

# STANDARD DER THERAPEUTISCHEN APHERESE 2025

der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie e. V.

in Zusammenarbeit mit  
der Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie e. V.  
und dem Verband Deutsche Nierenzentren e. V.

**Update 2026 für das Kapitel „Kostenerstattung der  
Therapeutischen Apherese“**

## Impressum

### Autoren

M. Abu-Tair, Bielefeld  
W. Bernhardt, Hannover  
K. Boss, Essen  
G. Bücker, Osnabrück  
S. David, Zürich  
K. de Groot, Offenbach  
C. Fassbender, Köln  
F. Heigl, Kempten  
B. Hohenstein, Villingen-Schwenningen  
U. Julius, Dresden  
J. Friebus-Kardash, Essen  
J. Kielstein, Braunschweig  
R. Klingel, Köln  
W. Köhler, Leipzig  
A. Kribben, Essen  
W. Ramlow, Rostock  
V. Schettler, Göttingen  
G. Schlieper, Hannover  
K. K. Schmidt-Ott, Hannover  
C. P. Schmitt, Heidelberg  
M. Späth, Köln  
C. Taylan, Köln  
J. Thumfart, Berlin  
A. Vogt, München  
N. Weiss, Dresden

### Koordinator

V. Schettler, Göttingen

### Redaktionsschluss

30.09.2025

## Haftungsausschluss

Dieser vorliegende Standard der Therapeutischen Apherese entspricht einer Leitlinie in Form von strukturierten Handlungsempfehlungen für bestimmte Erkrankungen. Dieser Standard wurde durch formale Vorgaben bestimmter Qualitätskriterien sowie umfassender Literaturrecherche und strukturierter Konsensfindung der beteiligten Autoren erstellt. Die Autoren übernehmen trotz sorgfältiger Kontrolle keine Gewähr für die Richtigkeit aller Informationen. Dosierungsanweisungen und/oder Applikationsformen sind immer anhand der aktuellen Fachinformationen zu prüfen. Dieser Standard soll turnusmäßig aktualisiert werden und reflektiert den aktuellen Wissensstand bis zum in der Fußleiste angegebenen Zeitpunkt. Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Herausgebers. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

## Kostenerstattung der Therapeutischen Apherese

### Vergütung der Apheresetherapie im Krankenhaus

Im Jahr 2003 wurde das G-DRG-System (German-Diagnosis Related Groups-System) als Vergütungssystem für allgemeine Krankenhausleistungen eingeführt. Die Zahl der DRGs stieg kontinuierlich, seit 2004 kamen Zusatzentgelte als Vergütungskomponente zusätzlich zur Fallpauschale hinzu. Zusatzentgelte werden für klar abgrenzbare Leistungen definiert, die sporadisch auftreten, relevante Kosten verursachen und in mehreren DRGs auftreten. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der GKV-Spitzenverband und der Verband der privaten Krankenversicherung legen als Partner der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen und als Vertragsparteien auf Bundesebene das Krankenhausvergütungssystem jährlich fest [InEK 2026]. Mit dem Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals wurde in § 17b Abs. 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) verankert, dass die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen ab 2020 aus dem G-DRG-System ausgegliedert werden. Das gilt auch für Zusatzentgelte. Die Pflegepersonalkosten werden nun über ein krankenhausindividuelles Pflegebudget nach dem Selbstkostendeckungsprinzip finanziert. Bis zu der erstmaligen Vereinbarung eines krankenhausindividuellen Pflegebudgets gilt ein gesetzlich festgelegter, vorläufiger Pflegeentgeltwert. Der vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) herausgegebene Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) ist die amtliche Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen. Er wird jährlich überarbeitet. Der Fallpauschalenkatalog listet die DRGs insgesamt auf [InEK 2026]. In den Anlagen des Fallpauschalenkatalogs sind die den OPS zugeordneten Zusatzentgelte aufgeführt, hierunter die Verfahren der Therapeutischen Apherese (Tabelle 4).

Bei einem Teil der Zusatzentgelte wird ein bundeseinheitlicher Preis vorgegeben, z. B. der OPS-Kode für die Plasmapherese, synonym für den Plasmaaustausch verwendet, und der 2010 eingeführte OPS-Kode für die Doppelfiltrations-Plasmapherese (DFPP). Für die Kalkulation der Zusatzentgelte spielen Kalkulationskrankenhäuser eine wesentliche Rolle, um die Kostendeckung zu gewährleisten. Für das Jahr 2021 übermittelten 240 Kalkulationskrankenhäuser die Kostendaten an das InEK. Die Vergütung von unbepreisten Zusatzentgelten wird in den jährlichen Budgetverhandlungen im Krankenhaus krankenhaus-individuell festgelegt.

Die vom BfArM veröffentlichte OPS Version 2024 enthielt umfangreiche Änderungen und Umstrukturierungen

für die Verfahren der therapeutischen Apherese hinsichtlich der Systematik und der Kode-Ziffern.

Im übergeordneten Codebereich Adsorption und verwandte Verfahren (8-821) wird nun in Übereinstimmung mit den Definitionen der Tab. 3 des Apherese-Standards zwischen spezifischer und selektiver Adsorption unterschieden. Die Immunadsorption wird ab 2024 als *Adsorption zur Entfernung von Immunglobulinen und/oder Immunkomplexen* (8-821.4 ff.) bezeichnet, um die eindeutige Zuordnung zur Zielsubstanz der Adsorption zu betonen. Im Apherese Standard wird im Folgenden weiterhin für die Adsorption zur Entfernung von Immunglobulinen und/oder Immunkomplexen der Begriff Immunadsorption verwendet. Die Unterscheidung zwischen nicht regenerierbaren und regenerierbaren Adsorbentien bleibt bestehen, neu hinzu kommt ein Kode für nicht wiederverwendbare, während einer Behandlung regenerierbare Adsorbentien.

In der OPS Version 2025 wurde neu der OPS-Kode 8-821.45 aufgenommen für die spezifische Adsorption von Immunglobulinen und Immunkomplexen, der insbesondere für die spezifische Elimination von Blutgruppen-Immunglobulinen (synonyme Begriffe sind Blutgruppen-Antikörper, AB0-Antikörper oder Isohämagglutinine) und ausschließlich zur Vorbereitung des Empfängers bei AB0 inkompatibler Transplantation genutzt wird. Wenn in einer Klinik sowohl selektive als auch spezifische Verfahren der Adsorption von Immunglobulinen mit nicht regenerierbaren Adsorbentien eingesetzt werden, ist es für den wirtschaftlichen Einsatz empfehlenswert für die OPS-Kodes 8-821.44 und 8-821.45 zwei verschiedene Beträge für das insgesamt individuell zu verhandelnde Zusatzentgelt (ZE2025-13) festzulegen, die dann auch krankenhausintern durch die beiden OPS-Kodes klar voneinander unterschieden werden.

Die Zusatzentgelte für die verschiedenen Verfahren der selektiven und der spezifischen Adsorption - bisher Immunadsorption (ZE2025-13) müssen jährlich krankenhausindividuell verhandelt werden. Nach der Musterrechnung der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie ist die Durchführung einer selektiven Immunadsorptionsbehandlung mit Kosten von 2.232,62 € anzusetzen [Kribben et al. 2004]. Wenn während einer Behandlung zwei Einmaladsorbentien sequentiell im extrakorporalen Kreislauf eingesetzt werden, kann der OPS-Kode 8-821.44 für die Immunadsorption mit nicht wiederverwendbarem und nicht regenerierbarem Adsorbentien zweimal kodiert werden.

Der bisherige Kode für die Hämo-perfusion/Vollblut-Adsorption (8-856) wurde bereits ab 2024 in den Codebereich Adsorption und verwandte Verfahren (8-821 ff.) verschoben, und ebenfalls unterteilt nach „spezifisch“ und „selektiv“. Die Adsorption zur Entfernung niedrig- und/oder mittelmolekularer hydrophober Substanzen

inklusive Zytokinadsorption, bisher 8-821.2, wird ab 2024 mit dem Code 8-821.30 für eine selektive Vollblut-Adsorption versehen. Die Vergütung erfolgt weiterhin über das unbepreiste ZE2025-09. Diese Umstrukturierung verbessert die Systematik der OPS-Kodes, da die Hämoperfusion und der zum Teil synonym verwendete Begriff Hämoadsorption einer Adsorption aus Vollblut gleichzusetzen sind.

Für 2024 neu eingeführt wurden Codes für die CRP-Apherese (8-821.5ff.). Bislang wurde diesen Codes vom InEK noch keine ZE Ziffer zugewiesen [InEK, Fallpauschalenkatalog 2026].

Unter dem OPS-Kode für die Lipoproteinapherese (8-822) mit weiterhin einem bepreistem Zusatzentgelt werden jetzt die verschiedenen Methoden als Inklusiva aufgelistet.

Für die Apherese der löslichen FMS-ähnlichen Tyrosinkinase 1 (sFlt-1-Apherese) hatte sich mangels eines hierfür selektiven oder spezifischen Verfahrens kein ZE gebildet. Daher wurde der separate OPS-Kode gestrichen. Der OPS-Kode 8-821.x könnte genutzt werden.

Bei der extrakorporalen Leberersatztherapie (Leberdialyse) (8-858ff.) wird ab 2025 zwischen „bei Indikation zur Leberersatztherapie“ (8-858.0), „bei Indikation zur Leberersatztherapie und zum Azidoseausgleich“ (8-858.1) und „bei Indikation zum Azidoseausgleich“ (8-858.2) unterschieden.

Hat ein Krankenhaus (noch) kein individuelles Zusatzentgelt verhandelt, kann gemäß § 5 Fallpauschalenvereinbarung eine pauschale Vergütung von 600 € pro Behandlung im laufenden Jahr abgerechnet werden. Nach erfolgreicher unterjähriger Verhandlung des individuellen Zusatzentgeltes wird der Differenzbetrag zur pauschalen Vergütung am Ende des Jahres ausgeglichen.

### **Dokumentation für mehr Abrechnungssicherheit**

Die im Krankenhaus eingesetzten Methoden der therapeutischen Apherese sollten durch Richtlinien, Leitlinien oder medizinisches Fachwissen begründet sein. Die Krankenkassen lassen in Einzelfällen die von dem Krankenhaus übermittelten Leistungs- und Abrechnungsdaten durch den Medizinischen Dienst (MD) prüfen. Wichtige Prüfgründe sind neben der Krankenhausverweildauer die Indikationsstellung für die extrakorporale Therapie und das Wirtschaftlichkeitsgebot. Die Wirtschaftlichkeit einer Behandlung lässt sich dabei grundsätzlich nur im Vergleich zweier Alternativen bewerten. Bei vergleichbarer klinischer Wirksamkeit ist das Nutzen-Risiko-Profil zweier Alternativmethoden zu vergleichen. Eine wichtige Maßnahme für mehr Abrechnungssicherheit von Zusatzentgelten seitens des

Krankenhauses ist die möglichst ausführliche Dokumentation in der Patientenakte hinsichtlich:

- a) Hauptdiagnose und Begleiterkrankungen
- b) Notwendigkeit des stationären Aufenthaltes
- c) Indikation zur Durchführung der jeweiligen Methode der TA
- d) Etwaige Behandlungsalternativen geprüft und ausgeschlossen
- e) Argumente für den Einsatz der jeweiligen Methode der TA unter Berücksichtigung der patientenindividuellen Situation (im Aufklärungsbogen dokumentieren)
- f) Anzahl der durchgeführten Behandlungen (Therapieprotokolle)
- g) Medikamentöse Maßnahmen (z. B. Steroidpuls; IVIG)
- h) Erfolg verordneter Maßnahmen/Behandlungen.

Tabelle 4: Verfahren der Therapeutischen Apherese im OPS Version 2026 des Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und Fallpauschalenkatalog 2026 des Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)

Bezeichnung des Verfahrens (OPS-Text)	OPS-Kode 2026 (generell ist jede durchgeführte Apherese separat zu kodieren)	Zusatzentgelte (ZE) mit Differenzierungen nach aG-DRG 2026 Fallpauschalenkatalog	Betrag nach aG-DRG 2026 Fallpauschalenkatalog (Anlagen 2, 4, 5, 6)
<b>Therapeutische Plasmapherese, PE</b> Inkl.: PE mit gleichzeitiger Zellapherese, Plasmaaustausch Exkl.: PE zur Apherese von Lipoproteinen (8-822) Hinweis: Die Gabe von Plasma oder Albumin ist im Kode enthalten.	<b>8-820</b>	<b>ZE36</b>	
Mit normalem Plasma Inkl.: PE mit Albumin	<b>8-820.0</b> nach Anzahl: <b>8-820.00 = 1 PE bis 8-820.0w ≥ 50 PE</b>	nach Anzahl differenziert in: <b>ZE36.01 = 1 PE bis ZE36.27 ≥ 50 PE</b>	<b>1.164,90 € bis 60.570,80 €</b>
Mit kryodepletiertem Plasma	<b>8-820.1</b> nach Anzahl: <b>8-820.10 = 1 PE bis 8-820.1w ≥ 50 PE</b>		
Mit gefrorenem, pathogeninaktiviertem Plasma Inkl.: Mit pathogenreduziertem und zellfreiem Apheresefrischplasma vom Einzelspender; mit pathogenreduziertem und zellfreiem Poolplasma	<b>8-820.2</b> nach Anzahl: <b>8-820.20 = 1 PE bis 8-820.2t ≥ 50 PE</b>		
<b>Adsorption und verwandte Verfahren</b> Exkl.: Adsorption zur Apherese von Lipoproteinen (8-822) Hinweis: Es ist jede durchgeführte (Immun-)Adsorption zu kodieren.	<b>8-821</b>		
<b>Hämoperfusion (Vollblut-Adsorption)</b>	<b>8-821.3</b>		krankenhausindividuelle Verhandlung
Selektiv, zur Entfernung hydrophober Substanzen (niedrig- und /oder mittelmolekular) Inkl.: Zytokin-Adsorption	<b>8-821.30</b>	<b>ZE2026-09<sup>(1)</sup></b>	
Selektiv, zur Entfernung sonstiger Substanzen	<b>8-821.31</b>	<b>ZE2026-09<sup>(1)</sup></b>	
Spezifisch	<b>8-821.32</b>	<b>ZE2026-09<sup>(1)</sup></b>	
<b>Adsorption zur Entfernung von Immunglobulinen und/oder Immunkomplexen</b> Inkl.: <b>Spezifische Adsorption</b> zur Entfernung von Immunglobulinen und/oder Immunkomplexen <b>Selektive Adsorption</b> zur Entfernung von Immunglobulinen und/oder Immunkomplexen	<b>8-821.4</b>		
Mit nicht wiederverwendbarem und regenerierbarem Adsorber	<b>8-821.41</b>		

Bezeichnung des Verfahrens (OPS-Text)	OPS-Kode 2026 (generell ist jede durchgeführte Apherese separat zu kodieren)	Zusatzentgelte (ZE) mit Differenzierungen nach aG-DRG 2026 Fallpauschalenkatalog	Betrag nach aG-DRG 2026 Fallpauschalenkatalog (Anlagen 2, 4, 5, 6)
Mit wiederverwendbarem und regenerierbarem Adsorber, Erstanwendung  Hinweis: dieser Kode ist nur einmal pro therapeutisches Protokoll anzugeben. Jede weitere Anwendung ist gesondert zu kodieren (8-821.43)	<b>8-821.42</b>	<b>ZE2026-13</b> <sup>(1)</sup>	krankenhausindividuelle Verhandlung
Mit wiederverwendbarem und regenerierbarem Adsorber, weitere Anwendung	<b>8-821.43</b>	<b>ZE2026-13</b> <sup>(1)</sup>	
Mit nicht wiederverwendbarem und nicht regenerierbarem Adsorber, selektive Adsorption	<b>8-821.44</b>	<b>ZE2026-13</b> <sup>(1)</sup>	
Mit nicht wiederverwendbarem und nicht regenerierbarem Adsorber, spezifische Adsorption  Inkl.: spezifische Adsorption zur Entfernung von Blutgruppen-antikörpern [Isohämagglutinine]	<b>8-821.45</b>	<b>ZE2026-13</b>	
<b>C-reaktives-Protein-Apherese</b> (CRP-Apherese)	<b>8-821.5</b>		
Mit wiederverwendbarem und regenerierbarem Adsorber, Erstanwendung  Hinweis: dieser Kode ist nur einmal pro therapeutisches Protokoll anzugeben. Jede weitere Anwendung ist gesondert zu kodieren (8-821.51)	<b>8-821.50</b>	kein zugeordnetes ZE	
Mit wiederverwendbarem und regenerierbarem Adsorber, weitere Anwendung	<b>8-821.51</b>	kein zugeordnetes ZE	
Sonstige	<b>8-821.x</b>	kein zugeordnetes ZE	
<b>Lipoproteinapherese</b>  Inkl.: LDL-Apherese Apherese von Lipoproteinen Lipoproteinpräzipitation zur Apherese von Lipoproteinen Therapeutische Plasmapherese zur Apherese von Lipoproteinen Doppelfiltrationsplasmapherese zur Apherese von Lipoproteinen ApoB100-Adsorption zur Apherese von Lipoproteinen Polyacrylatadsorption zur Apherese von Lipoproteinen Dextran-Sulfat-Cellulose Adsorption zur Apherese von Lipoproteinen	<b>8-822</b>	<b>ZE61</b>	<b>1.025,09 €</b>

Bezeichnung des Verfahrens (OPS-Text)	OPS-Kode 2026 (generell ist jede durchgeführte Apherese separat zu kodieren)	Zusatzentgelte (ZE) mit Differenzierungen nach aG-DRG 2026 Fallpauschalenkatalog	Betrag nach aG-DRG 2026 Fallpauschalenkatalog (Anlagen 2, 4, 5, 6)
<b>Zellapherese</b> Exkl.: Zellapherese zur Gewinnung von Granulozyten-konzentraten oder Stammzellen; Zellapherese mit gleichzeitiger Plasmapherese (8-820ff.); Spezielle Zellaphereseverfahren (8-825ff.) Hinweis: Mit diesem Kode ist nur die Zellapherese zu therapeutischen Zwecken zu kodieren. Es ist jede durchgeführte Zellapherese zu kodieren.	<b>8-823</b>	<b>ZE2026-15</b> <sup>(1)</sup>	krankenhausindividuelle Verhandlung
<b>Photopherese</b> Hinweis: Es ist jede durchgeführte Photopherese zu kodieren.	<b>8-824</b>	<b>ZE37</b>	<b>1.301,78 €</b>
<b>Spezielle Zellaphereseverfahren</b>	<b>8-825.*</b>	<b>ZE2026-15</b> <sup>(1)</sup>	krankenhausindividuelle Verhandlung
<b>Doppelfiltrationsplasmapherese (DFPP)</b> Exkl: DFPP zur Apherese von Lipoproteinen (8-822)	<b>8-826</b>		
Ohne Kryofiltration	<b>8-826.0</b> nach Anzahl: <b>8-826.00 = 1 DFPP</b> bis <b>8-820.0t ≥ 50 DFPP</b>	nach Anzahl differenziert in:	<b>1.164,90 €</b> bis <b>60.574,80 €</b>
Mit Kryofiltration	<b>8-820.1</b> nach Anzahl: <b>8-820.10 = 1 DFPP</b> bis <b>8-820.1t ≥ 50 DFPP</b>	<b>ZE36.01 = 1 DFPP</b> bis <b>ZE36.27 = ≥ 50 DFPP</b>	
<b>Extrakorporale Leberersatztherapie (Leberdialyse)</b>	<b>8-858</b>		
Bei Indikation zur Leberersatztherapie	<b>8-858.0</b>	<b>ZE2026-10</b> <sup>(1)</sup>	krankenhausindividuelle Verhandlung
Bei Indikation zur Leberersatztherapie und zum Azidoseausgleich. Hinw.: Dieser Kode ist anzugeben, wenn der Azidoseausgleich durch gezielte pH-Steuerung erfolgt.	<b>8-858.1</b>	<b>ZE2026-10</b> <sup>(1)</sup>	
Bei Indikation zum Azidoseausgleich Hinw.: Dieser Kode ist anzugeben, wenn der Azidoseausgleich durch gezielte pH-Steuerung erfolgt.	<b>8-858.2</b>	<b>ZE2026-10</b> <sup>(1)</sup>	

<sup>(1)</sup> Nach Paragraph 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2025 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. \*Gilt für alle entsprechenden 5-Steller oder 6-Steller des angegebenen OPS-Kodes. Inkl.: Inklusivum; Exkl.: Exklusivum.

Bei im Krankenhaus eingesetzten Methoden gilt der Grundsatz der Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt, mit dem Ziel, die Einführung von Innovationen in die stationäre Versorgung zu erleichtern und zu fördern. Gemäß § 6 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) kann die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), die mit den Fallpauschalen

und Zusatzentgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden können durch zeitlich befristete Entgelte vereinbart werden. Krankenhäuser können Anfragen für NUB an das InEK einsenden. Erfüllen die Anfragen die Kriterien der NUB-Vereinbarung kann für diese Methoden oder Leistungen für das kommende Jahr die Vereinbarung eines krankenhausindividuellen Entgelts

verhandelt werden. Die vereinbarten NUB sind innerhalb der GKV solange erstattungsfähig, bis der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) diese bewertet hat. Entweder erfolgt dann die Überführung in einen neuen OPS oder die Erstattungsfähigkeit entfällt. Prinzipiell steht der Weg über diese hohe Hürde auch für neue Aphereseverfahren offen.

### Vergütung der ambulanten Apheresetherapie

Grundlage der geregelten Erstattung ist die Richtlinie des G-BA zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) für den Bereich der Apherese zuletzt geändert mit Beschluss vom 20.10.2022 [G-BA 2023]. Die Durchführung und Abrechnung von Apheresen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung muss von der Kommission der regionalen Kassenärztlichen Vereinigung unter Mitwirkung von Vertretern des MD genehmigt werden. Die fachliche Befähigung setzt in der Regel die Qualifikation als Nephrologe voraus, kann aber auch alternativ nachgewiesen werden. Über das Beratungsergebnis unterrichtet die Beratungs-Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung die leistungspflichtige Krankenkasse, die ihrerseits den Versicherten informiert. Die konkrete Abrechnung der Apherese im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist in jedem Einzelfall schließlich erst dann zulässig, wenn die leistungspflichtige Krankenkasse dem Versicherten einen schriftlichen Leistungsbescheid erteilt hat. Die Indikationsstellung, auch im Wiederholungsfall und im Behandlungsverlauf muss umfangreich dokumentiert werden. Aus der Dokumentation muss nachvollziehbar hervorgehen, dass eine Befundkonstellation vorliegt, für die es keine Therapiealternativen gibt. Leistungen der GKV sind die Lipoproteinapherese (LA) bei schweren Fettstoffwechselstörungen (s. a. S. 26) und die Immunadsorption bei therapierefraktärer rheumatoider Arthritis (RA), wobei letztere in der Praxis keine Rolle mehr spielt. Die Genehmigung der Lipoproteinapherese ist auf ein Jahr befristet, eine Verlängerung muss erneut beantragt werden. Für die Immunadsorption bei RA wird ein Zyklus von 12 Behandlungen genehmigt. Die Wiederholung bedarf eines erneuten Antrags.

### Einzelfallantrag für Therapeutische Aphereseverfahren

Der Einzelfallantrag kommt generell in Betracht, wenn die beabsichtigte Behandlung mit einer vom G-BA ausgeschlossenen oder nicht geprüften Methode erfolgen soll. In der vertragsärztlichen ambulanten Behandlung gilt der Grundsatz des Verbotes mit Erlaubnisvorbehalt. Dieser mühsame Weg der Kostenersatzung ist im Fall einer schweren Erkrankung erforderlich, bei der die Apheresetherapie eine ultima ratio der ambulanten Therapie darstellt. Ein wichtiger Begriff ist die notstandsähnliche Situation: es liegt

eine die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende fortschreitende Erkrankung vor, bei der keine andere Therapie verfügbar ist und aufgrund der Datenlage die begründete Aussicht besteht, mit der Apheresetherapie einen Behandlungserfolg zu erzielen. Medikamentöse Therapieoptionen sind ausgeschöpft. Wichtig ist die auf den individuellen Patienten bezogene Stellungnahme der behandelnden Ärzte, dass die Durchführung der Apheresetherapie die einzige Möglichkeit darstellt, die Symptome bei dem Patienten zu stabilisieren. Insbesondere wenn der fortschreitende Krankheitsprozess eine schwere, irreversible Behinderung verursachen kann. In diesem Zusammenhang ist die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes (vgl. BVerfG, Beschluss vom 06.12.2005, Az.: 1 BvR 347/98, „Nikolaus-Beschluss“) anzuführen. Danach ist es „mit den Grundrechten aus Art. 2 Abs. 1 GG (*allgemeine Handlungsfreiheit*) in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG (*Grundrechte auf Leben und körperliche Unversehrtheit*) nicht vereinbar, einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, dem medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.“ Dem Begriff der lebensbedrohlichen Erkrankung gleichgestellt, sind andere Erkrankungen, bei denen die körperliche Unversehrtheit dauerhaft beeinträchtigt zu werden droht (z. B. eine akut drohende schwere, irreversible Behinderung, wie der Verlust eines Sinnesorgans bei Erblindung oder Ertaubung, Rollstuhlpflicht oder Pflegebedürftigkeit). Allerdings gibt es für diese Auslegung des Nikolaus-Beschlusses keine einheitliche Rechtsauffassung auf der Ebene der Landessozialgerichte.

Der Einzelfallantrag ermöglicht eine Erstattung ohne die Grundlage einer positiven Entscheidung des G-BA, der als untergesetzlicher Normengeber die Konkretisierungen des GKV-Leistungskataloges und der hierfür bestimmten Verfahrensordnung vorgibt. Bewertungsverfahren des G-BA enthalten ein Leistungsverbot bis zum Abschluss des Verfahrens oder ermöglichen den Ausschluss von Leistungen. Dabei erfolgt eine Aufnahme in den Leistungskatalog häufig nur dann, wenn der Nutzen einer medizinischen Methode nach sehr eng gefasster Auslegung der evidenzbasierten Medizin nachgewiesen ist, und die Methode wirtschaftlich ist. Gegebenenfalls ist beim Einzelfallantrag zu prüfen, ob das sozialrechtlich definierte Verfahren zur Beseitigung eines Systemmangels anzuwenden ist. Diese hohen sachlichen und formellen Anforderungen werden mit dem Nikolaus-Beschluss im Fall hinreichender Schwere und Alternativlosigkeit modifiziert. Die Erfahrungen zeigen das Bild einer

restriktiven Handhabung der Vorgaben des Nikolaus-Beschluss. Eine anfänglich versichertenfreundliche Tendenz ist einer zurückhaltenden, doch durchaus sorgfältigen Interpretation gewichen [RUB Nikolaus-Projekt 2026].

---

## Literatur

Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (G-BA): Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (MVV-RL) in der Fassung vom 17. Januar 2006, zuletzt geändert am 20.10.2022; bzgl. ambulante Durchführung der Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren. BAnz AT 13.01.2023 B3; in Kraft getreten am 14. Januar 2023

BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte: [https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/OPS-ICHI/OPS/\\_node.htm](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/OPS-ICHI/OPS/_node.htm) (zugegriffen am 04.02.2026)

InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus 2026: <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2026/fallpauschalen-katalog>. (zugegriffen am 04.02.2026)

Kribben A et. al Kostenkalkulation für die Dialyse und andere Therapieverfahren in der Nephrologie. Das Krankenhaus 2004; 5: 356-363.

MDK – Medizinischer Dienst der Krankenkassen, sozialmedizinische Expertengruppe 4 (SEG4, Vergütung und Abrechnung), SEG 4-Kodierempfehlungen, Kodierempfehlung Nr. 336, Immunadsorption (8-821). Redaktion des MDK, Essen 2025.

Ruhr-Universität Bochum – Nikolaus-Projekt des Instituts für Sozial- und Gesundheitsrecht der Ruhr-Universität Bochum.; letzte Aktualisierung 06.01.2026 [www.nikolaus-beschluss.de](http://www.nikolaus-beschluss.de) (zugegriffen am 04.02.2026).