

NUB Antrag 2026/2027

Asciminib

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

Asciminib

Alternative Bezeichnung(en) der Methode

Scemblix®

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 01.01.2026 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:

Asciminib ist ein potenter Inhibitor der ABL/BCR:ABL1-Tyrosinkinase. Asciminib hemmt die ABL1-Kinase-Aktivität des BCR:ABL1- Fusionsproteins, indem der Wirkstoff gezielt an die Myristoyl-Bindungstasche von ABL bindet.

Evidenzlage:

Neu diagnostizierte Ph+CML-CP

In der randomisierten ASC4FIRST Studie wurden 405 Patienten entweder mit Asciminib oder einem TKI nach Maßgabe des Prüfarztes behandelt. Das primäre Ziel war die Bewertung des molekularen Ansprechens (major molecular response, MMR). Im Asciminib Arm betrug die MMR Rate nach 48 Wochen 67,66% (95% KI 60,72;74,07), im Vergleichsarm 49,2 % (95%KI 41,97; 56,10)).

Vorbehandelte Ph+CML-CP

Die Wirksamkeit und Verträglichkeit von Asciminib wurde in einer multizentrischen randomisierten Phase III - Studie (ASCEMBL) bei Patienten mit Philadelphia-Chromosom positiver chronischer myeloischer Leukämie in der chronischen Phase (Ph+ CML-CP), welche zuvor mit zwei oder mehr Tyrosinkinase Inhibitoren behandelt wurden, gegen einmal täglich 500mg Bosutinib untersucht. Der primäre Endpunkt der Studie (MMR (major molecular response) Rate nach 24 Wochen) wurde erreicht: Unter Asciminib erzielten 25,48% der Patienten (95% KI 18,87;33,04) eine MMR, unter Bosutinib 13,16% (95% KI 6,49;22,87), p-Wert 0,029. Quelle Ph+CML-CP mit T315I-Mutation:

In der multizentrischen, unverblindeten Phase 1 Studie X2101 erhielten 48 Patienten behandelt, die eine T315I-Mutation aufwiesen und teilweise mit mehreren TK-Inhibitoren vorbehandelt waren, Asciminib in einer Dosis von 2 x 200mg. Die MMR (major molecular response)-Rate betrug bei Patienten, die mit Ponatinib vorbehandelt waren, nach 24 Wochen 30,8 % (90%-KI: 16,3%; 48,7%)

Fachinformation Stand Juli 2026

NUB-Musteranfrage

[Arbeitskreis DRG und Gesundheitsökonomie der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie e.V.](#)

www.dgho.de

Seite 1 von 3

27-010 Asciminib NUB-Anfrage DGHO Stand 2026-09-16 final

NUB Antrag 2026/2027

Asciminib

Dosierung:
Ph+CML-CP 80mg (40mg zweimal) täglich oral
Ph+CML-CP mit T315I-Mutation: 400mg (2 x 200mg) täglich oral.

Mit welchem OPS wird die Methode verschlüsselt?

6-00e.2

Anmerkungen zu den Prozeduren

Bei welchen Patienten wird die Methode angewandt (Indikation)?

Asciminib wird angewendet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit Philadelphia-Chromosom positiver chronischer myeloischer Leukämie in der chronischen Phase (Ph+ CML-CP).

Asciminib wird angewendet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit Ph+ CML-CP mit T315I-Mutation, die gegenüber Ponatinib resistent oder intolerant sind oder nicht für Ponatinib geeignet sind.

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

Asciminib ergänzt die vorhandenen Therapieoptionen bei CML. 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 Juni 2026. Andere Therapieoptionen in diesem Gebiet sind z.B. Bosutinib, Dasatinib, Nilotinib oder Ponatinib. Von diesen haben Bosutinib, Nilotinib und Ponatinib bereits einen NUB Status 1; Dasatinib wird als Zusatzentgelt (ZE2026-91) erstattet. 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?

In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2026 hat Asciminib den 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?

01.10.2022

Bei Medikamenten: Wann wurde dieses Medikament zugelassen?

25.08.2022

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

[bitte ergänzen]

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

Asciminib wird in ca. 425 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzung aufgrund der NUB-Anfragen des Vorjahres).

NUB Antrag 2026/2027

Asciminib

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: Die Dosierung beträgt 80 mg pro Tag, entsprechend 2 Tabletten zu 40 mg. Die durchschnittlich verabreichte Menge pro stationären Aufenthalt bei einer angenommenen Verweildauer (VD) von 7 Tagen beträgt somit 14 Tabletten zu 40mg. Der Preis pro Packung beträgt 15.781,55 € bei 180 Tabletten zu 40 mg (AVP (EB)) inkl. MWSt, Rote Liste Stand 29.08.2026). Daraus ergeben sich Tagestherapiekosten von 175,35 € oder 1.227,45 € bei einer angenommenen Verweildauer von 7 Tagen. Die Dosierung bei Patienten mit einer T315I-Mutation beträgt 400mg pro Tag, entsprechend 10 Tabl. zu 40 mg oder 4 Tbl zu 100mg. Die 100mg-Tabletten sind noch nicht auf dem Markt. Die Tagestherapiekosten betragen 876,75€ oder 6137,29 bei einer angenommenen Verweildauer von 7 Tagen. Personalkosten sind bei oraler Gabe zu vernachlässigen. Da das Medikament eine orale Dauertherapie ist, geschieht es eher selten, dass ein Patient für diese orale Gabe stationär behandelt wird und somit in eine organspezifische DRG gruppiert wird. Es kommt sehr viel häufiger vor, dass der Patient wegen einer anderen Erkrankung aufgenommen wird und dieses Medikament als seine Dauermedikation weiter erhält. Die Kosten für dieses Medikament können daher in vielen DRGs vorkommen und sind möglicherweise auch nicht konkret dem Fall zugeordnet. Asciminib wurde laut INEK-Datenbrowser 2025 nur in 10% der Fälle in einer hämatologischen DRG angegeben, 90 % der 105 Fälle finden sich verstreut in anderen DRGs.

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

Warum ist diese Methode aus Ihrer Sicht derzeit im G-DRG-System nicht sachgerecht abgebildet?
Asciminib wurde im Jahr 2022 zugelassen und ist seit Ende des Jahres 2022 in Deutschland auf dem Markt. Für das Datenjahr 2025 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 2027 zu ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten von ca. 175 € pro Tag können aber mit der/den o.g. Fallpauschale(n) allein nicht ausreichend abgebildet werden und Asciminib ist bisher im ZE-Katalog nicht enthalten. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Unterfinanzierung in den entsprechenden Fällen der betroffenen DRG(s).