

NUB Antrag 2026/2027

CAR T-Zellen Eigenproduktion

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 - Eigenproduktion

Alternative Bezeichnung(en) der Methode

CAR-T Zellen als Eigenprodukte von Zentren (aus eigenen GMP-konformen Herstellungen)
Zelluläre Immuntherapie mit chimären, Antigenrezeptor modifizierten T-Zellen (CAR T-Zell-Therapie)
Übertragung von CAR T-Zellen (T-Zellen mit chimärem Antigenrezeptor)
Heidagen-lecleucel (heidi-cel) [CAR-T Produkt des UKHD]

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:

Es handelt sich um eine Form der zellulären Immuntherapie, bei der gentechnologisch modifizierte T-Lymphozyten beim Patienten zur Anwendung kommen. Das Verfahren umfasst die Entnahme der T-Zellen mittels Apherese beim Patienten, deren in-vitro Transduktion mit einem spezifischen T-Zell-aktivierenden chimären Antigenrezeptor (CAR), die in-vitro Expansion und die anschließende Reinfusion der CAR T-Zellen. Die antineoplastische Wirkung beruht auf der Erkennung eines spezifischen Tumorantigens (z.B. CD19 bei lymphatischen Neoplasien wie B-CLL, -NHL oder B-Vorläufer-ALL) und Initiierung einer stabilen Immunantwort durch die modifizierten T-Lymphozyten.

Es gibt bereits Therapieansätze, die eine Kombination aus konventionellen Therapieformen und spezifischen Immuntherapeutika nutzen: „Vorreiter“ ist z.B. der kombinierte Einsatz von Chemotherapie und dem monoklonalen (anti-CD20) Antikörper Rituximab bei malignen B-Zell-Erkrankungen. Allerdings müssen Antikörper-basierte Immuntherapeutika wie Rituximab in regelmäßigen Abständen re-appliziert werden, um langfristige Effekte zu erzielen. Zelluläre Immuntherapien dagegen könnten einen Ausweg bieten, da sie zusätzlich zur Spezifität eine „Memory-Funktion“ beinhalten und somit die oben erwähnte stabile Immunantwort durch T-Lymphozyten bewirken.

Evidenzlage:

Das Verfahren wurde bisher ganz überwiegend bei Patienten mit hämatologischen Neoplasien und nur sehr begrenzt bei soliden Tumoren untersucht. Dabei handelt es sich um klinische Phase 1 und 2 Studien an Patienten mit fortgeschrittenen (rezidierten oder refraktären) Erkrankungen. Kinder und Erwachsene mit einem therapierefraktären Rezidiv einer ALL haben nur eine Überlebenszeit von wenigen Monaten. Die vorliegenden Ergebnisse der Behandlung mit CD19-spezifischen CAR T-Zellen haben demgegenüber molekulare Remissionen bei über 70% gezeigt (Maude SL et al. *NEJM* 2018, 378(5):439-448; Maude SL et al. *N Engl J Med* 2014,

NUB-Musteranfrage

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

www.dgho.de

Seite 1 von 4

27-031 CAR-T-Zellen Eigenproduktion NUB-Anfrage DGHO Stand 2026-09-22 final

NUB Antrag 2026/2027

CAR T-Zellen Eigenproduktion

371(16):1507-17; Davila et al. *Sci Transl Med* 2014, 6(224):224ra25; Lee DW et al. *Lancet* 2015, 385(9967):517-28; Turtle CJ et al. *J Clin Invest* 2016, 126(6):2123-38; Gardner RA et al. *Blood* 2017, 129(25):3322-3331). Auch bei Patienten mit CLL oder NHL konnten Ansprechraten von 60-80% mit einem hohen Anteil vollständiger Remissionen erzielt werden (Neelapu et al. *NEJM* 2017, 377:2531-44; Schuster et al. *New Engl J Med* 2017;377(26):2545-2554; Kochenderfer JN et al. *J Clin Oncol* 2017, 35(16):1803-1813; Turtle CJ et al. *Sci Transl Med* 2016, 8(355):355ra116; Turtle CJ et al. *J Clin Oncol* 2017, 35(26):3010-3020).

Erste Langzeitdaten zeigen, dass die erzielten Remissionen bei vielen der Patienten anhalten. Unter 75 pädiatrischen und jungen erwachsenen Patienten mit refraktärer ALL lag das rezidivfreie Überleben nach 12 Monaten bei 50% (Maude SL et al. *NEJM* 2018, 378(5):439-448). Und unter 108 Patienten mit refraktärem Non-Hodgkin-Lymphom, die mit CAR T-Zellen behandelt wurden, befanden sich nach 1 Jahr noch 40% in anhaltender Remission (Neelapu et al. *NEJM* 2017, 377:2531-44).

Für Patienten mit soliden Tumoren sind die vorliegenden Daten noch sehr begrenzt, u.a. da die Identifikation geeigneter Zielantigene aufwändiger ist. Erste Studien zeigen auch bei ersten soliden Indikationen eine Effektivität (Straathof et al. *Sci Transl Med*. 2020 Nov 25;12(571); Majzner et al. *Nature*. 2022 Mar;603(7903): 934-941). Für die Behandlung solider Tumore mit CAR-T besteht ein eigenes NUB-Entgelt.

Die ersten kommerziell erhältlichen Präparate wurden am 23.8.2018 von der EMA zugelassen (Axicabtagen Ciloleucel und Tisagenlecleucel). Weitere Präparate (vorrangig gegen andere hämatologische Erkrankungen) sind inzwischen auf den Markt gekommen. Die in diesem Antrag beschriebenen Zellen sind vom Prinzip ähnlich, können aber je nach angewandter Modifizierung auch gegen andere Malignome bzw. Erkrankungen (z.B. Autoimmunerkrankungen) eingesetzt werden. Das UK Heidelberg hat im September 2025 eine 4b-Genehmigung des PEI für das eigenentwickelte Produkt Heidagen-lecleucel erhalten.

Dosis: Einmalgabe des patientenspezifisch hergestellten Zellprodukts.

Mit welchem OPS wird die Methode verschlüsselt?

8-802.25

8-802.35

Anmerkungen zu den Prozeduren

Zusatzkode entsprechend der Genehmigungen:

5-936.2 Herstellungserlaubnis nach § 13 Abs. 4 Arzneimittelgesetz

Bei welchen Patienten wird die Methode angewandt (Indikation)?

Patienten mit therapierefraktären Lymphomen oder Leukämien, für die es keine alternativen Behandlungsmöglichkeiten gibt und Patienten, die nach allogener Stammzelltransplantation einen therapierefraktären Rückfall ihrer Erkrankung haben.

In der Regel kommen CAR-T-Eigenherstellungen v.a. dort zum Einsatz, wo es keine Zulassung für kommerzielle CAR-T-Produkte gibt oder deren Produktionskapazitäten nicht ausreichen. So hat das Eigenprodukt Heidagen-lecleucel des UK Heidelberg eine PEI-Genehmigung zur Behandlung der CLL.

Eigenprodukte haben aber mit wachsender Evidenz und Fallzahl eine zunehmende Bedeutung auch neben kommerziellen Produkten in gleichen Anwendungsgebieten.

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

Es wird keine Methode abgelöst, sondern es handelt sich um eine Therapie für Patienten, bei denen bisher keine Therapie möglich war. Oft werden die Eigenprodukte noch gegen hämatologische Erkrankungen eingesetzt, gegen die es keine EU-zugelassenen CAR-T-Produkte gibt. Dies könnte sich in Zukunft ändern.

NUB Antrag 2026/2027

CAR T-Zellen Eigenproduktion

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

Die Methode der CAR T-Zell-Therapie gehört zur Gruppe der zellulären Immuntherapie und ist technisch mit den Verfahren der Transplantation autologer bzw. allogener hämatopoetischer Stammzellen vergleichbar. Dabei kann sie keinem dieser beiden Verfahren gleichgesetzt werden, da zwar autologe (T-)Zellen Verwendung finden, welche jedoch eine gentechnische Veränderung erfahren. Diese sind auch keine Stammzellen. Die Möglichkeit der Gabe genveränderter T-Zellen wurde erst in den letzten Jahren möglich durch die Einführung neuer Genkonstrukte. Es handelt sich daher um eine vollkommen neue Behandlungsmethode. In einzelnen Kliniken in Deutschland werden CAR-T-Zellen bereits mit einer Herstellungsgenehmigung des PEI im eigenen Reinraum-Labor hergestellt. In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntg für 2026 hat die 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 das Jahr 2025 betrug die mittlere Verweildauer bei CAR-T-Gabe bei 1.787 Fällen 22,2 Tage. 732 Fälle davon wurden in die DRG R61H, 329 in die DRG R61E gruppiert, die im Fallpauschalenkatalog 2026 eine mittlere Verweildauer von 5,1 bzw. 9,9 Tage aufweisen. Fälle mit CAR-T-Gabe in der DRG R61H sind zu 84% Langlieger. Dies bestätigt die klinische Erfahrung, dass Patienten mit CAR-T-Therapie eine deutlich längere Verweildauer haben als andere Patienten, v.a. in der Basis-DRG R61.

Wann wurde diese Methode in Deutschland eingeführt?

2018 in spezialisierten Zentren.

Bei Medikamenten: Wann wurde dieses Medikament zugelassen?

Es liegen entsprechende Genehmigungen des PEI vor. Aktuell hat nur ein UK eine PEI-Genehmigung, mehrere Zentren arbeiten aber ebenfalls an Eigenentwicklungen oder haben bereits Anträge zur Genehmigung eingereicht.

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

[bitte ergänzen]

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

In ca. 5 Zentren mit der entsprechenden Möglichkeit zur Eigenherstellung der CAR T-Zellen.

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)?

Kosten für die Herstellung der CAR T Zellen im GMP-Labor:

NUB Antrag 2026/2027

CAR T-Zellen Eigenproduktion

Die Kosten für die Herstellung der CAR-T-Zellen sind je nach Klinik sehr unterschiedlich, da teilweise die Kosten im Reinraum-Labor, teilweise in der Routineanwendung entstehen. Auch hängen die Kosten von der Anzahl der behandelten Patienten ab. Für das Betreiben entsprechender GMP-Einrichtungen fallen sehr hohe Fixkosten an, die entsprechend der Fallzahl sehr unterschiedlich auf die Einzelkosten wirken.

Es ist zu erwarten, dass sie etwas niedriger sind als die kommerziell erhältlichen Produkte (Kosten hier ca. 250.000 €), zumal der oft notwendige aufwändige Transport entfällt.

Auch bei CAR-T-Eigenprodukten sind die Mehrkosten der Zellgewinnung (Apherese, ca. 5.000 Euro) und die Mehrkosten der stationären Versorgung, die noch nicht durch DRG abgedeckt sind: 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 Abbildung dieser Kosten wird aktuell Krankenhaus-individuell mit den Herstellungsfirmen vereinbart und muss bei Eigenentwicklungen Bestandteil eines NUB-Entgeltes sein.

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?

R60
R61
R63
A36B

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

CAR T-Zellen aus Eigenproduktion wurden bisher in vom PEI geforderten Studien angewandt. Ein Zentrum besitzt seit September 2025 eine 4b-Genehmigung, weitere Zentren streben diese an.

Für das Datenjahr 2025 können aus den Kalkulationshäusern keine ausreichenden Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Es wurden bisher vor allem Fälle mit Eigenprodukten aus dem UK Heidelberg an das InEK gemeldet. Eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2027 wird damit wahrscheinlich nicht möglich.

Die hohen zusätzlichen Kosten pro Applikation bei der Herstellung in eigenen Labors können aber mit der Fallpauschale allein und dem neuen ZE2026-220 nicht ausreichend abgebildet werden. Analog den kommerziellen CAR-T benötigen auch Eigenprodukte deutscher Zentren ein NUB-Entgelt.

Aufgrund der hohen Kosten kommt es ansonsten mit Sicherheit zu einer Unterfinanzierung in den betroffenen DRG s R60, R61 und R63 (bei Lymphomen und Leukämien) zu den bisherigen Indikationen. Selbst die Abbildung in der Basis-DRG A36 bei ggf. erforderlichem Intensivaufenthalt deckt die Kosten der eigenproduzierten CAR-T nicht annähernd.