

NUB Antrag 2026/2027

Lurbinectedin

Haben Sie externe Hilfestellungen zum Ausfüllen der Formblätter in Anspruch genommen? Wenn ja, bitte geben Sie an, welche Hilfestellung Sie in Anspruch genommen haben?

Dieser Antrag wurde durch die deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie e.V. vorformuliert.

Angefragte Untersuchungs- und Behandlungsmethode

Lurbinectedin

Alternative Bezeichnung(en) der Methode

Zepzelca®

Beruhet die neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode vollständig oder in Teilen auf dem Einsatz eines Medizinproduktes?

☒ **nein ankreuzen**

Wurde für diese angefragte Untersuchungs- und Behandlungsmethode von Ihrem Krankenhaus bereits vor dem 01.01.2025 eine Anfrage gemäß §6 Abs. 2 KHEntG an das InEK übermittelt?

☒ **hier ja ankreuzen, falls Sie zu den Häusern gehören, die im Vorjahr eine Anfrage gestellt haben, sonst nein ankreuzen. Bei ja Anfrage aus dem Vorjahr im Datenportal auswählen. Die Angabe der vorangegangenen Verfahrensnummer ist Pflicht, diese wird im Formular durch die Suchfunktion unterstützt**

Beschreibung der neuen Methode

Wirkweise:

Lurbinectedin ist ein Inhibitor der onkogenen Transkription, der an CpG-reiche Regionen (CpG-Inseln) bindet und so die RNA-Polymerase II blockiert. Dies führt zu DNA-Schäden, Apoptose und einer Hemmung der RNA-Synthese. Darüber hinaus moduliert Lurbinectedin die Tumormikroumgebung. Lurbinectedin reduziert immunsuppressive tumorassoziierte Makrophagen, fördert die Polarisation zu entzündungsfördernden, antitumoralen Makrophagen und aktiviert durch die Induktion des immunogenen Zelltods dendritische Zellen sowie T- und NK-Zellen.

In Kombination mit Atezolizumab ergibt sich ein synergistischer Effekt, der die tumorspezifische Immunantwort weiter verstärkt.

Evidenzlage:

In der Phase-III-Studie IMforte (NCT05091567) wird die Wirksamkeit und Sicherheit von Lurbinectedin in Kombination mit Atezolizumab im Vergleich zur alleinigen Erhaltungstherapie mit Atezolizumab bei erwachsenen Patienten mit ES-SCLC in der Erhaltungstherapie untersucht. Die Kombination aus Atezolizumab und Lurbinectedin verlängerte das Gesamtüberleben signifikant um 2,6 Monate auf 13,2 Monate im Vergleich zu 10,6 Monaten unter Atezolizumab allein. Auch das progressionsfreie Überleben wurde durch die Kombination aus Atezolizumab und Lurbinectedin im Vergleich zu Atezolizumab allein statistisch signifikant von 2,14 Monate auf 5,36 Monate verbessert.

Quelle: Fachinformation Stand Mai 2026

Dosierung:

Die empfohlene Dosis von Lurbinectedin beträgt 3,2 mg/ m² als intravenöse Infusion über 60 Minuten in einem 21-tägigen Zyklus bis eine Krankheitsprogression oder eine inakzeptable Toxizität auftritt.

NUB Antrag 2026/2027

Lurbinectedin

Mit welchem OPS wird die Methode verschlüsselt?
--

[Bitte ankreuzen: Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.]
--

Anmerkungen zu den Prozeduren

Aufgrund des erstmaligen NUB-Status 11 (seit Zulassung Status 1) im Jahr 2026 ist für 2027 mit einem spezifischen Kode in Kapitel 6 des OPS-Katalogs zu rechnen.
--

Bei welchen Patienten wird die Methode angewandt (Indikation)?

Lurbinectedin in Kombination mit Atezolizumab ist indiziert für die Erhaltungstherapie bei erwachsenen Patienten mit kleinzelligem Lungenkarzinom im fortgeschrittenen Stadium (Extensive-Stage Small Cell Lung Cancer, ES-SCLC), deren Erkrankung nach einer Erstlinien-Induktionstherapie mit Atezolizumab, Carboplatin und Etoposid nicht fortgeschritten ist.

Welche bestehende Methode wird durch die neue Methode abgelöst oder ergänzt?

Lurbinectedin ergänzt die vorhandenen Therapieoptionen bei kleinzelligen Lungenkarzinom. Bei dieser Erkrankung sind die therapeutischen Optionen mittlerweile komplex. Die detaillierten Einsatzgebiete sind in Leitlinien dargelegt, wie z.B. der Onkopedia Leitlinie der DGHO von September 2025. Andere Therapieoptionen in diesem Gebiet sind Checkpoint-Inhibitor Monotherapie wie z.B. Atezolizumab oder Durvalumab, die als unbewertetes Zusatzentgelt krankenhausspezifisch verhandelt und vergütet werden. Protokolle wie z.B. ACO, EpiCO oder ACE (Doxorubicin oder Epirubicin plus Cyclophosphamid / Vincristin oder Etoposid) sind grundsätzlich wirksam, werden aber aufgrund der Anthrazyklin-assoziierten Kardiotoxizität, evtl. verstärkt durch eine zusätzliche Strahlentherapie, heute nicht mehr in der Primärtherapie eingesetzt. Eine vollständige Abbildung der komplexen Therapieoptionen kann hier nicht vorgenommen werden, es sollen aus ökonomischer Sicht wesentliche Änderungen ohne Anspruch auf Vollständigkeit beschrieben werden.
--

Ist die Methode vollständig oder in Teilen neu und warum handelt es sich um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode?

Lurbinectedin ist ein neuartiger Wirkstoff zur Erhaltungstherapie bei erwachsenen Patienten mit kleinzelligem Lungenkarzinom im fortgeschrittenen Stadium, deren Erkrankung nach einer Erstlinien-Induktionstherapie nicht fortgeschritten ist. Die Zulassung erfolgte im Mai 2026. Lurbinectedin hat für 2026 NUB-Status 11, somit seit Zulassung Status 1.

Welche Auswirkungen hat die Methode auf die Verweildauer im Krankenhaus?

Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
--

Wann wurde diese Methode in Deutschland eingeführt?
--

01.07.2026

Bei Medikamenten: Wann wurde dieses Medikament zugelassen?

29.05.2026

Wann wurde bzw. wird die Methode in Ihrem Krankenhaus eingeführt?
--

[bitte ergänzen]

In wie vielen Kliniken wird diese Methode derzeit eingesetzt (Schätzung)?
--

NUB Antrag 2026/2027

Lurbinectedin

Für 2026 wurde durch 346 Krankenhäuser eine NUB-Anfrage für Lurbinectedin gestellt.

Wie viele Patienten wurden in Ihrem Krankenhaus in 2025 oder in 2026 mit dieser Methode behandelt?

In 2025

[bitte ergänzen]

In 2026

[bitte ergänzen]

Wieviele Patienten planen Sie im Jahr 2027 mit dieser Methode zu behandeln?

[bitte ergänzen]

Entstehen durch die neue Methode Mehrkosten gegenüber dem bisher üblichen Verfahren? Wenn ja, wodurch? In welcher Höhe (möglichst aufgetrennt nach Personal- und Sachkosten)?

Sachkosten:

Durch die Gabe von Lurbinectedin entstehen Zusatzkosten für die zu verabreichende Therapie in Höhe von: Kosten von Lurbinectedin pro Packung mit 2 mg Inhalt: 3.234,38 €; pro Packung mit 4 mg Inhalt: 5.625,00 € (Krankenhauseinkaufspreis).

Es wird für jeden Patienten individuell je nach Körperoberfläche dosiert. Der Standardpatient (Körperoberfläche: 1,91 m²) benötigt zwei 4 mg-Packungen. Diese Dosierung führt zu Kosten in Höhe von 11.250 € pro Anwendung (bzw. pro Behandlungszyklus).

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)

Basierend auf der im InEK-Datenbrowser einsehbaren unterjährigen Datenlieferung für 2025 zeigt sich, dass durch die ICD-10-Codes aus C34 eine Vielzahl unterschiedlicher DRGs angesteuert wird. Der überwiegende Teil entfällt auf die Basis-DRG E71. Die am häufigsten ausgelösten DRGs sind: E71D (~56 %), E71C (~8 %) und E02D (~6 %).

Welche DRG(s) ist/sind am häufigsten von dieser Methode betroffen?

E71D

E71C

E02D

Warum ist diese Methode aus Ihrer Sicht derzeit im G-DRG-System nicht sachgerecht abgebildet?

Lurbinectedin wurde erst im Mai 2026 zugelassen und im Juni für den deutschen Markt zur Verfügung gestellt.

Für das Datenjahr 2025 können daher aus den Kalkulationshäusern keine Kostendaten für den Einsatz vorliegen.

Eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2027 wird damit nicht möglich.

Die zusätzlichen Kosten von ca. 11.000 Euro 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 Unterfinanzierung in den entsprechenden Fällen der betroffenen DRG(s).

Lurbinectedin hatte für 2026 bereits NUB-Status 1 (nach Zulassung).