherapie mit Methotrexat, Docetaxel oder Cetuximab (Investigator's Choice) gezeigt werden. Nach 12 Monaten lebten im Nivolumab-Arm noch 36%, im Vergleichsarm noch 17%. Klinische Wirksamkeit beim Urothelkarzinom (UC): In einer Studie mit 270 Patienten wurde für das lokal fortgeschrittene nicht resezierbare oder metastasierte Urothelkarzinom nach Versagen einer vorherigen platinhaltigen Therapie eine Ansprechrare von 20% erreicht. Das mediane Gesamtüberleben unabhängig vom PD-L1 – Status betrug in dieser Studie 8,74 Monate. Dosierung: Die Dosis als Monotherapie in den Studien zum malignen Melanom, zum NSCLC, zum cHL, zum SCCHN und zum UC lag bei 3 mg/kg intravenös alle zwei Wochen. In der Kombinationstherapie mit Ipilimumab beträgt die empfohlene Dosis 1mg/kg intravenös alle 3 Wochen (für die ersten vier Gaben, gefolgt von der Nivolumab-Monotherapie).
Indikation	Melanom: Nivolumab 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. Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC): NIVOLUMAB ist als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten nichtkleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) nach vorheriger Chemotherapie bei Erwachsenen indiziert. Nierenzellkarzinom (RCC): NIVOLUMAB ist als Monotherapie bei Erwachsenen zur

Feld	Wert
	Behandlung des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms nach Vortherapie indiziert. Klassisches Hodgkin-Lymphom (cHL): NIVOLUMAB ist als Monotherapie zur Behandlung des rezidivierenden oder refraktären klassischen Hodgkin-Lymphoms bei Erwachsenen nach einer autologen Stammzelltransplantation (ASCT) und Behandlung mit Brentuximab Vedotin indiziert. Plattenepithelkarzinom des Kopf-Hals-Bereichs (SCCHN): NIVOLUMAB ist als Monotherapie zur Behandlung des Plattenepithelkarzinoms des Kopf- Hals-Bereichs bei Erwachsenen mit einer Progression während oder nach einer platinbasierten Therapie indiziert. Urothelkarzinom: NIVOLUMAB ist als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen nicht resezierbaren oder metastasierten Urothelkarzinoms bei Erwachsenen nach Versagen einer vorherigen platinhaltigen Therapie indiziert. Erwartete Zulassungserweiterungen (Datenstand August 2017): Auch künftig werden weitere Zulassungserweiterungen für Nivolumab erwartet. Daher ist es gut möglich, dass der in diesem Antrag skizzierte Zulassungsumfang zu Beginn der Verhandlungen mit den Kostenträgern aktualisiert werden muss.
Ablösung / Ergänzung	Da die klinischen Daten Überlegenheit gegenüber derzeitigen Standardtherapien zeigen ist davon auszugehen, dass Nivolumab bei der Behandlung des malignen Melanoms zumindest die bisherige Therapieoption Dacarbazin (DTIC) ablöst. Ferner können folgende, aktuell zugelassene Therapieoptionen ergänzt werden: Ipilimumab (für alle Patienten mit malignem Melanom zugelassen unabhängig vom BRAF-Status) bzw. Vemurafenib und Dabrafenib (zugelassen für die Patienten mit BRAF-V600-positivem Melanom). In den Zulassungsstudien beim nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC) wurde Nivolumab gegen Docetaxel verglichen. Die Behandlung von NSCLC nicht-plattenepithelialer Histologie mit Taxanen wurde durch die neue Methode ergänzt und die Behandlung von NSCLC plattenepithelialer Histologie mit Taxanen von der neuen Methode abgelöst. In der Zulassungsstudie beim Nierenzellkarzinom (RCC) wurde Nivolumab gegen Everolimus verglichen. Die bisherige Behandlung von RCC wurde durch die neue Methode ergänzt. In der Zulassungsstudie beim klassischen Hodgkin-Lymphom konnte ein objektives Ansprechen auf Nivolumab gezeigt werden und es ist daher davon auszugehen, dass Nivolumab die bisherige Therapie ersetzt. In der Zulassungsstudie beim Plattenepithelkarzinom des Kopf-Hals-Bereichs (SCCHN) wurde Nivolumab gegen Methotrexat, Docetaxel oder Cetuximab (Investigator's Choice) verglichen. Es ist davon auszugehen, dass daher die Behandlung vom SCCHN mit einer Progression während oder nach einer platinbasierten Therapie um Nivolumab erweitert wird. In der Zulassungsstudie beim Urothelkarzinom konnte ein Ansprechen von 20% auf Nivolumab gezeigt werden. Das mediane Gesamtüberleben unabhängig vom PD-L1 – Status betrug in dieser Studie 8,74 Monate. Es ist davon auszugehen, dass Nivolumab bei der künftigen Behandlung des Urothelkarzinoms im Vergleich zu Vinflunin eine wichtigere Rolle spielen wird.
Was ist neu?	In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2017 hat Nivolumab den Status 1 (Position 2 der NUB-Liste 2017). Im NUB Verfahren 2016/2017 wurde von 433 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. 433 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUB-Anträge 2017).
Patienten letztes Jahr	0 stationär (Therapie erfolgt hauptsächlich ambulant)
Patienten dieses Jahr	0 stationär (Therapie erfolgt hauptsächlich ambulant)

Feld	Wert
Patienten Zukunft	5
Mehrkosten	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: 545,02 € für 40 mg; 1362,55€ für 100 mg Preis ohne Verwurf, obiges Beispiel: 2175,47 € Preis mit Verwurf (Verwendung der Packung nur für einen Patienten): 2279,08 € 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 wurde im Jahr 2015 zugelassen und ist seit Mitte 2015 in Deutschland auf dem Markt. Für das Datenjahr 2016 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 2018 zu ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten von ca. 4339,53 € pro Applikation können aber mit den o.g. Fallpauschalen 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/den betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	J61, J68, E71, L62, R61, D60, L13
stellvertretend für KH	
Prozeduren	8-547.0 6-008.m



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1817408

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1817408
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 13:56
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	
Benennung	Nivolumab
Alternative Bezeichnung	Opdivo®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1722046
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Wirkungsweise: Nivolumab ist ein humaner Immunoglobulin-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. In genidentischen Mausmodellen führte eine Blockade der PD-1-Aktivität zu einer Verringerung des Tumorwachstums. Klinische Wirksamkeit: Klinische

Feld	Wert
	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 11.7 Monaten und die Monotherapie mit Nivolumab mit 6.9 Monaten gegenüber der Ipilimumab Monotherapie mit 2.9 Monaten. Der numerische 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. Klinische Wirksamkeit beim klassischen Hodgkin-Lymphom (cHL): Für das rezidivierende oder refraktäre klassische Hodgkin-Lymphom nach einer autologen Stammzelltransplantation (ASCT) und Behandlung mit Brentuximab Vedotin konnte bei 95 Patienten aus zwei integrierten Studien eine objektive Ansprechrte von 66% gezeigt werden. Klinische Wirksamkeit beim Plattenepithelkarzinom des Kopf-Hals-Bereichs (SCCHN): In einer randomisierten Studie mit 361 Patienten, die ein rezidiviertes oder metastasiertes Plattenepithelkarzinom des Kopf-Hals-Bereichs mit Progress während einer platinbasierten Vortherapie oder innerhalb von 6 Monaten nach der letzten Platin-Gabe hatten, konnte ein Überlebensvorteil für Nivolumab im Vergleich zur Chemotherapie mit Methotrexat, Docetaxel oder Cetuximab (Investigator's Choice) gezeigt werden. Nach 12 Monaten lebten im Nivolumab-Arm noch 36%, im Vergleichsarm noch 17%. Klinische Wirksamkeit beim Urothelkarzinom (UC): In einer Studie mit 270 Patienten wurde für das lokal fortgeschrittene nicht resezierbare oder metastasierte Urothelkarzinom nach Versagen einer vorherigen platinhaltigen Therapie eine Ansprechrte von 20% erreicht. Das mediane Gesamtüberleben unabhängig vom PD-L1 – Status betrug in dieser Studie 8,74 Monate. Dosierung: Die Dosis als Monotherapie in den Studien zum malignen Melanom, zum NSCLC, zum cHL, zum SCCHN und zum UC lag bei 3 mg/kg intravenös alle zwei Wochen. In der Kombinationstherapie mit Ipilimumab beträgt die empfohlene Dosis 1mg/kg intravenös alle 3 Wochen (für die ersten vier Gaben, gefolgt von der Nivolumab- Monotherapie).
Indikation	Melanom: Nivolumab 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. Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC): NIVOLUMAB ist als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten nichtkleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) nach vorheriger Chemotherapie bei Erwachsenen indiziert. Nierenzellkarzinom (RCC): NIVOLUMAB ist als Monotherapie bei Erwachsenen zur Behandlung des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms nach Vortherapie indiziert. Klassisches Hodgkin-Lymphom (cHL): NIVOLUMAB ist als Monotherapie zur Behandlung

Feld	Wert
	des rezidivierenden oder refraktären klassischen Hodgkin- Lymphoms bei Erwachsenen nach einer autologen Stammzelltransplantation (ASCT) und Behandlung mit Brentuximab Vedotin indiziert. Plattenepithelkarzinom des Kopf-Hals-Bereichs (SCCHN): NIVOLUMAB ist als Monotherapie zur Behandlung des Plattenepithelkarzinoms des Kopf- Hals-Bereichs bei Erwachsenen mit einer Progression während oder nach einer platinbasierten Therapie indiziert. Urothelkarzinom: NIVOLUMAB ist als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen nicht resezierbaren oder metastasierten Urothelkarzinoms bei Erwachsenen nach Versagen einer vorherigen platinhaltigen Therapie indiziert. Erwartete Zulassungserweiterungen (Datenstand August 2017): Auch künftig werden weitere Zulassungserweiterungen für Nivolumab erwartet. Daher ist es gut möglich, dass der in diesem Antrag skizzierte Zulassungsumfang zu Beginn der Verhandlungen mit den Kostenträgern aktualisiert werden muss.
Ablösung / Ergänzung	Da die klinischen Daten Überlegenheit gegenüber derzeitigen Standardtherapien zeigen ist davon auszugehen, dass Nivolumab bei der Behandlung des malignen Melanoms zumindest die bisherige Therapieoption Dacarbazin (DTIC) ablöst. Ferner können folgende, aktuell zugelassene Therapieoptionen ergänzt werden: Ipilimumab (für alle Patienten mit malignem Melanom zugelassen unabhängig vom BRAF-Status) bzw. Vemurafenib und Dabrafenib (zugelassen für die Patienten mit BRAF-V600-positivem Melanom). In den Zulassungsstudien beim nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC) wurde Nivolumab gegen Docetaxel verglichen. Die Behandlung von NSCLC nicht-plattenepithelialer Histologie mit Taxanen wurde durch die neue Methode ergänzt und die Behandlung von NSCLC plattenepithelialer Histologie mit Taxanen von der neuen Methode abgelöst. In der Zulassungsstudie beim Nierenzellkarzinom (RCC) wurde Nivolumab gegen Everolimus verglichen. Die bisherige Behandlung von RCC wurde durch die neue Methode ergänzt. In der Zulassungsstudie beim klassischen Hodgkin-Lymphom konnte ein objektives Ansprechen auf Nivolumab gezeigt werden und es ist daher davon auszugehen, dass Nivolumab die bisherige Therapie ersetzt. In der Zulassungsstudie beim Plattenepithelkarzinom des Kopf-Hals-Bereichs (SCCHN) wurde Nivolumab gegen Methotrexat, Docetaxel oder Cetuximab (Investigator's Choice) verglichen. Es ist davon auszugehen, dass daher die Behandlung vom SCCHN mit einer Progression während oder nach einer platinbasierten Therapie um Nivolumab erweitert wird. In der Zulassungsstudie beim Urothelkarzinom konnte ein Ansprechen von 20% auf Nivolumab gezeigt werden. Das mediane Gesamtüberleben unabhängig vom PD-L1 – Status betrug in dieser Studie 8,74 Monate. Es ist davon auszugehen, dass Nivolumab bei der künftigen Behandlung des Urothelkarzinoms im Vergleich zu Vinflunin eine wichtigere Rolle spielen wird.
Was ist neu?	In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2017 hat Nivolumab den Status 1 (Position 2 der NUB-Liste 2017). Im NUB Verfahren 2016/2017 wurde von 433 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	19.06.2015
Methode im Krankenhaus	2017
Methode in Krankenhäusern	Nivolumab wird schätzungsweise in ca. 433 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUB- Anträge 2017).
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	1
Mehrkosten	

Feld	Wert
	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: 545,02 € für 40 mg; 1362,55€ für 100 mg Preis ohne Verwurf, obiges Beispiel: 2175,47 € Preis mit Verwurf (Verwendung der Packung nur für einen Patienten): 2279,08 € 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 wurde im Jahr 2015 zugelassen und ist seit Mitte 2015 in Deutschland auf dem Markt. Für das Datenjahr 2016 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 2018 zu ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten von ca. 4339,53 € pro Applikation können aber mit den o.g. Fallpauschalen 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/den betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	J61 J68 E71 L62 R61 D60 L13
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-008.m



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1809601

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1809601
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 13:24
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 Ansprechrate 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 Ansprechrate (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	52
Patienten Zukunft	70
Mehrkosten	Sachkosten: Der Preis von Pembrolizumab beträgt 1.978,70 € incl. MwSt. für eine 50mg Flasche. Bei der empfohlenen Dosierung von 2mg/kg Körpergewicht betragen die Therapiekosten für einen 75 Kilo Patient pro Zyklus 5.936,09 €. Personal: Die Personalkosten bewegen sich im Bereich des üblichen Personalkostenanteils für eine medikamentöse Tumorthapie (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.	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 begleitender Therapie mit Pembrolizumab denkbar
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-009.3



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1810404

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1810404
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	27.10.2017 08:31
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	Pembrolizumab
Alternative Bezeichnung	KEYTRUDA®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1712089
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. Auch als Erstlinientherapie in der randomisierten KEYNOTE-024 Studie zeigte Pembrolizumab bei Patienten mit metastasierenden NSCLC eine signifikant verbesserte 12-Monats-Überlebensrate von 69,9% vs 52,2% gegenüber Kombinationen aus Chemotherapien ($p<0,005$). Pembrolizumab zeigte in den KEYNOTE-087 und -013 Studien bei Patienten mit rezidiertem oder refraktärem klassischen Hodgkin Lymphom Ansprechraten von 69% bzw. 58%. Pembrolizumab zeigte bei Patienten mit Urothelkarzinom in der KEYNOTE-045 Studie nach vorheriger Chemotherapie eine Ansprechraten von 21% vs 11% mit Chemotherapie, sowie eine signifikante Verlängerung des Gesamtüberlebens. In der KEYNOTE-052 Studie bei Patienten mit Urothelkarzinomen die nicht für eine Cisplatinbasierte Chemotherapie geeignet sind zeigte sich eine Ansprechraten von 29%. Dosis: Pembrolizumab wird entweder in einer Dosierung von 2 mg/kg Körpergewicht alle 3 Wochen als 30-minütige intravenöse Infusion gegeben (mit Chemotherapie vorbehandeltes NSCLC oder Melanom) oder bei Patienten mit nicht mit Chemotherapie vorbehandeltem NSCLC, klassischem Hodgkin Lymphom oder Urothelkarzinom in einer Dosis von 200 mg.
Indikation	Pembrolizumab ist als Monotherapie zur Behandlung des fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierenden) Melanoms bei Erwachsenen angezeigt. Pembrolizumab ist als Monotherapie zur Erstlinienbehandlung des metastasierenden nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) mit PD-L1 exprimierenden Tumoren (Tumor Proportion Score [TPS] ≥ 50 %) ohne EGFR oder ALK-positive Tumormutationen bei Erwachsenen angezeigt. Pembrolizumab ist als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierenden NSCLC mit PD-L1 exprimierenden Tumoren (TPS ≥ 1 %) nach vorheriger Chemotherapie bei Erwachsenen angezeigt. Patienten mit EGFR- oder ALK-positiven Tumormutationen sollten vor der Therapie mit Pembrolizumab ebenfalls eine auf diese Mutationen zielgerichtete Therapie erhalten haben. Pembrolizumab ist als Monotherapie zur Behandlung des rezidivierenden oder refraktären klassischen Hodgkin-Lymphoms (HL) bei Erwachsenen nach Versagen einer autologen Stammzelltransplantation (auto-SZT) und einer Behandlung mit Brentuximab Vedotin (BV), oder nach Versagen einer Behandlung mit BV, wenn eine auto-SZT nicht in Frage kommt, angezeigt. Pembrolizumab ist als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierenden Urothelkarzinoms nach vorheriger Platin-basierter Therapie bei Erwachsenen angezeigt. Pembrolizumab ist als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierenden Urothelkarzinoms bei Erwachsenen, die nicht für eine Cisplatin-basierte Therapie geeignet sind, angezeigt.
Ablösung / Ergänzung	Pembrolizumab ergänzt die vorhandenen Therapieoptionen in der Behandlung des fortgeschrittenen Melanoms, des fortgeschrittenen NSCLC, des rezidierten oder refraktären klassischen Hodgkin Lymphoms und des Urothelkarzinoms.
Was ist neu?	In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2017 hat Pembrolizumab den Status 1 (Position 8 der NUB-Liste 2017)
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	1.08.2015
Medikament zugelassen	Zulassung durch die EMA am 17.7.2015, in den Folgejahren Erweiterung der Indikation

Feld	Wert
Methode im Krankenhaus	2014 im Rahmen von Studien
Methode in Krankenhäusern	Pembrolizumab wird schätzungsweise in ca. 392 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUB-Anfragen 2017).
Patienten letztes Jahr	5
Patienten dieses Jahr	10
Patienten Zukunft	10
Mehrkosten	Sachkosten: Der Preis von Pembrolizumab beträgt 1.978,70 € incl. MwSt. für eine 50mg Flasche. Die Therapiekosten für einen 75 Kilo Patient entsprechen pro Zyklus bei fixer Dosis von 200mg 7.914,79€, bei der Dosierung von 2mg/kg 5.936,09 €. 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 wurde im Jahr 2015 zugelassen und ist seit dem Jahr 2015 in Deutschland auf dem Markt. Für das Datenjahr 2016 sollten aus den Kalkulationshäusern Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Wir vermuten, dass die Stichprobe jedoch zu klein war, als dass genügend Kosten- und Leistungsinformationen aus den Krankenhäusern vorliegen, um damit eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2018 zu ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten von ca. 5.936-7914 € pro Applikation können aber mit der/den o.g. Fallpauschale(n) allein nicht ausreichend abgebildet werden und Pembrolizumab ist bisher im ZE Katalog nicht enthalten. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der/den betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	J68A, J68B, J61A, J61B ,E71, R61, L62
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-009.3



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1814243

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1814243
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	25.10.2017 08:09
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr. med.
Vorname	Karin
Name	Weyer
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-Straße 25
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	0228-28714284
Telefax	
E-Mail	karin.weyer@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie e.V. vorformuliert
Benennung	Pembrolizumab
Alternative Bezeichnung	KEYTRUDA®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1712089
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. Auch als Erstlinientherapie in der randomisierten KEYNOTE-024 Studie zeigte Pembrolizumab bei Patienten mit metastasierenden NSCLC eine signifikant verbesserte 12-Monats-Überlebensrate von 69,9% vs 52,2% gegenüber Kombinationen aus Chemotherapien ($p<0,005$). Pembrolizumab zeigte in den KEYNOTE-087 und -013 Studien bei Patienten mit rezidiertem oder refraktärem klassischen Hodgkin Lymphom Ansprechraten von 69% bzw. 58%. Pembrolizumab zeigte bei Patienten mit Urothelkarzinom in der KEYNOTE-045 Studie nach vorheriger Chemotherapie eine Ansprechraten von 21% vs 11% mit Chemotherapie, sowie eine signifikante Verlängerung des Gesamtüberlebens. In der KEYNOTE-052 Studie bei Patienten mit Urothelkarzinomen die nicht für eine Cisplatinbasierte Chemotherapie geeignet sind zeigte sich eine Ansprechraten von 29%. Dosis: Pembrolizumab wird entweder in einer Dosierung von 2 mg/kg Körpergewicht alle 3 Wochen als 30-minütige intravenöse Infusion gegeben (mit Chemotherapie vorbehandeltes NSCLC oder Melanom) oder bei Patienten mit nicht mit Chemotherapie vorbehandeltem NSCLC, klassischem Hodgkin Lymphom oder Urothelkarzinom in einer Dosis von 200 mg.
Indikation	Pembrolizumab ist als Monotherapie zur Behandlung des fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierenden) Melanoms bei Erwachsenen angezeigt. Pembrolizumab ist als Monotherapie zur Erstlinienbehandlung des metastasierenden nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) mit PD-L1 exprimierenden Tumoren (Tumor Proportion Score [TPS] ≥ 50 %) ohne EGFR oder ALK-positive Tumormutationen bei Erwachsenen angezeigt. Pembrolizumab ist als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierenden NSCLC mit PD-L1 exprimierenden Tumoren (TPS ≥ 1 %) nach vorheriger Chemotherapie bei Erwachsenen angezeigt. Patienten mit EGFR- oder ALK-positiven Tumormutationen sollten vor der Therapie mit Pembrolizumab ebenfalls eine auf diese Mutationen zielgerichtete Therapie erhalten haben. Pembrolizumab ist als Monotherapie zur Behandlung des rezidivierenden oder refraktären klassischen Hodgkin- Lymphoms (HL) bei Erwachsenen nach Versagen einer autologen Stammzelltransplantation (auto-SZT) und einer Behandlung mit Brentuximab Vedotin (BV), oder nach Versagen einer Behandlung mit BV, wenn eine auto- SZT nicht in Frage kommt, angezeigt. Pembrolizumab ist als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierenden Urothelkarzinoms nach vorheriger Platin-basierter Therapie bei Erwachsenen angezeigt Pembrolizumab ist als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierenden Urothelkarzinoms bei Erwachsenen, die nicht für eine Cisplatin-basierte Therapie geeignet sind, angezeigt.
Ablösung / Ergänzung	Pembrolizumab ergänzt die vorhandenen Therapieoptionen in der Behandlung des fortgeschrittenen Melanoms, des fortgeschrittenen NSCLC, des rezidierten oder refraktären klassischen Hodgkin Lymphoms und des Urothelkarzinoms.
Was ist neu?	In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2017 hat Pembrolizumab den Status 1 (Position 8 der NUB-Liste 2017).
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	1.8.2015
Medikament zugelassen	Zulassung durch die EMA am 17.7.2015, in den Folgejahren Erweiterung der Indikation.

Feld	Wert
Methode im Krankenhaus	2017 in der Urologie.
Methode in Krankenhäusern	Pembrolizumab wird schätzungsweise in ca. 392 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUB-Anfragen 2017).
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0 stationär (Therapie erfolgt hauptsächlich ambulant)
Patienten Zukunft	5
Mehrkosten	Sachkosten: Der Preis von Pembrolizumab beträgt 1.978,70 € incl. MwSt. für eine 50mg Flasche. Bei der empfohlenen Dosierung von 2mg/kg Körpergewicht betragen die Therapiekosten für einen 75 Kilo Patient pro Zyklus 5.936,09 €. 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 wurde im Jahr 2015 zugelassen und ist seit dem Jahr 2015 in Deutschland auf dem Markt. Für das Datenjahr 2016 sollten aus den Kalkulationshäusern Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Wir vermuten, dass die Stichprobe jedoch zu klein war, als dass genügend Kosten- und Leistungsinformationen aus den Krankenhäusern vorliegen, um damit eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2018 zu ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten von ca. 4700-6250 € pro Applikation können aber mit der/den o.g. Fallpauschale(n) allein nicht ausreichend abgebildet werden und Pembrolizumab ist bisher im ZE Katalog nicht enthalten. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der/den betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	keine
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	J68A, J68B, J61A, J61B, E71, R61, L62
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-009.3



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1814394

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1814394
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 11:06
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Helmut
Name	Heufert
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-str 20
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	0228-287 15171
Telefax	
E-Mail	Helmut.Heufert@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie e.V. vorformuliert.
Benennung	Pembrolizumab_KEYTRUDA®
Alternative Bezeichnung	KEYTRUDA®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1716772
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. Auch als Erstlinientherapie in der randomisierten KEYNOTE-024 Studie zeigte Pembrolizumab bei Patienten mit metastasierenden NSCLC eine signifikant verbesserte 12-Monats-Überlebensrate von 69,9% vs 52,2% gegenüber Kombinationen aus Chemotherapien ($p<0,005$). Pembrolizumab zeigte in den KEYNOTE-087 und -013 Studien bei Patienten mit rezidiertem oder refraktärem klassischen Hodgkin Lymphom Ansprechraten von 69% bzw. 58%. Pembrolizumab zeigte bei Patienten mit Urothelkarzinom in der KEYNOTE-045 Studie nach vorheriger Chemotherapie eine Ansprechraten von 21% vs 11% mit Chemotherapie, sowie eine signifikante Verlängerung des Gesamtüberlebens. In der KEYNOTE-052 Studie bei Patienten mit Urothelkarzinomen die nicht für eine Cisplatinbasierte Chemotherapie geeignet sind zeigte sich eine Ansprechraten von 29%. Dosis: Pembrolizumab wird entweder in einer Dosierung von 2 mg/kg Körpergewicht alle 3 Wochen als 30-minütige intravenöse Infusion gegeben (mit Chemotherapie vorbehandeltes NSCLC oder Melanom) oder bei Patienten mit nicht mit Chemotherapie vorbehandeltem NSCLC, klassischem Hodgkin Lymphom oder Urothelkarzinom in einer Dosis von 200 mg.
Indikation	Pembrolizumab ist als Monotherapie zur Behandlung des fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierenden) Melanoms bei Erwachsenen angezeigt. Pembrolizumab ist als Monotherapie zur Erstlinienbehandlung des metastasierenden nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) mit PD-L1 exprimierenden Tumoren (Tumor Proportion Score [TPS] ≥ 50 %) ohne EGFR oder ALK-positiv Tumormutationen bei Erwachsenen angezeigt. Pembrolizumab ist als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierenden NSCLC mit PD-L1 exprimierenden Tumoren (TPS ≥ 1 %) nach vorheriger Chemotherapie bei Erwachsenen angezeigt. Patienten mit EGFR- oder ALK-positiven Tumormutationen sollten vor der Therapie mit Pembrolizumab ebenfalls eine auf diese Mutationen zielgerichtete Therapie erhalten haben. Pembrolizumab ist als Monotherapie zur Behandlung des rezidivierenden oder refraktären klassischen Hodgkin- Lymphoms (HL) bei Erwachsenen nach Versagen einer autologen Stammzelltransplantation (auto-SZT) und einer Behandlung mit Brentuximab Vedotin (BV), oder nach Versagen einer Behandlung mit BV, wenn eine auto- SZT nicht in Frage kommt, angezeigt. Pembrolizumab ist als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierenden Urothelkarzinoms nach vorheriger Platin-basierter Therapie bei Erwachsenen angezeigt Pembrolizumab ist als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierenden Urothelkarzinoms bei Erwachsenen, die nicht für eine Cisplatin-basierte Therapie geeignet sind, angezeigt.
Ablösung / Ergänzung	Pembrolizumab ergänzt die vorhandenen Therapieoptionen in der Behandlung des fortgeschrittenen Melanoms, des fortgeschrittenen NSCLC, des rezidierten oder refraktären klassischen Hodgkin Lymphoms und des Urothelkarzinoms.
Was ist neu?	In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2017 hat Pembrolizumab den Status 1 (Position 8 der NUB-Liste 2017)
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	1.8.2015
Medikament zugelassen	Zulassung durch die EMA am 17.7.2015, in den Folgejahren Erweiterung der Indikation

Feld	Wert
Methode im Krankenhaus	2017
Methode in Krankenhäusern	Pembrolizumab wird schätzungsweise in ca. 392 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUB-Anfragen 2017).
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	2
Patienten Zukunft	50
Mehrkosten	Sachkosten: Der Preis von Pembrolizumab beträgt 1978,70 € incl. MwSt. für eine 50mg Flasche. Die Therapiekosten für einen 75 Kilo Patient entsprechen pro Zyklus bei fixer Dosis von 200mg 7.914,79 €, bei der Dosierung von 2mg/kg 5.936,09 €. 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 wurde im Jahr 2015 zugelassen und ist seit dem Jahr 2015 in Deutschland auf dem Markt. Für das Datenjahr 2016 sollten aus den Kalkulationshäusern Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Wir vermuten, dass die Stichprobe jedoch zu klein war, als dass genügend Kosten- und Leistungsinformationen aus den Krankenhäusern vorliegen, um damit eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2018 zu ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten von ca. 4700-6250 € pro Applikation können aber mit der/den o.g. Fallpauschale(n) allein nicht ausreichend abgebildet werden und Pembrolizumab ist bisher im ZE Katalog nicht enthalten. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der/den betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	J68A, J68B, J61A, J61B, E71, R61, L62
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-009.3



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1810417

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1810417
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	27.10.2017 09:04
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
Alternative Bezeichnung	Mekinist®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1708038
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. Evidenzlage: Monotherapie Melanom: In der Phase-III-Studie gegenüber Chemotherapie zeigte sich eine Verlängerung des progressionsfreien Überlebens von 1,5 Monaten im Chemotherapie-Arm auf 4,8 Monate im Trametinib-Arm (statistisch signifikant). Die Gesamtansprechrate war im Trametinib-Arm ebenfalls signifikant höher als im Chemotherapie-Arm (22% vs. 8%; p = 0,0100). Kombinationstherapie Melanom: 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 eine Verlängerung des Gesamtüberlebens von 18,0 Monaten im Vemurafenib-Arm auf 25,6 Monate im Kombinationsarm. 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 (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 Kombinationstherapie (Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom): Gesamtansprechrate (ORR): 36 der zuvor unbehandelten Patienten, die zweimal täglich 150 mg Dabrafenib und einmal täglich 2 mg Trametinib erhielten, zeigten eine ORR von 61,1% Unter den therapienaiven Patienten wiesen 68% nach neun Monaten keinen Tumorprogress auf. Mutationstest: Für eine Behandlung mit Trametinib ist der Nachweis einer BRAF-V600-Mutation mithilfe einer validierten Testmethode (PCR, Sequenzierung) erforderlich. Dosis: 2mg einmal täglich oral
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. Trametinib in Kombination mit Dabrafenib ist angezeigt zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit fortgeschrittenem nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom mit einer BRAFV600- Mutation.
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?	In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2017 hat Trametinib den Status 1 (Position 52 der NUB-Liste 2017)
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
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. Die Zulassung von Trametinib in Kombination mit Dabrafenib für das NSCLC mit einer BRAF-V600-Mutation erfolgte am 27.03.2017.
Methode im Krankenhaus	2015
Methode in Krankenhäusern	Trametinib wird schätzungsweise in ca. 210 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUB-Anfragen 2017).
Patienten letztes Jahr	2

Feld	Wert
Patienten dieses Jahr	3
Patienten Zukunft	3
Mehrkosten	Sachkosten: Die zugelassene Tagesdosis 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 2 mg betragen die Tagestherapiekosten rund 166 €. 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 – 120 € 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 248 €. Personalkosten: Keine relevanten Kosten bei Personal auf Station und Apotheke, da orale Einnahme.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Trametinib wurde im Jahr 2015 zugelassen und ist seit dem Jahr 2015 in Deutschland auf dem Markt. Für das Datenjahr 2016 sollten aus den Kalkulationshäusern Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Wir vermuten, dass die Stichprobe jedoch zu klein war, als dass genügend Kosten- und Leistungsdaten aus den Krankenhäusern vorliegen, um damit eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2018 zu ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten von ca. 166 € pro Tag können aber mit der/den o.g. Fallpauschale(n) allein nicht ausreichend abgebildet werden und Trametinib ist bisher im ZE Katalog nicht enthalten. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der/den betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	J68A, J61C, E71A, E71B, daneben sind auch stationäre Behandlungen unter anderen DRGs mit laufender oraler Dauertherapie denkbar.
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-009.7



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1810414

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1810414
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	27.10.2017 08:51
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
Alternative Bezeichnung	Jakavi®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1703859
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?	In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2017 hat Ruxolitinib den Status 1 (Position 33 der NUB-Liste 2017)
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
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 wird schätzungsweise in ca. 268 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUBAnfragen 2017).
Patienten letztes Jahr	3
Patienten dieses Jahr	3
Patienten Zukunft	3
Mehrkosten	Sachkosten: Die Kosten für die 5mg Tablette betragen ca. 35€, die für die 20mg Tablette ca 70€. Die empfohlene Dosierung von Ruxolitinib beträgt zweimal täglich 20 mg, bzw. zweimal täglich 10 mg, bzw. zweimal täglich 15 mg. Hieraus resultieren jeweils maximale Tagestherapiekosten in Höhe von ca. 140,00 € bei 2 x 20 mg täglich. 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 2016 sollten aus den Kalkulationshäusern Kostendaten für

Feld	Wert
	den Einsatz vorliegen. Wir vermuten, dass die Stichprobe jedoch zu klein war, als dass genügend Kosten- und Leistungsinformationen aus den Krankenhäusern vorliegen, um damit eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2018 zu ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten von bis zu ca. 140€ pro Tag können aber mit der/den o.g. Fallpauschale(n) allein nicht ausreichend abgebildet werden und Ruxolitinib ist bisher im ZE Katalog nicht enthalten. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der/den betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
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 R61D (Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose [...]) 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 (bei Splenektomie) und R61 angesteuert. Auch hier sind die kalkulierten Kosten für Arzneimittel (Spalten 4a und 4b) deutlich unter den zu erwartenden Kosten von Ruxolitinib bei mehrtägiger Behandlung.
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-009.4



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1809603

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1809603
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 13:29
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	N1716805
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-Kreislaufkrankungen 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	60
Patienten dieses Jahr	30
Patienten Zukunft	30
Mehrkosten	Die empfohlene Dosis beträgt 300 mg. Dadurch entstehen Arzneimittelkosten von 1689,5€ (je angebrochene 150 mg Injektionslösung 844,75€).
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 N1814714

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1814714
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	19.10.2017 11:12
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	
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 / 2017 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	1-5
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 2017 den NUB-Status 1 vergeben.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	G46A G46B G46C G50Z G67A G67B G71Z
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-008.4



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1810392

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1810392
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	27.10.2017 07:23
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®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1711980
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 (NCT00412893) 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 (NCT00634049) 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 a 100 mg Isavuconazol. Die empfohlene Erhaltungsdosis beträgt einmal täglich 2 Kapseln a 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 auf.
Was ist neu?	Es handelt sich um ein neues Antimykotikum In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2017 hat Isavuconazol oral den Status 1 (Position 21 der NUB- Liste 2017)
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	Dezember 2015
Medikament zugelassen	EMA Zulassung 15.10.2015
Methode im Krankenhaus	2016
Methode in Krankenhäusern	Isavuconazol wird schätzungsweise in ca. 300 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUB-Anfragen 2017).
Patienten letztes Jahr	1

Feld	Wert
Patienten dieses Jahr	3
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 123,28€. Damit ergeben sich für die ersten zwei Therapietage Kosten von 1.479,33 €. 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 wurde im Jahr 2015 zugelassen und ist seit dem Jahr 2015 in Deutschland auf dem Markt. Für das Datenjahr 2016 sollten aus den Kalkulationshäusern Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Wir vermuten, dass die Stichprobe jedoch zu klein war, als dass genügend Kosten- und Leistungsinformationen aus den Krankenhäusern vorliegen, um damit eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2018 zu ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten von ca. 1479,33 € können aber mit der/den o.g. Fallpauschale(n) allein nicht ausreichend abgebildet werden und Isavuconazol oral ist bisher im ZE Katalog nicht enthalten. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der/den betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	A03 A04 A05 A06 A07 A09 A11 A13 A36 A61 B72 E40 E77 F07 R60 R63 T64 T60
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-008.h



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1810381

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1810381
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	27.10.2017 06:59
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 Tumorzellen 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 Tag 1 in Woche 1,2, 3, 4, 6, 7, 8, 11, 15, 19 und 23 des ersten Zyklus ansonsten einmal alle 4 Wochen
Indikation	Daratumumab wird angewendet als Monotherapie für die Behandlung erwachsener Patienten mit rezidiviertem und refraktärem Multiplem Myelom, die bereits mit einem Proteasominhibitor und einem Immunmodulator behandelt wurden, und die während der letzten Therapie eine Krankheitsprogression zeigten oder in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason oder Bortezomib und Dexamethason für die Behandlung erwachsener Patienten mit Multiplem Myelom, die bereits mindestens eine Therapie erhalten haben
Ablösung / Ergänzung	Diese Methode ist eine weitere therapeutische Option in der Behandlung des vorbehandelten Multiplem Myeloms, Daratumumab ist ein neues Medikament, das bei erheblich vorthapierten 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, somit wird keine Behandlungsmethode an sich abgelöst vielmehr wird das therapeutische Armamentarium erweitert.
Was ist neu?	Daratumumab ist ein Medikament mit einem neuen Wirkmechanismus in der Behandlung des Multiplem Myeloms. Bislang gibt es in der Therapie des Multiplem 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 Multiplem Myeloms
Verweildauer	Da bisher Daratumumab intravenös gegeben werden muss und es bei der Erstgabe relative häufig zu Komplikationen kommt, ist aufgrund der Dauer der Infusion eine stationäre Aufnahme häufig notwendig. Diese stationären Aufenthalte von 2-3 Tagen Dauer sind nur bei Erstgabe notwendig. Eine wesentliche Veränderung bei anderen stationären Aufenthalten wird nicht erwartet, da die weiteren Therapiezyklen problemlos ambulant gegeben werden können, und die Dauer des stationären Aufenthaltes damit nicht von dieser Therapie abhängig ist.
Methode in Deutschland	Studien in Deutschland seit 2014
Medikament zugelassen	Daratumumab wurde im Mai 2016 von der EMA zugelassen

Feld	Wert
Methode im Krankenhaus	2016
Methode in Krankenhäusern	Nicht genau abschätzbar, vermutlich in den meisten Kliniken in Deutschland die systematisch Patienten mit Multiplem Myelom behandeln.
Patienten letztes Jahr	2
Patienten dieses Jahr	5
Patienten Zukunft	5
Mehrkosten	Sachkosten: Durch die Gabe von Daratumumab entstehen Zusatzkosten für die je Patient zu verabreichende Therapie in Höhe von: 1280 mg je 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: 1280 mg (bei 80 kg Körpergewicht) Packungsgröße: 1 Fl. a 400 mg Preis pro Packung: 2121 € Kosten pro Aufenthalt ca. 7000 € 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 €
nicht im G-DRG-System abgebildet	Daratumumab wurde im Jahr 2016 zugelassen und ist seit dem Jahr 2016 in Deutschland auf dem Markt. Für das Datenjahr 2016 sollten aus den Kalkulationshäusern Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Wir vermuten, dass die Stichprobe jedoch zu klein war, da es über ein NUB vergütet wurde und dies nicht breitflächig beantragt war. So liegen nun nicht genügend Kosten- und Leistungsdaten aus den Krankenhäusern vor, um damit eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2018 zu ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten von ca. 7200 € pro Applikation können aber mit den o.g. Fallpauschalen allein nicht ausreichend abgebildet werden und Daratumumab ist bisher im ZE Katalog nicht enthalten. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in den betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	Ersatzweise kann der unspezifische Code 8-547.0 Immuntherapie mit einem nicht modifizierten Antikörper verwendet werden.
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	R61A bis R61H. Andere DRGs möglich, wenn die Aufnahme wegen des Malignoms nicht Hauptdiagnose ist, die Behandlung aber eingeleitet oder fortgesetzt werden muss
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1830393

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1830393
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 15:26
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 Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit 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 laufenden 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	7
Patienten dieses Jahr	8
Patienten Zukunft	5-10
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 51.437,75 Euro AEP. Bei der Behandlungsphase im zweiten Behandlungsjahr liegen die Kosten mit drei Infusionen à 12 mg bei 30.862,65 Euro AEP inkl. Mehrwertsteuer. Somit können Medikamentenkosten von bis zu 51.437,75 Euro AEP inkl. Mehrwertsteuer bzw. 30.862,65 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 53.937,75 Euro in Behandlungsphase 1 und etwa 33.362,65 Euro in Behandlungsphase 2 entstehen.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Die oben dargelegten Mehrkosten sind im Wesentlichen durch die Medikamentenkosten geprägt. Laut Report-Browser finden sich die mit Alemtuzumab behandelten Fälle hauptsächlich in der DRG B68D. Insbesondere in dieser DRG-Fallgruppe sind die Medikamentenkosten für Alemtuzumab nicht durch die Erlöse gedeckt. Es besteht somit im derzeitigen DRG-System eine nicht sachgerechte Abbildung. Da nur einige der stationär behandelten MS-Patienten von Fachzentren mit diesem Präparat be-handelt werden, besteht eine Schieflage, die aufgrund der Mehrkosten eine zusätzlichen Finanzie-rung (mittels NUB bzw. Zusatzentgelt) erfordert. Aus diesem Grund wurde Alemtuzumab in den letzten Jahren mit NUB-Status 1 bewertet.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	B68D
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-001.* 6-001.0



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1810407

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1810407
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	27.10.2017 08:36
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
Alternative Bezeichnung	Pixuvri®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1713119
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-Anthracendion. 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 2017 hat Pixantron den Status 1 (Position 36 der NUB-Liste 2017)
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	01.12.2012
Medikament zugelassen	10.05.2012
Methode im Krankenhaus	2013
Methode in Krankenhäusern	Pixantron wird schätzungsweise in ca. 250 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUBAnfragen 2017).
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	3
Patienten Zukunft	3
Mehrkosten	Sachkosten: Durch die Gabe von Pixantron entstehen Zusatzkosten für die je Patient zu verabreichende Therapie: Bsp.: 1,8m ² Körperoberfläche, 50mg/m ² , an Tag 1,8,15 (Zyklus von 28 Tagen) jeweils 90mg bzw. abgerundet auf 87mg = 270mg pro Zyklus bzw. 261mg.Packungsgröße: 29 mg Preis pro Packung: 485,10€ (Erstattungsbetrag Rote Liste) Preis ohne Verwurf, obiges Beispiel: 3 Ampullen pro Applikation kosten 1455,3 € und pro Zyklus 4365,9€ 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 2016 sollten aus den Kalkulationshäusern Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Wir vermuten, dass die Stichprobe jedoch zu klein war (sehr selektiertes Krankengut), als dass genügend Kosten- und Leistungsdaten aus den Krankenhäusern vorliegen, um damit eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2018 zu ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten von ca. 1455,3 € pro Applikation können aber mit der/den o.g. Fallpauschale(n) 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/den betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	R61A R61B R61C R61D R61E R61F R61G R61H
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-006.e



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1810000

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1810000
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 07:04
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Helmut
Name	Heufert
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-str 20
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	0228-287 15171
Telefax	
E-Mail	Helmut.Heufert@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	
Benennung	NANOSTIM_Intrakardialer Pulsgenerator (IKP)
Alternative Bezeichnung	Nanostim, leadless cardiac pacing (LCP), Intra Cardiac Stimulation (ICS) = "Intrakardiale Stimulation", Trans Catheter Pacing System (TPS), Trans Catheter Intracardiac Stimulator (TCIS) = Interventionelle, Katheter-gestützte, intrakardiale Stimulation, minimal-invasive, transvenöse Implantation eines Herzschrittmachers, Einkammersystem ohne Elektrode
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1707336
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Sonstiges
Bemerkung	nein
Handelsname	Nanostim™ Leadless Pacemaker
CE-Kennzeichnung	Modell S1DLCP: Jahr, in dem die CE-Kennzeichnung gemäß der Richtlinie 90/385/EWG angebracht wurde: 2013
Beschreibung	Wiederholungsantrag aus den Vorjahren, so z.B. Nr. 673 im Jahr 2016 „Implantation eines Herzschrittmachers, Einkammersystem ohne Elektrode“ mit dem Status 4. Im Gegensatz zum herkömmlichen implantierbaren Herzschrittmacher, dessen

Feld	Wert
	Erregungsstimulation über Pole an Elektroden – entfernt vom eigentlichen Aggregat – erfolgt, wird der intrakardiale Pulsgenerator (IKP) komplett in die rechte Herzkammer implantiert. Der Zugangsweg erfolgt dabei über einen minimalinvasiven, Katheter gestützten, transvenösen Zugang von der Leiste aus. Der Generator wird im Apex der rechten Herzkammer platziert und dort im Myokard mittels einer Helix verankert. Der Generator kann intraoperativ repositioniert werden und ist mit Hilfe eines Bergekatheters nach Batterieerschöpfung wieder explantierbar. Die Lebenszeit des IKP ist gemessen an der Batterieleistung identisch mit der eines herkömmlichen Herzschrittmachers (ca. 8,5 Jahre bei 100%iger Stimulation). Nanostim stellt einen fundamentalen Fortschritt im Vergleich zu konventionellen Schrittmachern dar und bietet damit einen einmaligen Patientennutzen, indem zum ersten Mal Patientengruppen behandelt werden können, auf die die herkömmliche Herzschrittmacher-Technik nicht anwendbar ist. Es handelt sich (1) um Kinder und andere heranwachsende Patienten, bei denen dauerhafte Elektroden zu zahlreichen Risiko-behafteten Re-Operationen und Revisionen führen, da diese im Gegensatz zum Thorax nicht mitwachsen können und regelmäßig ausgetauscht werden müssen. Weiter handelt es sich (2) um Patienten mit verschlossenen Gefäßen, bei denen die Einführung herkömmlicher transvenöser Elektroden nicht möglich ist. Von Nutzen ist darüber hinaus die erstmalig mögliche kathetergestützte Implantation eines medizinisch notwendigen Pulsgenerators bei Patienten, die z.B. durch beidseitige Subclavia-Verschlüsse keine transvenösen Elektroden bekommen können. Durch den minimalinvasiven Eingriff können Narbenbildung und das Risiko für Infektionen bzw. Wundheilstörungen reduziert werden. Literatur: 1. Reddy VY, et al. Safety and efficacy of a Leadless pacemaker: results from the LEADLESS II clinical trial. Hot Line II: Atrial fibrillation/Pacing, ESC Congress, 30 Aug 2015, London, England (FP Nr 2194). 2. Reddy VY, Exner DV, Cantillon DJ, et al, on behalf of the LEADLESS II Study Investigators. Percutaneous implantation of an entirely intracardiac leadless pacemaker. N Engl J Med. 2015 Aug 30. [Epub ahead of print] 3. Reddy V. et al. Percutaneous In Vivo Placement of a Novel Intracardiac Leadless Cardiac Pacemaker (LCP): Results from the First-In-Man LEADLESS Study. HRS 2013, Denver. Late Breaking Clinical Trial 4. Sperzel J. et al. Feasibility, efficacy and safety of percutaneous retrieval of a leadless cardiac pacemaker in an in vivo ovine model. Europace. 2013 5. Reddy V. Permanent Leadless Cardiac Pacing: Results of the LEADLESS Trial, Circulation. 2014;129:1466-1471.
Indikation	Die Methode ist grundsätzlich für alle Patienten mit einer Indikation zur notwendigen kardialen Stimulation der Erregungsleitung im rechten Ventrikel indiziert. Jedoch sollte dies mit einer Kontraindikation für einen herkömmlichen 1-Kammer-Herzschrittmacher kombiniert werden, so z.B. bei beidseitig verschlossenen venösen Gefäßen für die Elektrodenzuleitung, dass eine Elektrode erst gar nicht intravasal implantiert werden kann. Ein weiteres Patientenkollektiv stellen Patienten mit einem erheblich erhöhten Risiko für Infektionen bzw. Wundheilungsstörungen durch die operative Bildung einer ansonsten notwendigen Schrittmachertasche subkutan dar, welche bei dieser Methode durch die intrakardiale Platzierung des Generators nicht notwendig ist. Primäre Zielgruppe sind sämtliche Neugeborenen, Kinder und Jugendliche mit Erregungsleitungsstörungen, da die Elektroden herkömmlicher Schrittmacher beim Wachstum von Brustkorb, Herz und Gefäßen nicht mitwachsen können. Daraus resultieren häufige und wiederkehrende operative Elektroden- bzw. Schrittmacher-Revisionen und/oder –Wechsel bei diesen jungen Patienten. Diese werden durch die einmalige Implantation des intrakardialen Pulsgenerators vermieden. Insgesamt wird der Bedarf auf ca. 300 Fälle / Jahr geschätzt (Quelle: Krankenhausstatistik Destatis, ICD-10 von 2014) Folgende Konstellationen bieten eine Indikation zur Implantation an: Junge Patienten, bei denen sonst bedingt durch das Körperwachstum vermehrt durch Elektrodenkomplikationen zu rechnen ist oder regelmäßig neue Elektroden eingesetzt werden müssen. Patienten mit verschlossenen Gefäßen, bei denen die Einführung herkömmlicher transvenöser Elektroden nicht möglich ist. Patienten mit Begleiterkrankungen, bei denen ein Eingriff über verbleibenden zuführenden venösen Gefäße kontraindiziert sind, z.B. Patientinnen nach ein- oder sogar zweiseitiger Mamma-Ablation oder andere Neoplasien. Patienten unter Immunsuppression bzw. mit eingeschränktem Immunstatus (medikamentös oder durch eine Erkrankung) wegen erhöhtem Infektionsrisiko bei einer chirurgischen Implantation. Patienten mit Dialyse-Shunts, bei denen die zuführenden venösen Gefäße nicht für transvenöse Elektroden zur Verfügung stehen. Patientengruppen, die ein erhöhtes

Feld	Wert
	Risiko für Wundheilungsstörungen haben, weil bei Nanostim die chirurgische Bildung einer subkutanen Herzschrittmacher-Tasche entfällt. Patienten mit erhöhtem Risiko eines Subclavian-Crush-Syndroms wie z.B. kachektische Patienten oder Patienten mit Engpass-Syndrom (Thoracic Outlet Syndrom TOS). Behandlungsalternative zum Einsatz von epikardialen Elektroden über eine Thorakotomie (Eröffnung des Brustkorbes) durch einen minimalinvasiven Zugang. Patienten mit Trikuspidalklappen-Erkrankungen mit Kontraindikation zur Platzierung einer herkömmlichen Elektrode.
Ablösung / Ergänzung	Der IKP erweitert das Indikationsgebiet des herkömmlichen 1-Kammer-Herzschrittmachers um mehrere Indikationen, die bislang keiner Therapie zuträglich waren bzw. senkt bei Kindern und Jugendlichen mit Indikation für einen 1-Kammer-Herzschrittmacher die Morbidität, indem der Bedarf an Korrekturinterventionen als Folge des Körperwachstums entfällt
Was ist neu?	Bei der Methode handelt es sich um eine vollständig neue Behandlung, da bislang minimal-invasiv, transvenös intrakardial implantierbare Herzschrittmacher nicht verfügbar waren. Der intrakardial implantierbare Herzschrittmacher erlaubt erstmals die Behandlung von Patienten, bei denen eine elektrische Stimulation der Erregungsleitung im rechten Ventrikel indiziert ist, aber die Implantation eines herkömmlichen 1-Kammer-Herzschrittmachers nicht durchführbar ist. Der intrakardial implantierbare Herzschrittmacher bietet erstmals die Möglichkeit, die bei herkömmlichen Schrittmachern im Wachstumsalter unausweichlichen Korrekturinterventionen zu vermeiden. Der direkt im Ventrikel platzierte Pulsgenerator unterscheidet sich damit durch seine Funktion, Implantation und Lage von den seit über 55 Jahren nahezu unverändert funktionierenden Herzschrittmachern.
Verweildauer	Auswirkungen auf die stationäre Verweildauer sind durch die neue Methode nicht zu erwarten. Die berichtete Verweildauer von 5 Tage der konservativen DRG F71B erscheint auch auf diese Methode übertragbar
Methode in Deutschland	Das CE-Zeichen wurde im Oktober 2013 erteilt, das Aggregat steht seit Anfang 2014 in Deutschland zur Anwendung zur Verfügung.
Medikament zugelassen	
Methode im Krankenhaus	2016
Methode in Krankenhäusern	Im Jahr 2016 wurde diese Methode in ca. 20 hochspezialisierten Herzzentren in Deutschland für ~300 Fälle eingesetzt
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	5
Mehrkosten	Durch die Implantation des intrakardialen Pulsgenerators entstehen Sachkosten (Kostenart 5) von aktuell 7.000 Euro (zzgl. MwSt.) pro implantiertes Gerät. Durch den seit 2015 bestehenden OPS-Code werden die Fälle (z.B. bei permanenten Vorhofflimmern mit bradykarder Überleitung, ICD-10 I48.2) vor allem in die operative DRG F58B eingruppiert (der Code I48.* ist jedoch in nur 1% als Hauptdiagnose gemäß G-DRG Report-Browser 2015/2017 in dieser DRG vorhanden). Jedoch weist die entsprechende DRG F58B (=Perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere CC) im G-DRG System 2015/2017 nur einen Sachkostenanteil von insgesamt 92,02 Euro in der Kostenart 5 (Transplantate & Implantate) auf, so dass Mehrkosten von 7397,98 Euro pro Implantation entstehen (7.000,- Euro Netto 7.490,- Euro Brutto Materialkosten abzgl. Sachkostenanteil in DRG F58B). Die Personalkosten der Implantation sind von ihren Kosten mit denen einer herkömmlichen 1-Kammer-Herzschrittmacher-Implantation vergleichbar, entsprechen also den in der operativen DRG F12I ausgewiesenen Kosten der Kostenbereiche 04, 05 & 07 (OP, Anästhesie & Kardiologie) abzüglich der Sachkostenarte für Implantate (5), wobei in der angesteuerten nun ebenfalls operativen DRG F58B in den Kostenbereichen 4, 5 & 7 (OP, Anästhesie & Kardiologie ohne

Feld	Wert
	Kostenarte 5) ähnliche Kosten vorgesehen sind, d.h. es entstehen keine weitere Kosten durch den Einsatz von Personal. Die Verweildauer der Implantation eines IKP wird voraussichtlich bei 3 Tagen liegen und entspricht dabei der mittleren Verweildauer der gruppierten DRG F58B, so dass hier keine weiteren Kosten entstehen werden. Insgesamt entstehen somit Mehrkosten (Sachkosten) in Höhe von 7397,98 Euro , was knapp dem Dreifachen der in der DRG F58B kalkulierten Gesamtkosten entspricht. Die Kosten unterscheiden sich damit erheblich von denen, die in der vergleichbaren 1-Kammer-Herzschrittmacher-DRG F12I gelistet sind: G-DRG Report-Browser 2015/2017: Die DRG F12I zeigt lediglich Gesamtkosten von 717,98 Euro in der Kostenart 5 „Implantate“. Die knapp zehnfach höheren Kosten des Pulsgenerators sind in der neuartigen Konstruktion des intrakardialen Pulsgenerators begründet, der eine vollständig neue und einzigartige Schaltungselektronik und Batterietechnik bietet, die die gleichen Leistungsdaten wie die konventionellen Herzschrittmacher bei stark reduziertem Gewicht und Volumen ermöglichen.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Da das Aggregat Nanostim erst seit Anfang 2014 in sehr geringen Stückzahlen zur Verfügung steht, können seine Kosten und die Kosten seiner Implantation in den Kalkulationsverfahren des Jahres 2014/2016 nicht berücksichtigt worden sein. Erst seit 2015 steht ein spezifischer OPS-Kode zur Verfügung. Das Kalkulationsverfahren wird hier aber auch aufgrund der nur sehr geringen Stückzahlen als eine geeignete Grundlage scheitern. Folglich konnte und kann das InEK die unter 4.1 beschriebenen Mehrkosten durch Personal- und Sachmittel in Höhe von mehr als 7.000 Euro weder als Leistung ermitteln noch die Kosten im G-DRG-System korrekt abbilden und erzeugt eine erheblich Finanzielle Schieflage für die wenigen ausgesuchten Zentren, die diese Methode bereits erbringen
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	F58B
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1826584

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1826584
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 11:48
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Helmut
Name	Heufert
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-str 20
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	0228-287 15171
Telefax	
E-Mail	Helmut.Heufert@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	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1707481
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 Code 8-83.d.3 vom DIMDI neu aufgenommen wurde. Die Bewertung dieses neuen Codes 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-Code 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	2
Patienten Zukunft	15
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 N1810383

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1810383
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	27.10.2017 07:03
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
Alternative Bezeichnung	EMPLICITI®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1703853
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Wirkweise: 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. Evidenzlage: In der 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) in der Kontrollgruppe. Dosis: Die empfohlene Dosis beträgt 10 mg/kg, jeweils an den Tagen 1, 8, 15 und 22 eines 28 tägigen Zyklus in Kombination mit Dexamethason und Lenalidomid. Ab Zyklus 3 Gabe von Elotuzumab an den Tagen 1 und 15. Die Behandlung wird bis zum Progress oder dem Auftreten von intolerablen Nebenwirkungen fortgesetzt.
Indikation	Elotuzumab ist in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason zur Behandlung des Multiplen Myeloms bei Erwachsenen indiziert, welche mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben.
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 humanisierte, monoklonale IgG1-Antikörper zur Behandlung des Multiplen Myeloms, der sich spezifisch gegen SLAMF7 richtet. In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntG für 2017 hat Elotuzumab den Status 1 (Position 43 der NUB-Liste 2017).
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden
Methode in Deutschland	Mai 2016
Medikament zugelassen	Die Zulassung erfolgte am 11.5.2016.
Methode im Krankenhaus	Im Rahmen von Studien 2014
Methode in Krankenhäusern	Elotuzumab wird schätzungsweise in ca. 223 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUB-Anfragen 2017).
Patienten letztes Jahr	2
Patienten dieses Jahr	2
Patienten Zukunft	2
Mehrkosten	Sachkosten: In zwei unterschiedlichen Dosierungen beträgt der öffentliche Apothekenpreis etwa 4,68 Euro pro mg (100mg Durchstechflasche kosten 468,56 €). Die empfohlene Dosis beträgt 10 mg/kg, jeweils an den Tagen 1, 8, 15 und 22 eines 28 tägigen Zyklus. Bei einem 70 kg schweren Patienten kostet eine Einzeldosis daher 3.279,92 Euro. Selbst wenn während eines stationären Aufenthaltes nur eine Gabe appliziert wird, entstehen somit erhebliche Kosten. Zusätzlich entstehen Kosten durch die Therapie mit Lenalidomid. 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 ist erst seit Mitte 2016 in Deutschland auf dem Markt. Für das Datenjahr 2016 können aus den Kalkulationshäusern keine vollständigen und ausreichenden Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2018 wird damit nicht möglich. Die zusätzlichen Kosten von ca.3.279,92 € pro Applikation können aber mit der Fallpauschale allein nicht ausreichend abgebildet werden. Aufgrund

Feld	Wert
	der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	Als ergänzender Kode muss 8-547.0 Andere Immuntherapie mit nicht modifizierten Antikörpern verschlüsselt werden. Ein spezifischer Kode für Elotuzumab fehlt bisher.
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 N1814385

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1814385
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	24.10.2017 12:46
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr. med.
Vorname	Karin
Name	Weyer
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-Straße 25
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	0228-28714284
Telefax	
E-Mail	karin.weyer@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie e.V. vorformuliert.
Benennung	Lenvatinib
Alternative Bezeichnung	Lenvima® Kispix® (zugelassen für das lokal fortgeschrittene oder metastasierte Nierenzellkarzinom)
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1722042
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) Dosis: 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	Wir planen, die Methode Ende des Jahres 2017 einzuführen.
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	5-10
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	keine
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	K64, L62 Andere DRGs können betroffen sein, wenn der Patient nicht mit Hauptdiagnose Tumor aufgenommen wird (Dauertherapie)
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-008.j



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1814363

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1814363
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	24.10.2017 12:57
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr. med.
Vorname	Karin
Name	Weyer
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-Straße 25
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	0228-28714284
Telefax	
E-Mail	karin.weyer@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie e.V. vorformuliert.
Benennung	Cabozantinib
Alternative Bezeichnung	Cabometyx® und Cometriq®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1722009
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Wirkweise: 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). In einer Phase III Studie von Cabozantinib vs Placebo bei Patienten mit progredientem metastasiertem medullärem Schilddrüsenkarzinom kam es zu einer signifikanten Verlängerung des PFS gegenüber Placebo (11,2 Monate vs 4,0 Monate). Dosis: Cabozantinib (Cabometyx®) wird bei Patienten mit fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom als Dauertherapie mit einer Anfangsdosis von 60 mg 1 x täglich oral verabreicht. Cabozantinib (Cometriq®) wird bei Patienten mit medullärem Schilddrüsenkarzinom in einer Dosis von 140 mg/Tag eingesetzt.
Indikation	Cabozantinib (Cometriq®) ist für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit progressivem, inoperablem, lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem medullärem Schilddrüsenkarzinom zugelassen. Cabozantinib (Cabometyx®) ist indiziert für die Behandlung des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms (renal cell carcinoma, RCC) bei Erwachsenen nach vorangegangener zielgerichteter Therapie gegen VEGF (vaskulärer endothelialer Wachstumsfaktor).
Ablösung / Ergänzung	Für die Zweitlinien-Behandlung des fortgeschrittenen und/oder metastasierten Nierenzellkarzinoms sind u.a. die Tyrosinkinase-Inhibitoren Sunitinib (ZE 2017-74), Sorafenib (ZE 2017-75), Axitinib (NUB 2017), der mTOR-Inhibitor Everolimus (NUB 2017) sowie der PD-1-Inhibitor Nivolumab (NUB 2017-) zugelassen. Alle Substanzen sind über ZE oder NUB finanziert. Cabozantinib ergänzt als neue Therapieoption die Zweitlinien-Behandlungsmöglichkeiten des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms.
Was ist neu?	In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2017 hat Cabozantinib den Status 1 (Position 48 der NUBListe 2017)
Verweildauer	Zur 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	Cabozantinib (Cometriq®) wurde am 21.03.2014 von der EMA zur Therapie des medullären Schilddrüsenkarzinoms (MTC) zugelassen. Cabozantinib (CabometyxTM) für die Indikation Nierenzellkarzinom wurde von der EMA am 9.9.2016 zugelassen
Methode im Krankenhaus	2017
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 2017 von einem Einsatz in etwa 215 Kliniken in Deutschland auszugehen.
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0 stationär (Therapie erfolgt hauptsächlich ambulant)
Patienten Zukunft	5
Mehrkosten	Sachkosten: Cabozantinib (Cabometyx®) 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. Preis pro Packung: 9004,93 € (Flasche mit 30 Tabletten à 60 mg), somit Tagestherapiekosten von 300,16€. Kosten pro Aufenthalt 2.101 € bei einer angenommenen VD von 7 Tagen. Die zur Verfügung gestellten Packungen Cabozantinib (Cometriq®) sind jeweils für 28 Tage Therapie

Feld	Wert
	ausgelegt 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. Kosten pro Aufenthalt bei einer angenommenen VD von 7 Tagen 1424€ Personalkosten: Keine relevanten Personalkosten, da orale Einnahme.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Cabozantinib wurde im Jahr 2014, bzw. 2016 zugelassen und ist seit dem Jahr 2014 in Deutschland auf dem Markt. Für das Datenjahr 2016 sollten aus den Kalkulationshäusern Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Wir vermuten, dass die Stichprobe jedoch zu klein war, als dass genügend Kosten- und Leistungsinformationen aus den Krankenhäusern vorliegen, um damit eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2018 zu ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten von ca. 200 bis 300 € pro Krankenhaustag können aber mit der/den o.g. Fallpauschale(n) allein nicht ausreichend abgebildet werden und Cabozantinib ist bisher im ZE Katalog nicht enthalten. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der/den betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	keine
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	L62A L62B L62C K64C K64D
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-008.8



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1810398

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1810398
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	27.10.2017 07:56
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	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1713148
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 Tumorzellen oder

Feld	Wert
	die Senkung 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, das PFS wurde von 4,1 auf 6,6 Monate verlängert. 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 verabreicht.
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?	In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2017 hat Olaratumab den Status 1 (Position 54 der NUB-Liste 2017)
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	2017
Medikament zugelassen	9.11.2016
Methode im Krankenhaus	2017
Methode in Krankenhäusern	Olaratumab wird schätzungsweise in ca. 206 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUB-Anfragen 2017).
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	2
Patienten Zukunft	3-5
Mehrkosten	Sachkosten: 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 Preis von 1937,05€ pro 500mg Milligramm zusätzlichen Kosten von ca. 4.000 € je stationärem Aufenthalt. 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. 60 Minuten (PD), ca. 10 Minuten (ÄD)
nicht im G-DRG-System abgebildet	Olaratumab wurde 2016 zugelassen und ist erst seit dem Jahr 2017 in Deutschland auf dem Markt. Für das Datenjahr 2016 können daher aus den Kalkulationshäusern keine Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System wird damit nicht möglich. Die zusätzlichen Kosten von ca. 4000 € pro Applikation können aber mit der/den o.g. Fallpauschale(n) allein nicht ausreichend abgebildet werden. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der/den betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	I65C, I65B.

Feld	Wert
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1810145

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1810145
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 09:52
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Helmut
Name	Heufert
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-str 20
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	0228-287 15171
Telefax	
E-Mail	Helmut.Heufert@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	
Benennung	SELEXIPAG_Uptravi®,
Alternative Bezeichnung	Uptravi®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1710420
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 Uptravi®, 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-Remodelling, charakterisiert wird. Im Verlauf der Krankheit kommt es graduell zu einer

Feld	Wert
	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.
Verweildauer	Hierzu liegen keine gesicherten Erkenntnisse vor. Eine Beeinflussung der stationären Verweildauer ist jedoch nicht zu erwarten.
Methode in Deutschland	Da die Markteinführung Mitte 2016 erfolgte, keine.
Medikament zugelassen	
Methode im Krankenhaus	2017
Methode in Krankenhäusern	
Patienten letztes Jahr	0
	0

Feld	Wert
Patienten dieses Jahr	
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 € (mit 85,58 Euro je 200µg) 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	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	F75 A/D bzw. F49B
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1827800

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1827800
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 12:30
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Helmut
Name	Heufert
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-str 20
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	0228-287 15171
Telefax	
E-Mail	Helmut.Heufert@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	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1714941
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	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 endovaskularer 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	ca. 60
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	5
Mehrkosten	Der OPS 8-839.a* ist gemäß Definitionshandbuch 2017 in den Basis-DRG F01 (F01-V7), 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 2.259€ in der F09A und 10.302€ in der F42Z. Innerhalb der Basis-DRG für die Implantation eines Defibrillators mit den entsprechenden Implantatekosten liegen die Sachmittel zwischen 7.716€ in der F01D und 11.588€ in der F01A. Die neue Leistung streut über die u.a. DRG sporadisch. Die trans-axialen Assist-Systeme, welche das unbepreiste ZE2017-62 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 seither Status 1. Für die offen-chirurgische Implantation existiert aufgrund der Streuung der Leistung und des sporadischen Auftretens ohne regelhaften Bezug das unbepreiste Zusatzentgelt ZE2017-02. Dieses wird über den erst seit 2015 existenten OPS nicht ausgelöst. Eine spezifische Erfassung der endovaskulären Implantation einer Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung des Linken Ventrikels (LVAD) mit trans-septaler Kanüle ist über den spezifischer OPS Code erst seit 2015 möglich. 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 8-839.a6



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1827801

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1827801
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 12:34
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Helmut
Name	Heufert
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-str 20
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	0228-287 15171
Telefax	
E-Mail	Helmut.Heufert@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	BCGH UG (haftungsbeschränkt) Karin Frankenstein
Benennung	Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung -- LVAD mit einer doppelumigen Kanuele 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 Kanuele mit äußerer Ansaugkanüle im linken Atrium (LA) und innenliegender direkter Auswurfkanüle in der Aorta ascendens.
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1714949
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 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	ca. 60
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	5
Mehrkosten	Der OPS 8-839.a* ist gemäß Definitionshandbuch 2017 in den Basis-DRG F01 (F01-V7), 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 2.259€ in der F09A und 10.302€ in der F42Z. Innerhalb der Basis-DRG für die Implantation eines Defibrillators mit den entsprechenden Implantatekosten liegen die Sachmittel zwischen 7.716€ in der F01D und 11.588€ in der F01A. Die neue Leistung streut über die u.a. DRG sporadisch. Die trans-axialen Assist-Systeme, welche das unbepreiste ZE2017-62 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 doppelumigen Kanüle erhielt das CE-Zertifikat 2014. Bisläng 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 offenchirurgische Implantation existiert aufgrund der Streuung der Leistung und des sporadischen Auftretens ohne regelhaften Bezug das unbepreiste Zusatzentgelt ZE2017-02. Dieses wird über den erst seit 2015 existenten OPS nicht ausgelöst. Eine spezifische Erfassung der endovaskulären Implantation einer Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung des Linken Ventrikels (LVAD) mit nur einem Zugang mit einer doppelumigen trans-septalen Kanüle Kanüle ist über den spezifischer OPS Code erst seit 2015 möglich. 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.a6



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1817326

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1817326
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 15:37
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	Dinutuximab Beta EUSA® (Handelsname)
Frühere Anfrage	Ja
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 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 370 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 Erhaltungstherapie. Eine Monotherapie mit Dinutuximab beta erwies sich als ebenso effizient wie die Kombinationstherapie mit IL-2 in Bezug auf das ereignisfreie Überleben (EFS) und das Gesamtüberleben (OS). Die Wirkung von Dinutuximab beta könnte sowohl bei Patienten mit kompletter als auch mit partieller Remission nach der Konsolidierungsphase nachgewiesen werden (Tabelle 1). Das 2-Jahres EFS der Patienten mit kompletter Remission nach Konsolidierung war mit 69% vergleichbar mit den bereits publizierten Daten der amerikanischen COG-Studie mit einem 2-Jahres EFS von 66% (1), wobei allerdings der anti GD2-Antikörper in Kombination

Feld	Wert
	mit den Zytokinen IL-2 und GM-CSF eingesetzt wurde. 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, ein Zytokin-vermitteltes Kapillarleck Syndrom, aber auch neuropathische Schmerzen waren mit Dinutuximab beta-Monotherapie signifikant seltener. 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 ferner in vitro eine gesteigerte ADCC (Antikörper abhängige zelluläre Zytotoxizität) verglichen mit anderen ch14.18 Varianten, die in murinen SP2/0 Zellen hergestellt wurden. Tabelle 1: Raten des EFS und OS bei Dinutuximab Beta behandelten Hochrisiko Patienten mit und ohne IL-2 nach 1, 2 und 3 Jahren Follow-Up (6, 7) EFS OS Wirksamkeit 1 Jahr 2 Jahre 3 Jahre 1 Jahr 2 Jahre 3 Jahre Alle Patienten (n= 370) Ohne IL-2 (180) 72% 63% 55% 72% 66% 61% Mit IL-2 (190) 86% 76% 64% 88% 75% 69% Patienten mit kompletter Remission nach Konsolidierung (n= 211) Ohne IL-2 (104) 77% 67% 62% 89% 78% 71% Mit IL-2 (107) 73% 70% 66% 89% 78% 72% Patienten mit partiellen Remission nach Konsolidierung (n= 149) Ohne IL-2 (73) 67% 58% 46% 83% 73% 54% Mit IL-2 (76) 72% 62% 54% 86% 71% 63% 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 rezidierte 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% (6). 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) (6). Gegenüber historischen Daten von Patienten, die keine Immuntherapie erhielten, führte die Behandlung mit Dinutuximab beta zu einer eindeutigen Verbesserung des OS und EFS im 3-Jahres-Follow-Up (6). Dinutuximab beta wird als Infusion über 8 Stunden oder als kontinuierliche Infusion über 10 Tage 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). Dosis Die Behandlung mit Dinutuximab beta Apeiron besteht aus 5 aufeinanderfolgenden Zyklen zu je 35 Tagen. Die Einzeldosis wird anhand der Körperoberfläche bestimmt und sollte insgesamt 100 mg/m² pro Zyklus betragen. Es sind zwei Arten der Verabreichung möglich: • eine kontinuierliche Infusion über die ersten 10 Tage eines jeden Zyklus (insgesamt 240 Stunden), mit einer täglichen Dosis von 10 mg/m² • oder fünf täglich stattfindende Infusionen zu je 20 mg/m², verabreicht über 8 Stunden an den ersten 5 Tagen eines jeden Zyklus. 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 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. (6) Dinutuximab beta. EMA Public Assessment Report. 15.05.2017 URL: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Public_assessment_report/human/003918/WC500227726.pdf. Letzter Zugriff 31.07.2017 (7) Dinutuximab beta. Product Information German. 15.05.2017. URL: http://www.ema.europa.eu/docs/de_DE/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/003918/WC500227724.pdf. Letzter Zugriff 31.07.2017
Indikation	Laut Fachinformation wird Dinutuximab beta angewendet für die Behandlung von einem Hochrisiko-Neuroblastom bei Patienten im Alter von 12 Monaten und älter, die zuvor eine Induktions-Chemotherapie erhalten und zumindest eine partielle Remission erreicht haben, gefolgt von myeloablativer Therapie und Stammzelltransplantation. Außerdem wird es angewendet für Patienten mit rezidierten oder refraktären Neuroblastomen mit oder ohne Residualerkrankung in der Anamnese. Vor der Behandlung eines rezidierten Neuroblastoms sind jegliche aktiv progredienten Erkrankungen mithilfe anderer geeigneter Maßnahmen zu stabilisieren. Bei Patienten mit einer rezidierten/refraktären Erkrankung in der Anamnese sowie bei Patienten, bei denen nach der Erstlinientherapie kein vollständiges Ansprechen erreicht wurde, sollte Dinutuximab beta Apeiron mit Interleukin-2 (IL-2) kombiniert werden. Die Neuroblastom-Inzidenz beträgt 13,5 neue Fälle pro Jahr pro Million Kinder unter 15 Jahren beziehungsweise etwa 150 neue Fälle pro Jahr in Deutschland (1). Nach der The International Neuroblastoma Risk Group (INRG) werden Patienten mit einem Neuroblastom in Hochrisiko-, mittlere Risiko- bzw. niedriges und sehr niedriges Risiko-Gruppen klassifiziert (2) Die Risikostratifikation erfolgt anhand prognostischer Faktoren (Stadium, Alter, molekulare Marker). Beim Neuroblastom bezeichnet man als Hochrisikogruppe Patienten mit einem Neuroblastom des Stadiums IV im Alter über 18 Monate bei Diagnose und alle Patienten, die unabhängig von Stadium und Alter eine Amplifikation des Onkogens MYCN aufweisen (3). In Deutschland sind dies etwa 52-54 aller neu diagnostizierten Patienten (≈36% aller Fälle) pro Jahr (4). 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% nach 5 Jahren (5). Die Behandlung des Neuroblastoms ist risikoadaptiert und multimodal. Die Behandlung von Hochrisiko Patienten besteht aus drei Abschnitten: Induktion, Konsolidierung und Erhaltungstherapie. Die aktuelle Therapieempfehlung der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH) spricht für den Einsatz von Anti-GD2 Antikörpern in der Erhaltungsphase, um die Residualerkrankung (minimal residual disease) zu minimieren (6) Die Behandlung des Rezidivs erfolgt nach analogem Prinzip. Von den 52-54 Kindern in Deutschland mit einem Hochrisikoneuroblastom kommen schätzungsweise für eine Antikörpertherapie 34-36 Patienten in der Erstbehandlung und 22-23 Patienten in der Rezidiv oder Refraktäre Therapie in Frage. Die Substanz Dinutuximab beta ist seit 08.05.2017 in Europa zugelassen. Dinutuximab beta stellt die einzige in Europa zugelassene Anti-GD2-Immuntherapie dar, die auf diese verheerende Krankheit zugeschnitten ist und die unerfüllte Notwendigkeit der Verbesserung der Überlebenschancen dieser anfälligen Patientenpopulation angeht. Literatur (1) Deutsches Kinderkrebsregister (2016): Jahresbericht / Annual Report 2016 (S. 41). URL: http://www.kinderkrebsregister.de/dkk/ergebnisse/jahresberichte.html. letzter Zugriff: 31.07.2017. (2) Monclair T et al. The

Feld	Wert
	International Neuroblastoma Risk Group (INRG) Staging System: An INRG Task Force Report. J Clin Oncol 2009 Jan 10;27(2):298-303 (3) 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. (4) Cohn SL., et al. The International Neuroblastoma Risk Group (INRG) classification system: an INRG Task Force report. J Clin Oncol. 2009;27(2):289-97 (5) 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. (6) Simon T., et al. 2017 GPOH Guidelines for Diagnosis and Treatment of Patients with Neuroblastic Tumors. Klinische Pädiatrie. 2017;229(3):147-67.
Ablösung / Ergänzung	Gemäß der aktuellen Therapieempfehlung der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH) besteht für Hochrisikoneuroblastom-Patienten nach erfolgreicher Induktionstherapie und Konsolidierung mittels Hochdosis-Chemotherapie gefolgt von autologer Stammzelltransplantation (Erreichen einer partiellen Remission oder besser) eine Erhaltungskombinationstherapie mit Anti-GD2 Antikörpern mit oder ohne IL-2 (1). Außerdem wird auch Dinutuximab beta zur Behandlung von Neuroblastom-Rezidivpatienten oder primär refraktären Erkrankungen angewendet, soweit jegliche aktiv progredienten Erkrankungen mithilfe anderer geeigneter Maßnahmen vorher stabilisiert sind. Es gibt derzeit keine weitere zugelassene medikamentöse Behandlung für rezidierte oder ein primär refraktäres Neuroblastom. Diese Patienten werden üblicherweise mit unterschiedlichen experimentellen Therapieansätzen zu behandeln versucht. Literatur (1) Simon T., et al. 2017 GPOH Guidelines for Diagnosis and Treatment of Patients with Neuroblastic Tumors. Klinische Pädiatrie. 2017;229(3):147-67.
Was ist neu?	Die Standardtherapie des Neuroblastoms basiert auf einem multimodalen Konzept aus Chemotherapie, Operation, Bestrahlung und Hochdosischemotherapie. Die anti-GD2-gerichtete Immuntherapie mit oder ohne IL-2 ist seit 2017 von der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH) empfohlen.
Verweildauer	Die anti-GD2-gerichtete Immuntherapie erfordert in Abhängigkeit von der Verträglichkeit im ersten Zyklus eine stationäre Behandlung von 5 Tagen. Die Verträglichkeit ist günstiger ohne Begleittherapie mit Zytokinen (IL-2, GM-CSF). Häufige unerwünschte Wirkungen sind Fieber, Schmerzen, Ödeme, Juckreiz, arterielle Hypotonie, erhöhter Sauerstoffbedarf. Das Nebenwirkungsprofil verbessert sich von Zyklus zu Zyklus. Im Vergleich zu den mittleren Verweildauern eines „normalen“ Neuroblastom-Chemotherapiezyklus ist jedoch zu erwarten, dass es keine Auswirkung auf die mittlere Verweildauer durch einen stationären Immuntherapiezyklus mit Dinutuximab beta geben wird.
Methode in Deutschland	Dezember 2009
Medikament zugelassen	Dinutuximab beta ist seit 08.05.2017 in Europa zugelassen.
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	Ein spezifischer OPS-Code für Dinutuximab beta existiert nicht.
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	I65B K64A
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1819892

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1819892
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 09:19
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	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1711346
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	2018
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-Code 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	Ab 2017 ist der Code 8-530.a8 Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Holmium-166-markierten Mikrosphären vorhanden.
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	H16Z
stellvertretend für KH	
Prozeduren	8-530.a8



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1813286

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1813286
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 10:26
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Helmut
Name	Heufert
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-str 20
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	0228-287 15171
Telefax	
E-Mail	Helmut.Heufert@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	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1709576
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Ja
Bemerkung	
Handelsname	TandemLung
CE-Kennzeichnung	CE 549433; CE 549434
Beschreibung	

Feld	Wert
	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) doppellumige 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, Doppellumen-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 doppellumige 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 doppellumigen 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 doppellumiger 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	2016
Methode in Krankenhäusern	ca. 10
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	5
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 Rechts-Herz-Prozeduren KIT (Einmalprodukte) bestehend aus Infusions Zubehör Set, die Zentrifugal-Pumpe, die doppellumige Kanüle und Applikatoren sowie zweiter pulmonaler Auswurfkanüle werden kumulativ mit ca. 47.000 Euro veranschlagt 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 doppellumiger 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. Somit können aktuell keine ausreichenden Kosten- oder Leistungsinformationen vorliegen, die für die Kalkulation der Fallpauschale herangezogen werden. Eine

Feld	Wert
	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 N1813288

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1813288
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 10:30
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Helmut
Name	Heufert
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-str 20
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	0228-287 15171
Telefax	
E-Mail	Helmut.Heufert@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	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1709577
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Ja
Bemerkung	
Handelsname	TandemLung
CE-Kennzeichnung	CE 549433; CE 549434
Beschreibung	

Feld	Wert
	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	2016
Methode in Krankenhäusern	ca. 20
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	5
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 Rechts-Herz-Prozeduren KIT (Einmalprodukte) bestehend aus Infusions Zubehör Set, die Zentrifugal-Pumpe, die doppellumige Kanüle und Applikatoren sowie zweiter pulmonaler Auswurfkanüle werden kumulativ mit ca. 53.000 Euro veranschlagt 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 doppellumiger 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 doppellumiger jugularer Ansaugkanüle und femoral liegender pulmonaler Auswurfkanüle (RA-PA ECMO) und aktiver Kreislaufunterstützung des rechten Ventrikels
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	Im Fallpauschalenkatalog 2016 sind potentiell betroffen: A09A, A09B, A09C, A11B, A11C, A11E, A13A, A13B, A13D

Feld	Wert
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1810466

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1810466
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	27.10.2017 10:08
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	Pertuzumab
Alternative Bezeichnung	Perjeta®
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	Wirkungsweise: Pertuzumab ist ein rekombinanter humanisierter IgG1 monoklonaler Antikörper. Pertuzumab bindet spezifisch an die Subdomäne II des menschlichen epidermalen Wachstumsfaktorrezeptor-proteins 2 (HER2). Der schon bekannte Her2-Antikörper Trastuzumab bindet an eine andere Subdomäne (Subdomäne IV). Da Pertuzumab und Trastuzumab an verschiedene HER2-Epitope binden und zwei sich

Feld	Wert
	ergänzende Wirkmechanismen haben, bewirken sie in Kombination miteinander eine umfassendere HER2-Blockade und größere Anti-Tumor-Aktivität als ein Antikörper allein. Evidenzlage: Die Zulassungsstudie CLEOPATRA hat gezeigt, dass die Kombination von Pertuzumab + Trastuzumab + Docetaxel im Vergleich zu Placebo + Trastuzumab + Docetaxel das Überleben der Patientinnen signifikant um 15,7 von 40,8 auf 56,5 Monate (OS-Update 2015) verlängert (HR=0,68; 95% KI 0,56–0,84; p =0,0002). Außerdem kam es zu einer signifikanten Verlängerung des progressionsfreien Überlebens von 6,1 Monaten (18,5 Monate vs. 12,4 Monate) unter der zusätzlichen Therapie mit Pertuzumab (HR=0,62; 95% KI=0,51-0,75, p<0,0001). In der Neoadjuvanz hat die Zulassungsstudie NeoSphere eine statistisch signifikante Verbesserung der pCR Rate (ypT0/is) bei Patienten beobachtet, die Pertuzumab plus Trastuzumab und Docetaxel erhielten, im Vergleich zu jenen, die lediglich mit Trastuzumab und Docetaxel behandelt wurden (45,8 % gegenüber 29,0 %, p-Wert = 0,0141). Die TRYPHAENA Studie (Sicherheitsstudie) bestätigte die gesteigerten pCR-Raten auch unter anderen Chemotherapieregimen, so z.B. in der APHINITY-Studie. Dosierung: Die empfohlene Initialdosis von Pertuzumab beträgt 840 mg als Kurzinfusion, gefolgt von Erhaltungsdosen á 420 mg im Abstand von 3 Wochen. Die Patienten sollten bis zur Krankheitsprogression der dem Auftreten nicht mehr kontrollierbarer Toxizität mit Pertuzumab behandelt werden.
Indikation	Metastasierter Brustkrebs Pertuzumab ist zur Anwendung in Kombination mit Trastuzumab und Docetaxel bei erwachsenen Patientinnen mit HER2-positivem metastasiertem oder lokal rezidivierendem, inoperablem Brustkrebs indiziert, die zuvor noch keine anti-HER2-Therapie oder Chemotherapie zur Behandlung ihrer metastasierten Erkrankung erhalten haben. Neoadjuvante Behandlung von Brustkrebs Pertuzumab ist in Kombination mit Trastuzumab und Chemotherapie bei erwachsenen Patienten zur neoadjuvanten Behandlung von HER2-positivem lokal fortgeschrittenem, entzündlichem oder frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko indiziert Adjuvante Behandlung von Brustkrebs Nach erfolgter Zulassung in Europa gemäß Indikation. Eine Zulassung in Europa ist für 2018 angestrebt. Patienten, die mit Pertuzumab behandelt werden, müssen einen HER2-positiven Tumorstatus haben (ICH-Wert 3+ und/oder ISH-Ratio ≥ 2,0).
Ablösung / Ergänzung	Pertuzumab wird in der Erstlinientherapie des HER2-positiven metastasierten Mammakarzinoms in Kombination mit Trastuzumab und Docetaxel eingesetzt. Es wird dabei keine Methode abgelöst, sondern eine bestehende Methode Trastuzumab + Docetaxel ergänzt. Es handelt sich um eine Add-on-Therapie. In der neoadjuvanten Behandlung von HER2-positivem lokal fortgeschrittenem, entzündlichem oder frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko wird Pertuzumab in Kombination mit Trastuzumab und Chemotherapie eingesetzt. Es wird dabei keine Methode abgelöst, sondern eine bestehende Methode Trastuzumab und Chemotherapie ergänzt. Es handelt sich um eine Add-on-Therapie. Nach erfolgter Zulassung von Pertuzumab für die adjuvante Behandlung des Brustkrebses in Europa werden die Behandlungsmöglichkeiten dieser Patientengruppe entsprechend erweitert.
Was ist neu?	Die Kombination aus Pertuzumab + Trastuzumab + Docetaxel erweitert die Behandlungsmöglichkeiten in der zugelassenen Indikation und erhält als einzige Therapie den höchsten Empfehlungsgrad „++“ in den aktuellen Leitlinien der AGO (www.ago-online.de). Pertuzumab bindet an einen anderen Teil des HER2-Epitops. Damit ist Pertuzumab ein Medikament, das einen anderen Wirkmechanismus hat als bisherige HER2-Inhibitoren (Trastuzumab). In den Informationen nach § 6 Abs. 2 KHEntg für 2017 erhielt Pertuzumab den Status 1 (Position 10) und war von 349 Krankenhäusern angefragt worden.
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	Pertuzumab ist seit Anfang 2013 in Deutschland verfügbar. Seit Juli 2015 besteht eine Zulassungserweiterung zur neoadjuvanten Behandlung.
Medikament zugelassen	Pertuzumab ist seit dem 4.3.2013 in Deutschland und der EU zugelassen. Am 31. Juli 2015 erfolgte eine Zulassungserweiterung zur neoadjuvanten Behandlung. Für 2018 wird die Zulassung von Pertuzumab in Kombination mit Trastuzumab zur adjuvanten Behandlung des Brustkrebses erwartet

Feld	Wert
Methode im Krankenhaus	2017
Methode in Krankenhäusern	Pertuzumab wird schätzungsweise in ca. 350 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUB-Anfragen 2017).
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	2-3
Patienten Zukunft	2-3
Mehrkosten	Sachkosten Die Initialdosis von Pertuzumab beträgt 840 mg gefolgt von Erhaltungsdosen von 420 mg alle 3 Wochen. Eine Packung Pertuzumab enthält ein Vial à 420 mg Wirkstoff und kostet ca. 3.000 Euro. Dadurch entstehen Mehrkosten für das Krankenhaus bei einem einwöchigen stationären Aufenthalt zu Beginn der Therapie in Höhe von etwa 6000 Euro und im Laufe der Therapie in Höhe von etwa 3.000 Euro. Personalkosten Lagerung, Zubereitung, Logistik ca. 50 Euro Infusionslösung, Verabreichung, Verwaltung ca. 40 Euro Davon sind etwa 0,3 Std. für einen Apotheker und 0,5 Std. für eine Pflegekraft erforderlich.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Pertuzumab wurde ist seit März 2013 in Deutschland auf dem Markt und findet erst mit Erweiterung der Zulassung einen breiteren Einsatz. Für das Datenjahr 2016 liegen aus den Kalkulationshäusern offenbar weiterhin keine ausreichenden Kostendaten für den Einsatz vor. Die bestehende Basis DRG J62 zur Behandlung von Brustkrebs deckt nicht die Kosten der Therapie mit Pertuzumab. Der Kombinationspartner Trastuzumab wird seit Jahren über ein Zusatzentgelt vergütet. Im INEK-Report-Browser 2017 werden die durchschnittlichen Medikamentenkosten (Modul 4a und 4b) mit ca 175 Euro (J62A) bzw. 110 Euro (J62B) angegeben. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der/den betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	Die Gabe von monoklonalen Antikörpern wird zusätzlich mit 8-547.0 kodiert.
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	J62A J62B
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-007.9



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1810430

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1810430
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	27.10.2017 09:53
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	Eribulin
Alternative Bezeichnung	Halaven®
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	Wirkmechanismus: Eribulin ist ein nicht Taxan-basierter Inhibitor der Mikrotubulus-Dynamik. Es ist die erste Substanz der antineoplastischen Wirkstoffklasse der Halichondrine. Eribulin hemmt die Wachstumsphase der Mikrotubuli und führt zu einer Blockade des G2/M Zell-Zyklus, einer Zerstörung der mitotischen Spindeln und nach längerer Mitoseblockade schließlich zur Apoptose. Die Blockierung des

Feld	Wert
	Mikrotubuliwachstums und Ausbildung von nicht produktiven Tubulinaggregaten ohne gleichzeitiges Eingreifen in Depolymerisationsvorgänge (Verkürzung der Tubuli) stellt einen neuen Wirkmechanismus dar. Klinische Wirksamkeit: Die Ergebnisse einer randomisiert-kontrollierten Phase III Studie zeigen eine signifikante Überlegenheit einer Eribulin Monotherapie gegenüber anderen Therapien in der Indikation des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Brustkrebses hinsichtlich des Gesamtüberlebens. Das Nebenwirkungsprofil ist herkömmlichen Chemotherapeutika in etwa vergleichbar. Eribulin ist seit Mitte 2016 auch beim Liposarkom zugelassen. Brustkrebs: Die Wirksamkeit von Eribulin bei Brustkrebs wird vor allem durch zwei randomisierte Phase-3-Vergleichsstudien belegt (die zulassungsrelevante Phase 3-Studie EMBRACE mit 762 Patientinnen und die Studie 301, die in einem früheren Stadium der Behandlung von metastasiertem Brustkrebs als offene, randomisierte Studie an 1102 Patientinnen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs durchgeführt wurde). Liposarkom: Die Wirksamkeit von Eribulin beim Liposarkom ist durch die zulassungsrelevante Phase-3-Studie zum Sarkom (Studie 309) belegt. Die Patienten in dieser Studie (n = 452) litten an lokal rezidivierenden, inoperablen und/oder metastasierenden Weichteilsarkomen, die einem Leiomyosarkom oder einem Liposarkom zuzuordnen waren. Die Patienten hatten mindestens zwei Vorbehandlungen mit Chemotherapie erhalten, von denen eine ein Anthrazyklin enthalten haben musste (es sei denn, dieses war kontraindiziert). Die Patienten mussten innerhalb von 6 Monaten nach ihrem letzten Chemotherapie-Regime ein Fortschreiten der Erkrankung gezeigt haben. Sie wurden im Verhältnis 1:1 auf eine Behandlung mit entweder Eribulin 1,23 mg/m² an Tag 1 und 8 eines 21-tägigen Zyklus oder mit Dacarbazin 850 mg/m², 1000 mg/m² oder 1200 mg/m² alle 21 Tage randomisiert. In Studie 309 wurde eine statistisch signifikante Besserung des Gesamtüberlebens (OS) bei den auf den Eribulin-Arm randomisierten Patienten im Vergleich zum Kontrollarm beobachtet. Dies bedeutete eine Verbesserung der medianen Überlebensdauer um 2 Monate (13,5 Monate für mit Eribulin behandelten Patienten im Vergleich zu 11,5 Monate für Patienten, die mit Dacarbazin behandelt wurden). Es bestand kein signifikanter Unterschied in Bezug auf das progressionsfreie Überleben oder die Gesamtansprechrate zwischen den Behandlungsarmen der Gesamtpopulation. Die Behandlungswirkungen von Eribulin waren auf Patienten mit Liposarkom (45 % dedifferenzierte Sarkome, 37 % mit Myxoid-/ Rundzell-Komponente und 18 % pleomorphe Sarkome in Studie 309) auf Basis der im Voraus geplanten Subgruppenanalysen des OS und PFS (progressionsfreies Überleben) beschränkt. Es bestand kein Unterschied hinsichtlich der Wirksamkeit zwischen Eribulin und Dacarbazin bei Patienten mit fortgeschrittenem oder metastasiertem Leiomyosarkom. Dosis Die empfohlene Dosis Eribulin als gebrauchsfertige Lösung beträgt 1,23 mg/m², die an den Tagen 1 und 8 jedes 21-Tage-Zyklus jeweils über eine Dauer von 2 bis 5 Minuten intravenös gegeben werden sollte.
Indikation	1. Behandlung von erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs, bei denen nach mindestens einer Chemotherapie zur Behandlung einer fortgeschrittenen Brustkrebserkrankung eine weitere Progression eingetreten ist. Die Vortherapien sollen ein Anthrazyklin und ein Taxan entweder als adjuvante Therapie oder im Rahmen der metastasierten Situation enthalten haben, es sei denn, diese Behandlungen waren ungeeignet für den Patienten. 2. Behandlung von erwachsenen Patienten mit nicht resezierbarem Liposarkom, die wegen einer fortgeschrittenen oder metastasierten Tumorerkrankung eine Vorbehandlung mit einer Anthrazyklin enthaltenden Therapie (sofern sie geeignet war) erhalten haben.
Ablösung / Ergänzung	Derzeit werden in klinischen Leitlinien zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Brustkrebses folgende in Deutschland zugelassene Wirkstoffgruppen genannt: Vincaalkaloide, Anthrazykline, Taxane, Anthrachinone und Fluoropyrimidin. Die Behandlung mit Wirkstoffen dieser Gruppen kann durch eine Behandlung mit Eribulin für die unter 2.1 beschriebenen Patienten ersetzt werden. Bei der Behandlung des Liposarkoms werden ebenfalls bisherige Chemotherapieregime (Antracykline) ergänzt.
Was ist neu?	Eribulin ist ein Inhibitor der Mikrotubulus-Dynamik und gehört zur antineoplastischen Wirkstoffklasse der Halichondrine. Es handelt sich um ein strukturell vereinfachtes synthetisches Analogon von Halichondrin B, das als natürliches Produkt aus dem Meeresschwamm <i>Halichondria okadae</i> isoliert wird. Eribulin hemmt die Wachstumsphase

Feld	Wert
	der Mikrotubuli ohne die Verkürzungsphase zu beeinträchtigen und kapselt Tubulin in nicht produktive Aggregate ab (Sequestrierung). Eribulin entfaltet seine Wirkungen über einen Tubulin-basierten antimitotischen Mechanismus, der zu einer Blockade des G2/M Zell-Zyklus, einer Zerstörung der mitotischen Spindeln und nach längerer und irreversibler Mitoseblockade letztlich zum apoptotischen Zelltod führt. In den Informationen nach § 6 Abs. 2 KHEntgG für 2017 erhielt Eribulin den Status 1 (Position 13) und war von 338 Krankenhäusern angefragt worden.
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	01.05.2011
Medikament zugelassen	17.03.2011
Methode im Krankenhaus	2016
Methode in Krankenhäusern	Für 2017 wurde die Anwendung von Eribulin von 338 Kliniken eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUB-Anfragen 2017).
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	3
Mehrkosten	Sachkosten: Die empfohlene Dosis Eribulin als gebrauchsfertige Lösung beträgt 1,23 mg/m ² , die an den Tagen 1 und 8 jedes 21-Tage-Zyklus verabreicht wird. Bei einer Körperoberfläche von 1,75 m ² (Körpergröße 1,65 m, Körpergewicht 68 kg) werden je Gabe 2,15 mg Eribulin benötigt. Jede 2-ml-Durchstechflasche der gebrauchsfertigen Eribulin-Injektionslösung enthält 0,44 mg Eribulin. Der öffentliche Apothekenpreis beträgt 418,82 € für 0,44 mg Eribulin. Bei einer benötigten Menge von 2,15 mg Eribulin werden 4,88 Ampullen benötigt. Auf Basis des öffentlichen Apothekenpreises betragen die Kosten incl. Verwurf damit 5 x 418,82 € = 2094,10 € je Verabreichung. Es gibt keine empfohlene Therapie in dieser Therapiesituation, sondern nur gleichrangig genannte Therapieoptionen, z.B. einschließlich experimenteller Therapien. Für die alternative Therapieoptionen in dieser Situation mit Taxanen, Anthrazyklinen oder Vincaalkaloiden, z.B. mit Docetaxel, Paclitaxel, Nab-Paclitaxel und PEG liposomalem Doxorubicin bestehen Zusatzentgelte. Personalkosten: Bei den Personalkosten sind keine wesentlichen Änderungen zu anderen intravenösen Chemotherapien zu erwarten. Aufwand für Zubereitung und Applikation bei 20 Minuten Apotheke und 10 Minuten Arzt/Pflege.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Eribulin wurde bereits im Jahr 2011 zugelassen und ist seit dem Jahr 2012 in Deutschland auf dem Markt. 2016 erfolgte eine Zulassungserweiterung für das Liposarkom. Für das Datenjahr 2016 lagen aus den Kalkulationshäusern offenbar weiterhin keine ausreichenden Kostendaten für den Einsatz vor, um damit eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2018, z.B. als ZE, zu ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten von ca. 2000 € pro Applikation können aber mit den typischen Fallpauschalen allein nicht ausreichend abgebildet werden. Eribulin ist auch 2017 im ZE Katalog nicht enthalten. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in den betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	Für das Medikament Eribulin der Kode 6-006.5. Ein dosisspezifischer OPS-Kode ist noch nicht vorhanden.
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	J62 I65

Feld	Wert
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-005.5



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1810372

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1810372
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 14:08
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	Atezolizumab (70)
Alternative Bezeichnung	Tecentriq®
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	Wirkmechanismus Atezolizumab ist ein gentechnisch erzeugter, vollständig humanisierter monoklonaler Immunglobulin-G1-(IgG1) Antikörper, der spezifisch an den Programmed Death-1 – Liganden bindet (PD-L1) und damit die Interaktion dieses Liganden mit seinem Rezeptor, Programmed Death-1' (PD-1) blockiert. Hierdurch wird eine durch T-Zellen vermittelte Immunreaktion gegen Tumorzellen wieder reaktiviert. PD-L1 ist u.a. auf

Feld	Wert
	Tumorzellen und tumorinfiltrierenden Immunzellen (wie z.B. antigenpräsentierenden Zellen und T-Zellen) exprimiert. Eine Bindung von PD-L1 an seine Rezeptoren PD-1 und das Membranprotein B7.1 (Synonym: Cluster of Differentiation 80: CD80) führt zu einer verminderten Immunreaktion von T-Zellen gegen Tumoren. Atezolizumab blockiert neben der PD-L1/PD-1-Interaktion im Gegensatz zu einer singulären Anti-PD-1 gerichteten Behandlung auch die Interaktion von PD-L1 zu B7.1, blockiert aber nicht die Bindung zwischen PD-L2 und PD-1. Über die Interaktion von PD-L2 und PD-1 werden potentiell Mechanismen der Immunhomöostase vermittelt, wodurch überschießenden Immunreaktionen in der Peripherie vorgebeugt werden könnte. Die Interaktion zwischen PD-L1 und PD-1 sowie PD-L1 und B7.1 führt zu einer Hemmung der T-Zellproliferation und der Zytokinausschüttung, was eine abgeschwächte Immunabwehr gegenüber den Tumorzellen zur Folge hat. Durch die blockierte PD-L1/PD-1 und PD-L1/B7.1-Interaktion reaktiviert Atezolizumab die T-Zell-vermittelte antitumoröse Immunantwort. Die Effektivität einer Blockade dieses Mechanismus zeigt sich bereits in den erfolgreichen anti-PD-1 Therapien mit den Antikörpern Nivolumab und Pembrolizumab, die den Rezeptor und nicht den Liganden blockieren. Evidenzlage: Klinische Wirksamkeit beim lokal fortgeschrittenen oder metastasierenden Urothelkarzinom: Bei Patienten mit metastasierter Erkrankung, die für eine Therapie mit Cisplatin nicht in Frage kamen (1L, „Cisplatin-ineligible“ betrug die Gesamtansprechrate (ORR) in der Intent –to-treat (ITT) -Population 24% [95% CI: 16-32%]; n=119). Zudem betrug die ORR 28% [14-47%] bei Patienten mit hoher PD-L1-Expression (IC2/3, n = 32), und 25% [16-36%] bei Patienten mit IC1/2/3 (n = 80). Das mediane Gesamtüberleben (mOS) beträgt 12,3 Monate bei Patienten mit hoher PD-L1-Expression (IC2/3), 15,3 Monate bei Patienten mit IC0/1 und 14,8 Monate in der ITT. Zum Zeitpunkt des Data Cut-off sprachen 75% (21/28) der Patienten weiter auf die Therapie mit Atezolizumab an (Median Follow-Up 14.4 Monate). Die mediane Gesamtansprechdauer (DOR) wurde noch nicht erreicht. Bei vorbehandelten Patienten deren Tumor während oder nach einer Vorbehandlung mit einer platinbasierten Chemotherapie progredient war, betrug die ORR in der ITT-Population 16% [12-20%]. Zudem betrug die ORR 28% [19-38%] bei Patienten mit hoher PD-L1-Expression (IC2/3, n = 100) und 19% [14-25%] bei Patienten mit IC1/2/3 (n = 207). Das mediane Gesamtüberleben (mOS) betrug 11,9 Monate bei Patienten mit hoher PD-L1-Expression (IC2/3), 6,7 Monate bei Patienten mit IC0/1 und 7,9 Monate in der ITT. Klinische Wirksamkeit beim nicht-kleinzelligen Karzinom (NSCLC) der Lunge: Sicherheit und Wirksamkeit von 1200 mg Atezolizumab intravenös dreiwöchentlich als Einzelsubstanz zur Behandlung des fortgeschrittenen oder metastasierten NSCLC wurden in einer Phase I (PCD4989g), mehreren Phase II-Studien (FIR, POPLAR und BIRCH) und einer Phase III-Studie (OAK) untersucht. Die Phase II-Studie POPLAR ist eine offene randomisierte Studie, in der die Wirksamkeit und Sicherheit von Atezolizumab als Monotherapie gegen Docetaxel bei Patienten mit zuvor vorbehandelten fortgeschrittenem oder metastasierendem NSCLC verglichen wurde. Primärer Endpunkt der Studie war das Gesamtüberleben (OS). Es zeigte sich ein Vorteil bezüglich des medianen Gesamtüberlebens (mOS) in der ITT (12,6 vs. 9,7 Monate). Der Vorteil für das Gesamtüberleben konnte in der Phase III-Studie OAK bestätigt werden. Ko-primäre Endpunkte für die ersten 850 rekrutierten Patienten waren das Gesamtüberleben (OS) der Gesamtpatientenpopulation und das OS der Patienten mit einer PD-L1-Expression von $\geq 1\%$. Die ko-primären-Endpunkte wurden erreicht. Gemäß der Primäranalyse (n = 850) überlebten Patienten, die mit Atezolizumab behandelt wurden, im Median 4,2 Monate länger, als Patienten, die eine Docetaxel-Chemotherapie erhielten (13,8 vs. 9,6 Monate; Hazard Ratio [HR]: 0,73; 95 %-Konfidenzintervall [KI]: 0,62 – 0,87; p = 0,0003). Das OS der Patienten mit einer PD-L1-Expression von $\geq 1\%$ wurde signifikant von 10,3 auf 15,7 Monate verlängert (HR: 0,74; 95% CI: 0.58–0.93; p=0.0102). Ebenso zeigte sich eine signifikante Überlebensverlängerung in der Population mit einer PD-L1 Expression $<1\%$: Gesamtüberleben 8.9 vs 12.6 Monate im Vergleich der Chemotherapie zu Atezolizumab; HR 0,75; 95% CI: 0,59 - 0,96; p = 0.0215. Dosierung: Atezolizumab wird intravenös appliziert. Die Dosis beträgt 1.200 mg alle 3 Wochen.
Indikation	Atezolizumab wird angewendet als Monotherapie bei: • erwachsenen Patienten zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Urothelkarzinoms (UC) nach vorheriger platinhaltiger Chemotherapie oder bei erwachsenen Patienten, die für eine Behandlung mit Cisplatin als ungeeignet angesehen werden. • erwachsenen Patienten

Feld	Wert
	zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) nach vorheriger Chemotherapie. Patienten mit aktivierenden EGFR-Mutationen oder ALK-positiven Tumormutationen sollten vor der Therapie mit Atezolizumab bereits eine auf diese Mutationen zielgerichtete Therapie erhalten haben.
Ablösung / Ergänzung	Urothelkarzinom: Als Chemotherapie freie Behandlungsoption ersetzt Atezolizumab bei einem Teil der Patienten eine klassische Chemotherapie mit Carboplatin/Gemcitabin oder ermöglicht erstmals überhaupt eine Therapie bei Patienten die eine Chemotherapie nicht vertragen würden. Bronchialkarzinom: Atezolizumab ist eine neue Behandlungsalternative und verschiebt eine weitere Chemotherapie in die nachfolgenden, hinteren Therapielinien, eventuell ersetzt oder verschiebt es auch eine Therapie mit Immunonkologika, z. B. Nivolumab.
Was ist neu?	Atezolizumab ist ein humanisierter monoklonaler Antikörper, der PD-L1 (Programmed cell death protein 1 ligand) blockiert und gehört zur Klasse der Checkpoint-Inhibitoren (CPI). Durch die Behandlung mit Atezolizumab ist erstmalig in der PD-1/PD-L1-Krebs-Immuntherapie der Ligand und nicht der Rezeptor das therapeutische Ziel.
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	Atezolizumab ist in den USA bereits seit 2016 zugelassen und findet seitdem eingeschränkt Anwendung auch in Deutschland. Seit dem 28.9.2017 ist Atezolizumab in Deutschland verfügbar.
Medikament zugelassen	Seit dem 21.9. liegt die Zulassung in Europa für die Indikationen lokal fortgeschrittener oder metastasierender nicht-kleinzelliger Lungenkrebs (NSCLC) und lokal fortgeschrittenes oder metastasierendes Urothelkarzinom vor.
Methode im Krankenhaus	2016
Methode in Krankenhäusern	Bisher in Deutschland nur vereinzelt, wenn auch das NUB für 2017 in über 200 Kliniken beantragt wurde.
Patienten letztes Jahr	2
Patienten dieses Jahr	3
Patienten Zukunft	3
Mehrkosten	Sachkosten: Atezolizumab wird intravenös appliziert. Die Dosis beträgt 1.200 mg alle 3 Wochen. Bei einem üblichen Aufenthalt sollte also nur ein Zyklus verabreicht werden. Die Kosten für Atezolizumab belaufen sich in Deutschland auf 6.109,90€ pro Einzeldosis von 1.200 mg (öffentlicher Apothekenpreis). Personalkosten: Aufgrund der aufwändigen Überwachung entsteht in der Pflege ein 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. 95 €
nicht im G-DRG-System abgebildet	Atezolizumab ist erst seit September 2017 in Deutschland auf dem Markt. Für das Datenjahr 2016 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 6100 € können aber mit den o.g. Fallpauschalen allein nicht ausreichend abgebildet werden. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	Eine unspezifische Kodierung ist mittels 8-547.0 Andere Immuntherapie, mit nicht modifizierten Antikörpern möglich. Ein OPS Kode wurde beantragt, Änderungsvorschlag Nr. 087 „Ergänzung der Liste 6 Medikamente“ 2018.
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	E71A/B, andere DRGs sind möglich, wenn die Aufnahme wegen des Tumors nicht Hauptdiagnose ist, die Behandlung als Dauertherapie aber fortgeführt werden muss. J62,

Feld	Wert
	andere DRGs sind möglich, wenn die Aufnahme wegen des Tumors nicht Hauptdiagnose ist, die Behandlung als Dauertherapie aber fortgeführt werden muss.
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1814343

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1814343
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	24.10.2017 13:47
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr. med.
Vorname	Karin
Name	Weyer
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-Straße 25
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	0228-28714284
Telefax	
E-Mail	karin.weyer@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie e.V. vorformuliert.
Benennung	Atezolizumab
Alternative Bezeichnung	Tecentriq®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1711246
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Wirkmechanismus Atezolizumab ist ein gentechnisch erzeugter, vollständig humanisierter monoklonaler Immunglobulin-G1-(IgG1) Antikörper, der spezifisch an den Programmed Death-1 – Liganden bindet (PD-L1) und damit die Interaktion dieses Liganden mit seinem Rezeptor, Programmed Death-1' (PD-1) blockiert. Hierdurch wird eine durch T-Zellen vermittelte Immunreaktion gegen Tumorzellen wieder reaktiviert. PD-L1 ist u.a. auf

Feld	Wert
	Tumorzellen und tumorinfiltrierenden Immunzellen (wie z.B. antigenpräsentierenden Zellen und T-Zellen) exprimiert. Eine Bindung von PD-L1 an seine Rezeptoren PD-1 und das Membranprotein B7.1 (Synonym: Cluster of Differentiation 80: CD80) führt zu einer verminderten Immunreaktion von T-Zellen gegen Tumoren. Atezolizumab blockiert neben der PD-L1/PD-1-Interaktion im Gegensatz zu einer singulären Anti-PD-1 gerichteten Behandlung auch die Interaktion von PD-L1 zu B7.1, blockiert aber nicht die Bindung zwischen PD-L2 und PD-1. Über die Interaktion von PD-L2 und PD-1 werden potentiell Mechanismen der Immunhomöostase vermittelt, wodurch überschießenden Immunreaktionen in der Peripherie vorgebeugt werden könnte. Die Interaktion zwischen PD-L1 und PD-1 sowie PD-L1 und B7.1 führt zu einer Hemmung der T-Zellproliferation und der Zytokinausschüttung, was eine abgeschwächte Immunabwehr gegenüber den Tumorzellen zur Folge hat. Durch die blockierte PD-L1/PD-1 und PD-L1/B7.1-Interaktion reaktiviert Atezolizumab die T-Zell-vermittelte antitumoröse Immunantwort. Die Effektivität einer Blockade dieses Mechanismus zeigt sich bereits in den erfolgreichen anti-PD-1 Therapien mit den Antikörpern Nivolumab und Pembrolizumab, die den Rezeptor und nicht den Liganden blockieren. Evidenzlage: Klinische Wirksamkeit beim lokal fortgeschrittenen oder metastasierenden Urothelkarzinom: Bei Patienten mit metastasierter Erkrankung, die für eine Therapie mit Cisplatin nicht in Frage kamen (1L, „Cisplatin-ineligible“ betrug die Gesamtansprechrate (ORR) in der Intent –to-treat (ITT) -Population 24% [95% CI: 16-32%]; n=119). Zudem betrug die ORR 28% [14-47%] bei Patienten mit hoher PD-L1-Expression (IC2/3, n = 32), und 25% [16-36%] bei Patienten mit IC1/2/3 (n = 80). Das mediane Gesamtüberleben (mOS) betrug 12,3 Monate bei Patienten mit hoher PD-L1-Expression (IC2/3), 15,3 Monate bei Patienten mit IC0/1 und 14,8 Monate in der ITT. Zum Zeitpunkt des Data Cut-off sprachen 75% (21/28) der Patienten weiter auf die Therapie mit Atezolizumab an (Median Follow-Up 14.4 Monate). Die mediane Gesamtansprechdauer (DOR) wurde noch nicht erreicht. Bei vorbehandelten Patienten deren Tumor während oder nach einer Vorbehandlung mit einer platinbasierten Chemotherapie progredient war, betrug die ORR in der ITT-Population 16% [12-20%]. Zudem betrug die ORR 28% [19-38%] bei Patienten mit hoher PD-L1-Expression (IC2/3, n = 100) und 19% [14-25%] bei Patienten mit IC1/2/3 (n = 207). Das mediane Gesamtüberleben (mOS) betrug 11,9 Monate bei Patienten mit hoher PD-L1-Expression (IC2/3), 6,7 Monate bei Patienten mit IC0/1 und 7,9 Monate in der ITT. Klinische Wirksamkeit beim nicht-kleinzelligen Karzinom (NSCLC) der Lunge: Sicherheit und Wirksamkeit von 1200 mg Atezolizumab intravenös dreiwöchentlich als Einzelsubstanz zur Behandlung des fortgeschrittenen oder metastasierten NSCLC wurden in einer Phase I (PCD4989g), mehreren Phase II-Studien (FIR, POPLAR und BIRCH) und einer Phase III-Studie (OAK) untersucht. Die Phase II-Studie POPLAR ist eine offene randomisierte Studie, in der die Wirksamkeit und Sicherheit von Atezolizumab als Monotherapie gegen Docetaxel bei Patienten mit zuvor vorbehandelten fortgeschrittenem oder metastasierendem NSCLC verglichen wurde. Primärer Endpunkt der Studie war das Gesamtüberleben (OS). Es zeigte sich ein Vorteil bezüglich des medianen Gesamtüberlebens (mOS) in der ITT (12,6 vs. 9,7 Monate). Der Vorteil für das Gesamtüberleben konnte in der Phase III-Studie OAK bestätigt werden. Ko-primäre Endpunkte für die ersten 850 rekrutierten Patienten waren das Gesamtüberleben (OS) der Gesamtpatientenpopulation und das OS der Patienten mit einer PD-L1-Expression von $\geq 1\%$. Die ko-primären-Endpunkte wurden erreicht. Gemäß der Primäranalyse (n = 850) überlebten Patienten, die mit Atezolizumab behandelt wurden, im Median 4,2 Monate länger, als Patienten, die eine Docetaxel-Chemotherapie erhielten (13,8 vs. 9,6 Monate; Hazard Ratio [HR]: 0,73; 95 %-Konfidenzintervall [KI]: 0,62 – 0,87; p = 0,0003). Das OS der Patienten mit einer PD-L1-Expression von $\geq 1\%$ wurde signifikant von 10,3 auf 15,7 Monate verlängert (HR: 0,74; 95% CI: 0.58–0.93; p=0.0102). Ebenso zeigte sich eine signifikante Überlebensverlängerung in der Population mit einer PD-L1 Expression $<1\%$: Gesamtüberleben 8.9 vs 12.6 Monate im Vergleich der Chemotherapie zu Atezolizumab; HR 0,75; 95% CI: 0,59 - 0,96; p = 0.0215. Dosierung: Atezolizumab wird intravenös appliziert. Die Dosis beträgt 1.200 mg alle 3 Wochen.
Indikation	Atezolizumab wird angewendet als Monotherapie bei: • erwachsenen Patienten zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Urothelkarzinoms (UC) nach vorheriger platinhaltiger Chemotherapie oder bei erwachsenen Patienten, die für eine Behandlung mit Cisplatin als ungeeignet angesehen werden. • erwachsenen Patienten

Feld	Wert
	zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) nach vorheriger Chemotherapie. Patienten mit aktivierenden EGFR-Mutationen oder ALK-positiven Tumormutationen sollten vor der Therapie mit Atezolizumab bereits eine auf diese Mutationen zielgerichtete Therapie erhalten haben.
Ablösung / Ergänzung	Urothelkarzinom: Als Chemotherapie freie Behandlungsoption ersetzt Atezolizumab bei einem Teil der Patienten eine klassische Chemotherapie mit Carboplatin/Gemcitabin oder ermöglicht erstmals überhaupt eine Therapie bei Patienten die eine Chemotherapie nicht vertragen würden. Bronchialkarzinom: Atezolizumab ist eine neue Behandlungsalternative und verschiebt eine weitere Chemotherapie in die nachfolgenden, hinteren Therapielinien, eventuell ersetzt oder verschiebt es auch eine Therapie mit Immunonkologika, z. B. Nivolumab.
Was ist neu?	Atezolizumab ist ein humanisierter monoklonaler Antikörper, der PD-L1 (Programmed cell death protein 1 ligand) blockiert und gehört zur Klasse der Checkpoint-Inhibitoren (CPI). Durch die Behandlung mit Atezolizumab ist erstmalig in der PD-1/PD-L1-Krebs-Immuntherapie der Ligand und nicht der Rezeptor das therapeutische Ziel.
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	Atezolizumab ist in den USA bereits seit 2016 zugelassen und findet seitdem eingeschränkt Anwendung auch in Deutschland. Seit dem 28.9.2017 ist Atezolizumab in Deutschland verfügbar.
Medikament zugelassen	Seit dem 21.9. liegt die Zulassung in Europa für die Indikationen lokal fortgeschrittener oder metastasierender nicht-kleinzelliger Lungenkrebs (NSCLC) und lokal fortgeschrittenes oder metastasierendes Urothelkarzinom vor.
Methode im Krankenhaus	2018
Methode in Krankenhäusern	Bisher in Deutschland nur vereinzelt, wenn auch das NUB für 2017 in über 200 Kliniken beantragt wurde.
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	5-10
Mehrkosten	Sachkosten: Atezolizumab wird intravenös appliziert. Die Dosis beträgt 1.200 mg alle 3 Wochen. Bei einem üblichen Aufenthalt sollte also nur ein Zyklus verabreicht werden. Die Kosten für Atezolizumab belaufen sich in Deutschland auf 6.109,90€ pro Einzeldosis von 1.200 mg (öffentlicher Apothekenpreis). Personalkosten: Aufgrund der aufwändigen Überwachung entsteht in der Pflege ein 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. 95 €
nicht im G-DRG-System abgebildet	Atezolizumab ist erst seit September 2017 in Deutschland auf dem Markt. Für das Datenjahr 2016 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 6.100 € können aber mit den o.g. Fallpauschalen allein nicht ausreichend abgebildet werden. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	Eine unspezifische Kodierung ist mittels 8-547.0 Andere Immuntherapie, mit nicht modifizierten Antikörpern möglich. Ein OPS Kode wurde beantragt, Änderungsvorschlag Nr. 087 „Ergänzung der Liste 6 Medikamente“ 2018.
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	E71A/B, andere DRGs sind möglich, wenn die Aufnahme wegen des Tumors nicht Hauptdiagnose ist, die Behandlung als Dauertherapie aber fortgeführt werden muss. J62,

Feld	Wert
	andere DRGs sind möglich, wenn die Aufnahme wegen des Tumors nicht Hauptdiagnose ist, die Behandlung als Dauertherapie aber fortgeführt werden muss.
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1810460

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1810460
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	27.10.2017 09:56
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	Nal-Irinotecan (pegyliertes liposomal verkapseltes Irinotecan)
Alternative Bezeichnung	Onivyde®
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	Die aktive Substanz ist Irinotecan, ein Topoisomerase-I-Inhibitor, welches in Liposomen mit einer langen Zirkulationszeit verkapselt ist. Das Liposom ist ein kleines, unilamellares, Bilayer-Fettvesikel mit einem Durchmesser von ca. 110 nm, welches Irinotecan als Sucrosulfat Salz in einem gelatinierten oder ausgefälltem Stadium in einer wässrige Phase enthält. Für Nal-Irinotecan konnte eine verlängerte Zirkulationszeit im Vergleich zu

Feld	Wert
	nicht verkapseltem Irinotecan und eine Verlängerung der Aktivitätsdauer in Tumorzellen gezeigt werden. In einer randomisierten Studie beim metastasierten Pankreaskarzinom zeigte Nal-Irinotecan in Kombination mit 5-Fluorouracil und Leucovorin im Vergleich zu 5-Fluorouracil und Leucovorin eine Überlegenheit bzgl. Ansprechrate, medianem progressionsfreien Überleben und Gesamtüberleben. Die empfohlene Dosis für Nal-Irinotecan beim Pankreaskarzinom beträgt 80 mg/m ² , gegeben als intravenöse Infusion über 90 Minuten, alle 14 Tage.
Indikation	Zur Behandlung des metastasierten Adenokarzinoms des Pankreas in Kombination mit 5-Fluorouracil (5-FU) und Leucovorin (LV) bei erwachsenen Patienten, deren Erkrankung unter einer Gemcitabin-basierten Therapie fortgeschritten ist.
Ablösung / Ergänzung	Abgelöst wird keine Methode. Nal-Irinotecan in Kombination mit 5-FU/LV ist die einzige zugelassene Behandlung für Patienten, die eine Vorbehandlung mit Gemcitabine hatten.
Was ist neu?	In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2017 hat liposomales Irinotecan (Nal-Irinotecan) den Status 1 (Position 39 der NUB Liste 2017, 233 anfragenden Krankenhäuser).
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	November 2016
Medikament zugelassen	14.10.2016.
Methode im Krankenhaus	2017
Methode in Krankenhäusern	Nal-Irinotecan wird schätzungsweise in ca. 230 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUB-Anträge 2017).
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	5
Patienten Zukunft	5
Mehrkosten	Durch die Gabe von Nal-Irinotecan entstehen folgende Zusatzkosten für die je Patient zu verabreichende Therapie: Annahme: Patient mit 1,8 m ² Körperoberfläche Kosten der Nal-Irinotecan-Therapie: 80 mg / m ² , Therapieabstand 14 – täglich = 144 mg pro Zyklus Packungsgröße: 50 mg / 10 ml 144 mg pro Pat/Anwendung = 3 Durchstechflaschen bei 50 mg Substanz Preis pro Durchstechflasche: 1054,04 € ; Preis pro Anwendung: 3162,12 € Die Kosten 5-FU und Folsäure, die in der Kombinationstherapie mit Nal-Irinotecan gegeben werden, können vernachlässigt werden. Personalkosten: Für die Zubereitung: ca. 3 x 10 Minuten (MTD Apotheke) Für die Applikation: ca. 3 x 5 Minuten (ÄD) und ca. 3 x 5 Minuten (PD) Für die Überwachung: ca. 3 x 10 Minuten (PD), ca. 3 x 10 Minuten (ÄD)
nicht im G-DRG-System abgebildet	Nal-Irinotecan wurde im Oktober 2016 zugelassen. Für das Datenjahr 2016/2018 liegen daher aus den Kalkulationshäusern keine ausreichenden Kostendaten für den Einsatz vor. Ebenso gibt es bislang noch keinen spezifischen dosisabhängigen OPS-Code für das Medikament. Eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System wird damit nicht möglich. Die zusätzlichen Kosten von 3162,12 € 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. Darüber hinaus waren vor einigen Jahren andere ähnlich geartete Therapie-Methoden, die in der Indikation Pankreas Karzinom zugelassen sind und eingesetzt werden, wie zum Beispiel Nab-Paclitaxel (bei nicht vorbehandelten Patienten), ebenfalls als NUB anerkannt worden.
Prozeduren - Beschreibung	Bisher ist kein spezifischer dosisgestaffelter OPS-Code für die Anwendung des Medikamentes definiert worden.
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja

Feld	Wert
DRGs	H61A H61B H61C
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1810479

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1810479
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	27.10.2017 10:19
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	Midostaurin
Alternative Bezeichnung	Rydapt®
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	Wirkmechanismus Midostaurin hemmt verschiedene Rezeptor-Tyrosinkinasen, darunter FLT3, KIT, FGFR oder VEGFR2 sowie Vertreter der Proteinkinase C (PKC). Im Fall von FLT3 wirkt Midostaurin sowohl auf die mutierte als auch auf die Wildtyp-Variante. Midostaurin bindet an die katalytische Domäne dieser Kinasen und hemmt die mitogenen Signale der entsprechenden Wachstumsfaktoren. Hierdurch werden Zellzyklusarrest und

Feld	Wert
	Apoptose induziert. Klinische Wirksamkeit, Sicherheit und Dosierung AML: In der RATIFY-Studie (CALGB 10603, EudraCT-Nr. 2006-006852-37) wurde Standard-Induktions- und Konsolidierungstherapie mit Daunorubicin und Cytarabin zur Induktion und mit einer Hochdosis-Chemotherapie mit Cytarabin zur Konsolidierung plus Midostaurin oder Placebo mit anschließender Midostaurin-Monotherapie oder Placebo in der Erhaltung bei Patienten im Alter von 18-59 Jahren mit neu diagnostizierter FLT3-mutierter AML untersucht. Der primäre Studienendpunkt, das Gesamtüberleben (Overall Survival, OS), wurde mit einer Hazard Ratio (Vergleich Midostaurin-Arm vs. Placebo-Arm) von 0,77 (einseitig P = 0,009) erreicht (Stone RM et al. Midostaurin plus Chemotherapy for Acute Myeloid Leukemia with a FLT3 Mutation. N Engl J Med. 2017 June 23. doi: 10.1056/NEJMoa1614359). Die Applikation erfolgt oral. Midostaurin wird pro Zyklus täglich für 14 Tage (100 mg/Tag) im Rahmen der Standard-Chemotherapie gegeben und ergänzt somit die bisherige Standardtherapie. Gegebenenfalls schließt sich eine Erhaltungstherapie an, in der Midostaurin täglich gegeben wird. Fortgeschrittene systemische Mastozytose: In der prospektiven Phase-II-Studie CPKC412D2201 (EudraCT-Nr. 2008-000280-42) wurden 116 Patienten mit fortgeschrittener systemischer Mastozytose untersucht. Innerhalb der untersuchten Patienten wiesen 89 Patienten messbare Organschäden auf und wurden in die primäre Wirksamkeitspopulation aufgenommen. Alle Teilnehmer erhielten Midostaurin als orale Monotherapie. In der Studie erreichten Patienten unter Midostaurin ein mittleres Gesamtüberleben von 28,7 Monaten (95%-KI: 18,1; nicht bestimmt). Bei 78% der Patienten führte die Therapie mit Midostaurin sowohl zur Reduktion der Mastzellichte im Knochenmark als auch zu einem Rückgang der Serumtryptase; beides war mit einer Verbesserung des Krankheitsverlaufes assoziiert (Gotlib J et al. Efficacy and Safety of Midostaurin in Advanced Systemic Mastocytosis. N Engl J Med 2016; 374(26):2530-2541). Weiterhin hatte die Behandlung eine positive Auswirkung auf die Lebensqualität der Patienten, die anhand eines Zwölf-Punkte-Fragebogens beurteilt wurde: So zeigte sich im Vergleich zum Ausgangswert eine signifikante Verbesserung des Mental Health Scores und des Physical Health Scores um 26% bzw. 29% (jeweils p<0,001). Ab Diagnosestellung wird als initiale systemische Therapie täglich 200 mg verabreicht. Die Applikation erfolgt oral.
Indikation	Indikationen Midostaurin wird angewendet: • bei Erwachsenen mit neu diagnostizierter akuter myeloischer Leukämie (AML), die eine Mutation von FLT3 aufweisen, in Kombination mit einer Standard-Chemotherapie mit Daunorubicin und Cytarabin zur Induktion und mit einer Hochdosis-Chemotherapie mit Cytarabin zur Konsolidierung und anschließend bei Patienten in kompletter Remission als Midostaurin-Monotherapie zur Erhaltungstherapie (siehe Abschnitt 4.2); • als Monotherapie zur Behandlung erwachsener Patienten mit aggressiver systemischer Mastozytose (ASM), systemischer Mastozytose mit assoziierter hämatologischer Neoplasie (SM-AHN) oder Mastzellleukämie (MCL).
Ablösung / Ergänzung	AML: Midostaurin wird in Kombination mit Standard-Induktionstherapie (3+7 Schema) sowie in Kombination mit intensiver Chemotherapie in der Konsolidierung sowie als Monotherapie in der Erhaltung verwendet und ergänzt somit die bestehende Standardtherapie. Es wird keine konventionelle Therapie ersetzt. Fortgeschrittene systemische Mastozytose: Für die Behandlung der fortgeschrittenen systemischen Mastozytose gibt es derzeit keine zugelassene Therapieoption. Cladribine oder Interferon können versucht werden. Zusätzlich kommt symptomatische Therapie zum Einsatz.
Was ist neu?	Midostaurin wird erstmals zugelassen und ist daher eine vollständig neue Therapieoption.
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	Q4 2017; die Zulassung durch die EMA erfolgte am 18. September 2017
Medikament zugelassen	Die Zulassung durch die EMA erfolgte am 18. September 2017
Methode im Krankenhaus	2016
	Nicht bekannt

Feld	Wert
Methode in Krankenhäusern	
Patienten letztes Jahr	5
Patienten dieses Jahr	5
Patienten Zukunft	5-10
Mehrkosten	AML: Midostaurin wird pro Zyklus täglich für 14 Tage (100 mg/Tag) im Rahmen der Standard-Chemotherapie gegeben. Bei einer Packungsgröße von 112 Tabletten á 25 mg und einem Preis pro Packung von 20.886,- € (Einkaufspreis für Kliniken, brutto inkl MWSt) ergeben sich Kosten pro Behandlungstag von 746,- € Fortgeschrittene systemische Mastrozytose: Midostaurin wird täglich gegeben (200mg/Tag). Bei einer Packungsgröße von 112 Tabletten á 25 mg und einem Preis pro Packung von 20.886,- € (Einkaufspreis für Kliniken, brutto inkl MWSt) ergeben sich Kosten pro Behandlungstag von 1.492,- €
nicht im G-DRG-System abgebildet	Da die Zulassung von Midostaurin durch die EMA erst am 18. September 2017 erfolgte, liegen keine Kostendaten für das Datenjahr 2016 aus den Kalkulationshäusern vor. Eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System ist damit nicht möglich. AML: Midostaurin wird in Kombination zur Standard-Chemotherapie gegeben und ergänzt somit die bisherige Standardtherapie. Die zusätzlichen Kosten der Midostaurin-Gabe in Höhe von 746€ pro Behandlungstag sind daher nicht in den DRGs enthalten und es entsteht so eine Schieflage in den betroffenen DRGs. Fortgeschrittene systemische Mastrozytose: Midostaurin wird täglich gegeben und stellt eine völlig neue Therapieoption in dieser Indikation dar. Die zusätzlichen Kosten in Höhe von 1492,-€ pro Behandlungstag sind daher nicht in den DRGs enthalten und es entsteht eine Schieflage in den betroffenen DRGs
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	AML: R60-, Mastrozytose R61-
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

Unbekannter Text: nameNUB N1810389

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1810389
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	27.10.2017 07:14
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	Inotuzumab-Ozogamicin (72)
Alternative Bezeichnung	Besponsa®
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: Inotuzumab-Ozogamicin ist ein monoklonaler anti-CD22 Antikörper konjugiert an Calicheamicin, ein Zytostatikum. Evidenzlage: In einer Phase-3 –Studie wurden 279 Patienten mit refraktärer oder rezidivierter CD-22-positiver B-ALL untersucht. Sie erhielten entweder Inotuzumab-Ozogamicin (n=141) oder die Standardtherapie des Zentrums (n=138). Die Rate kompletter Remissionen/kompletter Remissionen ohne vollständige

Feld	Wert
	Rekonstitution war im Inotuzumab-Ozogamicin-Arm mit 80,7% vs. 29,4% signifikant erhöht. Das progressionsfreie Überleben war mit 5 vs. 1,8 Monate ebenso überlegen ebenso das 2-Jahres-Überleben mit 23 % vs. 10 %. Literatur: Kantarjian et al., NEJM 375;8, 740-753 Dosis: Die untersuchte Dosis betrug insgesamt 1,8 mg/m ² Körperoberfläche gegeben an Tag 1, 8 und 15 des Zyklus von 21 bzw. 28 Tagen Dauer, insgesamt bis zu 6 Zyklen
Indikation	Inotuzumab-Ozogamicin wird angewandt als Monotherapie bei Patienten refraktärer oder rezidivierter B-Vorläufer-Akuter lymphatischer Leukämie. Erwachsene Patienten mit Philadelphia-Chromosom-positiver (Ph+) rezidivierter oder refraktärer B-Vorläufer-ALL sollten eine vorhergehende erfolglose Behandlung mit mindestens 1 Tyrosinkinase-Inhibitor (TKI) aufweisen.
Ablösung / Ergänzung	Er erweitert das bisherige Behandlungsspektrum und löst damit keine bisherige Methode ab. Durch den Einsatz einer weiteren Therapiemodalität mit einem neuen Wirkansatz werden weitergehende Therapien wie allogene Transplantation nach Versagen einer Chemotherapie ermöglicht. Inotuzumab-Ozogamicin bietet die Möglichkeit einer gerichteten Therapie mit dem Ziel einer kompletten Remission. Eine Alternative für einen Teil der Patienten wäre eine konventionelle Rezidiv-Chemotherapie. Eine weitere neartige Alternative ist das Antikörper-Konstrukt Blinatumomab (NUB-Status 1 für 2017).
Was ist neu?	Inotuzumab-Ozogamicin ist ein neuer konjugierter Antikörper gegen CD22 in der Therapie der B-ALL der bisher in Deutschland nicht zugelassen ist. Ähnliche Antikörper sind in dieser Situation bisher ebenso nicht zugelassen. Inotuzumab Ozogamicin erhielt am 7. Juni 2013 den Status eines Arzneimittels zur Behandlung eines seltenen Leidens (Orphan Drug), EU/3/13/1127. Aufgrund des hohen ungedeckten Bedarfs in der Zielpopulation wurde Inotuzumab Ozogamicin von der Food and Drug Administration (FDA) der Status Breakthrough Therapy verliehen.
Verweildauer	Da es sich um eine zusätzliches Therapieangebot handelt, kann hierüber, auch aufgrund fehlender Erfahrungen, keine Aussage gemacht werden
Methode in Deutschland	Seit Juli 2017 in einzelnen Häusern.
Medikament zugelassen	Nach der EU-Zulassungsempfehlung am 21.4.2017 wurde Inotuzumab-Ozogamicin am 30.06.2017 in der EU zugelassen.)
Methode im Krankenhaus	2017 geplant
Methode in Krankenhäusern	Aufgrund fehlender Refinanzierung kann es aktuell nur nach Einzelkostenantrag oder nur in Studien angewandt werden. Dies werden ca. 25 Krankenhäuser in Deutschland sein, vor Zulassung in ca. 12 Kliniken im Rahmen eines Härtefallprogramms.
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	2
Patienten Zukunft	2
Mehrkosten	Sachkosten: Aufgrund der Listenpreise kostet der 1. Zyklus für einen durchschnittlichen Patienten ca. 60.000 Euro, jeder weitere Zyklus 50.000 Euro. Es werden 1,8 (1. Zyklus) bzw. 1,5 (Folgezyklen) mg/m ² Körperoberfläche verabreicht. Personalkosten: Aufgrund der Überwachung entsteht in der Pflege ein Personalaufwand für Überwachung und Applikation von ca. 1 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. 53 €. Ein konventionelle Chemotherapie ist von den Medikamentenkosten her wesentlich günstiger. Blinatumomab fällt in eine ähnliche Preiskategorie und hat für 2017 NUB Status 1 erhalten.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Inotuzumab-Ozogamicin ist erst im Juli 2017 auf den Markt gekommen. Für das Datenjahr 2016 können aus den Kalkulationshäusern keine Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System wird damit nicht möglich. Die zusätzlichen Kosten von voraussichtlich mindestens 50.000 € pro Zyklus können aber mit

Feld	Wert
	der Fallpauschale allein nicht ausreichend abgebildet werden. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	Die Gabe eines konjugierten Antikörpers kann unspezifisch mit der 8-547.1 Andere Immuntherapie, mit modifizierten Antikörpern kodiert 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 N1809597

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1809597
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 12:13
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	Lilly Deutschland GmbH Lilly Deutschland
Benennung	Ixekizumab
Alternative Bezeichnung	Ixekizumab ist ein monoklonaler IgG 4-Antikörper, zur Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis, der mit hoher Affinität (< 3 pM) und Spezifität an Interleukin-17A (IL-17A) bindet und in der Folge neutralisiert.
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	Die Zulassung des Wirkstoffes Ixekizumab wurde durch die Europäische Kommission am 25.04.2016 für die Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Therapie in Frage kommen, erteilt. Darüber hinaus werden derzeit Studien mit Ixekizumab für eine Zulassungserweiterung in der Indikation Psoriasis-Arthritis durchgeführt. Die Psoriasis (Schuppenflechte) ist eine

Feld	Wert
	multifaktorielle, systemische, chronisch entzündliche Erkrankung. Charakteristisch sind die geröteten, erhabenen und schuppigen Plaques auf der Haut. Damit einher geht oftmals deutlicher Juckreiz und Schmerzen der Haut. Außerdem kann es bei etwa 20 % der Patienten zu einer psoriatischen Gelenkbeteiligung kommen, d.h. an den betroffenen Gelenken kommt es gleichzeitig zu Knochenzerstörungen und -wucherungen. Zudem weisen Patienten mit Psoriasis ein erhöhtes Risiko für unterschiedliche Begleiterkrankungen wie Diabetes mellitus, Herz-Kreislauferkrankungen und Depressionen auf. Viele Patienten empfinden ihre Lebensqualität in Folge der Erkrankung und Komorbidität als stark beeinträchtigt. Im Jahr 2013 stellte die WHO klar, dass es sich bei der Psoriasis um eine chronische, schmerzhafte, entstellende, behindernde und nicht heilbare Erkrankung handelt. IL-17A, das therapeutische Angriffsziel von Ixekizumab, ist ein wichtiger Mediator des Entzündungsgeschehens bei der Psoriasis. Es fördert den Entzündungsprozess, die Zerstörung des Gewebes sowie die Neoangiogenese und trägt somit zur Manifestation der Psoriasis bei. Ixekizumab in seiner Eigenschaft als IL-17A-Antikörper verhindert die Bindung von IL-17A an den zugehörigen Rezeptor. Dadurch werden die Signalübertragung am Rezeptor und die dem Rezeptor nachgeschalteten Prozesse, wie Entzündungsreaktionen und Keratinozyten-Proliferation, gehemmt. Die Zulassung von Ixekizumab stützt sich auf drei pivotalen Phase 3 Studien (UNCOVER 1-3). UNCOVER 1-3 sind multizentrische, randomisierte, doppelblinde und Placebo-kontrollierte Studien, die die Wirksamkeit und Sicherheit verschiedener Ixekizumab-Dosierungsregime bei Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis prüften. Zwei der insgesamt drei Studien (UNCOVER 2 und 3) beinhalten zusätzlich zum Placebo-Kontrollarm einen aktiven Etanercept-Vergleichsarm. Insgesamt beinhalteten die UNCOVER Studien 3.866 Patienten aus 21 Ländern, davon stammte knapp die Hälfte der Patienten aus Europa. Bereits 12 Wochen nach Beginn der Ixekizumab-Behandlung zeigte sich in einer Analyse der Wirksamkeitsdaten von UNCOVER 1, 2 und 3 bei 70,9% bzw. 71% und 68% der Patienten eine nahezu vollständige Erscheinungsfreiheit von psoriatischen Plaques (eine sogenannte PASI 90 Reduktion). In UNCOVER 2 zeigten sich bei 85,1% der Patienten ein klinisch signifikant reduzierter Juckreiz (≥ 4 Punkte Verbesserung von Baseline im Itch NRS) und bei 64,1% der Patienten keine oder nur noch eine geringfügige Psoriasis-bedingte Auswirkung auf die Lebensqualität (DLQI 0 oder 1). In UNCOVER 3 erreichten 73% der Patienten ein Ansprechen auf Ixekizumab (definiert als mindestens nahezu vollständige Erscheinungsfreiheit (sPGA 0 oder 1) in Woche 12) welches unter Ixekizumab für weitere 48 Wochen anhielt. (Gordon KB et al., NEJM 2016; Griffith CEM et al., The Lancet 2015) Zusammenfassend belegen die Studien konsistent einen besonders schnellen Wirkeintritt von Ixekizumab, eine bedeutsame und anhaltende Verbesserung des Hautbildes bis hin zur kompletten Erscheinungsfreiheit, eine klinisch-relevante Verringerung des Juckreizes und eine Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die meisten unerwünschten Ereignisse, die unter Ixekizumab-Behandlung auftraten, waren mild oder moderat ausgeprägt. Generell ist Ixekizumab gut verträglich mit dem erwarteten Sicherheitsprofil eines IL-17A-Inhibitors. (Strober B et al., Abstract 3101, AAD 2016) Dem Therapeuten stehen zur Behandlung der Psoriasis derzeit zunächst konventionelle systemische Therapeutika und darüber hinaus Biologika zur Verfügung. Allerdings besteht aufgrund des Nebenwirkungsprofils, der Kontraindikationen, der möglichen unzureichenden Wirksamkeit oder eines Wirkverlustes im langjährigen Therapieverlauf weiterhin der Bedarf nach wirksamen Therapien. Mit der neuen Wirkstoffklasse der IL-17A-Inhibitoren, wie durch Ixekizumab repräsentiert, steht eine neue Behandlungsoption zur Verfügung. Mit Ixekizumab ist zudem eine nahezu vollständige Erscheinungsfreiheit von psoriatischen Läsionen möglich, welche zuvor als kaum erreichbar galt. Dosierung und Anwendung von Ixekizumab: Die empfohlene Dosis beträgt 160 mg mittels subkutaner Injektion (zwei 80 mg Injektionen) in Woche 0, gefolgt von 80 mg (eine Injektion) in den Wochen 2, 4, 6, 8, 10 und 12; die anschließende Erhaltungsdosis beträgt 80 mg (eine Injektion) alle 4 Wochen. Bei Patienten, die nach 16 bis 20 Wochen auf die Behandlung nicht angesprochen haben, sollte ein Absetzen der Behandlung in Erwägung gezogen werden. Bei einigen Patienten mit anfänglich partiellem Ansprechen kann sich das Ansprechen bei Fortsetzung der Behandlung über einen Zeitraum von 20 Wochen hinaus verbessern.
Indikation	

Feld	Wert
	Bei erwachsenen Patienten mit einer mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis, für die eine systemische Therapie in Frage kommt.
Ablösung / Ergänzung	Bei Ixekizumab handelt es sich um eine Therapiealternative in der systemischen Behandlung der mittelschweren bis schweren Psoriasis. Abhängig von der Entscheidung der Leistungserbringer ist zu erwarten, dass Psoriasis-Patienten zukünftig auch mit Ixekizumab anstelle einer anderen systemischen immunsuppressiven bzw. immunmodellierenden Therapie (wie Etanercept, Adalimumab, u.a.) behandelt werden.
Was ist neu?	Ixekizumab ist ein neues Medikament, das erstmalig am 25.04.2016 von der Europäischen Kommission zur Therapie der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis zugelassen wurde.
Verweildauer	Eine repräsentative Aussage zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus ist aufgrund fehlender Daten derzeit nicht möglich.
Methode in Deutschland	Ixekizumab wird im ersten Quartal 2017 in den deutschen Markt eingeführt. Es ist bereits seit April 2016 in den USA verfügbar. In weiteren europäischen Ländern hat die Markteinführung auch bereits 2016 stattgefunden.
Medikament zugelassen	Die Zulassung des Präparates in Europa für die Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis erfolgte am 25.04.2016. In den USA wurde eine entsprechende Zulassungen bereits am 22.03.2016 erteilt.
Methode im Krankenhaus	2017
Methode in Krankenhäusern	Da die Markteinführung von Ixekizumab in Deutschland noch bevorsteht, wird von ca. 30 Studienzentren ausgegangen, die es derzeit zu Zwecken der klinischen Forschung einsetzen. Darüber hinaus kann es im Einzelfall Importe aus anderen europäischen Ländern geben, in denen das Produkt bereits verfügbar ist.
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	5
Patienten Zukunft	10
Mehrkosten	Gegenüber den durch die DRG abgedeckten Standardtherapien wie Methotrexat oder Fumaderm (bzw. bei Psoriasis-Arthritis: Leflunomid) entstehen Mehrkosten von ca. 1.800 EUR incl. MWSt, bei Initiierung von 3.600 EUR incl. MWSt pro stationärem Aufenthalt. Die Behandlung mit vergleichbaren, bereits auf dem Markt befindlichen Medikamenten (wie Adalimumab, Etanercept, Infliximab, Ustekinumab und Secukinumab) im stationären Bereich ist durchgängig über Zusatzentgelte oder NUB finanziert. Die Kosten für eine Dosis 80 mg Ixekizumab im Pen/Fertigspritze betragen 1.860,29 EUR incl. MWSt. Da bei Initiierung der Therapie eine doppelte anfängliche Dosis von 160 mg notwendig ist, liegen die anfallenden Kosten hier doppelt so hoch, bei 3.720,58 EUR. Die Personalkosten bewegen sich im üblichen Rahmen einer medikamentösen Injektionstherapie, und sind deshalb hier zu vernachlässigen.
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 aktuellen DRG-Kalkulation nicht einbezogen wurden. Die genannten Kosten überschreiten den Kalkulationsrahmen der betroffenen DRGs um ein Mehrfaches, so dass eine Schieflage in den betreffenden DRGs kommt und eine zukünftige sachgerechte Abbildung in der Systematik erst durch eine spezifische DRG bzw. ein entsprechendes Zusatzentgelt realisierbar werden wird. Verwiesen wird hier auf ebenfalls bei mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis eingesetzte Antikörper wie Adalimumab, Etanercept, Ustekinumab, Infliximab und Secukinumab, denen bei etwa gleichwertigen Kosten Zusatzentgelte zugeordnet wurden bzw. ein NUB-Status 1 bewilligt wurden.
Prozeduren - Beschreibung	Ein prozedurspezifischer OPS-Code besteht derzeit nicht. Bislang kann die erbrachte Methode mittels der OPS-Kodes 8-547.0 („Immuntherapie: Mit nicht modifizierten Antikörpern“) 8-547.2 („Andere Immuntherapie: Immunmodulatoren“) oder 8-547.3

Feld	Wert
	(„Andere Immuntherapie: Immunsuppression“) oder 8-547.x („Andere Immuntherapie: Sonstige“) unspezifisch abgebildet werden.
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	J61B
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1816058

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1816058
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	19.10.2017 12:14
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	BCGH UG (haftungsbeschränkt) Karin Frankenstein
Benennung	Externer Stabilisator-Scaffold der Anastomose eines AV-Shunts im Rahmen der Shuntchirurgie
Alternative Bezeichnung	externer, adaptierbarer Anastomosenstabilisator-Scaffold zur geometrischen Korrektur, Stabilisation des Anastomosierungswinkels und Flussoptimierung der AV-Fistula im Rahmen der Shuntchirurgie zur Vorbereitung einer Nierenersatztherapie
Frühere Anfrage	Nein
Frühere Verfahrensnummer	
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Nein
Bemerkung	
Handelsname	VasQ
CE-Kennzeichnung	CE 0344 (Zertifikatenummer: 3901153CE01)
Beschreibung	Zur Stabilisation der arteriovenösen Anastomose, geometrischen Korrektur des Anastomosierungswinkels und Optimierung der Flussverhältnisse von arteriovenösen Shunts im Rahmen der Shuntchirurgie zur Vorbereitung eines chronischen Nierenersatzverfahrens bei terminaler Niereninsuffizienz dient das Verfahren des

Feld	Wert
	externen Stabilisator-Scaffold der Anastomose. Für den Gefäßzugang im Rahmen der Hämodialyse stellt der arteriovenöse Shunt sowohl in Hinblick auf Mortalitäts- und Infektionsrisiko, als auch bezüglich Kosteneffizienz die Methode der Wahl dar. Die chirurgische Technik der Shuntchirurgie hat sich seit Einführung im Jahre 1966 nur geringfügig verändert. In den ersten Wochen nach chirurgischer Anlage ist der arteriovenöse Shunt noch nicht benutzbar. Über einen Zeitraum von etwa 6-12 Wochen durchläuft er verschiedene Anpassungs- und Umbauvorgänge, welche als „Reifung“ zusammengefasst werden. Noch immer ist die Rate fehlender Reifung und Shunt-Versagens sehr hoch: bis zu 35 % Versagen innerhalb des ersten Monats, bis zu 45 % innerhalb der ersten sechs Monate und bis zu 60 % innerhalb der ersten zwölf Monate (Lee, JASN 2007; Huijbregts Clin J Am Soc Nephrol 2008; Schinstock, Clin J Am Soc Nephrol 2011; Al-Jaishi Am J Kidney Dis 2014). Zusätzlich ist die Dysfunktion des Gefäßzuganges der Haupttreiber von Hospitalisation, Morbidität und Mortalität bei Patienten an der Hämodialyse. Im statistischen Mittel erfolgen 2-3 Re-Interventionen, um die Offenheit des Shunts gewährleisten zu können (Kimball, J Vasc Surg 2011; Falk J, Vasc Interv Radiol 2006). Die Ursachen von fehlender Reifung, Shunt-Versagen und Dysfunktion des Gefäßzuganges liegen in relevantem Umfang an der Anastomosierungsstelle von Arterie und Vene im Rahmen der Shuntchirurgie (Clin J Am Soc Nephrol 2008; Stolic Med Princ Pract 2012). Die wesentlichen Faktoren sind dabei die geometrische Konfiguration, Winkel und Radius der Krümmung der Anastomose, Druck und Druckverteilung am Fußpunkt der Arterie, Wandspannung und Shear-Stress, sowie der Ablauf der venösen Dilatation post implantationem. Die ausgeprägte Varianz dieser Faktoren liegt in relevantem Umfang an intraoperativen, technischen Faktoren wie der chirurgischen Präparation, Vorbereitung und Fertigung der Anastomose. Die Anwendung des externen, adaptierbaren Stabilisator-Scaffold der Anastomose im Rahmen der Shuntchirurgie löst diese Probleme nachgewiesenermaßen zuverlässig und nachhaltig. Insgesamt beträgt die Rate primärer Offenheit bei Anwendung des Scaffold nach 1 Monat 95 % und nach 6 Monaten 79-81 % (Chemla, J Vasc Access 2016). Dies entspricht einer Halbierung der Rate an primären Shuntversagen! Darüber hinaus konnte die mittlere Flussgeschwindigkeit im Shunt von im Mittel 974 ml/min auf 1426 ml/min und damit um 46 % gesteigert werden. Dabei wurden keine kardialen Komplikationen oder Steal-Phänomene beobachtet. Für den Patienten bedeutet dies eine klare Verbesserung der sogenannten funktionellen Reifung des Dialyse-Shunts. Eine multizentrische, randomisierte Studie (ClinicalTrials.gov Identifier: NCT02112669; Manuskript in submission) zeigt, dass bereits nach 3 Monaten 95% der Patienten mit Anwendung des externen Stabilisator-Scaffolds den Dialyse-Shunt zur Dialyse nutzen konnten, während das nur 50% der Patienten nach konventioneller Shunt-Chirurgie konnten (p=0,001). Die Rate primärer Offenheit (=ohne weitere Intervention verwendbar) lag nach 6 Monaten bei 80% (vs. 67% im konventionellen Arm. Gleichzeitig wurde die Rate der Shunt-assoziierten Komplikationen nach 6 Monaten signifikant gesenkt (37% vs. 71%). Neben den o.a. Messwerten zeigen diese patientenzentrierten Endpunkte die hohe Praxisrelevanz der Methode. Im Einzelnen sind diese Ergebnisse nachgewiesenermaßen darauf zurückzuführen, dass sowohl die geometrische Konfiguration, als auch Winkel und Radius der Krümmung der Anastomose mechanisch auf die geforderten, optimierten Werte fixiert sind. Das optimiert sowohl Flussdynamik, als auch Wandspannung und Shear-Stress. Dadurch werden turbulente Flüsse reduziert und die neointimale Hyperplasie als Endstrecke des Shuntversagens deutlich reduziert. Bezüglich der Flüssigkeitsdynamik ist für die Anwendung des Stabilisator-Scaffold im Gegensatz zu konventionell operierten Anastomosen ohne Scaffold gezeigt, dass: a) die Flussvolumina bzw. Flusspattern an der arteriovenösen Anastomose steigt, b) eine deutlich bessere Propagation der Flussgeschwindigkeit in die proximale Venenregion erfolgt und c) die Flussgeschwindigkeit innerhalb der Arterie steigt. Zusammengefasst führt das dazu, dass am Fußpunkt der Arterie der Druck optimiert und die Druckverteilungsmuster homogenisiert werden. Bezüglich der Wandspannung und Shear-Stress ist für die Anwendung des Stabilisator-Scaffold gezeigt, dass: a) sowohl entlang der Arterie, als auch bis in die proximale Venenregion hinein eine Homogenisierung der Wandspannung erfolgt und b) sich das Gebiet der Iso-Stresszonen innerhalb der venösen Öffnung der Anastomose deutlich erweitert. Dies führt zu einer klaren Optimierung des dV/dA-Verhältnisses sowohl innerhalb der Anastomose selbst, als auch in den

Feld	Wert
	perianastomotischen Gefäßabschnitten und zu einem deutlich kontrollierteren Ablauf der venösen Dilatation. Der externe, adaptierbare Stabilisator-Scaffold der Anastomose besteht aus zwei miteinander verschweißten Anteilen: dem dreidimensionalen, mittels Laser-Cut-Verfahren hergestelltem Brace (als Geometrie-gebender Support) und dem konisch geformten, mittels Braiding-Technologie angefertigten proximalen Scaffold. Der Diameter der Nitinol-Struts variiert je nach Modell zwischen 43 und 50 µm. Insgesamt stehen sieben verschiedene Modelle zur Verfügung, um die mögliche Variabilität von sowohl Größe der zu anastomosierenden Gefäße, als auch dem individuell optimierten Winkel der Anastomose abzubilden. Nach Freilegung von Arterie und Vene und Vorbereitung der End-zu-Seite-Anastomose wird die Größe des Modells mittels Modellauswahl-Instruments an der Arterie bestimmt. Es können Arterien-Diameter von 2,5 mm bis 5,5 mm in Schritten von je 0,3 bis 0,5 mm abgebildet werden. Die Vene wird durch den Stabilisator-Scaffold eingebracht, indem sie vom Braid aus durch den Brace-Anteil des Scaffold durchgeführt wird. Nach Herstellung der Anastomose wird der Brace auf die Arterie aufgebracht und die Fußpunkt-Ösen hinter der Arterie mittels Faden fixiert. Dadurch wird eine direkte Fixation des Scaffold an der Anastomose oder den anastomosennahen Gefäßabschnitten unnötig und eine negative Beeinflussung der Anastomose durch Verziehung oder Vernarbung weitestgehend ausgeschlossen. Zum Abschluss wird mittels TTFM die Abflussgeschwindigkeit überprüft und es erfolgt der Wundverschluss.
Indikation	Die neue Methode wird bei Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz im Rahmen der Shuntchirurgie zur Herstellung eines Dialyse-Shunt eingesetzt. Sie wird ausschließlich bei der Anlage einer chirurgischen AV-Fistula verwendet. Dabei kommt sie nicht für alle Patienten in Frage und ist nur vorgesehen für Patienten mit Anlage der AV-Fistula als primärer Dialysezugang (also keine Revisionseingriffe o.ä.) bei einer brachio-cephalen oder einer radio-cephalen Anastomose.
Ablösung / Ergänzung	Durch die neue Methode wird die Anlage von arteriovenösen Fisteln als Shuntform zur Herstellung eines Dialyse-Shunts ergänzt.
Was ist neu?	Die neue Methode ist vollständig und in allen Teilaspekten neu. Bis zum aktuellen Zeitpunkt gibt es keine in Deutschland zugelassenen, oder auch nur im Rahmen von Studien bezüglich ihrer Wirksamkeit nachgewiesenen Verfahren zur Verbesserung des mittel- und langfristigen Shunt-Funktionalität bzw. Verhinderung/Verbesserung der hohen Raten an primärem Shunt-Versagen nach arterio-venöser Shuntchirurgie. Die CE-Zertifizierung der neuen Methode erfolgte 2015. Eine Anwendung von wie auch immer gearteten Devices im Allgemeinen, oder externen, adaptierbaren Stabilisator-Scaffold für Anastomosen im Speziellen ist im Rahmen der Shunt-Chirurgie bislang nicht bekannt/erfolgt. Der Einsatz von Nitinol zu diesem Zwecke ist eine Neuentwicklung, die Laser-cut Technologie zum Brading und die Bracing Technologie ebenso. Damit ist die Technologie in Gänze und in ihren relevanten Teilaspekten neu. Wie oben dargelegt, weist sie einen nachgewiesenen, inkrementellen Nutzen auf. Wie unten dargelegt werden wird, ist sie derzeit im DRG nicht adäquat abgebildet. Somit erfüllt sie alle Kriterien einer neuen Untersuchung-und Behandlungsmethode.
Verweildauer	Die neue Methode hat keine Auswirkungen auf die Verweildauer im Krankenhaus. Da sie, wie oben dargelegt, die 6-Monats-Rate an primären Shunt-Versagen halbiert und gleichzeitig die Rate an funktioneller Reifung signifikant steigert, sind mittelfristig ausgeprägte medizinische (für den Patienten selbst) und ökonomische Auswirkungen klar zu erwarten. Für den Patienten bedeutet dies eine deutliche Reduktion der assoziierten Morbidität, der Hospitalisierungsrate und der Notwendigkeit zur Intervention am Shunt selbst – zum einen durch Reduktion der Re-Intervention selbst, zum anderen durch die Vermeidung der hohen Komplikationsraten, die mit den jeweiligen Bridging-Prozeduren (z.B. temporärer Dialysekatheter) verbunden sind (Feldman, J Am Soc Nephrol 1996). Aus Sicht der Kostenträger weisen gesundheitsökonomische Modell-Daten darauf hin, dass bereits eine Reduktion von 5 % der Rate an Versagen der arteriovenösen Fistula als Shunt direkte Einsparungen von etwa 100 Millionen \$ allein für das amerikanische Gesundheitssystem bedeuten. Vor dem Hintergrund der sehr hohen Frequenz primären Shunt-Versagens und der hohen Rate an Re-Interventionen werden sich diese Daten auch auf Europa im Allgemeinen und Deutschland im Speziellen übertragen lassen.

Feld	Wert
Methode in Deutschland	Erste Anwendungsbeobachtungen gab es 2014, eine systematisch mögliche Anwendung seit 2015
Medikament zugelassen	
Methode im Krankenhaus	2018
Methode in Krankenhäusern	ca. 20
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	2-3
Mehrkosten	Die in den am häufigsten betroffenen DRG durch den Reportbrowser 2017 für die Kostenstelle 4 (OP)/Kostenart 5 (Impl./Transpl.) kumulativ ausgewiesenen Beträge liegen zwischen 11€ (L09C) und 155€ (L09D) bezogen auf den Bundesbasisfallwert 2017, wobei keine systematischen Zusammenhänge zwischen Höhe des Kostenanteils und DRG-Split zu erkennen sind. Durch die Anwendung des externen Stabilisator-Scaffold der Anastomose im Rahmen der AV-Shuntchirurgie entstehen Mehrkosten in Höhe von EUR 1.490,00€. Diese sind ausschließlich Sachkosten durch Materialkosten. Ein zusätzlicher Aufwand durch verlängerte OP-Zeiten, eine höhere Qualifikation des einzusetzenden Personals oder zusätzliches Personal entsteht nicht.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Der Einsatz des externen Stabilisator-Scaffold der Anastomose im Rahmen der AV-Shuntchirurgie erfolgte 2014 nur im Rahmen von Studien. Er erhielt das CE-Zertifikat 2015. Eine spezifische Erfassung ist für 2016 und 2017 mangels OPS-Schlüssel nicht möglich. Somit können in den Kalkulationskrankenhäusern aktuell keine Kosten- oder Leistungsdaten vorliegen, die für die Kalkulation der Fallpauschale herangezogen werden. Eine sachgerechte Abbildung im G-DRG-System ist daher nicht möglich. Darüber hinaus streut die Leistung neben den oben aufgeführten DRG über eine große Zahl weiterer DRG. Da innerhalb dieser DRG die Abbildung der OP-bezogenen Implantate-Kosten stark schwankt kann eine sachgerechte Abbildung innerhalb dieser DRG nicht erfolgen.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	L09A, L09B, L09C, L09D, L38Z
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1813510

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1813510
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 10:32
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Helmut
Name	Heufert
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-str 20
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	0228-287 15171
Telefax	
E-Mail	Helmut.Heufert@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dr. Martin Braun GmbH Dr. Martin Braun
Benennung	NEOVASC_REDUCER_Strömungsreduzierendes Drahtgeflecht im Koronarsinus
Alternative Bezeichnung	Anhebung des intrakoronaren Druckes durch ein Drahtgeflecht, das den venösen Abfluss einschränkt. Strömungsreduzierendes Drahtgeflecht im Koronarsinus zur Behandlung der therapierefraktären Angina pectoris.
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1721224
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Sonstiges
Bemerkung	Medizinprodukt der Klasse III. Keine Erstmaligkeit im Sinne des §137h SGB V, da vor dem 01.01.2016 NUB-Anfragen gemäß §6 Abs. 2 KHEntgG für diese Methode (identische Verfahrensweise bei identischer Indikation) gestellt wurden; erstmalige Beantragung für das Jahr 2015; Beantragung für das Jahr 2016 von 75 Krankenhäusern.
Handelsname	Neovasc ReducerTM
CE-Kennzeichnung	Die CE-Zertifizierung liegt seit dem Jahr 2011 vor und wurde am 26.10.2016 aktualisiert. Zertifikatsnummer: 23099 (rev. 4) . Prüfstelle: 0459.
Beschreibung	

Feld	Wert
	Die therapie-refraktäre Angina pectoris ist laut der „European Society of Cardiology“ (ESC) ein länger als drei Monate andauernder und somit chronischer Zustand. Die durch die Koronarinsuffizienz bedingten pectanginösen Symptome können weder durch eine Optimierung der medikamentösen Therapie, noch durch eine Angioplastie oder eine Bypassoperation substanziell beeinflusst werden (Mannheimer C. et al., 2002). 6 % bis 12 % der Patienten, die wegen ischämischer Beschwerden eine Herzkatheteruntersuchung erhalten, sind für konventionelle Revaskularisationsverfahren nicht geeignet (Williams et al., 2010). Die Inzidenz der therapie-refraktären Angina pectoris liegt in Europa bei circa 30.000 - 50.000 Patienten pro Jahr. Diese Patientengruppe wird häufig hospitalisiert und galt bisher als austherapiert. Bei dem neuen Verfahren handelt es sich um eine Implantation eines strömungsreduzierenden Drahtgeflechts in den Koronarsinus, welches durch eine Einschränkung des venösen Abflusses zu einer Anhebung des intrakoronaren kapillaren Druckes führt. Dazu wird ein ballon-expandierbares Drahtgeflecht verwendet, das auf einem Ballonkatheter montiert ist. Dieses wird über die rechte Vena jugularis interna 2 cm bis 4 cm vom Ostium entfernt in den Koronarsinus implantiert. Das Drahtgeflecht hat die Form einer Sanduhr (d.h. mit einer Verengung von circa 3 mm in der Mitte, während es an den Enden einen Durchmesser von 9,5 mm bis 13 mm aufweist). Für die Implantation wird zunächst ein 6 F Katheter unter Verwendung von Kontrastmittel in den Koronarsinus eingeführt, über den dann ein 9 F Führungskatheter nachgeführt wird. Der Ballonkatheter, auf dem sich das Drahtgeflecht (ReducerTM) befindet wird dann über den Führungskatheter vorgebracht. Bei korrekter Lage wird der semi-compliant Ballon mit einem Druck von 2 - 6 Atmosphären expandiert, um einen 10 % größeren Durchmesser des Drahtgeflechts im Vergleich zum Gefäßdurchmesser zu erreichen. Dann wird der entleerte Ballonkatheter zurückgezogen. Durch die Verengung des Koronarsinus wird der venöse Abstrom der Koronargefäße kontrolliert vermindert und gleichzeitig der Druck in den Gefäßen vor dem Koronarsinus erhöht. Daraus resultieren eine Dilatation der Kapillaren und Arteriolen sowie eine verbesserte Perfusion des Endokards, welche die Ischämie und die Angina pectoris für den Patienten spürbar verbessert. Durch den erhöhten Druck im Koronarsystem wird der kollaterale Blutfluss von nicht-ischämischen Gebieten in ischämische Areale des Myokards umgeleitet und das Verhältnis von endokardialem zu epikardialen Blutfluss normalisiert. Dieses Verhältnis beträgt normalerweise 1,2, bei ischämischem Myokard jedoch 0,5. Ein Video zur Implantationstechnik und Wirkungsweise steht unter folgendem Link zur Verfügung: http://www.neovasc.com/products/neovasc-reducer/ Im renommierten The New England Journal of Medicine wurden die Ergebnisse der prospektiven, multizentrischen, randomisierten, doppelt-blinden und placebo-kontrollierten COSIRA Phase II-Studie veröffentlicht (Verheye et al., 2015). In dieser Studie wurden in 11 Zentren 104 Patienten mit therapierefraktärer Angina pectoris (Canadian Cardiovascular Society [CCS] Grad 3 oder 4) in zwei Gruppen aufgeteilt. Eine Gruppe erhielt einen Reducer, die andere eine Schein-Implantation. Nur Patienten, die nach Beurteilung des Herzteams nicht mehr revaskularisiert werden konnten, wurden in die Studie eingeschlossen. Das Ergebnis nach sechs Monaten zeigt, dass die ursprüngliche Klassifizierung der Angina pectoris bei 35 % der Patienten in der Reducergruppe um mindestens zwei CCS-Klassen und bei 71 % um mindestens eine CCS-Klasse verbessert werden konnte. In der Kontrollgruppe hingegen wurde eine Verbesserung der CCS-Klasse bei 15 % um zwei Klassen beziehungsweise um eine Klasse in 42 % der Fälle erreicht. Ebenso zeigte sich eine vergleichbar gesteigerte Lebensqualität (Seattle Angina Questionnaire) der Patienten, die mit dem Reducer behandelt wurden. Königstein (Königstein et al. 2017) stellt in einer Analyse fünf verschiedener Studien fest, dass diese den Nachweis eines klinischen Nutzens einer Behandlung mit dem Reducer erbringen: in 70-80% der Patienten mit obstruktiver koronaren Herzkrankheit, die keine Kandidaten für eine Revaskularisierung sind, kommt es zu einer signifikanten Linderung der Symptome der Angina. Weitere Veröffentlichungen von Banai (Banai 2013), Agostoni (Agostoni et al., 2016) und Aurelio (Aurelio et al., 2016) bestätigen diese Ergebnisse. Literatur: Agostini et al. (2016): Safety and efficacy of a device to narrow the coronary sinus for the treatment of refractory angina: A single-centre real-world experience. Neth Heart J. Aurelio et al. (2016): Percutaneous narrowing of the coronary sinus: a new option for the treatment of chronic refractory angina. Interventional Cardiology Unit, San Raffaele Scientific Institute, Milan,

Feld	Wert
	Italy. Banai S. et al, Coronary sinus Reducer Stent for the treatment of chronic refractory Angina Pectoris, J Am Coll Cardiol 2007; 49: 1783-9 (First-in-man study). Banai, S., The coronary sinus Reducer, a device based therapy for refractory angina, efficacy and safety results from the ongoing open label registry, presentation at PCR 2013. Königstein, M. et al. The Reducer device in patients with angina pectoris: mechanisms, indications, and perspectives. Eur Heart J 2017; 00: 1–9. Mannheimer C. et al., The problem of chronic refractory angina; report from the ESC Joint Study Group on the Treatment of Refractory Angina. Eur Heart J 2002; 23: 355-370. Verheye S. et al. Efficacy of a Device to Narrow the Coronary Sinus in Refractory Angina. The New England Journal of Medicine 2015; 372:519-27. DOI: 10.1056/NEJMoa1402556. Williams B. et al., Patients with coronary artery disease not amenable to traditional revascularization: prevalence and 3-year mortality. Catheter Cardiovasc Interv. 2010; 75: 886-91.
Indikation	Die Methode wird bei Patienten mit refraktärer Angina pectoris (ICD-Kode I20.8) angewandt, die trotz optimaler medikamentöser Therapie und eventuell durchgeführter Revaskularisierungsmaßnahmen unverändert symptomatisch sind.
Ablösung / Ergänzung	Da die betroffenen Patienten nicht anderweitig therapierbar sind, wird durch das neue Verfahren keine etablierte Methode abgelöst. Teilweise abgelöst werden könnten die Therapieversuche mit Neurostimulatoren, thorakoskopische Sympathektomie, myokardiale Angiogenese, Enhanced External Counterpulsation (EECP) oder transmyokardiale Revaskularisation mittels Laser.
Was ist neu?	Die Markteinführung der Methode in Deutschland begann im Jahr 2014. Die Idee, durch eine Verengung des Koronarsinus, eine Verbesserung der myokardialen Sauerstoffversorgung zu erreichen, wurde in den 50zigern und 60zigern des letzten Jahrhunderts von Claude Beck im Rahmen einer offenen Thoraxchirurgie erfolgreich durchgeführt. Nach Einführung der Bypasschirurgie wurde dieses Verfahren nicht mehr eingesetzt. Die Implantation eines strömungsreduzierenden Drahtgeflechts in den Koronarsinus greift diese damals sehr erfolgreiche Behandlungsstrategie auf und verbindet sie mit modernster minimal-invasiver Technik.
Verweildauer	Die Aufenthaltsdauer der behandelten Patienten entspricht annähernd der stationären Verweildauer derjenigen Patienten, die eine Koronarangiographie mit Implantation eines koronaren Stents erhalten. Aufgrund der Verbesserung der Symptomatik wird die Patientengruppe insgesamt weniger stationäre Aufenthalte benötigen.
Methode in Deutschland	Die Methode ist seit Februar des Jahres 2011 CE-zertifiziert und wurde im Jahr 2014 in Deutschland eingeführt.
Medikament zugelassen	entfällt
Methode im Krankenhaus	2018
Methode in Krankenhäusern	Die Methode wird gegenwärtig erst in circa 15 deutschen Krankenhäusern angewandt.
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	10
Mehrkosten	Bei der oben angegebenen Kodierung werden die Fälle in die DRG F58B eingruppiert. Im Folgenden wird eine Differenzkostenanalyse zur DRG F58B durchgeführt. Der Listenpreis für den Reducer™ beträgt 6.296,95 EUR (inkl. MwSt.). Demgegenüber werden im Report-Browser 2015/17 für Implantate lediglich 92,02 EUR ausgewiesen. Insofern entstehen Mehrkosten in Höhe von 6.204,93 EUR. Der Eingriff selbst entspricht vom zeitlichen Aufwand (durchschnittliche Eingriffsdauer ca. 75 Minuten mit 2 interventionellen Kardiologen sowie 2 Assistenzkräften) und Materialeinsatz einer Stent-Implantation. Gleiches gilt für die stationäre Verweildauer. Die Stent-Implantation prägt mit 56% aller Inlier wesentlich die Kosten und Verweildauer der DRG F58B. Demzufolge können die übrigen Kostenmodule in der Differenzkostenanalyse vernachlässigt werden, wie dies

Feld	Wert
	schon in den NUB-Anträgen des Vorjahres argumentiert wurde. Schlussendlich werden die Mehrkosten des Verfahrens hauptsächlich durch die Implantatkosten verursacht, nämlich um ca. 6.205 EUR.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Wie oben beschrieben werden die durch das Verfahren entstehenden Mehrkosten nicht ausreichend durch die DRG-Fallpauschale der F58B gedeckt. Das Verfahren wurde die letzten drei Jahre mit NUB-Status 4 eingestuft. Aufgrund des NUB-Status 4 konnte in fast keinem der beantragenden Krankenhäuser ein NUB-Entgelt verhandelt werden. Demzufolge wird Patienten mit refraktärer Angina pectoris derzeit diese Behandlungsmethode verwehrt. Dadurch haben die Patienten entweder unter den Symptomen und deren Folgen zu leiden oder es werden invasive Therapiemaßnahmen (z.B. Stent-Implantationen, Bypass-Operationen) ergriffen, die keine Linderung der Beschwerden erzielen können und darüber hinaus möglicherweise ökonomisch motiviert sind. Gleichzeitig ist nochmals darauf hinzuweisen, dass die oben zitierte COSIRA-Studie placebo-kontrolliert war und eindeutig einen medizinischen Nutzen belegt. Weiterhin suchen Patienten mit refraktärer Angina pectoris aufgrund ihrer Krankengeschichte spezialisierte, kardiologische Zentren auf, was zu einer Schieflage bei der Leistungserbringung führt. Aufgrund all dieser genannten Gründe wird das InEK gebeten, einen NUB-Status 1 zu vergeben, um eine ausreichende Finanzierung des Verfahrens und damit die Behandlung dieser nicht häufigen Erkrankungsform zu ermöglichen.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	F58B
stellvertretend für KH	
Prozeduren	8-83d.5



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1810135

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1810135
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 08:21
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Helmut
Name	Heufert
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-str 20
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	0228-287 15171
Telefax	
E-Mail	Helmut.Heufert@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	MedDevConsult - Dr. Hans-Joachim Lau Hans-Joachim Lau
Benennung	BIO_VENTRIX_REVIVENT_Minimalinvasive LV-Rekonstruktion mit einem myokardialen Verankerungssystem
Alternative Bezeichnung	Revivent TC
Frühere Anfrage	Nein
Frühere Verfahrensnummer	
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Ja
Bemerkung	
Handelsname	BioVentric Revivent TC™ Transcatheter Ventricular Enhancement System
CE-Kennzeichnung	CE 651127 + CE 651128 Zertifikat von BSI CE0086, erstmalig erteilt am 21. Juni 2016
Beschreibung	Das Konzept der Rekonstruktion des linken Ventrikels mit dem REVIVENT TC™- System wurde entwickelt, um gezielt den zerstörerischen Prozess der Herzinsuffizienz zu beenden, indem die zugrundeliegende Ursache dieser Erkrankung beseitigt wird: die übermäßige Wandspannung des linken Ventrikels, die sich aufgrund von Narbengewebe nach einem vorausgegangenen Herzinfarkt ausgebildet hat. Dieses Narbengewebe trägt

Feld	Wert
	nicht mehr zur Kontraktion des Myokardgewebes bei, so dass das übrige, noch intakte Myokardgewebe kräftiger arbeiten muss, um die gleiche Herzleistung (den gleichen Cardiac Output) zu erreichen. Dadurch wird das gesunde Muskelgewebe überlastet und hypertrophiert, wodurch sich das Volumen des linken Ventrikels vergrößert (Dilatation). Historisch besteht das Verfahren der chirurgischen LV Rekonstruktion darin, das Narbengewebe aus dem Myokard herauszuschneiden und so die linksventrikuläre Höhle in Form und Größe zu rekonstruieren (auch bekannt als „Dor-Plastik“). Die chirurgische Methode kann mit oder ohne Implantat durchgeführt werden (OPS-Kodes: 5-374.4/5 Plastische Rekonstruktion des Myokardes ohne/mit Implantat). Die chirurgische Methode ist ein sehr invasiver Eingriff am offenen Herzen unter Verwendung der Herz-Lungen-Maschine, die nur bei Patienten mit geringem chirurgischem Risiko durchgeführt wird, an sogenannten „chirurgischen Kandidaten“. Beschreibung der neuen Methode: Die neue Methode (Katheter-basierte, minimal-invasive Rekonstruktion des linken Ventrikels) besteht darin, die linksventrikuläre (LV) Rekonstruktion am schlagenden Herzen bei schwer erkrankten Patienten mit Herzinsuffizienz durchzuführen, bei denen aufgrund ihrer Morbidität eine Operation zur Ventrikelrekonstruktion am offenen Herzen unter Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine nicht indiziert ist. Sie führt zu einer vergleichbaren Exklusion von Narbengewebe und Rekonstruktion der linken Herzkammer wie die konventionelle Operation am offenen Herzen, wodurch die normale Herzfunktion wiederhergestellt werden kann. Durch dieses minimal-invasive Vorgehen wird auch eine LV Rekonstruktion für die symptomatischen Patienten mit Herzinsuffizienz möglich, die keine oder nur eingeschränkte chirurgische Kandidaten sind und bei denen daher eine Operation am offenen Herzen mit Sternotomie und Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine nicht möglich ist. Bei konventioneller Standardbehandlung (optimale medikamentöse Therapie) beträgt die Sterblichkeit dieser Patienten ca. 50% innerhalb der nächsten 3 Jahre. Die neue Methode wird von einem Team aus einem Chirurgen und einem interventionellen Kardiologen gemeinsam angewendet, wobei minimal invasive Techniken zum Einsatz kommen. Das myokardiale Verankerungssystem besteht aus einem ausgeklügelten Kathetersystem, speziellen chirurgischen Instrumenten, einer Kraftmesssonde, sowie einer Vielzahl von Nadeln, Drähten und Kathetern. Die Einführung und Platzierung des Verankerungssystems erfolgt unter Durchleuchtung und unter Beteiligung unterschiedlicher Techniken, wie endovaskulärem Zugang, und Mini-Thorakotomie. Das Grundkonzept der neuen Methode besteht darin, das Narbengewebe vom Herzen auszuschließen (wie bei Bildung einer Tasche), wobei das gesunde Gewebe am Rande der Myokardnarbe von der linksventrikulären freien Wand zum intraventrikulären Septum gezogen wird. Die Prozedur erfolgt in folgenden Schritten: - Die Katheter- und Schlingen-Platzierung in der Pulmonalarterie wird durch Standard-Over-the-wire-Austauschtechnik mittels perkutanem Gefäßzugang über die V. jugularis erreicht. - Gleichzeitig werden eine Nadel und ein Führungsdraht durch die Mini-Thorakotomie über die freie Wand des linken Ventrikels und das interventrikuläre Septum in den rechten Ventrikel vorgeschoben. - Der Führungsdraht wird mit der in der Pulmonalarterie liegenden Schlinge gefangen und durch die Gefäßschleuse der V. jugularis herausgezogen, so dass der Draht eine Verbindung zwischen der V. jugularis und der externen Baugruppe im linken Brustraum herstellt. - Der interne ventrikuläre Anker wird über den Gefäßzugang der V. jugularis über den rechten Ventrikel bis an das Septum vorgeschoben, und der zweite (externe) Anker wird über die Mini-Thorakotomie auf der Myokardoberfläche platziert. - Abschließend wird unter Verwendung einer Kraftmesssonde der externe Anker gegen den internen Anker geschoben. Dadurch wird das gesunde Myokardgewebe (an der Grenze zur Narbe) gegen das Septum gezogen, wobei das Narbengewebe außerhalb des Herzens verbleibt. Dies schließt das Narbengewebe aus den dem Bereich des linken Ventrikels aus. Beide Anker werden gegeneinander fixiert, um eine stabile Verankerung zu erhalten. Die Prozedur wird 3 Mal (in einigen Fällen werden bis zu 4 Anker-Paare benötigt) wiederholt, so dass eine Reihe von Ankern eine stabile Exklusion des Narbengewebes herstellt, wobei gleichzeitig die mehr natürliche konische Kammerform wiederhergestellt wird.
Indikation	Indikationen: - Das Revivent TC™ - Transcatheter-Ventricular Enhancement-System ist für den Einsatz bei Patienten vorgesehen, die aufgrund eines vorausgegangenen Myokardinfarkts unter Herzinsuffizienzsymptomen mit kardialer Dysfunktion leiden, was zu einem erhöhten linksventrikulären systolischen Volumen mit einer abgegrenzten, zusammenhängenden, akontraktilen (akinetischen und/oder dyskinetischen) Vernarbung

Feld	Wert
	in den antero-septalen, apikalen Bereichen (möglicher lateraler Verlauf) des linken Ventrikels geführt hat. Für die Behandlung mit dem Revivent TC™- System eignen sich Patienten, die das folgende klinische Profil aufweisen: - früherer akuter Myokardinfarkt mit abgegrenzter, akinetischer oder dyskinetischer Narbe in den antero-septalen oder apikalen Bereichen des LV - symptomatische Herzfunktionsstörung mit resultierenden HI-Symptomen - lebensfähiges Myokard in narbenfernen LV-Bereichen Kontraindikationen: - Unzureichende Viabilität des Myokards in narbenfernen Bereichen; - ein mittels Echokardiographie oder eines vergleichbaren Verfahrens nachgewiesener Thrombus odernachgewiesene intraventrikuläre Masse im linken Vorhof oder Ventrikel, der bzw. die nicht über Wochen hinweg angemessen mit Antikoagulanzen in therapeutischen Dosen behandelt wurde; - kardiale Resynchronisationstherapie (CRT) bestehend aus der Platzierung eines biventrikulären Schrittmacherprodukts (d. h. nicht nur ICD) ≤ 60 Tage vor der Behandlung; - Unverträglichkeit von Antikoagulanzen seitens des Patienten oder fehlende Bereitschaft zur Einnahme derselben; - funktionsfähige Herzschrittmacherelektroden im antero-apikalen rechten Ventrikel, die nach Ansicht des Arztes die Verankerungsplatzierung beeinträchtigen würden; - Pulmonalarteriendruck von > 60 mm Hg, der sich im Rahmen einer Rechtsherzkatheterisierung als präkapillär erwiesen hat bzw. der nicht auf eine Vasodilatationstherapie anspricht; - Myokardinfarkt innerhalb von 90 Tagen vor dem Verfahren; - früherer chirurgischer Eingriff im rechten Halsbereich, frühere Perikardiotomie, früherer linksthorakaler chirurgischer Eingriff, der die Platzierung des Geräts unmöglich macht; - chronische Niereninsuffizienz mit einem Serumkreatininwert von > 2 mg/dl; - inoperable Koronarerkrankung mit signifikanter Ischämie ODER - Lungenerkrankung, die eine vorübergehende Ein-Lungen-Ventilation unmöglich macht.
Ablösung / Ergänzung	Um die Symptome von Herzinsuffizienz zu senken und den Fortschritt der Herzinsuffizienz zu verlangsamen ist üblicherweise eine medikamentöse Therapie indiziert, allerdings ist diese nur in der frühen Phase von Herzinsuffizienz wirksam. Für mittelgradig oder schwer erkrankte Patienten kann die medikamentöse Therapie das Fortschreiten der Erkrankung kaum verlangsamen. Diese Patienten benötigen zusätzlich andere Behandlungsmethoden, einschließlich kardialer Resynchronisationstherapie (CRT) oder den Einsatz implantierbarer Defibrillatoren. Für schwerer erkrankte Patienten im Endstadium kommt nur noch eine Herztransplantation oder der Einsatz von Herzunterstützungssystemen als Option in Frage. Die neue Methode ergänzt das Behandlungsspektrum um ein Verfahren, das für Patienten indiziert ist, die medikamentös austherapiert sind (nicht mehr auf die Medikamente ansprechen), die aber noch nicht im Endstadium der Herzinsuffizienz angekommen sind, also weder Herzunterstützungssysteme noch eine Transplantation benötigen. Durch den minimal-invasiven Charakter dieser Katheter-basierten Methode zur linksventrikulären Rekonstruktion besteht die Möglichkeit diese Patientengruppe zu behandeln, deren Erkrankung ansonsten weiter fortschreiten würde bis zum Endstadium. Da es bisher kaum alternative chirurgische oder minimal-invasiven Behandlungsmethoden für diese Patienten gibt, werden durch die neue Methode keine bestehenden Methoden abgelöst, sondern es wird eine neue, zusätzliche Behandlungsoption für Patienten eingeführt, die anderenfalls nur symptomatisch wirksame (medikamentöse) Standardbehandlung erhalten. Mit der Einführung dieser neuen Methode besteht die Möglichkeit, dass sehr teure Verfahren für Patienten im Endstadium (Transplantation oder Herzunterstützungssysteme) seltener oder später benötigt werden.
Was ist neu?	Das für die hier vorgestellte katheterbasierte, minimal-invasive Rekonstruktion des linken Ventrikels erforderliche Medizinprodukt wurde erst im Juni 2016 CE- zertifiziert und wird daher erst seit etwa einem Jahr angewendet.
Verweildauer	Da die neue Methode nicht mit anderen minimal-invasiven Behandlungsmethoden verglichen werden kann, kann kein Vergleich durchgeführt werden. Aufgrund der Daten aus den klinischen Studien wird jedoch angenommen, dass Herzinsuffizienzpatienten, die mit diesem Verfahren elektiv behandelt werden, etwa 3-7 Tage stationär im Krankenhaus verbleiben. Die Verweildauer wird jedoch deutlich geringer sein als bei offenem Eingriff mittels Sternotomie und Verwendung von Herz-Lungen-Maschine.
Methode in Deutschland	Seit Juni 2016 ist das zugehörige Medizinprodukte CE- zertifiziert. Vorher wurde das Verfahren nur im Rahmen klinischer Studien eingesetzt.

Feld	Wert
Medikament zugelassen	n.a.
Methode im Krankenhaus	2017
Methode in Krankenhäusern	
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	10
Mehrkosten	Die Fallkosten bei Anwendung dieser neuen Methode sind – mit Ausnahme der Kosten für das Verankerungssystem sowie spezieller Zusatzinstrumente – vergleichbar zu den Fallkosten anderer kardiothorakaler Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine und entsprechen denen der Kalkulation der DRG F09C, sofern die Patienten keine äußerst schweren CC aufweisen. Es entstehen jedoch Zusatzkosten bei der Verwendung des REVIVENT TC- Verankerungssystems: Die Gesamtkosten betragen € 25.794,23 (incl. MwSt.). Diesen Kosten stehen Einsparmöglichkeiten in Höhe der in der DRG enthaltenen Implantatkosten in Höhe von € 904,20 (hochgerechnet aus DRG-Browser 2017 mit Bundes-Basisfallwert 2017 in Höhe von € 3.376,11) entgegen, die im Rahmen dieser Prozedur nicht erforderlich sind. Bei Einsatz des Revivent TC™- Systems betragen die Zusatzkosten gegenüber der DRG F09C damit € 24.890,03.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Bis Mitte 2016 wurde das REVIVENT TC™ - System nur in klinischen Studien eingesetzt. Da das CE- Zeichen erst 2016 erteilt wurde, war das System bisher für die medizinische Fachwelt in Deutschland noch nicht erhältlich, so dass eine Berücksichtigung der mit dem Verfahren verbundenen Kosten im DRG- System aufgrund fehlender Krankenhaus-Kostendaten noch nicht erfolgen konnte. Der DRG Gruppierungsalgorithmus weist die zugehörigen Fälle mit isolierter LV Rekonstruktion der Haupt-DRG F09 zu, d.h. den DRGs F09A, B und C, wobei die Methode nicht für Patienten mit Alter unter 16 Jahre vorgesehen ist, insofern sind für diese Betrachtung nur die DRGs F09B und F09C relevant. Bei Verwendung des Revivent TC™-Systems ergeben sich gegenüber der Vergütung beider DRGs (€ 13.383 für die F09B und € 9.352 für die F09C, berechnet mit dem Bundes-Basisfallwert 2017) erhebliche Unterdeckungen. Diese Unterdeckung beträgt € 24.890,03. Da die zusätzlichen Sachkosten für Medizinprodukte etwa 2,6- mal so hoch sind wie die Gesamtvergütung der DRG F09C und etwa 1,8-mal so hoch wie für die F09B ist es offensichtlich, dass die Fallkosten bei Verwendung des Revivent TC™- Systems mit den bestehenden DRGs nicht ausreichend finanziert sind. Dieses neue Verfahren stellt eine neue therapeutische Option für die Zielpopulation dar, für die ein offen-chirurgischer Eingriff keine Option mehr darstellt. Um unseren Patienten diese neue Methode verfügbar zu machen, ist eine zusätzliche Vergütungsmöglichkeit über den NUB-Prozess unumgänglich.
Prozeduren - Beschreibung	gemäß Vorab-Veröffentlichung des DIMDI wird es ab 2018 einen neuen OPS-Kode geben: 5-37a.1
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	F09B F09C
stellvertretend für KH	
Prozeduren	5-374.8



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1809606

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1809606
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 13:32
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Thorsten
Name	Hornung
Abteilung	Dermatologie und Allergologie
Straße	Sigmund Freud. Str. 25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	022828715885
Telefax	
E-Mail	thorsten.hornung@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Hersteller
Benennung	Wirkstoff Brodalumab (Arzneimittel: Kyntheum®) für die Anwendung bei mittelschwerer bis schwerer Psoriasis
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	Anwendungsgebiete Brodalumab ist angezeigt zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Psoriasis, definiert durch einen PASI- bzw. DLQI- oder BSA-Wert (≥ 10 bis < 20 mittelschwere bis schwere Psoriasis, ab ≥ 20 sehr schwere Psoriasis). Die Einleitung und die Überwachung der Behandlung mit Kyntheum® sollte durch einen in der Behandlung von Psoriasis-Patienten erfahrenen Dermatologen

Feld	Wert
	erfolgen. Es sollten zudem Fachpersonal und Geräte zur Verfügung stehen, die geeignet sind, die häufigsten Nebenwirkungen, insbesondere Infektionen, rechtzeitig zu erkennen und zu beherrschen. Medikamente und Ausrüstung zur Behandlung von Überempfindlichkeitsreaktionen und/oder anaphylaktischen Reaktionen sollten verfügbar sein. Wirkweise Brodalumab ist ein vollhumaner, rekombinanter, monoklonaler IgG2 Antikörper, der im Rahmen der Psoriasis-Therapie subkutan injiziert wird. Brodalumab bindet mit hoher Affinität an den IL-17 Rezeptor A (IL-17RA) und unterdrückt damit nachfolgend die biologische Aktivität verschiedener IL-17 Isoformen (IL-17A, IL-17F, IL-17A/F, IL-17C und IL-17E) [1]. Es kommt zu einer Reduktion der Entzündung, der Hyperproliferation und der epidermalen Verdickung [2]. ATC-Code: L04AC12 Pharmakotherapeutische Gruppe: Interleukin-Inhibitoren Dosierung Kyntheum® wird in einer Dosierung von 210 mg s.c. verabreicht. In der Startphase erhalten die Patienten initial und dann 2x im wöchentlichen Abstand eine Injektion Kyntheum® 210 mg s.c. (insgesamt 3 Fertigspritzen à 210 mg). Danach folgt die Erhaltungsphase mit 1 Injektion Kyntheum® 210 mg s.c. alle 2 Wochen. Evidenzlage Die Wirksamkeit und Sicherheit von Brodalumab wurde in insgesamt drei Phase III Studien bei erwachsenen Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis untersucht (AMAGINE-Studienprogramm). Das AMAGINE-Studienprogramm umfasste insgesamt 4.373 Patienten. [3, 4] Zusammenfassung der PASI-Ergebnisse aus AMAGINE 2+3: 86,3% und 85,1% der Patienten aus AMAGINE 2+3 erzielten PASI 75 mit Brodalumab 210 mg; dagegen 70,0% und 69,1% mit Ustekinumab. 70,3% und 68,8% der Patienten aus AMAGINE 2+3 erzielten PASI 90 mit Brodalumab 210 mg, dagegen 47,0% und 47,6% mit Ustekinumab. 44,3% und 36,7% der Patienten aus AMAGINE 2+3 erzielten PASI 100 mit Brodalumab 210 mg, dagegen 21,7% und 18,5% mit Ustekinumab. Auch über 52 Wochen blieb der Therapieerfolg konstant. Diese Ergebnisse bestätigten die Wirksamkeitsergebnisse der Phase-II Studie und zeigten eine signifikant bessere Wirksamkeit von Brodalumab im direkten Vergleich zu Ustekinumab. Der Wirkeintritt unter der Therapie mit Brodalumab erfolgte signifikant schneller als unter Ustekinumab. Bereits nach 1 Woche erreichten 43 der mit Brodalumab 210 mg behandelten Patienten eine Reduktion von PASI 75; dagegen nur 1 Patient in der Ustekinumab Gruppe. Lebensqualität: In allen drei AMAGINE Phase-III Studien verbesserte sich die Lebensqualität gemessen am DLQI. Mehr als 56% der Patienten erreichten einen DLQI von 0/1 unter der Therapie mit Brodalumab. [1] Beringer et al., IL-17 in Chronic Inflammation: From Discovery to Targeting. Trends Mol Med. 2016 Mar;22(3):230-41. [2] Russel et al., Gene expression profiles normalized in psoriatic skin by treatment with brodalumab, a human anti-IL-17 receptor monoclonal antibody. J Immunol. 2014 Apr 15;192(8):3828-36. [3] Papp et al., A prospective phase III, randomized, double-blind, placebo-controlled study of brodalumab in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis. Br J Dermatol. 2016 Aug;175(2):273-86. [4] Lebwohl et al., Phase 3 Studies Comparing Brodalumab with Ustekinumab in Psoriasis. N Engl J Med. 2015 Oct;373(14):1318-28.
Indikation	Brodalumab ist für die Behandlung von mittelschwerer bis schwerer Psoriasis bei erwachsenen Patienten, für die eine systemische Therapie in Frage kommt, zugelassen. Hauptdiagnose: 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 J61A Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter >17 Jahre oder mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder Hautulkus bei Para- / Tetraplegie oder hochkomplexe Diagnose oder Epidermolysis bullosa, Alter <10 Jahre
Ablösung / Ergänzung	Brodalumab wird als Systemtherapeutikum initial zur Behandlung der mittelschweren bis schweren Psoriasis eingesetzt und ersetzt eine evtl. vorangegangene Systemtherapie, insbesondere bei Non-Respondern und/oder Therapieversagern auf systemische und biologische Therapien oder bei Unverträglichkeit gegen die vorangegangene Behandlung. Brodalumab erweitert aufgrund seines neuen Wirkmechanismus das therapeutische Portfolio für die Behandler und für die schwer betroffenen Psoriasis-Patienten.
Was ist neu?	Brodalumab ist ein neuer monoklonaler Antikörper, der im Juli 2017 von der EMA (European Medicines Agency) erstmals zugelassen wurde. Es handelt sich um den ersten IL-17 Rezeptor A Blocker zur Behandlung von mittelschwerer bis schwerer Psoriasis bei

Feld	Wert
	erwachsenen Patienten. Im Vergleich zu anderen IL-17 Inhibitoren, welche nur das freie Zytokin IL-17A neutralisieren, blockiert Brodalumab den Interleukin IL-17 A Rezeptor in Gänze und verhindert so die Bindung von IL-17 A und anderen IL-17 Untereinheiten.
Verweildauer	Die Therapie mit Brodalumab hat voraussichtlich keine Auswirkung auf die stationäre Verweildauer, da die Therapie eine andere systemische Therapie ersetzt statt zusätzlich erforderlich zu sein. Zur konkreten Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	Kyntheum® wurde am 01.09.2017 in Deutschland eingeführt.
Medikament zugelassen	Die Zulassung von Brodalumab (Kyntheum®) durch die EMA (European Medicines Agency) erfolgte am 17.07.2017. Zulassungs-Nr. EU/1/16/1155/001
Methode im Krankenhaus	2018
Methode in Krankenhäusern	30
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	20
Mehrkosten	Brodalumab (Kyntheum®) ist ein neues Arzneimittel, das eine neue Therapieoption bei Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Psoriasis darstellt, für die eine Systemtherapie mit einem Biologikum in Frage kommt. Es entstehen keine Mehrkosten durch den Einsatz von Brodalumab. Die Anwendung ersetzt andere systemische Therapien auf vergleichbarem Preisniveau. Sachkosten: • Die Kosten für Brodalumab für 1 Fertigspritze à 210 mg wird lt. Hersteller 750 € betragen (Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ApU). Der ApU incl. MwSt. einer Fertigspritze Brodalumab 210 mg wird 892,50 € betragen. • Bezogen auf den einzelnen Behandlungsfall (während 2 Wochen) werden daher Kosten von ca. € 2.678 (3 Fertigspritzen) für die Initialdosis bzw. ca. 892 € (1 Fertigspritze) für die Erhaltungsdosis entstehen. Personalkosten ca. 10 Pflegeminuten für subkutane Gabe, ca. 5 Arztminuten.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Warum ist die Methode aus Ihrer Sicht derzeit im G-DRG-System nicht sachgerecht abgebildet? Brodalumab ist seit Juli 2017 für die Behandlung von mittelschwerer bis schwerer Psoriasis zugelassen und seit September 2017 auf dem deutschen Markt für Patienten zugänglich. Für das Datenjahr 2016 können daher aus den Kalkulationshäusern keine ausreichenden Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Die sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2018 wird damit nicht möglich. Die zusätzlichen Kosten von ca. 892 € (für einen Injektionsintervall von 1 Fertigspritze in 2 Wochen in der Erhaltungsphase) bzw. ca. 2.678 € (für einen Injektionsintervall von 3 Fertigspritzen in 2 Wochen in der Initialphase) können aktuell mit der Fallpauschale nicht ausreichend abgebildet werden. Eine Berücksichtigung der Arzneimittelkosten von Brodalumab ist daher dringend notwendig, da diese die Erlöse in der hauptsächlich angesteuerten DRG J61B nach den Vorgaben des DRG-Abrechnungssystems deutlich übersteigen.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	Bei der Aufnahme einer Hauptdiagnose Psoriasis (ICD L40.0) sind dies i.d.R. DRGs J61B Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter >17 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hochkomplexe Diagnose J61A Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter >17 Jahre oder mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder Hautulkus bei Para- / Tetraplegie oder hochkomplexe Diagnose oder Epidermolysis bullosa, Alter <10 Jahre

Feld	Wert
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1818307

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1818307
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 11:19
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Helmut
Name	Heufert
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-str 20
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	0228-287 15171
Telefax	
E-Mail	Helmut.Heufert@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	M. Kühl Martin Kühl, MS Senior Manager Market Access and Public Policy Charlottenburger Ufer 2 10587 Berlin Mobile: +49 173 8877826 Fon: +49 30 34781119 Fax: +49 30 33781175 martin_kuehl@edwards.com ----- Edwards Lifesciences Services GmbH D-85716 Unterschleißheim, Edisonstrasse 6 Geschäftsführer: Dieter Fellner, Jean-Francois Beyrath Registergericht München: HRB 128727
Benennung	Endoclamping / intraaortale Ballonokklusion
Alternative Bezeichnung	
Frühere Anfrage	Nein
Frühere Verfahrensnummer	
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Nein
Bemerkung	
Handelsname	Intraclude
CE-Kennzeichnung	Die CE-Zertifizierung erfolgte im September 2011. DEKRA (CE 0344) (CE-Zertifikatnummer: 2016183CE01)

Feld	Wert
Beschreibung	Bei der hier beschriebenen "Endoclamping"-Methode, die in Kombination mit der "Port Access"-Methode angewendet wird, handelt es sich um eine minimal-invasive Operationsmethode, die vorrangig bei der Versorgung von voroperierten Patienten angewendet wird, die unter einer Erkrankung der Mitralklappe leiden. Sie kann in Einzelfällen auch bei Eingriffen an der Trikuspidalklappe, beim Verschluss von Vorhofseptumdefekten und bei der Entfernung von Tumoren im Vorhof angewendet werden. Bei der Methode wird auf eine chirurgische Eröffnung des Thorax verzichtet. Alle operativen Schritte werden durch Videoskopie in Verbindung mit transösophagealer Echokardiographie gesteuert. Offen-chirurgische Herzklappenoperationen müssen unter den Bedingungen der extrakorporalen Zirkulation erfolgen. Bei der beschriebenen Methode erfolgt die extrakorporale Zirkulation über die peripheren Blutgefäße ("Port Access"). Die Stilllegung des Herzens wird über eine intraaortale Ballonocclusionskanüle durchgeführt. Dieser Katheter wird über die Femoralarterie mit Hilfe einer speziellen Port Access Kanüle eingeführt. Er enthält unter anderem eine in einen Katheter einführbare Okklusionskanüle, welche einseitig mit einem dilatierbaren Ballon in Verbindung steht. Durch Dilatation des Ballons wird es ermöglicht, während der Ischämiezeit unter Verzicht der queren Aortenabklemmung die Aorta ascendens durch Ballonocclusion von innen her zu verschließen. Mit den beschriebenen Hilfsmitteln wird es ermöglicht, herzchirurgische Eingriffe am stillgelegten und entlasteten Herzen ohne Eröffnung des Thorax durchzuführen. Durch die minimal-invasive Operation wird der Zugang zur Mitralklappe mit einer erweiterten Eröffnung des linken Atriums verbessert. Das Verfahren ist besonders bei Patienten indiziert, die bereits am Herzen operiert wurden. Bei voroperierten Patienten kommt es zu Verwachsungen des Bindegewebes im Thorax, die zu einer Verlängerung der OP-Dauer, erhöhten Komplikationen und einer möglichen Gefährdung des Patienten führen können.
Indikation	Die Methode kommt vorrangig bei herzchirurgisch voroperierten Patienten zur Anwendung, bzw. bei Patienten, bei denen aufgrund ihres Alters (> 80 Jahre) das Operationsrisiko erhöht ist. Die Prozedur wird aktuell hauptsächlich bei Operationen an der Mitralklappe eingesetzt, kann aber auch bei Operationen an der Aorten- und Trikuspidalklappe zum Einsatz kommen. Nur in Ausnahmefällen wird die Methode bei atrialen Septumdefekten oder bei der Entfernung von atrialen Tumoren oder bei der Reparatur von Trikuspidalklappendefekten eingesetzt.
Ablösung / Ergänzung	Die bei der offenen Herzklappenchirurgie durchgeführte direkte quere Aortenabklemmung zum Einleiten des Herzstillstandes wird durch die Ballonocclusion von innen her (Endoclamping) ersetzt. Die Sternotomie wird durch eine minimal-invasive Prozedur ersetzt, die zu verwendenden Materialien unterscheiden sich deutlich.
Was ist neu?	Diese Methode wird seit 2005 in Deutschland in maximalversorgenden Kliniken (Universitäten und Herzzentren) bei definierten Patientengruppen angewendet (voroperiert, > 80 J, hohes Operationsrisiko). Es handelt sich um eine neue Methode, die bislang vom DRG-System nicht sachgerecht abgebildet wird und der in den vergangenen Jahren der NUB-Status 1 zugeordnet wurde.
Verweildauer	Auswirkungen auf die Krankenhausverweildauer sind nicht bekannt
Methode in Deutschland	Die CE-Zertifizierung erfolgte im September 2011. Die Markteinführung folgte der CE-Zertifizierung
Medikament zugelassen	
Methode im Krankenhaus	2018
Methode in Krankenhäusern	10-15 maximalversorgende Kliniken in Deutschland benutzen das Port Access System zur Zeit. (September 2017)
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	10

Feld	Wert
Mehrkosten	Durch die für das Endoclamping und den Port Access benötigten Materialien entstehen zusätzliche Sachkosten in Höhe von ca. 7000 €. Hauptanteil an diesen Sachkosten hat der sog. Endoclamping-Katheter, der für die Okklusion der Aorta ascendens benötigt wird. Hier handelt es sich um einen Einmalartikel (nicht resterilierbar), mit Kosten von ca. 4200 €. Zusätzlich entstehen weitere operationsbedingte Kosten, z.B. für Kanülen, Katheter, Weichgewebe Retraktor, Introducer Sheath, Knot Pusher
nicht im G-DRG-System abgebildet	Operationen am Herzen, bei denen die Endoclamping/Port Access-Methode angewendet wird, werden im G-DRG-System 2017 häufig in die DRG F07A/B (Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine) und die G-DRGs der Basis-DRG F03 (Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine) gruppiert. In den aufgeführten G-DRGs liegen die kalkulierten Sachkosten (System 2017) für den übrigen medizinischen Bedarf deutlich unter den Sachkosten für das beschriebene Verfahren. Da es sich bei dem beschriebenen Verfahren um eine zusätzlich zum Haupteingriff durchgeführte Prozedur handelt, entstehen durch den Einsatz zusätzliche Kosten, die bislang, auch aufgrund des selektiven Einsatzes des Verfahrens, nicht in die DRGs einkalkuliert sind. Eine sachgerechte Finanzierung der Leistung erfolgt damit nicht. Dem Verfahren wurde deshalb für das Jahr 2017 und in Vorjahren der NUB-Status 1 zugeordnet.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	F03A-F F07A/B
stellvertretend für KH	
Prozeduren	8-851.01 8-851.11 8-851.31 8-851.41 8-851.51



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1839459

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1839459
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	30.10.2017 12:07
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Thorsten
Name	Hornung
Abteilung	Dermatologie und Allergologie
Straße	Sigmund Freud. Str. 25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	022828715885
Telefax	
E-Mail	thorsten.hornung@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Hersteller drg market Dr. Dirk Bartig
Benennung	Dupilumab_2018
Alternative Bezeichnung	Dupixent
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	Wirkungsweise: Dupilumab ist ein humaner monoklonaler Antikörper, der eine hohe Affinität für die IL-4 Rezeptor alpha-Untereinheit besitzt. Diese Untereinheit ist sowohl Bestandteil des IL-4 als auch des IL-13 Rezeptors. Dupilumab ist ein Immunglobulin vom Isotyp IgG4. Dupilumab blockiert die Wirkung von IL-4/13, indem es mit hoher Affinität IL-4 Rezeptor alpha-Untereinheit bindet. Dadurch werden eine Bindung von IL-4 und IL-13 an ihre entsprechenden Rezeptoren und damit die nachfolgende Signalkaskade

Feld	Wert
	verhindert. In klinischen Studien führte die Blockade von IL-4/13 durch Dupilumab bei Patienten mit mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis (AD) zu einer schnellen und deutlichen Verbesserung der Krankheitssymptome wie Ekzemschwere und –ausdehnung, Juckreiz, Lebensqualität und von Angststörungen- bzw. Depressionsanzeichen. Dupilumab war in den durchgeführten Studien gut verträglich. Die häufigsten unerwünschten Ereignisse, die unter Dupilumab häufiger beobachtet wurden als in den Placebo Gruppen waren Reaktionen an der Injektionsstelle, Konjunktivitis bzw. Blepharitis, und orale Herpes simplex Infektionen. Evidenzlage: Die Zulassung beruht auf den Ergebnissen von sechs Phase-III-Studien (1), die im Rahmen des globalen klinischen LIBERTY-AD-Entwicklungsprogramms durchgeführt wurden. Das Studienprogramm umfasst insgesamt Daten zu rund 2.500 erwachsenen Patienten mit mittelschwerer bis schwerer AD, die mit einer topischen Therapie nicht ausreichend kontrolliert werden konnte. In einer Studie (CAFE) wurden Dupilumab darüber hinaus auch bei Patienten mit schwerer AD untersucht, die mit Ciclosporin A (CsA) nicht behandelt werden können oder in der Vergangenheit darauf nicht ausreichend angesprochen hatten. In den beiden identisch aufgesetzten SOLO 1 und 2 Studien (2) wurde Dupilumab als Monotherapie über 16 Wochen im Vergleich zu Placebo untersucht. In diesen Monotherapiestudien erreichten unter Dupilumab Behandlung in Woche 16 38 % (SOLO1) bzw. 37 % (SOLO2) der Patienten gegenüber 10% (SOLO1) und 8% (SOLO2) der Patienten in den Placeboarmen den primären Endpunkt Investigator's Global Assessment (IGA) 0 oder 1 welcher ein erscheinungsfreies oder fast erscheinungsfreies Hautbild beschreibt. Den Coprimären Endpunkt, eine 75 %ige Reduktion des Eczema Area and Severity Index (EASI-75) erreichten hier unter Dupilumab-Behandlung 51 % (SOLO1) und 44 % (SOLO2) gegenüber 15 % (SOLO1) und 12 % (SOLO2) unter Placebo. Darüber hinaus war Dupilumab in zahlreichen sekundären Endpunkten, signifikant überlegen im Vergleich zu Placebo. Darunter z.B. Juckreizreduktion anhand der Pruritus Numerical Rating Scale (NRS), Verbesserung der Lebensqualität gemessen mit dem Dermatology Life Quality Index (DLQI), Verbesserung der patientenberichteten Erkrankungsschwere gemessen mit dem Patient Oriented Eczema Measure (POEM) sowie verbesserung der Symptome von Angststörung und Depression, gemessen mit der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). In die Phase-III-Studie CHRONOS (3) wurde Dupilumab als Kombinationstherapie mit begleitenden topischen Corticosteroiden (TCS) über 52 Wochen untersucht. Hier erreichten 39 % (Dupilumab + TCS) den primären Endpunkt IGA 0 oder 1 gegenüber 12 % (Placebo + TCS) und 69 % (Dupilumab + TCS) den coprimären Endpunkt EASI-75 gegenüber 23 % (Placebo + TCS) in Woche 16. In CHRONOS konnte gezeigt werden, dass die Ansprechraten unter Dupilumab + TCS auch nach 52 Wochen vergleichbar und signifikant überlegen gegenüber Placebo + TCS waren. In Woche 52 erreichten 36 % IGA 0 oder 1 und 65 % EASI-75 gegenüber 13 % bzw. 23 % unter Placebo + TCS. Auch in dieser Studie war Dupilumab + TCS in den o.g. sekundären Endpunkten Verbesserung des Pruritus NRS, Verbesserung des DLQI, Verbesserung des POEM, Verbesserung des HADS signifikant überlegen im Vergleich zu Placebo + TCS. In der 16 Wöchigen CAFE Studie (4) wurde Dupilumab + TCS im Vergleich zu Placebo + TCS bei Patienten mit schwerer atopischer Dermatitis, die nicht mit CsA behandelt werden können oder in der Vergangenheit darauf nicht ausreichend angesprochen hatten. Hier erreichten unter Dupilumab + TCS 62,6 % EASI-75 gegenüber 29,6 % unter Placebo + TCS. Da diese Studie für die Zulassung durch die US Food and Drug Administration (FDA) Zulassung nicht relevant war, wurde der von der FDA geforderte Endpunkt IGA 0 oder 1 Erreichen hier nicht berichtet. Auch in dieser Studie bei besonders schwer betroffenen Patienten war Dupilumab + TCS in allen o.g. sekundären Endpunkten singnifikant überlegen gegenüber Placebo + TCS. Dosierung: Die empfohlene Dosierung für Dupilumab beträgt bei erwachsenen Patienten 600 mg als Anfangsdosis (zwei Injektionen zu je 300 mg), gefolgt von 300 mg alle zwei Wochen als subkutane Injektion. Quellen: (1) Dupixent Fachinformation, Stand September 2017 (2) Simpson, E. L., Bieber, T., Guttman-Yassky, E., Beck, L. A., Blauvelt, A., Cork, M. J., Ardeleanu, M. (2016). Two Phase 3 Trials of Dupilumab versus Placebo in Atopic Dermatitis. New England Journal of Medicine, 375(24), 2335–2348. (3) Blauvelt, A., de Bruin-Weller, M., Gooderham, M., Cather, J. C., Weisman, J., Pariser, D., Shumel, B. (2017). Long-term management of moderate-to-severe atopic dermatitis with dupilumab and concomitant topical corticosteroids (LIBERTY AD CHRONOS): a 1-year, randomised, double-blinded,

Feld	Wert
	placebo-controlled, phase 3 trial. The Lancet, 389(10086), 2287–2303. (4) De Bruin-Weller M., Thaçi D., Smith C., Reich K., Cork M., Radin A., Zhang R., Shumel B. (2017). Dupilumab With Concomitant Topical Corticosteroids in Adult Patients With Atopic Dermatitis who are not Adequately Controlled With or are Intolerant to Cyclosporine A, or When This Treatment is Medically Inadvisable: A Placebo-Controlled, Randomized Phase 3 Clinical Trial (LIBERTY AD CAFÉ). Oral presentation (0030) at the European Academy of Dermatology and Venerology Congress 2017, Geneva, Switzerland
Indikation	Dupilumab (Dupixent) wird angewendet zur Behandlung von mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis (AD) bei erwachsenen Patienten, die für eine systemische Therapie in Betracht kommen.
Ablösung / Ergänzung	Dupilumab wird als Monotherapie oder ergänzend bei nicht hinreichendem Therapieerfolg eingesetzt bei der Gabe von Topischen Glukokortikosteroiden der Klassen 2 bis 4 (Topical Corticosteroids, TCS). Dupilumab wird als Monotherapie oder ergänzt durch TCS eingesetzt bei nicht hinreichendem Therapieerfolg durch die Gabe von Systemischen Glukokortikosteroiden. Dupilumab wird als Monotherapie oder ergänzt durch TCS eingesetzt bei nicht hinreichendem Therapieerfolg durch die Gabe von Tacrolimus (topisch). Dupilumab wird als Monotherapie oder ergänzt durch TCS eingesetzt bei Unverträglichkeit oder nicht hinreichendem Therapieerfolg durch die Gabe von Ciclosporin. Abgelöst oder ergänzt werden in der stationären Versorgung der mittelschweren bis schweren Fälle von AD die Prozeduren für die Lichttherapie (OPS 8-560.-; Ausschluss OPS 8-560.3) bzw. die Multimodale dermatologische Komplexbehandlung (OPS 8-971.1/2).
Was ist neu?	Es handelt sich um eine neue Behandlungsmethode. Dupilumab ist ein humaner monoklonaler Antikörper (Immunglobulin vom Isotyp IgG4), der eine hohe Affinität für die IL-4 Rezeptor alpha-Untereinheit besitzt. Diese Untereinheit ist sowohl Bestandteil des IL-4 als auch des IL-13 Rezeptors. Dupilumab blockiert die Wirkung von IL-4/13, indem es mit hoher Affinität IL-4 Rezeptor alpha-Untereinheit bindet. Dadurch werden eine Bindung von IL-4 und IL-13 an ihre entsprechenden Rezeptoren und damit die nachfolgende Signalkaskade verhindert. Dieser Wirkmechanismus ist für die Therapie der mittelschweren bis schweren atopischen Dermatitis neu.
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	Die Markteinführung in Deutschland erfolgt voraussichtlich im Dezember 2017.
Medikament zugelassen	Die Zulassung durch die Europäische Arzneimittelkommission erfolgte am 22. September 2017.
Methode im Krankenhaus	Im Rahmen von Studien 2016
Methode in Krankenhäusern	0
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	3
Mehrkosten	Hauptsächlich Medikamentenkosten, darüber Hinaus Aufwand für die i.V. Gabe und Überwachung
nicht im G-DRG-System abgebildet	Kosten für den Einsatz von kostenintensiven Biologika sind bei Fällen mit Hauptdiagnose L20.- in der DRG J61C bisher nicht abgebildet. Bei einer zu erwartenden Patientenzahl (therapieresistente bzw. nicht hinreichend therapierbare Fälle) von 4.000 bis 5.000 p.a. für die Gabe von Dupilumab kommt es v.a. in der weit überwiegend betroffenen DRG J61C zu keiner sachgerechten Abbildung der fallbezogenen Arzneimittelkosten. Eine Schieflage in den Kostendaten ist zu erwarten.

Feld	Wert
Prozeduren - Beschreibung	Die Anfrage zur Erteilung eines OPS für die Gabe von Dupilumab wird beim DIMDI in dem Anfrageverfahren für die OPS-Version 2019 gestellt.
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	Die betroffenen Fälle werden mit der Hauptdiagnose ICD L20.- kodiert. Nach DRG-Statistik des Datenjahres 2015 sind ca. 93% der Fälle mit Hauptdiagnose L20.- in der DRG J61C konzentriert. Die Hauptdiagnose L20.- macht ca. 20% des Fallaufkommens in der DRG J91C aus. Weitere 6% der Hauptdiagnose L20.- sind in der DRG J68B abgebildet.
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1814735

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1814735
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	19.10.2017 11:24
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	MedDevConsult - Dr. Hans-Joachim Lau Hans-Joachim Lau
Benennung	Implantation einer Gefäßprothese mit integriertem Stent im Rahmen von arteriovenöser Shunt- und Bypasschirurgie
Alternative Bezeichnung	Mehrteiliger Alloplastischer AV-Shunt mit Abstrom in den rechten Vorhof
Frühere Anfrage	Nein
Frühere Verfahrensnummer	
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Ja
Bemerkung	
Handelsname	HeRO Graft
CE-Kennzeichnung	CE 0086
Beschreibung	Zur Durchführung der Hämodialyse (Blutwäsche) muss ein Zugang zum menschlichen Blutgefäßsystem hergestellt werden, der eine hohe Flussrate bei der Blutentnahme ermöglicht. Typischer Weise wird dies durch die Herstellung einer direkten chirurgischen Verbindung zwischen dem arteriellen und venösen Blutkreislaufsystem am Unterarm ermöglicht (Cimino- Shunt). Durch den höheren Druck im arteriellen Blutkreislauf, wird

Feld	Wert
	das angeschlossene Venensystem aufgeweitet. An dieser Stelle kann für die Hämodialyse die erweiterte Vene mit einer großkalibrigen Nadel (hohe Flussrate) punktiert werden. Durch den Anschluss an das arterielle System wird darüber hinaus die notwendige Flussrate sichergestellt. Hämodialysen sind typischerweise zwei- bis dreimal pro Woche notwendig. Durch die häufigen Punktionen steigt das Risiko für Infektionen und/oder Thrombosen (Blutgerinnseln), die den Shunt verschließen können. Ein unbrauchbar gewordener AV-Shunt kann je nach Indikation revidiert oder durch einen neuen AV-Shunt (an anderer Stelle) ersetzt werden. Es besteht auch die Möglichkeit, einen AV-Shunt unter Verwendung von künstlichem, körperfremdem (alloplastischem) Material anzulegen. Dabei wird mit dem alloplastischen Implantat unter der Haut peripher eine Verbindung zwischen arterieller und venöser Flussbahn hergestellt, so dass dann das Implantat für die Dialyse punktiert wird. Eine gefürchtete Komplikation der Langzeitdialyse ist die Stenosierung des zentralen Veneneinflusses in das rechte Herz. Hierdurch kann der venöse Abfluss so stark behindert werden, dass alle bisher zur Verfügung stehenden Shunt-Techniken nicht mehr genutzt werden können. Ohne Shunt kann nur über großvolumige zentralvenöse Katheter (z.B. Shaldon Katheter) dialysiert werden. Dieses Verfahren birgt hohe Risiken, z.B. für Infektionen, Thrombosen und Luftembolien und eignet sich nur für einen vorübergehenden Einsatz. Ohne Hämodialyse oder Organtransplantation sind diese Patienten nicht überlebensfähig. In dieser für den Patienten bisher alternativlosen Situation bietet eine neuartige Gefäßprothese (HeRO-Graft (Hemodialysis Reliable Outflow), Fa. Merit – https://www.merit.com/peripheral-intervention/access/renal-therapies-accessories/merit-hero-graft/ - eine zusätzliche Behandlungsoption. Sie verbindet einen subkutanen AV-Shunt direkt mit dem rechten Vorhof und umgeht dadurch die gesamte periphere venöse Abflussstrecke des Shunts. Eine Gefäßprothese mit integriertem Stent dient der Offenhaltung des zentralvenösen Abflusses trotz Stenose. Hierdurch wird den Patienten mit zentralvenöser Obstruktion erstmals die Fortsetzung der Langzeitdialyse mittels subkutanem AV- Shunt ermöglicht, der sich außerdem durch niedrige Infektionsraten, hohe Flussraten und geringe Shunt-Verschlussraten auszeichnet. BESCHREIBUNG DES IMPLANTATS Das Implantat besteht aus zwei wesentlichen Komponenten. (1) Venöse Ausstromkomponente: Eine 40 cm lange knickresistente Gefäßprothese mit integriertem Stent (Nitinol), mit einem 5mm Innendurchmesser und 19 FR Außendurchmesser, welche aus einem 48 adrigen Nitinol Geflecht besteht. Diese Aussteifung ist beidseitig mit röntgendichtem Silikon beschichtet und mit einem röntgendichten Ringmarker an dessen distaler Spitze versehen. (2) Arterielle Einstromkomponente: Ein 53 cm langer ePTFE Gefäßgraft mit integriertem Titankonnektor. BESCHREIBUNG DER IMPLANTATIONS-PROZEDUR Die mehrteilige Gefäßprothese wird in einer offenen gefäßchirurgischen Operation von ca. 90 Minuten Dauer implantiert. Ausgehend von einem subklavikulären Zugang (Mohrenheimsche Grube) wird die venöse Ausstromkomponente (Gefäßprothese) mittels endovaskulärer Technik in die Vena jugularis und die Vena cava superior eingebracht und unter Durchleuchtungskontrolle bis in den rechten Vorhof vorgeschoben. Über eine zweite Inzision wird die Einstromkomponente (Gefäßgraft) per konventioneller Anastomose an die gewählte Einstromarterie im Bereich des rechten Oberarms angeschlossen und danach durch subkutane Tunnelung bis zur ersten subklavikulären Inzision vorgeschoben. Im ersten (subklavikulären) Zugang werden beide Komponenten mittels des an der arteriellen Einstromkomponente endständig angebrachten Titankonnektors sicher miteinander verbunden und am M. Pectoralis befestigt. Damit ist der subkutane AV-Shunt mit Abfluss in den rechten Vorhof hergestellt und die Inzisionen können verschlossen werden. Die Hämodialyse erfolgt durch Punktion der arteriellen Einstromkomponente (PTFE Graft) am Oberarm. Sollte im Verlauf der Dialysebehandlungen ein Versagen der zu punktierenden Einstromkomponente auftreten, so kann eine Revision mittels dazu geeigneter interventioneller Verfahren oder der isolierte Austausch der Einstromkomponente erwogen werden. (Literatur: https://www.merit.com/peripheral-intervention/access/renal-therapies-accessories/merit-hero-graft/library/downloads/)
Indikation	Die Implantation einer mehrteiligen Gefäßprothese mit Abstrom in den rechten Vorhof ist indiziert bei dialysepflichtigen, chronisch niereninsuffizienten Patienten mit einer zentralvenösen Stenose (Stenose im Bereich des venösen Einflusses in das rechte Herz), die eine Dialyse mittels innerem AV-Shunt aufgrund eines unzureichenden Abflusses in

Feld	Wert
	das rechte Herz unmöglich macht. Je nach Fallkonstellation kommen unterschiedliche Hauptdiagnosen in Frage: 1) Verantwortlich für den stationären Krankenhausaufenthalt ist die Shuntneuanlage bei dialysepflichtiger Nierenkrankheit. Die Shuntneuanlage erfolgt in Zielrichtung der Behandlung der dialysepflichtigen Nierenkrankheit. Die Schlüsselnummer N18.5 („Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5“) ist somit Hauptdiagnose. Die Shuntneuanlage erfolgt weder zur Behebung einer Komplikation eines nicht mehr funktionsfähigen Shunts noch stellt sie einen Revisionseingriff dar. Die Neuanlage ist bei fehlender Revisionsmöglichkeit wie die Shunterstanlage bei dialysepflichtiger Nierenkrankheit zu werten. Die Aufnahme erfolgt explizit nicht zur Durchführung gezielter Maßnahmen am nicht mehr funktionsfähigen Shunt. Die Indikationsstellung zur Neuanlage war bereits ambulant gestellt worden und somit die Ursache des Shuntversagens und die Revisionsmöglichkeit abgeklärt. (DKR D002f und MDS SEG-4-Kodierempfehlung Nr. 466, Stand 01.01.2017: Fallkonstellation 5). 2) Wenn der liegende Shunt (Shunt aus alloplastischem Material) auf Grund einer Komplikation nicht mehr funktionsfähig ist und die Aufnahme speziell zur Revision des Shunts erfolgt, ist als Hauptdiagnose die Schlüsselnummer T82.5 Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen zuzuweisen. Die Shuntkomplikation hat den stationären Aufenthalt hauptsächlich veranlasst. Es war bei Indikationsstellung nicht absehbar, dass eine Shuntneuanlage erfolgen muss. Es handelt sich hier um den spezifischen Code, da neben der Information des verwendeten alloplastischen Materials noch zusätzlich der Organbezug und die Art der Komplikation abgebildet sind. Siehe hierzu auch die Hinweise und Beispiele unter dem Code. Nach DKR D002 ist hier ausnahmsweise der T-Code der spezifischere Code und somit vorrangig vor einem unspezifischen Code aus dem Organkapitel; bei vorbestehendem AV-Shunt aus körpereigenem Material ist hingegen der ICD-Code I80.80 „Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis oberflächlicher Gefäße der oberen Extremitäten“ zu wählen (vgl. DKR D002f und MDS SEG-4-Kodierempfehlung Nr. 466, Stand 01.01.2017: Fallkonstellation 2).
Ablösung / Ergänzung	Durch die Implantation eines mehrteiligen alloplastischer AV-Shunts mit Abstrom in den rechten Vorhof kann das Versagen der lebenserhaltenden Hämodialyse abgewendet, bzw. hinausgeschoben werden, wenn alle bekannten Methoden zur Anlage von AV-Shunts nicht mehr anwendbar sind. Es handelt sich daher um eine neue Methode, die das Behandlungsspektrum nach dem Ausschöpfen der Standardmethoden ergänzt.
Was ist neu?	Die Methode ermöglicht erstmals durch eine neuartige, mehrteilige Gefäßprothese den Abfluss des inneren AV-Shunts direkt in den rechten Vorhof. Die Verbindung eines subkutanen Gefäßgrafts (arterielle Einstromkomponente) an eine Gefäßprothese mit integriertem Stent (venöse Ausstromkomponente) zur Aufrechterhaltung des zentralvenösen Abflusses bis in den rechten Vorhof ist eine neue, bisher nicht verfügbare Technologie und bietet eine neue alternativlose Behandlungsoption für Dialysepatienten.
Verweildauer	Da es sich um eine ergänzende Methode handelt, kann kein direkter Vergleich zu einer etablierten Methode vorgenommen werden. Auf der Basis bisheriger klinischer Erfahrungen liegt die übliche stationäre Verweildauer von Patienten mit Implantation eines mehrteiligen alloplastischen AV-Shunts mit Abstrom in den rechten Vorhof bei zwei Tagen und ist damit der von Patienten mit operativer Anlage anderer innerer AV-Shunts vergleichbar. Durch den mehrteiligen alloplastischen AV-Shunt mit Abstrom in den rechten Vorhof können stationäre Aufenthalte bei Behandlung mit einem Zentralvenenkatheter vermieden werden (s. oben)
Methode in Deutschland	2013. Das Produkt erhielt die CE Zertifizierung im April 2013. Die erste Implantation eines HeRO Grafts in Deutschland wurde im Juli 2013 vorgenommen.
Medikament zugelassen	n.a.
Methode im Krankenhaus	soll 2018 zum Einsatz kommen.
Methode in Krankenhäusern	Der NUB-Antrag für 2017 wurde von 222 Kliniken gestellt, die Zahl der implantierenden Kliniken dürfte geringer sein.
	0

Feld	Wert
Patienten letztes Jahr	
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	1-5
Mehrkosten	Die Ermittlung von Mehrkosten bezieht sich auf die Kodierung mit dem aktuellen Prozedurenkode 5-392.31 „Innere AV-Fistel mit alloplastischem Material mit Abstrom in den rechten Vorhof“ bei Hauptdiagnose N18.5 („Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5“). Diese zieht im Jahr 2017 die Gruppierung in die DRG L09D nach sich, die bei einem Bundesbasisfallwert von € 3.376,11 und der für die HeRO Graft Implantation zu erwartenden Verweildauer von 2 Tagen einen Betrag von € 3.295,08 erlässt. Beim Einsatz der Hybrid-Gefäßprothese entstehen Implantatkosten von bis zu 3000 Euro. Die übrigen Sachkosten sind mit denen bei Patienten mit Versorgung durch konventionelle Gefäßprothesen vergleichbar. Die Bezugskosten für das Implantatsystem des mehrteiligen alloplastischen AV-Shunts mit Abstrom in den rechten Vorhof (HeRO Graft, Fa.Merit), belaufen sich laut Angabe des Herstellers auf € 3.189 € (brutto), für das zugehörige Implantationskit betragen sie 514 € (brutto), zusammen 3.703 € (brutto). Wie bereits unter Frage 2.4 angeführt, ähnelt die zugrundeliegende Operation und Verweildauer anderen Eingriffen zur inneren Shunt-Anlage. Aufgrund des vergleichbaren operativen Vorgehens mit End zu Seit Anastomose des Gefäßgrafts an eine geeignete Arterie und Herstellen eines Abstroms in die venöse Blutbahn ist davon auszugehen, dass sich Personalbedarf sowie Dauer der Operation entsprechen – und damit auch die zugehörigen Kosten. Auch wenn im Falle des mehrteiligen alloplastischen AV-Shunts der Abstrom nicht in eine periphere Vene, sondern in den rechten Vorhof geleitet wird, entsteht hierdurch kein nennenswerter Mehraufwand im operativen Vorgehen. Ebenso sind keine relevanten Verweildauerunterschiede zu erwarten. Fälle mit herkömmlichen inneren AV-Shunts werden typischerweise ebenfalls in der DRG L09D abgebildet (ca.51% der Fälle im G-DRG Report Browser 2017) und hier sachgerecht vergütet. Daher entstehen die Mehrkosten des mehrteiligen alloplastischen AV-Shunts mit Abstrom in den rechten Vorhof in der DRG L09D ausschlaggebend durch das für diese Methode zwingend erforderliche innovative Implantat und das Implantationskit. KOSTEN DER NEUEN METHODE: 1. Allgemeiner Behandlungsaufwand entsprechend sachgerechtem Erlös in DRG L09D abzüglich Verweildauereinsparung von ca. 1,5 - 2,5 Tage ggü. mVD L09D (gerundete Werte): 3.295 € - 450 € = 2.845 € 2. Implantat Kosten (abzüglich der mittleren Implantatkosten): 3.703 € (brutto) Kosten Gesamt: 2.845 € + 3.703 € = 6.548 € Mehrkosten: Kosten Gesamt minus DRG-Erlös L09D: 6.548 € - 3.295 € = 3.253 € In dieser Fallkonstellation mit Erlös der DRG L09D entstehen Mehrkosten von ca. € 3.253. Wie bereits oben ausgeführt, wird eine Behandlung mit dem mehrteiligen alloplastischen AV-Shunt mit Abstrom in den rechten Vorhof bei unterschiedlichen Hauptdiagnosen erbracht. So werden die Fälle außer der DRG L09D auch der DRG F08F zugeordnet. Diese Anfrage bezieht sich aufgrund der klinischen und ökonomischen Relevanz ausschließlich auf die Vergütung mit der DRG L09D. Die NUB- Leistung „Implantation einer Gefäßprothese mit integriertem Stent im Rahmen von arteriovenöser Shunt- und Bypasschirurgie“ erhielt bereits in den Jahren 2014, 2015, 2016 und 2017 einen Status 1 im Rahmen arteriovenöser Shuntchirurgie in der MDC11.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Für unser auf die Dialyse-Shuntchirurgie spezialisiertes Krankenhaus ergeben sich durch die Anwendung der neuen Methode „Mehnteiliger Alloplastischer AV-Shunt mit Abstrom in den rechten Vorhof/ Implantation einer Gefäßprothese mit integriertem Stent im Rahmen von arteriovenöser Shunt- und Bypasschirurgie“ in der DRG L09D in der MDC11 deutliche Mehrkosten in Höhe von ca. € 3.253. Dies führt zu einer nicht sachgerechten Vergütung eines für die Dialysepatienten alternativen Verfahrens, das erstmals die Fortsetzung der Dialyse mit einem inneren AV- Shunt trotz zentralvenöser Stenose erlaubt, und damit zu einer systematischen Benachteiligung von Krankenhäusern, die sich auf diese Patientengruppe spezialisiert haben.
Prozeduren - Beschreibung	
	Ja

Feld	Wert
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	
DRGs	L09D F08F
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1810038

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1810038
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	26.10.2017 08:31
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Helmut
Name	Heufert
Abteilung	Kardiologie
Straße	Sigmund-Freud-str 20
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	0228-287 15171
Telefax	
E-Mail	Helmut.Heufert@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Universitätsklinik Heidelberg Dr. Tobias Täger
Benennung	lumenvariabler koronarer Nitinolstent, medikamentenfreisetzend, selbst-appositionierend, für komplexe Läsionen
Alternative Bezeichnung	selbst-appositionierender, Nitinol-basierter medikamente-beschichteter Koronarstent mit variablem Innenlumen zur Behandlung komplexer Läsionen an ektatischen Gefäßen, Bypässen, sich verjüngenden Gefäßen und sehr großen Gefäßen.
Frühere Anfrage	Nein
Frühere Verfahrensnummer	
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Ja
Bemerkung	
Handelsname	Xposition S Sirolimus-Eluting Self Apposing® Coronary Stent System
CE-Kennzeichnung	CE Zertifikatnummer 252-938; Das CE-Zertifikat liegt für Deutschland seit Mai 2013 bzw. seit 2014 für den Sirolimusstent vor.
Beschreibung	Derzeit sind Koronarstenosen in Gefäßen mit initial großen Diametern, stark schwankenden Diametern, sich rapid verjüngendem Verlauf oder sehr weichen Wänden (Venenbypässe) eine massive Herausforderung. Diese Herausforderung wird durch

Feld	Wert
	konventionelle Stents nicht ausreichend adressiert (ESC Leitlinie STEMI 2012). Die Lösung für diese komplexen Läsionstypen ist der neue, lumenvariable, selbst-appositionierende Nitinolkoronarstent. Die Stentplattform besteht aus Nitinol - einer Nickel-Titan Legierung. Nitinol ist superelastisch und verfügt über eine material-eigene Formstabilität bzw. Formgedächtnis. Durch dieses Formgedächtnis hat der neue Stent auch nach Entfaltung eine kontinuierliche, sanfte Expansionstendenz. Deswegen passt sich der neue Stent über die gesamte Stentlänge vollständig einem Gefäß mit schwankenden Diametern oder rapider Verjüngung an. Auch im Falle eines implantationsbedingten Koronarspasmus folgt somit der neue Stent dem sich später wieder erweiternden Gefäß – um bis zu +20% des ursprünglichen Diameters. Obwohl für die Implantation keine PTCA-Ballons benötigt werden, ist die „crush resistance force“ (1,42 N/mm) quasi identisch zu konventionellen Stents. Darüber hinaus ermöglicht die enorme Variabilität des Lumens eine Reduktion der Stentgrößen auf „small“ (2,5-3,0mm), „medium“ (3,0-3,5mm) und „large“ (3,5-4,5mm) – ein wesentlicher Sicherheitsaspekt gegen Malapposition. Die Größe „large“ kann sich sogar auf bis zu 6,0mm erweitern. Im kompletten Gegensatz dazu haben konventionelle Stents nur einen sehr eng begrenzten Nenn-Diameter und zeigen vor allem eine Schrumpfungstendenz (recoil) von bis zu -5% des ursprünglichen Diameters. Außerdem haben konventionelle Stents nur einen singulären Diameter, sind also bei den komplexen Gefäßtypen wahlweise über- oder unterexpandiert – gelegentlich sogar beides (mangelnde Apposition). Mangelnde Apposition/Malapposition aber ist ein Hauptrisikofaktor für Stentkomplikationen. Erst kürzlich konnte gezeigt werden, dass eine suboptimale Stentplatzierung Auslöser für eine frühe Stentthrombose ist (Taniwaki, Circulation 2016; Virmani, JACC 2014). Auch müssen im Bereich besonders großer Gefäßdiameter (>4,0mm) konventionelle Stents meist überdehnt werden. Dies zerstört nachhaltig die Stentarchitektur und führt erneut zu Malapposition (Foin, EuroInterventions 2013). Auch im ST-Hebungsinfarkt konnte die verbesserte Stentplatzierung der selbstexpandierenden Stents gezeigt werden (Geuns, Clinical Research Coronary Interventions 2016). Der neue Stent ist entweder mit einer Paclitaxel freisetzenden Matrix oder mit einer Sirolimus freisetzenden Matrix beschichtet. Die Matrix besteht jeweils aus einem biostabilen Polysulfon/Polyvinylpyrrolidone Polymer. Polysulfon bildet im Nasszustand ein extrem hydrophiles und haemokompatibles Hydrogel. Paclitaxel ist ein Proliferationshemmer, dessen Hauptanwendungsgebiet in der Onkologie liegt. Sirolimus ist ein Immunsuppressivum, dessen Hauptanwendungsgebiet in der Transplantationsmedizin liegt. Für beide Substanzen zeigten mehrere randomisierte Studien im konventionellen Stentbereich, dass sie signifikant das Auftreten von in-stent-Restenosen nach Stentimplantation verhindern. Der neue Stent vereint somit die hervorragenden Materialeigenschaften des Nitinol mit der Risikominimierung durch die Medikamentenbeschichtung. Die Applikation wurde kontinuierlich weiterentwickelt, so dass seit 2015 eine neue, deutlich vereinfachte Applikation zur Verfügung steht. Hierbei wird der Stent auf einem Ballon fixiert und durch eine Hülle an der Expansion gehindert. Die Positionierung im Zielgefäß erfolgt über zwei strahlenundurchlässige Marker auf dem Stent. Nach erfolgter Positionierung wird der Ballon mit 12 bar aufgedehnt, so dass die Hülle sich aufteilt und der Stent sich selbst expandieren kann. Die Hülle wird dann mit samt dem Ballon zurückgezogen und der Stent passt sich dem Zielgefäß an. Durch diese Weiterentwicklung konnte darüber hinaus eine Reduktion des Crossing Profile des Gesamtsystems erreicht werden. Neuere Daten zeigen nun, dass die Verwendung des Stents auch im Rahmen des ST-Hebungsinfarktes sicher und gut einzusetzen ist (Lu, Clinical Research Coronary Interventions 2017). Und die bessere Stentapposition ist auch 3 Jahre nach Implantation weiterhin nachweisbar (APPOSITION IV STEMI).
Indikation	Der lumenvariable medikamentenfreisetzende Nitinolstent wird bei Patienten mit komplexen de novo Läsionen in Gefäßen mit initial großen Diametern, stark schwankenden Diametern, sich rapid verjüngendem Verlauf oder sehr weichen Wänden (Venenbypässe) eingesetzt. Dabei werden Läsionen in der Größe 2,5-3,0mm („small“), 3,0-3,5mm („medium“) und 3,5-4,5mm („large“) abgedeckt – nötigenfalls sogar bis 6,0mm.
Ablösung / Ergänzung	

Feld	Wert
Was ist neu?	Es soll der konventionelle ballon-expandierte Drug-Eluting Koronarstent teilweise abgelöst werden. Darüber hinaus wird die Häufigkeit einer Dilatation mittels PTCA-Ballon nach Stent-Implantation deutlich gesenkt. Die Methode ist neu. Eine CE-Zertifizierung für selbstexpandierende, Nitinol-basierte Stents besteht in Deutschland seit Mai 2013 und seit 2014 für den Sirolimus freisetzenden Stent. Zuvor bestand seit 2010 nur eine CE-Zertifizierung für Bifurkationsstents. Bifurkationsstents aber folgen einem anderen Design als Stents in „glatten“ Gefäßen. Die Weiterentwicklung des Applikationssystem, so dass die Positionierung einfacher und mit Hilfe eines Ballonsystems durchgeführt werden kann, erhielt erst 2015 seine CE-Zertifizierung. In den folgenden, innovativen Punkten unterscheidet sich der lumenvariable medikamentenfreisetzende selbst-appositionierende koronare Nitinolstent von den etablierten, konventionellen, ballon-expandierten Drug-Eluting Koronarstents: * * Das letztlich erreichte Lumen ist in den Nitinol Stents größer als in vergleichbaren herkömmlichen Stents (Brigouri et. Al 2015) * Die Thrombogenität des neuen Stents ist im direkten Vergleich zu konventionellen Stents signifikant niedriger. (Quelle: CBSET Inc., Lexington, MA 02421, USA: Test Facility Study Number: FVE00010) * Die erfolgreiche und sichere Anwendung für komplexe Läsionen im Bereich von traumatischen Dissektionen ist gezeigt (Van Mieghem, Circulation 2013). * Bessere Stentapposition reduziert die Rate an früher Stentthrombose (Taniwaki, Circulation 2016; Virmani, JACC 2014). * Bessere Stentapposition 3 Jahre nach Implantation weiterhin nachweisbar (APPOSITION IV STEMI) * Beschichtung: Die Polysulfon-Matrix ist eine Neuentwicklung. Der Einsatz dieser neuartigen Technologie bei selbst-appositionierenden Verfahren ist weltweit einmalig. * Der Einsatz von lumenvariablen selbst-appositionierenden Nitinol-basierten medikamentefreisetzenden Stents bei Koronarinterventionen ist neu. Bislang existierten nur Nitinol-basierte Bifurkationsstents. * Die Zell-Architektur des Stents ist neu und weltweit einmalig. * Beschichtung: Die neue Beschichtung ermöglicht eine einmalige Bio- und Hämostatibilität. Dies reduziert die Komplikationsrate. * Die Sicherheit und die hervorragenden Ergebnisse für komplexe Läsionen im Bereich von Gefäßen mit sehr großem Diameter (z.B. Hauptstamm) ist gezeigt (Rochor, Clin Res Cardiol 2011). * Die Sicherheit und die hervorragenden Ergebnisse für komplexe Läsionen im Bereich von Gefäßen mit stark schwankenden Kalibern – bis hin zu aneurysmatischen Erweiterungen – ist gezeigt (La Manna, J Inv Cardiol 2011; Souteryand, EuroPCR 2012; Linder, EuroPCR 2013). * Die Verwendung von engmaschigeren Stents und die Auffaltung des Stents von distal nach proximal kann in Bypassgefäßen zu einer geringeren Freisetzung von thrombogenem Material führen. * Dass der neue Stent in seinem Diameter zuverlässig (in 100% der Fälle) zunimmt, wenn sich das Zielgefäß erweitert, konnte gezeigt werden (van Geuns, JACC 2012). Dies ist besonders relevant für die Hochrisikokohorte der Infarktpatienten – wo das für konventionelle Stents in fast 1/3 aller Fälle eintritt (APPOSITION II Studie 2012). * Der neue Stent senkt die Rate an „major adverse cardiac events“ (MACE) auf unter 10% (9,3% in APPOSITION III Studie 2013) – im Vergleich zu 11,1% im Mittel über zehn gepoolte „konventionelle“ Stentstudien. * Im akuten Myokardinfarkt wird durch den neuen Stent die 1-Jahres-Sterblichkeit von 3,9% auf 2,0% gesenkt (Montalescot, ACC 2013). * Damit löst der neue Stent die von der Fachgesellschaft (ESC Guidelines 2012) identifizierten Problembereiche (Gefäßen mit initial großen Diametern, stark schwankenden Diametern, sich rapid verjüngendem Verlauf oder sehr weichen Wänden (Venenbypässe)) und hat gleichzeitig noch einen deutlichen Sicherheitsvorteil gegenüber konventionellen Stents. * Die Sicherheit der Methode ist seit kurzem durch prospektive, multizentrische Studien belegt. Im Einzelnen sind das: a) Die Rate an adverse events beträgt nach 6 Monaten fast 0% (APPOSITION I; Amoroso G, EuroIntervention 2011), b) Die Notwendigkeit von Zweiteingriffen liegt nach 12 Monaten nur noch unter 5% (APPOSITION II; IJsselmuiden S; TCT 2011) und c) Die Sterblichkeit sinkt mit 1,2% auf fast 1/3 (APPOSITION III, Amoroso G; EuroPCR 2012) d) Die Rate an instent-Thrombosen ist signifikant niedriger (APPOSITION III) e) Die Stentapposition ist beim Infarktpatienten besser als bei herkömmlichen Stents (APPOSITION IV) f) Apposition ist auch im Langzeitverlauf weiterhin nachweisbar (APPOSITION IV STEMI)
Verweildauer	Die Verweildauer im Krankenhaus wird nicht verändert, jedoch wird durch Verhinderung einer inkompletten Stentapposition die Komplikationsrate im akuten Herzinfarkt signifikant verändert. Entsprechend werden mittel- und langfristig weniger stationäre Aufenthalte

Feld	Wert
	nötig. Das steigert die Kosteneffizienz deutlich. Der Einsatz des selbst-appositionierenden Stents reduziert in prospektiven Studien das Stent-Recoil von 5% auf 0%, das Risiko von inkompletter Stentapposition auf 0% und erhöht im Verlauf das offene Lumen um 20% (konventioneller Stent: 0%). Die Stent-Architektur verringert die Thrombogenität um 20% im direkten Vergleich zum konventionellen Stent. Entsprechend werden die u.a. Komplikationen verringert. Das reduziert die Häufigkeit von Zweiteingriffen und Re-Hospitalisierungen im weiteren Verlauf. Inkomplette Stentapposition ist bei Stenting im Infarkt höher als bei Stenting aus anderen Gründen (Gonzalo N et al. JACC Cardiovasc Interv. 2009). Inkomplette Stentapposition führt zu einer Steigerung der Stentthrombosen um 16% (Taniwaki, Circulation 2016; Virmani JACC 2014) und in 8% zu fehlender Ausbildung einer Neo-Intima (Ozaki et al. Eur Heart J 2010). Stent-Thrombosen nach Infarkt bedeuten 15% 30-Tage Mortalität und 60% Re-Infarkt (Ong, JACC 2005). Langfristig sind 77% aller Stent-Spätthrombosen durch ISA bedingt (Cook Circulation 2007). Die APPOSITION I Studie zeigte für den selbstexpandierenden Stent eine 0%ige instent-Thrombose Rate (van Geuns RJ; PCR 2011). Die APPOSITION II Studie (Ijsselmuiden S; TCT 2011) zeigte eine Rate an Zweiteingriffen (Target Lesion Revascularization) nach 12 Monaten von nur noch 4,7% und die APPOSITION III Studie (Amoroso G; EuroPCR 2012) zeigte eine Reduktion der 30-Tage-Sterblichkeit des akuten Infarktes auf 1,2%. Zusätzlich verringert die Beschichtung mit Paclitaxel bzw. Sirolimus signifikant die instent-Restenose-Häufigkeit im längerfristigen Verlauf.
Methode in Deutschland	Der Einsatz der Methode im Rahmen von Studien erfolgt seit Ende 2011 / Anfang 2012. Das CE-Zertifikat liegt für Deutschland seit Mai 2013 bzw. seit 2014 für den Sirolimusstent vor.
Medikament zugelassen	entfällt
Methode im Krankenhaus	2017
Methode in Krankenhäusern	80
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	10
Mehrkosten	Durch die neue Methode entstehen Mehrkosten im Sachkostenbereich, hier ausschließlich für die Position kardiologische Implantate. Die übrigen Sach- und Personalkosten sind identisch zu den bisher üblichen Methoden. Konventionelle ballon-expandierte medikamente-freisetzende Stents werden über das bepreiste Zusatzentgelt ZE101 für das Jahr 2017 mit 100,37€ verrechnet. Der aktuelle Marktpreis für den lumenvariablen medikamentenfreisetzenden selbst-appositionierenden Nitinolkoronarstent liegt bei 950,-€. Da in einem relevanten Anteil der Fälle die Notwendigkeit des Einsatzes eines zusätzlichen PTCA-Ballons für Stententfaltung oder Nachdilatation entfällt, kann dieser in der Differenzkostenbetrachtung mit ca. 75€ herangezogen werden.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Der Stent erhielt das CE-Zertifikat Mitte 2013. Er wurde 2012/2013 nur im Rahmen von Studien eingesetzt. Eine spezifische Erfassung über einen eigenen OPS ist erst seit dem Datenjahr 2014 möglich – zuvor existierte kein solcher OPS. In den letzten Jahren erhielt der Stent wiederholt den NUB-Status 1, eine Kalkulation eines ZEs war jedoch auf Grund Anzahl an implantierten Stents in den Kalkulationshäusern nicht möglich. Daher ist eine sachgerechte Abbildung im G-DRG-System noch nicht möglich.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein

Feld	Wert
DRGs	F24A, F24B, F52A, F52B, F56A, F56B, F58A, F58B
stellvertretend für KH	
Prozeduren	8-83d.20 8-83d.21 8-83d.22 8-83d.23 8-83d.24 8-83d.25 8-83d.26 8-83d.27 8-83d.28 8-83d.29 8-83d.2a



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1805167

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1805167
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	
letzte Änderung	27.10.2017 07:57
Institutskennzeichen	260530103
Titel	PD Dr. med.
Vorname	Patrick
Name	Weydt
Abteilung	Neurodegenerative Erkrankungen und Gerontopsychiat
Straße	Sigmund-Freud-Str. 25
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	+49 228 287 13091
Telefax	
E-Mail	patrick.weydt@ukbonn.de
externe Hilfestellung	nein
Benennung	Behandlung mit Nusinersen
Alternative Bezeichnung	Behandlung mit Spinraza
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	Spinraza
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Nusinersen ist ein Antisense-Oligonukleotid (ASO) zur Behandlung der 5q-assoziierten spinalen Muskelatrophie (SMA). Die SMA wird durch Mutationen auf Chromosom 5q verursacht. Als Folge dieser Mutationen kommt es zu einem Mangel an SMN-Protein. Nusinersen verändert das Spleißing der prä-mRNA von SMN2 und führt so dazu, dass vollständiges und funktionsfähiges SMN-Protein in größeren Mengen gebildet wird. ASOs sind kurze synthetische Nukleotidketten, die selektiv an eine Ziel-RNA binden und die

Feld	Wert
	Genexpression regulieren. Nusinersen wird eingesetzt um die Pathologie bei SMA und dadurch den Muskelschwund und damit das Fortschreiten der Behinderung aufzuhalten und die Motorik bzw. die Überlebensrate zu verbessern. Nusinersen wird intrathekal mittels Lumbalpunktion in der Dosierung 12 mg (5 ml) appliziert. Das Schema besteht aus 4 Aufsättigungsdosen (Tag 0, 14, 28 und 63) danach wird viermonatlich appliziert. Nusinersen kann laut Zulassung sowohl ambulant als auch stationär gegeben werden. Eine stationäre Gabe ist häufig erforderlich, aus folgenden Gründen: Multimorbidität, Notwendigkeit einer multidisziplinären Überwachung, respiratorische Insuffizienz/Beatmungspflicht, Sondenernährung, Sedierung und bildgebende Verfahren für Applikation.
Indikation	Nusinersen wird angewendet zur Behandlung von Patienten mit 5q-assoziiierter spinaler Muskelatrophie.
Ablösung / Ergänzung	Nusinersen ist die erste krankheitsmodifizierende Behandlungsoption für Patienten mit 5q-assoziiierter spinaler Muskelatrophie, es stehen keine Therapiealternativen zur Verfügung. Nusinersen wurde als Arzneimittel für seltene Leiden anerkannt. Mit Markteintritt begann die frühe Nutzenbewertung nach §35a SGB V. Mit der Deklaration als Orphan Drug durch die Europäische Kommission ist ein Zusatznutzen laut SGB V gegeben.
Was ist neu?	Bei Nusinersen handelt es sich um einen neuen Wirkstoff mit neuem Wirkansatz zur Behandlung der 5q-assoziierten spinalen Muskelatrophie.
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können aktuell keine Angaben gemacht werden, da der Wirkstoff erst im Juli 2017 eingeführt wurde.
Methode in Deutschland	Die Markteinführung erfolgte am 01. Juli 2017.
Medikament zugelassen	Zulassung durch die Europäische Kommission erfolgte am 30. Mai 2017
Methode im Krankenhaus	Die Methode soll am 1.3.2018 eingeführt werden.
Methode in Krankenhäusern	ca. 35
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	10
Mehrkosten	Arzneimittelkosten: 106.624,00 € (incl. MwSt.) für 12 mg (5 ml) pro Dosis. Das Schema besteht aus 4 Aufsättigungsdosen (Tag 0, 14, 28 und 63), danach wird viermonatlich appliziert. Typischerweise umfasst die Therapie eine Arzneimittel-Gabe pro stationären Aufenthalt, im Ausnahmefall kann aus individuellem Grund ein verlängerter stationärer Aufenthalt erforderlich sein. Insbesondere in der Aufsättigungsphase ist dann mehr als eine Gabe pro Aufenthalt notwendig. Personalkosten: Zusätzlich kommen noch Personalkosten für Anästhesie i.H.v. 283,81 €, die in den DRGs nicht sachgerecht abgebildet werden. Weiterhin sind Personalkosten für Physiotherapie oder Logopädie i.H. von 48 EUR zur Kontrolle des Therapieerfolges. Sachkosten: Die Gesamtkosten für die Sachkosten betragen ca. 145 EUR
nicht im G-DRG-System abgebildet	Nusinersen wurde erst am 30. Mai 2017 zur Behandlung der 5q-assoziierten spinalen Muskelatrophie zugelassen. Entsprechend konnten keinerlei Kosten- und Leistungsdaten bei der Ermittlung des Fallpauschalen-Katalogs 2017/2018 berücksichtigt werden. Die Kosten des für die neue Methode verwendeten Arzneimittels sind erheblich und werden die mit der DRG-Fallpauschale verbundenen Erlöse deutlich übersteigen. Der durchschnittliche DRG – Erlös (Bundesbasisfallwert) liegt bei € 2.181,11 für B85D und € 3.901,55 für B85B. In der DRG B85D sind Arzneimittelkosten in Höhe von € 46,49 und in der DRG 85B in Höhe von € 110,03 berücksichtigt.
	keine

Feld	Wert
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	Vorrangig: B85D Version 2017 Vereinzelt: B85B Version 2017
stellvertretend für KH	
Prozeduren	