

NUB Antrag 2026/2027

CAR-T Ciltacabtagene autoleucl

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

Gabe von CAR T-Zellen zur Behandlung von hämatologischen Erkrankungen - Ciltacabtagene autoleucl

Alternative Bezeichnung(en) der Methode

CAR-T Ciltacabtagene autoleucl

Carvykti®

Beruht 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:

Bei Brexucabtagene autoleucl handelt es sich um eine Form der zellulären Immuntherapie, bei der gentechnisch modifizierte T-Lymphozyten zur Anwendung kommen (CAR-T-Therapie).

Das Verfahren umfasst die Entnahme von peripheren mononukleären Zellen mittels Apherese beim Patienten, deren in-vitro Transduktion mit einem spezifischen T-Zell-aktivierenden chimären Antigenrezeptor (CAR) und ihrer in-vitro Expansion und die anschließende Reinfusion der CAR T-Zellen. Nach der Bindung der Anti-CD19-CAR-T-Zellen an die CD19-exprimierenden Zielzellen aktivieren die kostimulatorische Domäne CD28 und die Signaldomäne CD3-zeta nachgeschaltete Signalkaskaden, die bei den T-Zellen zu Aktivierung, Proliferation, Erlangung von Effektorfunktionen und Sekretion von inflammatorischen Zytokinen und Chemokinen führen. Diese Abfolge von Ereignissen führt zum Abtöten der CD19-exprimierenden malignen Zellen.

Die Herstellung der CAR T-Zellen (zugelassen als Brexucabtagene autoleucl) aus Zellen des Apheresats erfolgt patientenindividuell in einem Labor der Herstellungsfirma. Dabei wird mittels eines Vektors die DNA-Sequenz für den CAR in das Erbgut der T-Zellen eingeschleust.

Evidenzlage:

In der einarmigen, offenen multizentrischen Phase-II-Studie ZUMA-2 erhielten Patienten mit einem Mantelzell-Lymphom (MCL) Brexucabtagene autoleucl nach Vorbehandlung mit einer Chemotherapie, einem anti-CD20 mAb und einem BTK-Inhibitor (Ibrutinib oder Acalabrutinib). Der primäre Endpunkt, die Overall Response Rate, in dieser Studie betrug 84 % (95%.CI 73,4;91,3)

In der offenen, multizentrischen Phase-II-Studie ZUMA-3 erhielten 55 erwachsene Patienten mit rezidivierender oder refraktärer B-Vorläuferzell-ALL eine Brexucabtagene autoleucl - Therapie. Der primäre Endpunkt, die OCR (CR + Cri) Rate, lag bei 70,9 %, (95% CI 57,0;82,0)

Quelle: Fachinformation, Stand Mai 2026

NUB-Musteranfrage

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

www.dgho.de

Seite 1 von 3

27-030 CAR-T Ciltacabtagene autoleucl NUB-Anfrage DGHO Stand 2026-09-22 final

NUB Antrag 2026/2027

CAR-T Ciltacabtagene autoleucel

Dosierung: Einmalgabe des patientenspezifisch hergestellten Zellprodukts
--

Mit welchem OPS wird die Methode verschlüsselt?
--

6-00h.2

Anmerkungen zu den Prozeduren

Zusatzschlüssel: 8-802.25 für CAR-T-Zellen und 5-936.1 Internationale Zulassung

Bei welchen Patienten wird die Methode angewandt (Indikation)?

Erwachsene Patienten mit rezidiertem und refraktärem multiplem Myelom, die zuvor bereits mindestens eine Therapie erhalten haben, darunter einen Immunmodulator und einen Proteasom-Inhibitor und die während der letzten Therapie eine Krankheitsprogression zeigten und gegenüber Lenalidomid refraktär sind.

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

Es handelt sich um eine Ergänzung zu den bestehenden Behandlungsmöglichkeiten. Eine allogene Stammzelltransplantation kann mit der CAR-T-Zelltherapie in vielen Fällen vermieden werden. Es besteht keine Überschneidung der Indikationen für eine andere CAR-T-Zelltherapie.

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 Gabe von CAR T-Zellen zur Behandlung von hämatologischen Erkrankungen den Status 1.
--

Welche Auswirkungen hat die Methode auf die Verweildauer im Krankenhaus?

Laut Datenbrowser des INEK für 2025 betrug die mittlere Verweildauer bei der Prozedur 6-00h.2 19,3 Tage. 52,9% der Fälle waren Langlieger, Kurzlieger sind nicht vorgekommen. Alle Fälle mit ICD Kode C90.0 (Multiples Myelom ohne Angabe einer Remission) als Hauptdiagnose ohne Filterung mit einer Prozedur weisen eine Verweildauer von 11,2 Tage auf. Dies bestätigt die klinische Erfahrung, dass Patienten mit CAR-T-Therapie eine deutlich längere Verweildauer haben als andere Myelompatienten in der Basis-DRG R61. Alle Fälle mit ICD Kode C90.0 (Multiples Myelom ohne Angabe einer Remission) als Hauptdiagnose weisen im INEK Datenbrowser für 2025 eine Verweildauer von 11,2 Tage auf.

Wann wurde diese Methode in Deutschland eingeführt?
--

02.2023

Bei Medikamenten: Wann wurde dieses Medikament zugelassen?

25.5.2022

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

[bitte ergänzen]

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

Die Gabe von CAR T-Zellen zur Behandlung von hämatologischen Erkrankungen wird in ca. 45 Kliniken in Deutschland eingesetzt (aufgrund Daten der DAG-HSZT).
--

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

NUB-Musteranfrage

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

www.dgho.de

Seite 2 von 3

27-030 CAR-T Ciltacabtagene autoleucel NUB-Anfrage DGHO Stand 2026-09-22 final

NUB Antrag 2026/2027

CAR-T Ciltacabtagene autoleucl

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: Der aktuelle Preis von Ciltacabtagen beträgt pro Gabe 285.000 € (Erstattungspreis nach §130b). Eine Mehrwertsteuer wird nicht erhoben. Zusätzlich entstehen dem Krankenhaus die Kosten zur Präparation der Lymphozyten, die der Firma zur Herstellung der patientenspezifischen CAR-T-Zellen geliefert werden müssen. Diese Leistung (Apherese) ist laut G-BA Beschluss nicht extra erstattungsfähig, sondern Teil der Herstellung des Arzneimittels. Die Kosten einer Apherese betragen ca. 5000 €. Die Erstattung dieser Kosten wird aktuell Krankenhaus-individuell mit den Herstellungsfirmen vereinbart. Weiterhin entstehen den Zentren Mehrkosten bei der Gabe der Zellen, die weiterhin nicht vollumfänglich in den typischerweise angesteuerten DRGs abgebildet sind. Die Mehrkosten beruhen auf sehr aufwendiger GMP-konformer Lagerung und Behandlung der Zellen, zahlreichen Kontrollen (die vorgeschrieben sind unabhängig vom Befinden des Patienten), Überwachung und Behandlung von Komplikationen, fachspezifisches und extra für diese Therapie geschultes Personal. Die Integration dieser Mehrkosten in eine DRG ist bisher aufgrund inkonsistenter Kosten- und Leistungsdaten nicht gelungen, stattdessen wurde das ZE2026-220 Zusatzaufwand bei Behandlung mit Gabe von CAR-T-Zellen geschaffen.

Welche DRG(s) ist/sind am häufigsten von dieser Methode betroffen?
R61

Warum ist diese Methode aus Ihrer Sicht derzeit im G-DRG-System nicht sachgerecht abgebildet?
Ciltacabtagene autoleucl wurde im Jahr 2022 zugelassen und ist seit dem Jahr 2023 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. 285.000 € pro Applikation plus stationäre Mehrkosten können aber mit der/den o.g. Fallpauschale(n) allein und dem ZE2026-220 nicht ausreichend abgebildet werden. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Unterfinanzierung in den entsprechenden Fällen der betroffenen DRG(s). Weitere CAR-T-Zell-Therapien für andere Indikationen hatten 2026 ebenfalls NUB-Status 1.