

## Ergebnisse der Arbeitsgruppe 2

### Nutzen-Kosten-Bewertung onkologischer Medikamente

#### DISKUSSIONSSCHWERPUNKTE :

- **Nutzenbewertung**
- Adäquate Parameter? Nur Überlebenszeit? Bei Parametern zur Lebensqualität Verblindung notwendig, bei Versorgungsforschung kaum realisierbar
- Zum Zeitpunkt der Zulassung bereits Nutzenbewertung möglich? Häufig Datenlage nicht ausreichend, Medikamente werden teilweise trotz fehlendem Nutzenbeleg zugelassen wie Erlotinib beim Pankreaskarzinom, trotzdem Verbreitung in der Versorgung
- Lösungsmöglichkeiten:
- Register zur Erfassung von Toxizität,
- Anwendung zunächst auf Zentren beschränken, dort weitere Forschung um Untergruppen definieren zu können, die profitieren
- “Head zu head”-Vergleich neuer Medikamente
- IQWiG könnte helfen entsprechende Studienkonzepte zu entwickeln
- GKV sollte für Versorgungsforschung leisten, wäre kosteneffektiv
- In Deutschland Einrichtung von Organisationen wie MRC oder NIH?
  
- **Kostenkalkulation**
- Welche Kosten sind relevant? Nur Kosten aus Sicht der GKV? Medikamentenkosten? Kosten für gesamte Behandlung? Sekundäre Kosten wie Arbeitsunfähigkeit?
- Erster Schritt: bessere Transparenz der Ausgaben der GKV
- Zweiter Schritt: Pragmatische Lösungen, da seriöse Kosten-Nutzen-Bewertung kaum machbar, besonders problematisch bei mehrfachen Zulassungen
- Cost-Sharing (ab bestimmtem Verbrauch Gratisabgabe) oder Risk-Sharing (Kostenrückerstattung bei fehlendem Erfolg) werden sehr kritisch bewertet
- Höchstpreise? Wurde eher abgelehnt, behindern Innovationen
- Bewertungssystem wie in Frankreich erscheint denkbar, Nutzenabschätzung nach Zulassung, Absprache innerhalb von 180 Tagen, “GKV” zahlt 100%, 66%, 33% oder 0% des Medikamentenpreises
- Preis-Volumen-Absprache, wenn Zulassung bei seltener Indikation und später erhebliche Marktausweitung durch “off label use” oder weitere zugelassene Indikationen Reduktion des Medikamentenpreises