



NUB-Anfrage N27030316
Sensorunterstützte Aspirationsthrombektomie an
Lungengefäßen

Bearbeitungsstatus : in Bearbeitung
IK : 702014123
KH: Deutsche Röntgengesellschaft e.V., Berlin
Vertreten durch : Frau Melek Mirzanli
Abteilung :
Funktion : Sonstige
Straße : Hallerstraße 6
PLZ : 10587
Stadt : Berlin
E-Mail : mirzanli@drg.de

Alternativer Name

Mikroprozessorgesteuerte Vakuumthrombektomie bei akuter Lungenembolie

Die neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode beruht vollständig oder in Teilen auf dem Einsatz eines Medizinproduktes

Ja

Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?

Ja

Handelsname

INDIGO Lightning Aspiration System (Penumbra Inc.), INDIGO Lightning FLASH (Penumbra Inc.), INDIGO Lightning BOLT (Penumbra Inc.)

Informationen CE-Kennzeichen

MDR 739880 R000 vom 30. November 2021 durch BSI Group B.V.

Beschreibung

Bei der Methode handelt es sich um ein neuartiges System zur mechanischen Entfernung von Emboli bei einer Lungenarterienembolie bzw. Lungenembolie (LE). Als LE bezeichnet man die Verlegung bzw. Verengung einer oder mehrerer Lungenarterien durch meist eingeschwemmte Thromben aus der periphervenösen Strombahn. Die LE ist eine potenziell lebensbedrohliche Erkrankung (Pruszczyk et al., 2022) und stellt die dritthäufigste akute kardiovaskuläre Erkrankung nach Myokardinfarkt und Schlaganfall dar (Linnemann et al., 2023). Die gesamte LE-Population wird in Deutschland auf 99.336 Personen für das Jahr 2025 geschätzt. Davon handelt es sich bei 28.223 Personen um eine schwere LE, die behandelt werden muss (Mohr, 2024).

Die Versorgung von Patienten mit LE erfordert eine rasche und effektive Behandlung, um das Leben der Betroffenen zu retten und Folgeschäden, wie u.a. eine pulmonale Hypertonie, Rechtsherzinsuffizienz oder eine Verminderung der Lungenfunktion, zu vermeiden. Behandlungsansätze umfassen die Gerinnungshemmung, die systemische Thrombolysen oder die mechanische Entfernung von Emboli.

Bei der neuen Methode handelt es sich um ein Medizinprodukt zur mechanischen Entfernung von Emboli bei LE. Das für die Methode maßgebliche System besteht aus den folgenden Einwegprodukten bzw. Verbrauchsgütern:

- INDIGO Lightning-Aspirationskatheter FLASH oder INDIGO Lightning-Aspirationskatheter BOLT,
- Aspirationsschlauch, inkl. Mikroprozessor mit Thrombus-Detektionsalgorithmus, zum Anschließen des Aspirationskatheters an der Penumbra ENGINE Pumpe über einen Einwegkanister,
- Element 16F Einführschleuse.

Das INDIGO Lightning System wird an eine Vakuumquelle (Penumbra – ENGINE Pumpe mit -29 inHg,) angeschlossen. Da diese stationäre Pumpe wiederverwendet werden kann, wird diese als Investitionsgut von der NUB-Kalkulation ausgeschlossen.

Der Katheter wird über die Leiste durch eine Einführschleuse über einen Führungsdraht in das venöse Gefäßsystem der Patientin/ des Patienten eingeführt. Dank der innovativen Hypotube Kathetertechnologie lässt sich der Katheter präzise steuern. Zudem sorgt die Technologie für eine stabile, großlumige Aspiration ohne Kollabieren des Katheters. Somit können auch schwer zugängliche Gefäße gut katheterisiert und aspiriert werden. Der Aspirationskatheter ist über ein Schlauchsystem mit integriertem mikroprozessorgestütztem Steuerungsmechanismus mit der Vakuumpumpe verbunden. Der Mikroprozessor im Schlauchsystem moduliert die Aspiration zur Thrombus-Entfernung, indem er über Sensoren und Algorithmen ein Ventil im Schlauchsystem steuert, welches sich je nach Bedarf öffnet oder schließt. Aufgrund der nicht kontinuierlichen Modulation unterscheidet sich das Wirkprinzip der Aspiration maßgeblich von anderen Verfahren, denn die/der Operateur(in) kann in Abhängigkeit der Beschaffenheit und des Alters des Thrombus zwischen verschiedenen Aspirationsmodi wählen. Je nachdem wie weich der Thrombus ist, braucht es unterschiedliche Kräfte, um diese zu ermüden und zu aspirieren: organisierte Thromben werden leichter durch wiederholten, zyklischen Stress aspiriert (modulierte Aspiration) wohingegen frische und unorganisierte Thromben durch Scherstress (kontinuierliche Aspiration) gut aspiriert werden können. Somit kann die Aspiration mit dem INDIGO Lightning System FLASH und BOLT optimal an die jeweilige Behandlungssituation angepasst und eine hohe Thrombenlast effizient und effektiv entfernt werden.

Dank integrierter Sensorik und dem Thrombus-Detektionsalgorithmus erkennt das System, ob der Katheter in Kontakt mit einem Thrombus oder im freien Blutfluss ist. Im Falle des

freien Blutflusses schaltet das System mithilfe der integrierten Ventile auf intermittierende Aspiration. Somit wird der Blutverlust aktiv auf ein Minimum reduziert. Aus diesem Grund benötigen Patienten in der Regel keine Bluttransfusion oder Blutrückführung. Neben der Minimierung des Blutverlustes verringert die Algorithmus-unterstützte Aspiration das Risiko auf Gefäßverletzungen erheblich. Infolgedessen ist das hier beschriebene Verfahren schonender und risikoärmer für die betroffenen Patienten.

Die Methode, die auf einer mikroprozessorassistierten Vakuumthrombektomie fußt, überwindet die Einschränkungen herkömmlicher Behandlungsalternativen. Dazu zählen etwa die Risiken einer unwirksamen oder kontraindizierten Thrombolyse, die Gefahr einer hämodynamischen Dekompensation sowie das Risiko, Thrombusfragmente in die Lungenstrombahn zu spülen oder empfindliche Lungengefäße durch große Katheter zu verletzen. Zusammenfassend sind die Vorteile des neuen Wirkprinzips eine 1) verkürzte Eingriffszeit, 2) geringerer Blutverlust und 3) reduzierte Rezidivraten.

Literatur/Studien/Artikel

- B. Linnemann, W. Blank, T. Doenst, C. Erbel, P. Isfort, U. Janssens, C. Kalka, R. Klamroth, J. Kotzerke, S. Ley, J. Meyer, K. Mühlberg, O. J. Müller, T. Noppeney, C. Opitz, H. Riess, E.-F. Solomayer, T. Volk, J. Beyer-Westendorf: Diagnostik und Therapie der tiefen Venenthrombose und Lungenembolie – AWMF-S2k-Leitlinie. Stand: 11.01.2023.
- Becattini C, Agnelli G, Lankeit M, Masotti L, Pruszczyk P, Casazza F et al. Acute pulmonary embolism: mortality prediction by the 2014 European Society of Cardiology risk stratification model. *Eur Respir J* 2016; 48(3):780–6. doi: 10.1183/13993003.00024-2016.
- Hobohm L, Sebastian T, Valerio L et al. Sterblichkeit der Lungenembolie in der DACH-Region. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 117, 428–438 (2022). <https://doi.org/10.1007/s00063-021-00854-9>
- Lookstein RA, Konstantinides SV, Weinberg I, Dohad SY, Rosol Z, Kopeć G, Moriarty JM, Parikh SA, Holden A, Channick RN, McDonald B, Nagarsheth KH, Yamada K, Rosovsky RP; Randomized Controlled Trial of Mechanical Thrombectomy With Anticoagulation Versus Anticoagulation Alone for Acute Intermediate-High Risk Pulmonary Embolism: Primary Outcomes From the STORM-PE Trial; *Circulation* 2026, Vol 153, Number 1; <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.125.077232>.
- Moriarty JM, Dohad SY, Schiro BJ, Tamaddon H, Heithaus RE, Iliadis EA, Dexter II DJ, Shavelle DM, Leal SRN, Attallah AS, West FM, Keeling WB, Sharp ASP, Weinberg I; Clinical, Functional, and Quality-of-Life Outcomes after Computer Assisted Vacuum Thrombectomy for Pulmonary Embolism: In-terim Analysis of the STRIKE-PE Study; *J Vasc Interv Radiol* 2024; 35:1154–1165 <https://doi.org/10.1016/j.jvir.2024.04.028>
- Moriarty JM, Schiro BJ, Dohad SY, Tamaddon H, Davis HC, Shavelle DM, Chrysant GS, Iliadis EA, Dexter DJ 2nd, Ciampi Dopazo JJ, Holden A, West FM, Keeling B, Sharp ASP, Weinberg I. Periprocedural Results and Right Ventricular Outcomes of Computer Assisted Vacuum Thrombectomy Treatment of Acute Pulmonary Embolism: Interim Analysis of 300 Patients From the STRIKE-PE Study. *J Am Heart Assoc.* 2025 Sep 2;14(17):e039975. doi: 10.1161/JAHA.124.039975. Epub 2025 Aug 29. PMID: 40878986; PMCID: PMC12553419.
- Mohr K, Keeling B, Kaier K, Neusius T, Rosovsky RP, Moriarty JM, Rosenfield K, Abele C, Farmakis IT, Keller K, Barco S, Channick RN, Giri JS, Lookstein RA, Todoran TM, Christodoulou KC, Hobohm L, Lanno M, Reed J, Binder H, Konstantinides SV, Valerio L, Secemsky EA; Modelling costs of interventional pulmonary embolism treatment: implications of US trends for a European healthcare system ; *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care* (2024) 13, 501–505
- Pruszczyk P, Klok FA, Kuche N, Roik M, Meneveau N, Sharp ASP, Nielsen-Kudsk JE, Obradović S, Barco S, Giannini F, Stefanini G, Tarantini G, Konstantinides S, Dudek D.

Percutaneous treatment options for acute pulmonary embolism: a clinical consensus statement by the ESC Working Group on Pulmonary Circulation and Right Ventricular Function and the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions; EuroIntervention. 2022 Oct; 18(8): e623–e638.

•Sharp ASP, Dohad SY, Weinberg I, Kurzyrna M, Davis HC, Stepniewski J, Perkowski PE, Holden A, West FM, Keeling WB, Parikh SA, Moriarty JM; Outcome of Patients Presenting With High-Risk Pulmonary Embolism Treated With Mechanical Thrombectomy: A Subgroup Analysis From the STRIKE-PE Study; Journal of the Society for Cardiovascular Angiography & Interventions, Vol. 5, Iss. 5. 2026.

Folgende Studien untersuchen die Sicherheit und Effektivität des INDIGO Lightning System in Patienten mit LE:

•STORM-PE: A Prospective, Multicenter, Randomized Controlled Trial Evaluating Anticoagulation Alone vs Anticoagulation Plus Mechanical Aspiration With the Indigo® Aspiration System for the Treatment of Intermediate High Risk Acute Pulmonary Embolism (NCT05684796)

Die CAVT (Computer Assistet Vacuum Thrombectomy) führte innerhalb von 48 Stunden zu einer signifikant stärkeren Verbesserung des RV/LV-Verhältnisses (durchschnittliche Reduktion 0,52 vs. 0,24; $p < 0,001$). Fast 80 % der Patienten zeigten einen positiven Behandlungseffekt mit der CAVT, der signifikant höher war als bei Patienten, die nur eine Antikoagulation erhielten (78,3 % vs. 51,9 %; $p = 0,011$), was auf eine schnelle hämodynamische Erholung hindeutet.

•STRIKE-PE (laufend): A Prospective, Multicenter Study of the Indigo™ Aspiration System Seeking to Evaluate the Long-Term Safety and Outcomes of Treating Pulmonary Embolism (NCT04798261).

Interims-Analysen der STRIKE-PE Studie wurden 2024 und 2025 publiziert mit 150 bzw. 300 Patienten (Moriarty et. al, 2024; Moriarty et. al, 2025). In diesen Analysen wurden die ersten 150 bzw. 300 konsekutiven Patienten von insgesamt 600 Patienten untersucht. Die Zwischenergebnisse der STRIKE-PE-Studie zeigen eine signifikante Senkung des Pulmonalarteriendrucks und des Verhältnisses zwischen den Volumina des rechten und linken Herzventrikels. Die mediane Thrombektomiezeit betrug 33,5 bzw. konnte später auf 30 Minuten gesenkt werden. Der Blutverlust war mit durchschnittlich 286,4 mL bzw. 292,3 mL gering. Die Gesamtprozedurzeit von venösem Zugang bis zum Verschluss betrug durchschnittlich 70 Minuten bzw. 62 Minuten. Die zusammengesetzte Rate an wichtigen unerwünschten Ereignissen betrug lediglich 2,7 % bzw. 2% und es wurden signifikante Verbesserungen der funktionellen Ergebnisse und der Lebensqualität auch nach 90 Tagen erzielt. Eine aktuelle Subanalyse der STRIKE-PE-Studie (Sharp et al. 2026), die 48 Patienten mit Hochrisiko-Lungenembolie einschloss, zeigte eine Reduktion des RV/LV-Verhältnisses um 30 % innerhalb von 48 Stunden (1,50 auf 1,02), eine sehr niedrige 30-Tage-Mortalität von 2,1 % trotz eines Patientenkollektivs mit hämodynamischer Instabilität sowie eine MAE-Rate von lediglich 2,1 %. Darüber hinaus benötigten 43,8 % der Patienten keinen postprozeduralen Intensivaufenthalt, was auf eine rasche hämodynamische Stabilisierung hinweist.

Prozeduren

8-838.n0

OPS

Die derzeit verfügbaren Codes aus 8-83b.8* sind nicht ausreichend spezifisch, um die dargestellte Methode zutreffend und sachgerecht zu beschreiben und zu kodieren. Ein Antrag eines entsprechenden Zusatzcodes (Verwendung eines Instruments zur Thrombektomie oder

NUB-Anfrage N27030316

Sensorunterstützte Aspirationsthrombektomie an Lungengefäßen

Fremdkörperentfernung: computerunterstützter Vakuumthrombektomie-Aspirationskatheter (CAVT)) für den OPS 2026 wurde gestellt und eine finale Bestätigung zur Einführung abgewartet.

Bei interventionellen Verfahren zur Entfernung von Thromben ohne Lyse wird die Thrombektomie in den Lungengefäßen wie folgt kodiert

- Therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Gefäße: (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention an Gefäßen des Lungenkreislaufes: Thrombektomie: Pulmonalarterie (8-838.n0),
- Rotationsthrombektomie (8-838.d0)
- Thrombusfragmentation (8-838.70)

Da es sich bei der Methode weder um eine Rotationsthrombektomie oder eine Thrombusfragmentation handelt, erfolgt die Kodierung der Methode über den OPS 8-838.n0. Die hierfür einsetzbaren Instrumente werden unter dem OPS 8-83b.*(Zusatzinformationen zu Materialien) und folgend 8-83b.8* (Verwendung eines Instruments zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung) aufgeführt und fortgeschrieben, um zwischen spezifischen Katheter-Systemen zu unterscheiden. Zuletzt wurden die sogenannten Disc-Retriever (8-83b.8g-j, 2023) ergänzt. Diese Methode hat im vorangegangenen Jahr einen NUB Status 1 erhalten.

Die derzeit verfügbaren Codes aus 8-83b.8* sind jedoch nicht ausreichend spezifisch, um die dargestellte Methode zutreffend und sachgerecht zu beschreiben und zu kodieren. Es ist daher beabsichtigt, einen entsprechenden Zusatzcode für den OPS 2025 zu beantragen.

Die für die verwendeten Aspirationskatheter verfügbaren OPS (8-83b.87-9, bzw. 8-83b.8g-j) sind für diese neue Form der Mikroprozessorgesteuerten modulierten Vakuumthrombektomie zu unspezifisch:

- 8-83b.8 Verwendung eines Instruments zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung
- 8-83b.84 1 Stentretreiver; 8-83b.85 2 Stentretreiver;
- 8-83b.86 3 oder mehr Stentretreiver

•Nicht zutreffend, anderes Wirkprinzip.

- 8-83b.87 1 Thrombektomie-Aspirationskatheter;
- 8-83b.88 2 Thrombektomie-Aspirationskatheter;
- 8-83b.89 3 oder mehr

Thrombektomie-Aspirationskatheter

Inkl.: Flexibler intrakranieller Aspirationskatheter

NUB-Anfrage N27030316

Sensorunterstützte Aspirationstherapie an Lungengefäßen

Info: Thrombektomie-Aspirationskatheter erfordern die kontinuierliche Aspiration am Thrombus

•Nicht zutreffend, da die Aspiration nicht kontinuierlich, sondern intermittierend erfolgt. Es handelt sich um ein anderes Wirkprinzip).

8-83b.8a 1 Multizonen-Stentretreiver; 8-83b.8b 2 Multizonen-Stentretreiver; 8-83b.8c 3 oder mehr Multizonen-Stentretreiver

•Nicht zutreffend, da es sich nicht um einen Multizonen-Stentretreiver handelt.

8-83b.8d 1 Coring-Katheter, peripher; 8-83b.8e 2 Coring-Katheter, peripher; 8-83b.8f 3 oder mehr Coring-Katheter, peripher

•Nicht zutreffend, anderes Wirkprinzip.

8-83b.8g 1 Disc-Retriever; 8-83b.8h 2 Disc-Retriever; 8-83b.8j 3 oder mehr Disc-Retriever

•Nicht zutreffend, anderes Wirkprinzip.

8-83b.9 Einsatz eines Embolieprotektionssystems
Exkl.: Perkutane Einführung eines Vena-cava-Filters (8-839.1 ff.)

Maßnahmen zur Embolieprotektion am linken Herzohr (8-837.s ff.)

•Nicht zutreffend, anderes Wirkprinzip.

Indikation

Die Methode wird bei akuter Lungenarterienembolie (I26.0 Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale) eingesetzt, wenn eine Lysetherapie nicht möglich oder erfolglos ist. Sie richtet sich an Hochrisiko-Patienten, die in einer Notfallsituation dringend eine lebensrettende Behandlung benötigen.

Ablösung / Ergänzung

Die Behandlungsmethode stellt eine Erweiterung der vorhandenen Therapiemöglichkeiten für Hochrisiko-Patienten mit Lungenarterienembolie dar. Kontraindizierte oder risikobehaftete Verfahren werden potenziell abgelöst. Dazu zählt die Lysetherapie, die Trendelenburg-Operation sowie die Katheter-basierte Thrombusfragmentation. Ebenso zählen dazu die ultraschall-gestützte selektive Fibrinolyse und die Thrombektomie mittels Disc-Retriever.

Bei Patienten mit nachgewiesener LE wird die Therapie durch eine Risikostratifizierung der Frühsterblichkeit (d.h. Risiko innerhalb von 30 Tagen zu versterben) abgeschätzt. Patienten mit hohem Risiko machen etwa 12 %, und Patienten mit intermediär hohem Risiko etwa 30 % aller Patienten mit nachgewiesener LE aus (Becattini et. al 2016). Für hämodynamisch instabile Patienten (Sterblichkeit > 20 %) wird eine möglichst rasche Reperfusion der pulmonalarteriellen Strombahn angestrebt, meist in Form der systemischen Thrombolyse. Bei hämodynamisch stabilen Patienten und intermediärem Risiko wird die Therapie erst bei Verschlechterung von Gerinnungshemmung zur Reperfusionstherapie mittels Thrombolyse

eskaliert. Mechanische Eingriffe werden nur bei Kontraindikationen gegen eine systemische Thrombolyse oder bei Versagen einer systemischen Thrombolyse in Erwägung gezogen. Fibrinolytika, die zur Auflösung der Thromben eingesetzt werden, bergen das Risiko für schwere Blutungen, einschließlich intrakranieller Blutungen, was ihre Anwendung stark einschränkt. Als mechanische Eingriffe stehen derzeit die operative Entfernung mittels Thoraxöffnung und Herz-Lungen-Maschine (Trendelenburg-Operation) sowie die Katheter-basierte Thrombusfragmentation zur Verfügung.

Angesichts der Limitationen der aktuellen Behandlungsmethoden ist die Einführung neuer, ergänzender mechanischer Entfernungssysteme von Emboli notwendig, um die Überlebenschancen und die Lebensqualität von Patienten mit Lungenarterienembolie zu verbessern.

Was ist neu?

Die intelligenten Teilkomponenten sind für das beschriebene Anwendungskonzept vollständig neu entwickelt (Patentnummer CA3219581A1 bzw. Patentanmeldung US18/365,124). Aufgrund des intelligenten, modulierten Aspirationsverfahrens handelt es sich um ein neuartiges mechanisches Wirkprinzip.

Je nach erwarteter Thromben-Art (frisch und unorganisiert oder älter und organisiert) können unterschiedliche Unterdruckmechanismen eine schnelle Thromben-Entfernung durch Aspiration erzielen. Organisierte Thromben benötigen eine modulierte Aspiration, die den Thrombus einem wiederholten zyklischen Stress aussetzt und zur Ermüdung dessen Materialeigenschaften führt. Frische Thromben hingegen werden leichter durch einen Scherstress unter kontinuierlichem Vakuum aspiriert. Bei allen Varianten der Aspiration ist es jedoch aufgrund des hohen kardialen Stresses notwendig, den Blutverlust so gering wie möglich zu halten. Neben der Mikroprozessorassistenten Aspiration sorgen integrierte Ventile der hier beschriebenen Methode dafür, dass nur am Thrombus eine größere Aspiration durchgeführt wird und somit der Blutverlust eingedämmt wird.

Welche Auswirkung hat die Methode auf die Verweildauer im Krankenhaus?

Da es sich um ein neues Wirkprinzip handelt, liegen zu den Auswirkungen der Methode auf die Verweildauer im Krankenhaus bisher noch keine ausreichenden Daten vor.

Es ist davon auszugehen, dass durch die generelle Verbesserung der Akutversorgung von LE die Verweildauer auf der Intensivstation gesenkt werden kann.

In Deutschland seit

Die Methode hat erstmals 2022 eine CE-Zulassung erhalten. Die CE-Zertifizierungen für die Weiterentwicklungen der Methode (Bolt und Flash) wurden am 03. September 2024 erteilt.

Krankenhäuser

INDIGO Lightning FLASH wird von ca. 45 Krankenhäusern für PE genutzt

Anzahl Patienten	2025	2026	2027
Mehrkosten			

Typische Fälle mit einer Hauptdiagnose „Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor

pulmonale“ (ICD-Kode I26.0) werden in Verbindung mit dem OPS-Kode für die Thrombektomie (8-838.n0) der DRG E05C „Andere große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Revisionseingriffe ohne bestimmte Eingriffe bei Brustkorbdeformität, ohne äußerst schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 17 Jahre“

Der Normallieger-Erlös (ohne Pflegeerlös) liegt 2026 bei 10.091,97 €.

Sachkosten

Für das Medizinprodukt INDIGO Lightning FLASH/BOLT System 16F entstehen folgende Sachkosten:

- Katheter-System (Katheter und Schlauchsystem mit integrierter Mikroprozessorsteuerung sowie Element 16F Einführschleuse) in Höhe von 11.330 € (exkl. MwSt.).

- weiteres Verbrauchsmaterial (Auffangbehälter, Führungsdrähte etc.) erzeugt Sachkosten in Höhe von ca. 700 €.

Insgesamt liegen die Sachkosten der Methode damit bei 12.030 € ohne MwSt. bzw. 14.315,70 € mit MwSt.

Personalkosten

Die Dauer der Prozedur beträgt ca. 70 Min. Im Vergleich zu anderen Prozeduren innerhalb der einschlägigen DRG E05C entstehen keine Mehrkosten.

Insgesamt

Zusammenfassend sind in der DRG E05C im InEK-Datenbrowser 2026 in der Zeile 07. Kardiologische Diagnostik/Therapie, sowie Zeile 09. Radiologie in den Spalten 6a bis 6c Kosten von 932,43 € ausgewiesen. Damit kommt es zu einer Unterdeckung von circa 13.400 € für den Einsatz der hier beschriebenen Methode.

DRG

E05C

Nicht im G-DRG-System abgebildet

Die Methode ist derzeit nur unspezifisch über den OPS 2026 kodierbar, da für das neue Wirkprinzip kein Zusatzcode zur Verfügung steht.

Die DRG E05C mit der Hauptdiagnose I26.0 wurde gemäß InEK-Datenbrowser (unterjährige Datenlieferung 2025) 1.796-mal kodiert. Davon fallen 97,22 % (1.746) der Fälle auf den OPS-Kode 8-838.n0. In ca. 77 % dieser Fälle wurden Zusatzinformationen für Disc-Retriever kodiert, für die ein NUB-Status 1 vorliegt (8-83b.8g 828-mal, 8-83b.8h 389-mal und 8-83b.8j 128-mal).

Zusätzlich kam es im Datenjahr 2024 zu einer Abwertung der Verfahren für interventionelle Thrombektomie von der DRG E05B in die DRG E05C mit einem Mindererlös von circa 2.000 €. Wie die oben dargestellten Zahlen zeigen, wird die Thrombektomie mittels Disc Retriever, die für die DRG E05C maßgeblich ist, mit einem NUB-Status 1 refinanziert. Ebenso erfolgt für die VA-ECMO eine Gegenfinanzierung über das ZE2026-03 und für die RVAD eine Finanzierung über das ZE 2026-62.

Die Mikroprozessorassistierte Vakuumthrombektomie stellt ein davon abweichendes Verfahren dar und sollte somit für eine sachgerechten Abbildung im DRG-System und einer adäquaten Kostendeckung weiterhin den NUB Status 1 erhalten.

Die Bedingungen des § 6 Abs. 2 S. 1 KHEntgG sind erfüllt und die Vergabe von NUB-Status 1 erforderlich und gerechtfertigt. Ein entsprechender NUB-Antrag erhielt bereits im Vorjahr NUB-Status 1 (Ifd. Nr. 330 im Jahr 2026)

Wann wurde dieses Medikament zugelassen?

-