



Mitglieder  
DAG-HSZT

## Zelltherapiediskussion mit dem KCO am 09.02.2026

Liebe Kolleg\*innen,

bei der 1. Gesprächsrunde 2026 mit dem KCO zur Indikationsstellung von Zelltherapien waren als Repräsentanten der DAG-HSZT vertreten Peter Dreger, Matthias Stelljes und Eva Wagner; Francis Ayuk für die GLA, Christof Scheid und Hans Salwender für die GMMG; Barbara Zimmer, Anja Knödler, Ekkehard Ost für das KC Onkologie und Andreas Rhode für die SEG6 sowie Evgenii Shumilov für 2 Fallvorstellungen.

Zunächst ging es anhand zweier Beispielfälle der Universitätsklinik Münster um Vorabanfragen an die Kostenträger zur Kostenübernahme bzw. zur Beurteilung der Angemessenheit der medizinischen Notwendigkeit der Leistungserbringung bei mutmaßlicher off-Label-Anwendung (bzw. in-label-Anwendung mit Dialysepflichtigkeit) von Ciltacel. Hier hatte die Krankenkasse jeweils unter Verweis auf allgemeine Leistungspflichten nach SGB V eine entsprechende Beurteilung des vorliegenden Einzelfalles abgelehnt. B Zimmer und A Rhode führten aus, dass nach ihren sozialmedizinischen Kenntnissen eine Verpflichtung der Krankenkassen, a priori zu Vorabanfragen von Kliniken zu stationären Off-Label-Anwendungen außerhalb von § 2 Abs. 1a SGB V fallabschließend Stellung nehmen zu müssen, nicht abgeleitet werden kann. Dass sich daraus bisher in größerem Umfang Probleme im Sinne einer Strittigstellung von CART-Therapien im Rahmen nachgelagerter Prüfungen ergeben hätten, wurde von den anwesenden Klinikern jedoch verneint.

C Scheid stellte eine nationale Real-World-Analyse zur Anwendung von Ciltacel nach vorausgegangener Behandlung mit Idecel vor, die eine vielversprechende Wirksamkeit bei solchen Patienten zeigte, die von der Ideceltherapie relativ lange profitiert hatten (PMI 40464619). Hierbei handelt es sich formal um einen In-Label-Gebrauch. Nach Einschätzung des KCO sei die Sachlage bei der repetitiven Anwendung von Ciltacel insofern eine andere, als dass die Fachinformation von Ciltacel in Abschnitt 5.1 (entsprechend der Studienlage) und in Abschnitt 6.6. (in den Hinweisen zur Handhabung) auf die einmalige autologe

### **Sprecher**

Prof. Dr. Peter Dreger  
Universitätsklinikum Heidelberg  
Medizinische Klinik V  
INF 410, 69120 Heidelberg  
Tel. +49 (0) 6221-56 8030  
Fax +49 (0) 6221-56 6511  
info@dag-hszt.de

### **Stellvertretender Sprecher**

Prof. Dr. W. Bethge, Tübingen

### **Sekretär**

Prof. Dr. R. Meisel, Düsseldorf

### **Schatzmeister**

Prof. Dr. G. Kobbe, Düsseldorf

### **Vorstandsmitglieder**

Prof. Dr. F. Ayuk, Hamburg  
PD Dr. G. Bug, Frankfurt/M  
Prof. Dr. J. Schetelig, Dresden  
Prof. Dr. M. Stelljes, Münster  
Prof. Dr. E.M. Wagner-Drouet, Mainz

### **Vorstandssekretariat**

A. Blömeke  
CSI Hamburg GmbH  
Goernestr. 30, 20249 Hamburg  
Tel. +49 (0) 40-30770300  
Fax +49 (0) 40-30770301  
info@dag-hszt.de

Heidelberg, 09.02.2026

Anwendung hinweist. Die Gebrauchsinformation für Patienten informiert über die einmalige Behandlung. Darüber hinaus fehle bisher die Evidenz für die Wirksamkeit und Verträglichkeit eines solchen Vorgehens.

Abschließend stellte B Zimmer die gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Fahrtkostenerstattung bei ambulanter bzw. teilstationärer Behandlung dar (s. Foliensatz in der Anlage).

Die nächste Gesprächsrunde wurde für den 30.03.2026 verabredet. Zu Themenvorschlägen und Fallbeispielen wird eingeladen.

Herzliche Grüße

Peter Dreger

# Fahrtkosten

Kolloquium mit der DAG-HSZT 09.02.2026

Dr. Barbara Zimmer MPH, MA; Kompetenz-Centrum Onkologie

## Wann zahlen Krankenkassen Fahrkosten?

Krankenkassen übernehmen die Fahrkosten bei

- Leistungen, die stationär erbracht werden,
- Rettungsfahrten zum Krankenhaus, auch ohne stationäre Behandlung,
- Krankentransporten mit aus medizinischen Gründen notwendiger fachlicher Betreuung oder in einem Krankenwagen,
- Fahrten zu einer ambulanten Krankenhausbehandlung sowie bei Fahrten zu einer vor oder nachstationären Behandlung oder einer ambulanten Operation im Krankenhaus, wenn dadurch eine an sich gebotene stationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird.

(3) Die Krankenfahrt mit einem Mietwagen oder einem Taxi ist nur dann zu verordnen, wenn die Patientin oder der Patient aus zwingenden medizinischen Gründen öffentliche Verkehrsmittel oder ein privates Kraftfahrzeug nicht benutzen kann.

## § 8 Ausnahmefälle für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung

(1) <sup>1</sup>In besonderen Ausnahmefällen können auch Fahrten zur ambulanten Behandlung neben den in § 7 Absatz 2 Buchstabe b und c geregelten Fällen bei zwingender medizinischer Notwendigkeit verordnet werden. <sup>2</sup>Von Satz 1 umfasst sind auch Fahrten zu Gesundheits- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach §§ 25, 25a und 26 SGB V. <sup>3</sup>Die Versorgung einschließlich Diagnostik in einer Geriatrischen Institutsambulanz nach § 118a SGB V ist einer ambulanten Behandlung im Sinne des Satzes 1 gleichzusetzen.

(2) <sup>1</sup>Voraussetzungen für eine Verordnung sind,

1. dass die Patientin oder der Patient mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt wird, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist,

und

2. dass diese Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf die Patientin oder den Patienten in einer Weise beeinträchtigt, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist.

<sup>2</sup>Diese Voraussetzungen sind in den in Anlage 2 dieser Richtlinie genannten Ausnahmefällen in der Regel erfüllt. <sup>3</sup>Diese Liste ist nicht abschließend.



## § 7 Krankenfahrten

(1) <sup>1</sup>Krankenfahrten sind Fahrten, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln, privaten Kraftfahrzeugen, Mietwagen oder Taxen durchgeführt werden. <sup>2</sup>Zu den Mietwagen zählen zum Beispiel auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung zur Beförderung von Rollstuhlfahrern. <sup>3</sup>Eine medizinisch-fachliche Betreuung findet in diesen Fällen nicht statt.

- (2) Die Verordnung einer Krankenfahrt mit einem Taxi oder Mietwagen ist zulässig, bei
- a) Fahrten zu Leistungen, die stationär erbracht werden (§ 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB V),
  - b) Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung gemäß § 115a SGB V, wenn dadurch eine aus medizinischen Gründen an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V verkürzt oder vermieden werden kann,
  - c) Fahrten zu einer ambulanten Operation gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus oder zu einer ambulanten Operation in der Vertragsarztpraxis sowie bei in diesem Zusammenhang erfolgender Vor- oder Nachbehandlung, wenn dadurch eine aus medizinischen Gründen an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V vermieden wird oder diese nicht ausführbar ist.

(5) <sup>1</sup>Die zwingende medizinische Notwendigkeit einer Verordnung der Fahrt und des Beförderungsmittels ist zu begründen. <sup>2</sup>Fahrten, für die ein zwingender medizinischer Grund nicht vorliegt, zum Beispiel Fahrten zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden, Abholen von Verordnungen, sind keine Krankenkassenleistung.

## **§ 8a Verordnung im Rahmen der tagesstationären Behandlung**

<sup>1</sup>Die Verordnung von Krankenfahrten entsprechend dieser Richtlinie kann durch Krankenhäuser (die Krankenhausärztin, den Krankenhausarzt, die Krankenhauszahnärztin, den Krankenhauszahnarzt) im Rahmen der tagesstationären Behandlung nach § 115e SGB V für Versicherte erfolgen, die die Voraussetzungen nach § 8 Absatz 3 erfüllen. <sup>2</sup>Im Übrigen finden die Vorgaben in § 8 keine Anwendung. <sup>3</sup>Die Krankenfahrten nach dieser Vorschrift bedürfen keiner Genehmigung durch die Krankenkasse.

## Anlage 2 Ausnahmefälle nach § 8 Absatz 2 der Richtlinie

Ausnahmefälle gemäß § 8 Absatz 2 sind in der Regel:

1. Dialysebehandlung
2. onkologische Strahlentherapie
3. parenterale antineoplastische Arzneimitteltherapie/parenterale onkologische Chemotherapie

In der Regel wird der MD mit der Überprüfung von Krankenfahrten zu ambulanten Behandlungen beauftragt. Ausnahmefälle im Sinne von § 8 der Krankentransport-Richtlinie bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse.

Voraussetzung für die Verordnung und Genehmigung:

1. der Patient wird mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum bedarf wie z. B. bei Dialyse oder Chemotherapie
2. der Patient wird durch die Behandlung dermaßen beeinträchtigt, dass ein Transport zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist.
3. der Versicherte besitzt einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ („außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (Hilflosigkeit)
4. der Versicherte wurde gemäß SGB XI in die Pflegegrade 4 oder eingestuft oder in Pflegegrad 3 bei eingeschränkter Mobilität. Diese Einschränkung muss der verordnende Arzt gesondert feststellen und auf der Verordnung notieren.

In Einzelfällen kann Ihre Krankenkassen auch Fahrten genehmigen, wenn Sie als Versicherter keine Nachweise im Sinne von 3) und 4) erbringen können, aber von einer vergleichbaren Beeinträchtigung

## Fahrtkosten



### Benötigte Unterlagen

Um Ihren Leistungsanspruch auf Fahrtkosten zu prüfen, benötigt der MD:

vollständig ausgefüllte Verordnung des Vertragsarztes  
(**Formular für Kassenärzte**)

ggf. weitere Untersuchungsbefunde und Arztberichte