

## Änderungsvorschlag für den OPS 2023

Dieses Formular ist urheberrechtlich geschützt und darf nur zur Einreichung eines Vorschlags heruntergeladen und genutzt werden. Eine Veröffentlichung z.B. auf Webseiten, in Internetforen oder vergleichbaren Medien ist nicht gestattet.

### Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Vorschläge jeweils ein eigenes Formular aus.
2. Füllen Sie dieses Formular elektronisch aus. Die Formulardaten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur **strukturell unveränderte digitale** Kopien im DOCX-Format angenommen werden.
3. Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß unten stehendem Beispiel; verwenden Sie Kleinschrift ohne Umlaute und ß, ohne Leer- oder Sonderzeichen und ohne Unterstrich:  
*ops2023-kurzbezeichnungdesinhalts.docx*; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2023-komplexbcodefruehreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2022** an **vorschlagsverfahren@bfarm.de**.
5. Der fristgerechte Eingang wird Ihnen per E-Mail bestätigt. Heben Sie diese **Eingangsbestätigung** bitte als Nachweis auf. Sollten Sie keine Eingangsbestätigung erhalten, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0228 99307-4945, [klassi@bfarm.de](mailto:klassi@bfarm.de)).

### Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Das Vorschlagsverfahren wird gemäß Verfahrensordnung für die Festlegung von ICD-10-GM und OPS gemäß § 295 Absatz 1 Satz 9 und § 301 Absatz 2 Satz 7 SGB V durchgeführt.

Bitte berücksichtigen Sie bei der Erarbeitung eines OPS-Vorschlags die "Gesichtspunkte für zukünftige Revisionen des OPS" in der aktuellen Fassung:

[www.bfarm.de](http://www.bfarm.de) – Kodiersysteme – Klassifikationen – OPS, ICHI – OPS – Vorschlagsverfahren – ...

Änderungsvorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** eingebracht werden. Dies dient der fachlichen Beurteilung und Bündelung der Vorschläge, erleichtert die Identifikation relevanter Vorschläge und trägt so zur Beschleunigung der Bearbeitung bei.

Einzelpersonen und auch einreichende Fachverbände werden gebeten (§ 3 Absatz 3 Verfahrensordnung), ihre Vorschläge **vorab mit allen bzw. allen weiteren für den Vorschlag relevanten Fachverbänden** (Fachgesellschaften [www.awmf-online.de](http://www.awmf-online.de), Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen und mit den schriftlichen Stellungnahmen dieser Fachverbände einzureichen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Fachverbänden abgestimmt sind, leitet das BfArM diesen Abstimmungsprozess ein. Kann die Abstimmung nicht während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden, so kann der Vorschlag nicht umgesetzt werden.

Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.

**Wir weisen ausdrücklich darauf hin**, dass Vorschläge nur im eigenen Namen oder mit ausdrücklicher Einwilligung der unter 1. genannten verantwortlichen Person eingereicht werden dürfen. Das BfArM führt vor der Veröffentlichung keine inhaltliche Überprüfung der eingereichten Vorschläge durch. Für die Inhalte sind ausschließlich die Einreichenden verantwortlich. Bei Fragen oder Unstimmigkeiten bitten wir, sich direkt an die jeweiligen im Vorschlagsformular genannten Ansprechpersonen zu wenden.

### Einräumung der Nutzungsrechte und Erklärung zum Datenschutz

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

Datenschutzrechtliche Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und zu Ihren Rechten finden Sie auf unseren Internetseiten.



**Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu bestätigen.**

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

### 1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, Kommission für Medizinische Klassifikation und Gesundheitsökonomie DGVS
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGVS
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.dgvs.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Prof. Dr.
Name *	Albert
Vorname *	Jörg
Straße *	Auerbachstraße 110
PLZ *	70376
Ort *	Stuttgart
E-Mail *	joerg.albert@rbk.de
Telefon *	0711/8101-3406

### Einräumung der Nutzungsrechte

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

### Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

- \* Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z.B. Vertretende der Selbstverwaltung und der Fachverbände sowie der Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Expertinnen und Experten). Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.

- Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des BfArM veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.

Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, wird Ihr Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.



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

Organisation \*

Offizielles Kürzel der Organisation  
(sofern vorhanden)

Internetadresse der Organisation  
(sofern vorhanden)

Anrede (inkl. Titel) \*

Name \*

Vorname \*

Straße \*

PLZ \*

Ort \*

E-Mail \*

Telefon \*

## Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

\* Ich bin als Ansprechpartner/-in für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z.B. Vertretende der Selbstverwaltung und der Fachverbände sowie der Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Expertinnen und Experten). Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.

Ich bin als Ansprechpartner/-in für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des BfArM veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.

Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.



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

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

Infliximab subkutan

**4. Mitwirkung der Fachverbände \***

(siehe **Hinweise** am Anfang des Formulars)

- Es liegen keine schriftlichen Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der Fachverbände vor.
- Dem BfArM werden zusammen mit dem Vorschlag schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

**5. Der Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines oder mehrerer Medizinprodukte charakterisiert ist oder bei dem für die Durchführung der Prozedur ein Medizinprodukt benötigt bzw. eingesetzt wird\***

- Nein
- Ja

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

**b. Datum der letzten CE-Zertifizierung und Zweckbestimmung laut Gebrauchsanweisung. Es wird darum gebeten, die CE-Zertifizierung und die Gebrauchsanweisung zusammen mit dem Vorschlag zu übersenden oder nachzureichen**



**6. Der Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines oder mehrerer Arzneimittel charakterisiert ist oder bei dem für die Durchführung der Prozedur ein Arzneimittel benötigt bzw. eingesetzt wird \***

Nein

Ja

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

Remsima®, Fa. Celltrion  
Remicade®, MSD

**b. Datum der letzten Arzneimittelzulassung, Name der erteilenden Institution und Zweckbestimmung laut Fachinformation. Es wird darum gebeten, die Fachinformation zusammen mit dem Vorschlag zu übersenden oder nachzureichen**

Datum der letzten Arzneimittelzulassung durch EMA:

13.08.1999 Remicade® (Originator Infliximab, nur Infusion)

10.09.2013 Remsima® (Biosimilar Infliximab, Remsima® 100 mg Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung)

01.11.2019 Zulassungserweiterung der Remsima® Zulassung um eine neue Stärke (120 mg), eine neue Applikationsart (subkutan) und eine neue Darreichungsform (Injektionslösung). Remsima® 120 mg Injektionslösung im Fertigen/in einer Fertigspritze wurde zunächst nur im Indikationsgebiet rheumatoide Arthritis zugelassen.

24.07.2020 Zulassungserweiterung der Remsima®-Zulassung für Remsima® 120 mg Injektionslösung im Fertigen/in einer Fertigspritze im Indikationsgebiet Psoriasis, Ankylosierende Spondylitis, Psoriasis Arthritis, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa (nur erwachsene Patienten)

30.04.2021 Zulassungserweiterung für Remsima 120 mg Injektionslösung im Fertigen/in einer Fertigspritze im Indikationsgebiet Rheumatoide Arthritis für die subkutane Induktion

Zweckbestimmung laut Fachinformation für Remsima®:

Rheumatoide Arthritis

Remsima ist in Kombination mit Methotrexat indiziert zur: Reduktion der Symptomatik und Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit bei:

- erwachsenen Patienten mit aktiver Erkrankung, die nur unzureichend auf krankheitsmodifizierende Antirheumatika (DMARDs), einschließlich Methotrexat, angesprochen haben.
- Methotrexat-naive, erwachsene Patienten oder erwachsene Patienten, die nicht mit anderen DMARDs vorbehandelt wurden, mit schwergradiger, aktiver und fortschreitender Erkrankung. Bei diesen Patienten wurde anhand von radiologischen Untersuchungen eine Reduktion der Progressionsrate der Gelenkschäden nachgewiesen (siehe Abschnitt 5.1).

Morbus Crohn

Remsima ist indiziert zur:

- Behandlung eines mäßig- bis schwergradig aktiven Morbus Crohn bei erwachsenen Patienten, die trotz eines vollständigen und adäquaten Therapiezyklus mit einem Kortikosteroid und/oder einem Immunsuppressivum nicht angesprochen haben oder die eine Unverträglichkeit oder Kontraindikationen für solche Therapien haben.



- Behandlung von aktivem Morbus Crohn mit Fistelbildung bei erwachsenen Patienten, die trotz eines vollständigen und adäquaten Therapiezyklus mit einer konventionellen Behandlung (einschließlich Antibiotika, Drainage und immunsuppressiver Therapie) nicht angesprochen haben.

#### Colitis ulcerosa

Remsima ist indiziert zur Behandlung der mittelschweren bis schweren aktiven Colitis ulcerosa bei erwachsenen Patienten, die auf eine konventionelle Therapie, einschließlich Kortikosteroide und 6-Mercaptopurin (6-MP) oder Azathioprin (AZA), unzureichend angesprochen haben oder die eine Unverträglichkeit oder Kontraindikation für solche Therapien haben.

#### Ankylosierende Spondylitis

Remsima ist indiziert zur Behandlung der schwerwiegenden, aktiven ankylosierenden Spondylitis bei erwachsenen Patienten, die auf eine konventionelle Therapie unzureichend angesprochen haben.

#### Psoriasis-Arthritis

Remsima ist indiziert zur Behandlung der aktiven und fortschreitenden Psoriasis-Arthritis bei erwachsenen Patienten, wenn deren Ansprechen auf eine vorhergehende krankheitsmodifizierende, antirheumatische Arzneimitteltherapie (DMARD-Therapie) unzureichend gewesen ist. Remsima sollte verabreicht werden

- in Kombination mit Methotrexat
- oder als Monotherapie bei Patienten, die eine Unverträglichkeit gegenüber Methotrexat zeigen oder bei denen Methotrexat kontraindiziert ist.

Infliximab verbessert die körperliche Funktionsfähigkeit bei Patienten mit Psoriasis-Arthritis und reduziert die Progressionsrate peripherer Gelenkschäden, wie radiologisch bei Patienten mit polyartikulärem symmetrischen Subtyp der Krankheit belegt wurde (siehe Abschnitt 5.1).

#### Psoriasis

Remsima ist indiziert zur Behandlung der mittelschweren bis schweren Psoriasis vom Plaque-Typ bei erwachsenen Patienten, die auf eine andere systemische Therapie, einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder Psoralen plus UV-A (PUVA), nicht angesprochen haben, bei denen eine solche Therapie kontraindiziert ist oder nicht vertragen wird (siehe Abschnitt 5.1).

Zusätzlich ist Remsima® 100 mg Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung bei Kindern und Jugendlichen indiziert bei:

#### Morbus Crohn bei Kindern und Jugendlichen

Remsima ist indiziert zur Behandlung eines schwergradigen, aktiven Morbus Crohn bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 17 Jahren, die nicht auf eine konventionelle Therapie einschließlich einem Kortikosteroid, einem Immunmodulator und einer primären Ernährungstherapie angesprochen haben oder die eine Unverträglichkeit oder Kontraindikationen für solche Therapien haben. Infliximab wurde nur in Kombination mit einer konventionellen immunsuppressiven Therapie untersucht.

#### Colitis ulcerosa bei Kindern und Jugendlichen

Remsima ist indiziert zur Behandlung der schweren aktiven Colitis ulcerosa bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 17 Jahren, die auf eine konventionelle Therapie, einschließlich Kortikosteroide und 6-MP oder AZA, unzureichend angesprochen haben oder die eine Unverträglichkeit oder Kontraindikation für solche Therapien haben.

**7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags \***

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

Streichung bzw. Überführung des aktuell bestehenden OPS Kodes 6-001.e „Infliximab, parenteral“ in einen neuen 5-Steller „Infliximab, intravenös“ inklusive der Dosierungsstaffelung. Um die verschiedenen Darreichungsformen klar voneinander abzugrenzen, ist zusätzlich die Neuaufnahme eines 5-Stellers „Infliximab, subkutan“ erforderlich. Dies könnte wie folgt umgesetzt werden:

Streichung des OPS Kode 6-001.e Infliximab, parenteral

Überführung in:

6-00d.k Infliximab, intravenös (anstelle des aktuellen 6-001.e Infliximab, parenteral)

6-00d.k0 50 mg bis unter 100 mg

Hinw.: Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben

6-00d.k1 100 mg bis unter 150 mg

Hinw.: Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben

6-00d.k2 150 mg bis unter 200 mg

6-00d.k3 200 mg bis unter 300 mg

6-00d.k4 300 mg bis unter 400 mg

6-00d.k5 400 mg bis unter 500 mg

6-00d.k6 500 mg bis unter 600 mg

6-00d.k7 600 mg bis unter 700 mg

6-00d.k8 700 mg bis unter 800 mg

6-00d.k9 800 mg bis unter 900 mg

6-00d.ka 900 mg bis unter 1.000 mg

6-00d.kb 1.000 mg bis unter 1.200 mg

6-00d.kc 1.200 mg bis unter 1.400 mg

6-00d.kd 1.400 mg bis unter 1.600 mg

6-00d.ke 1.600 mg bis unter 1.800 mg

6-00d.kf 1.800 mg bis unter 2.000 mg

6-00d.kg 2.000 mg oder mehr

Und zusätzlich Neuaufnahme:

6-00d.m Infliximab, subkutan

6-00d.m0 120 mg bis unter 240 mg

6-00d.m1 240 mg bis unter 360 mg

6-00d.m2 360 mg bis unter 480 mg

6-00e.m3 480 mg bis unter 600 mg

6-00e.m4 600 mg bis unter 720 mg

6-00e.m5 720 mg bis unter 840 mg

6-00e.m6 840 mg bis unter 960 mg

6-00e.m7 960 mg bis unter 1.080 mg

6-00e.m8 1.080 mg bis unter 1.200 mg

6-00e.m9 1.200 mg oder mehr

## 8. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

### a. Problembeschreibung \*

Infliximab ist indiziert für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit rheumatoider Arthritis, mäßig- bis schwergradig aktivem Morbus Crohn, Morbus Crohn mit Fistelbildung, mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa, aktiver ankylosierender Spondylitis, aktiver Psoriasis-Arthritis sowie Psoriasis. Intravenöses Infliximab ist zusätzlich indiziert bei Kindern und Jugendlichen ab 6 Jahren für Morbus Crohn und Colitis ulcerosa.

Infliximab liegt in zwei Darreichungsformen vor, intravenös und subkutan. Letztere ist 2019 neu eingeführt worden, der Wirkmechanismus ist bei beiden Darreichungsformen identisch.

Bei Umstellung von einer bisher ausschließlich mittels Infliximab-Infusion durchgeführten Therapie (3 mg/kg alle 8 Wochen in der RA oder 5 mg/kg alle 8 Wochen alle anderen Indikationen) kann 8 Wochen nach der letzten Infliximab Infusion auf subkutanen Infliximab gewechselt werden. Die Dosierung der subkutanen Formulierung ist 120 mg im Abstand von 2 Wochen.

Bei einer Neueinstellung erhält der Patient zu Woche 0 und 2 eine Infliximab Infusion (3 mg/kg bei rheumatoider Arthritis (RA) oder 5 mg/kg bei allen anderen Indikationen) und ab Woche 6 alle 2 Wochen 120 mg Infliximab subkutan.

In der Indikation Rheumatoide Arthritis kann alternativ zur intravenösen die subkutane Induktion angewendet werden; nach der ersten Injektion von Remsima 120 mg als subkutane Injektion folgen dann weitere subkutane Injektionen 1, 2, 3 und 4 Wochen nach der ersten Injektion und danach alle 2 Wochen für die Erhaltungstherapie.

Neben der Dosierungsmenge unterscheiden sich ebenso die Kosten der zwei Darreichungsformen. Um zukünftig eine eindeutige dosierungsgestaffelte und kostenzuweisende Abbildbarkeit zu sichern, ist eine Differenzierung des bestehenden parenteralen OPS Codes erforderlich.



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

Durch die Einführung der subkutanen Darreichungsform im Herbst 2019, die sich in ihren Kosten von der bisher alleinig verfügbare intravenöse Form unterscheidet, ist eine Differenzierung des bestehenden Codes erforderlich, um zukünftig eine korrekte Kostenzuordnung zu ermöglichen. Zudem bezieht sich der aktuelle Code auf die Dosierungsmengen der intravenösen Darreichungsform, die für die subkutane Darreichung nicht passen. Daten für die subkutane Form müssen vom InEK erst noch erhoben werden.

Die Zusammenlegung zweier Darreichungsformen in einen OPS Code stellt die Kliniken auf Grund der unterschiedlichen Kosten für die jeweilige Darreichungsform in Bezug auf die Abrechnung unter nur einem existierenden Code vor eine Herausforderung. Es muss jedes Mal eine händische Überprüfung erfolgen.

Die beantragten Dosisklassen sich auf die jeweilige Darreichungsform abgestimmt.

**c. Verbreitung des Verfahrens \***

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

**d. Angaben zu Leitlinien, Literatur, Studienregistern usw. (maximal 5 Angaben)**

Fachinformation Remsima®, 120 mg Injektionslösung in Fertigspritze/Fertigpen, Stand 08/2021  
 Fachinformation Remsima® 100 mg Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung, Stand 05/2021

**e. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens \***

Remicade® 100 mg Pulver zur Herstellung einer Infusionslösung kostet 708,42€ (kleinste Einheit 2 Stück = 1.416,83€). Dies entspricht einem Preis von 7,08 €/mg

Remsima® 120 mg subkutane Injektionslösung im Fertigpen / in einer Fertigspritze auf Basis des Apothekenverkaufs- bzw. -abgabepreises (AVP) kosten:

1 Stück: 716,45€  
 2 Stück: 1.421,62€  
 4 Stück: 2.792,16€  
 6 Stück: 4.118,41€

Der Durchschnittspreis über alle vier Packungsgrößen liegt bei 702,93€ (inkl. 19% MwSt.) pro Fertigpen bzw. Fertigspritze. Dies entspricht einem Preis von 5,86 €/mg



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

Siehe Punkt 8e.

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

Für das Jahr 2022 haben 262 stationäre Einrichtungen einen NUB Antrag für den Wirkstoff Infliximab subkutan eingereicht. Die Fallzahl für subkutanen Infliximab in Krankenhäusern kann derzeit noch nicht abgeschätzt werden.

Lt. Destatis wurden im Jahr 2019 die Codes des Fünfstellers 6-001.e\*\* insgesamt 4.866 mal kodiert.

**h. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant? \***

(Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.)

**9. Bisherige Kodierung des Verfahrens**

(Bitte nennen Sie, falls möglich, die Codes, die aus klassifikatorischer Sicht unabhängig vom Ergebnis der Gruppierung in Entgeltsystemen zurzeit für das Verfahren anzugeben sind)

6-001.e

**10. Sonstiges**

(z.B. Kommentare, Anregungen, Literaturangaben bitte ausschließlich unter 8.d aufführen)