

## Arbeitsgruppe 2: EBM als Rationierungsprinzip?

### AUSGANGSSITUATION / KONTEXT:

1. Individuelle Therapie- und Erstattungsentscheidungen sollten immer auf der besten verfügbaren Evidenz beruhen.
2. Ist Therapie nach EBM = Behandlungserfolg?
3. EBM ist nicht eindeutig definiert („research evidence“, „clinical expertise“ „patient preference“).
4. EBM wird heute als Rationierungsprinzip benutzt, wofür sie nie gedacht war.
5. Zentral verfügte Regelwerke (GBA, IGWIG,...) können nur einen kleinen Teil der onkologischen Versorgung abdecken!
6. Wo bleibt die Therapiefreiheit?
7. Die Praxis weicht von der Theorie ab! In der Praxis entscheiden Anwender über Medikamenteneinsatz (z.B. listen von AM im KH)
8. Eine Frage bleibt immer: „Was können/möchten wir uns leisten?“

**Ziel: Behandlung von Tumorpatienten entsprechend seiner persönlichen Situation nach dem Stand des aktuellen Wissens unter Berücksichtigung wirtschaftlicher Nutzung der Ressourcen.**

**DRINGLICHER HANDLUNGSBEDARF / HANDLUNGS-AUFTRAG:**

WAS TUN ?	WARUM ?	WER ?	(BIS) WANN ?
<b>1. Vorschlag</b>			
Bewertung von „research evidence“	Reduktion des Missbrauchspotentials	GBA Fachgesellschaften müssen relevant eingebunden werden	Sofort, Umsetzung des vorhandenen Gesetzes
<b>2. Vorschlag</b>			
„patient preference“	„gerechtere Therapie“	Patientenvertreter sind noch zu definieren	umgehend
<b>3. Vorschlag</b>			
„evidence based decision making“	Erreichen des Ziels	Je nach Entscheidungsebene	schnellstens
Bestätigung der Evidenz durch Anwendungsstudien, Versorgungsforschung, Klinische Krebsregister		Prinzip: höchste Qualität	