

## NUTZENBEWERTUNG NACH § 35A SGB V

# WAS IST NEU AN DER DOSSIERVORLAGE 3.0?

Am 16. März 2018 war es so weit: Der G-BA beschloss die lange erwartete Anpassung der Vorlagen für das Nutzendossier nach § 35a SGB V. Noch ist der Beschluss nicht in Kraft, aber die neuen Modulvorlagen können inzwischen eingesehen werden [1]. Davon ausgehend, dass die neuen Modulvorlagen tatsächlich zum Jahr 2019 verpflichtend werden – welche Neuerungen kommen auf die pharmazeutischen Unternehmen zu?

>> Zuletzt waren die Vorlagen für das Nutzendossier nach § 35a SGB V vor fünf Jahren angepasst worden – mit einem Update konnte also gerechnet werden, ist doch das AMNOG als „lernendes System“ angelegt. Die Anpassungen sollen laut G-BA „die Transparenz und Vollständigkeit der Darstellung der Ergebnisse“ gewährleisten, und zwar „bei weitestgehend aufwandsarmer Aufbereitung der Daten für die Dossiereinreichung“ [2].

### Modul 1–3: Kosmetische Korrekturen

Die Anpassungen für die Module 1, 2 und 3 können als weitgehend kosmetisch bezeichnet werden: Modul 2 wird noch etwas kürzer als ohnehin schon, weil nun der Wirkmechanismus des zu bewertenden Arzneimittels nicht mehr mit den Wirkmechanismen aller anderen Arzneimittel verglichen werden muss, die in der betreffenden Indikation zugelassen sind. In Modul 3 fällt die Berechnung der Jahrestherapiekosten für die gesamte Zielpopulation weg, die bislang gefordert war und von der unrealistischen Annahme ausging, dass jeder einzelne Patient in der Zielpopulation die Behandlung erhält. Es reicht also in Zukunft, die Jahrestherapiekosten pro Patient zu ermitteln, wovon sich die verschiedenen Therapieoptionen gut vergleichen lassen. Die Berechnung der Zielpopulation soll zukünftig als Excel-Tabelle mitgeschickt werden – eine Anforderung, die sich vermutlich ohne allzu großen Aufwand umsetzen lässt, weil diese Berechnungen oft ohnehin mit einem Tabellenkalkulationsprogramm vorgenommen werden. Der genaue Aufbau dieser Excel-Tabelle ist nicht vorgeschrieben.

### Modul 4: Transparenz & Vollständigkeit

Die großen Veränderungen in den neuen Dossierunterlagen gibt es bei Modul 4. Die Anforderungen sind insgesamt deutlich umfangreicher geworden, sowohl bei der Informationsbeschaffung als auch der Analyse und Darstellung der Daten. Die Informationsbeschaffung soll künftig eine zusätzliche Studienergebnisdatenbank umfassen („Clinical Data“-Datenbank der EMA) sowie auch eine Suche auf der Website des G-BA. Damit wird es verpflichtend, frühere Nutzenbewertungen zu analysieren – was aber ohnehin für ein erfolgreiches Dossierprojekt unerlässlich ist. Wünschenswert wäre in diesem Zusammenhang indes eine verbesserte Suchfunktion auf den Seiten des G-BA, z. B. mit Suchfeldern zur Suche nach Endpunkten.

Die weitreichendste Änderung in der neuen Dossiervorlage betrifft die Analyse und Darstellung

der Daten in Modul 4. Hier wird der Anspruch des G-BA („Transparenz und Vollständigkeit“) besonders deutlich. Es soll künftig im Prinzip restlos alles dargestellt werden: alle Daten für jeden (patientenrelevanten) Endpunkt und jeden Datenschnitt, alle Subgruppenanalysen – auch die, bei denen der Interaktionstest keine Signifikanz zeigt – und alle unerwünschten Ereignisse (UE).

Dabei muss man nicht nur die Gesamtraten aller UE, der schwerwiegenden UE, der Abbrüche wegen UE und der UE differenziert nach Schweregrad zeigen, sondern auch für jede dieser Kategorien eine vollständige Auswertung nach Organsystemen (System Organ Classes/SOC) und Einzelereignissen (Preferred Terms/PT) sowie ggf. auch nach spezifischen Krankheitskonzepten (Standardised MedDRA Queries/SMQs und UE von speziellem Interesse/UESI).

Je nach Studie können das leicht Hunderte von Auswertungen sein – und ein Vielfaches davon, wenn mehrere Subpopulationen betrachtet werden müssen. Für jeden einzelnen Endpunkt mit Überlebenszeiten ist außerdem eine Kaplan-Meier-Kurve darzustellen. Die Zusammenfassung der Daten in einem eigenen Abschnitt (bisher 4.3.1.3.3 und 4.3.2.4) fällt hingegen in Zukunft weg.

Zudem müssen in Zukunft in Modul 5 die Patienten-Listings der klinischen Studienberichte in anonymisierter Form hinterlegt werden. Es ist mit einem deutlichen Mehraufwand zu rechnen, um die pseudonymisierten Listings des Studienberichts zu anonymisieren.

Der G-BA argumentiert, die geforderte Vollständigkeit der Daten vermeide Unsicherheiten in der Nutzenbewertung, die aufgrund von Lücken in der Ergebnisdarstellung verbleiben und bislang mitunter erst im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens aufgeklärt werden konnten. Mit anderen Worten: Ein „Rosinenpicken“ seitens des pharmazeutischen Unternehmens soll unterbunden werden. Zwar trägt die neue Modulvorlage dem Anspruch nach Transparenz und Vollständigkeit Rechnung, der Preis dafür ist aber ein erheblicher Zusatzaufwand für das pharmazeutische Unternehmen: Es müssen Hunderte oder gar Tausende von Tabellen und Abbildungen ins Modul 4 eingebaut werden. Auch technische Schwierigkeiten sind zu erwarten: Microsoft Word ist für einen solchen Umfang eigentlich nicht ausgelegt. Auch für den Leser wird das Dokument extrem unhandlich werden.

Die Daten etwa zu UE nach SOC und PT können in einen Anhang zu Modul 4 ausgegliedert wer-

## KOMMENTAR

Liebe Leserinnen, liebe Leser, was zeichnet eine erfolgreiche Market Access



**Prof. Dr. Ralph Tunder, 1. Vorsitzender der DFGMA**

Abteilung aus und wie sollte Market Access in der Organisation verankert und ausgestaltet sein, um sich den zukünftigen Herausforderungen zu stellen? Auch nach mittlerweile über sieben Jahren AMNOG ist die Frage nach einer effektiven und effizienten Ausgestaltung von Market Access ein unternehmensintern viel diskutiertes Thema. Hinzu kommt die hohe Marktdynamik, die eine stetige Anpassung an sich verändernde Rahmenbedingungen erfordert.

Wir haben uns von der DFGMA dieser spannenden Thematik angenommen und unsere diesjährige Frühjahrstagung am 19. April in Berlin unter dem Motto „Organisation von Market Access“ veranstaltet. Für all diejenigen, die nicht dabei sein konnten, finden Sie auf den folgenden Seiten eine Zusammenfassung der Vorträge.

Die Nutzendossiervorlage vom G-BA wurde zuletzt vor fünf Jahren angepasst. Am 16. März war es nun wieder soweit und der G-BA beschloss eine Anpassung seiner Vorlage, die zum Jahr 2019 in Kraft treten soll. Dr. Bastian Thaa, Dr. Juliane Schreier und Dr. Marc Esser (alle co.value) fassen in ihrem Beitrag die wesentlichen Neuerungen zusammen. Nur so viel vorab – weniger Aufwand wird es nicht.

Ihr  
Ralph Tunder

**SAVE THE DATE**

**22.11.2018**

Jahrestreffen der DFGMA in Berlin.

den, ohne speziell an das Format der Modulvorlage angepasst zu werden. Die Daten müssen aber auf jeden Fall Teil von Modul 4 bleiben. Dadurch werden all diese Daten öffentlich, was in Spezialfällen zu Datenschutzproblemen führen könnte, falls die Daten Rückschlüsse auf einzelne Patienten ermöglichen sollten. Zudem müssen die Ergebnisse bewertet und im Modul 4 gewürdigt werden – es ist also keine wesentliche Vereinfachung, dass die Ergebnisse „nur“ so gezeigt werden müssen, wie sie aus dem Analyseprogramm kommen.

Einen gewissen Vorteil könnten die neuen Anforderungen beim Modul 4 unter Umständen bieten: Da die Auswertungen transparent und vollständig dargestellt werden müssen, könnten Nutzendossiers in Zukunft vermehrt selbst als

Datenquelle für Analysen herangezogen werden, zum Beispiel für adjustierte indirekte Vergleiche, wenn der Studienbericht einer fremden Studie nicht vorliegt.

### Fazit

In der neuen Dossievorlage gibt es gegenüber der alten ein paar Erleichterungen, denen aber ein erheblicher Mehraufwand bei Modul 4 entgegensteht. Die neuen Anforderungen werden daher wahrscheinlich die Arbeit an einem Nutzendossier verlängern und erschweren, ohne dabei die Chancen auf einen höheren Zusatznutzen zu verbessern. Die meisten der nun zusätzlich geforderten Daten dürften ohne Relevanz für die Nutzenbewertung bleiben, zum Beispiel die Analysen zu leichteren UE oder Subgruppenanalysen ohne signifikante Interaktion. <<

### Anmerkung

Bei Redaktionsschluss dieser Ausgabe von „Market Access & Health Policy“ war die Änderung der Verfahrensordnung des G-BA noch nicht in Kraft, und die Word-Dateien der Modulvorlagen waren noch nicht auf der G-BA-Webseite verfügbar. Nach gegenwärtigem Stand darf die alte Dossievorlage nur noch bis Ende 2018 verwendet werden. Man sollte also die Planung neuer Nutzendossiers schon jetzt an den neuen Vorlagen ausrichten – besonders auch im Hinblick auf die geforderten statistischen Analysen.

### Autoren

**Dr. Bastian Thaa** ist Senior Medical Writer und Market Access Consultant bei co.value. Er ist Virologe mit langjähriger Forschungstätigkeit unter anderem am Karolinska-Institut in Stockholm. Bei co.value ist er spezialisiert auf die Erstellung von Nutzendossiers. Kontakt: [thaa@covalue.de](mailto:thaa@covalue.de)

**Dr. Juliane Schreier** ist Senior Medical Writer bei co.value und spezialisiert auf Nutzendossiers und HTA. Davor war sie als Biochemikerin an der Freien Universität Berlin und am Max-Planck-Institut für molekulare Genetik tätig. Kontakt: [schreier@covalue.de](mailto:schreier@covalue.de)

**Dr. med. Marc Esser** ist Arzt und Geschäftsführer von co.value. Er verfügt über langjährige Berufserfahrung in der klinischen Praxis, Gesundheitsökonomie und Pharmaindustrie. Im Market Access liegt sein Fokus auf der Strategieentwicklung. Kontakt: [esser@covalue.de](mailto:esser@covalue.de)

**co.value** mit Sitz in Berlin unterstützt Pharmaindustrie und Medizintechnikunternehmen in allen Phasen des Market Access. Kernbereiche sind Strategieberatung, Nutzendossiers und digitale Präsentationstools. Nähere Infos: [www.covalue.de](http://www.covalue.de).



### Literatur

- [1] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Beschluss vom 16. März 2018 über eine Änderung der Verfahrensordnung (VerfO): Änderung der Anlage I und II zum 5. Kapitel. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/3258/>
- [2] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16. März 2018 über eine Änderung der Verfahrensordnung (VerfO): Änderung der Anlage I und II zum 5. Kapitel. Verfügbar unter: [https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4879/2018-03-16\\_VerfO\\_Aenderung-Anlage-I-II\\_Kapitel-5\\_TrG.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4879/2018-03-16_VerfO_Aenderung-Anlage-I-II_Kapitel-5_TrG.pdf)

## FRÜHJAHRSTAGUNG DER DFGMA

# MARKET ACCESS ORGANISATION: PRAXIS UND PERSPEKTIVEN

Am 19. April 2018 fand in Berlin die alljährliche Frühjahrstagung der DFGMA unter dem ambitionierten Motto „Organisation von Market Access“ statt. Obwohl die Bandbreite und die Schwerpunkte der Organisation des Market Access für die vielfältigen „Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung“ sehr groß ist, bot die Tagung einen Einblick in einige Beispiele aus der Praxis und Zukunftsperspektiven am Versorgungshorizont.

>> Frau Dr. Rosenfeld von Sanofi erläuterte „Market Access aus der Perspektive einer Landesorganisation eines globalen Konzerns – Chancen und Limitationen“, während Herr Schurz von Simon-Kucher&Partner zum Thema „Organisation von Market Access in der Pharmaindustrie – Erfolgsfaktoren aus der Praxis“ vortrug. Zum Thema Zukunft referierten Herr Koch vom BAH über „Europäische HTA-Kooperation – Vom Pilotprojekt zum Verordnungsentwurf“ und Herr Luik von BCG über „Market Access 2025 – New trends on the horizon“.

Wie immer führten diese Themen zu lebhaften Diskussion

und Gesprächen im Anschluss an die Referate und bei den Kaffeepausen. Alle, die nicht dabei sein konnten, finden hier kurze Zusammenfassungen der drei letztgenannten Vorträge. Die Zusammenfassung des Vortrags von Frau Dr. Rosenfeld finden Sie in der nächsten MA&HP. <<



## PHILIPP LUIK, PRINCIPAL, HEALTH-CARE EXPERTE BEI DER BOSTON CONSULTING GROUP IN FRANKFURT

# MARKET ACCESS 2025 – NEW TRENDS ON THE HORIZON

>> Wir leben in einer sich rasant verändernden Welt. Die Gesundheitssysteme und die Spieler darin werden durch Trends wie die Digitalisierung, Verfügbarkeit von Daten, Personalisierung, und die Verschiebung von Entscheidungskompetenzen herausgefordert. Vor allem sehen sie sich weltweit rasant ansteigenden Kosten gegenübergestellt, die die öffentlichen Haushalte an den Rand der Belastbarkeit bringen. Um diesem Druck entgegen zu wirken, versuchen Regierungen, öffentliche Einrich-

tungen und auch private Spieler mit verschiedensten Mitteln ihre Kosten zu senken – mit einschneidenden Auswirkungen auf Pharmafirmen und vor allem deren Market Access Funktionen, die an dieser Schnittstelle operieren.

### Wertorientierte Gesundheitsversorgung

Ein Kerntrend zur Verbesserung von Behandlungsergebnissen bei gleichzeitiger Kostensenkung ist die wertorientierte Gesundheits-

versorgung (value-based health-care).

Während Entwicklungen und Maßnahmen wie die zunehmende Konsolidierung, früherer Patentablauf oder striktere Budgetierung den Anstieg von Kosten beeinflussen, ist die wertorientierte Gesundheitsversorgung ein Paradigmenwechsel, der sowohl den Patienten als auch die Kosten im Blick hat und der die Branche vor langfristige Herausforderungen stellt. Der Grundgedanke dieses Konzepts ist es, bessere Behandlungsergebnisse aus Patientensicht mit Kostensenkung zu verknüpfen, in dem Mittel zielgerichteter eingesetzt werden. Hierfür besteht großes Potential wie der hohe Grad an Variation von Behandlungsergebnissen zeigt (z.B. in Großbritannien haben die weniger erfahrenen Krankenhäuser eine bis zu dreimal so hohe Sterblichkeitsrate bei Bypass-Operationen). Allein die Angleichung dieser Variationen innerhalb eines Landes birgt enormes Verbesserungspotential, welches die meisten Gesundheitssysteme bisher nicht adressiert haben.

### Data analytics als Lösungsgrundlage

Um eine solche Angleichung herzustellen, müssen allerdings Daten in großem Rahmen erfasst, verarbeitet und analysiert werden, um eine zunehmend personalisierte Gesundheitsversorgung zu etablieren. Um die Wirksamkeit von Medikamenten und Behandlungen besser beurteilen zu können, evaluieren deshalb immer mehr Krankenkassen und andere Spieler anonymisierte Gesundheitsdaten. Bei welchen Subpopu-

lationen ist das neue Medikament am wirksamsten? Wie sieht die Wirksamkeit in der Praxis aus (real-world-evidence)? Wie muss der Behandlungspfad aussehen, um optimale Ergebnisse zu erreichen?

Das momentane Pharmamodell ist auf diese Fragen noch nicht ausreichend vorbereitet, so dass viele Market Access Funktionen sich herausgefordert sehen, die Wirksamkeit und den Mehrwert neuer Medikamente zur Zufriedenheit der Payer darzulegen.

Um auf Dauer in diesem neuen Umfeld erfolgreich zu sein, müssen Pharmafirmen nicht nur sicherstellen, dass sie nachweislich Wert für den Payer schaffen (z.B. durch Identifizierung von Subpopulationen), sondern auch durch personalisierte Behandlungs- und Kostenerstattungsmodelle, den gezielten und ergebnisorientierten Einsatz ihrer Medikamente ermöglichen. Hierfür wird der Zugang zu einem weiten Kreis an Daten (klinische Studien, Erstattungsdaten, real world data, biomarker, Patientendaten etc.) soweit es die lokale Gesetzeslage erlaubt, unerlässlich sein. Denn nur auf Basis umfassender Daten, kann durch entsprechende Datenanalyse und vorausschauende künstliche Intelligenz, genau erforscht und dargelegt werden, bei welchen Patienten und in welchem Behandlungsumfeld optimale Ergebnisse zu angemessenen Kosten erreicht werden kann.

Es gibt ein enormes Potential bei der Verbesserung der Gesundheitsversorgung, welches in Zukunft durch bessere Zusammenarbeit der unterschiedlichen Spieler, innovative Ansätze und der Bereitschaft zu mehr Transparenz und Veränderung adressiert werden kann. <<

#### Autor

**Dr. Philipp Luik** ist Principal im Frankfurter Büro der Boston Consulting Group. Seit 2010 berät er Kunden im Bereich der Pharmazeutischen- sowie Medtech-Industrie entlang der gesamten Wertschöpfungskette mit einem besonderen Fokus auf strategischen und kommerziellen Fragestellungen. Er studierte in Heidelberg Molekulare Biotechnologie, Management in London und hat in Oxford in Biochemie promoviert.



**JOHANNES KOCH, LEITER DER STABSSTELLE EUROPAPOLITIK DES BAH E.V.**

## EUROPÄISCHE HTA-KOOPERATION – VOM PILOTPROJEKT ZUM VERORDNUNGSENTWURF

>> Johannes Koch, Leiter der Stabsstelle Europapolitik beim Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V., berichtete über die aktuellen Entwicklungen im Bereich der europäischen HTA-Kooperation und erläuterte den vorliegenden europäischen Verordnungsentwurf. Dabei wurde deutlich, dass die Kooperation von europäischen HTA-Organisationen institutionell gefördert wird, um gemeinsame Regeln und Methoden zu entwickeln. Die gemeinsame Plattform EUnet-HTA stellt seit über zwölf Jahren das wissenschaftliche Netzwerk der verschiedenen europäischen HTA-Organisationen dar, und hat sich zum Ziel gemacht, gute HTA-Praktiken und Methoden zu erarbeiten – nach dem Grundsatz ‚evidence is global, decision is local‘.

Der am 31. Januar 2018 vorgelegte europäische Verordnungsentwurf zur Stärkung der Kooperation im HTA-Bereich ist also das Ergebnis eines langen Prozesses und wurde erwartet. Der Entwurf stellt fest, dass die Kooperationsmöglichkeiten durch die bisher geschaffenen Strukturen limitiert sind und nur durch eine europäische Gesetzgebung weiter entwickelt werden können. Gegenstand des HTA-Verordnungsentwurfs ist die klinische Bewertung von Arzneimitteln mit neuen und zentral zugelassenen Wirkstoffen oder neuer Indikation. Auch werden Medizinprodukte der Klassen IIb und III sowie in-vitro Diagnostika einbezogen.

Nach Herrn Koch können Arzneimittel-Hersteller von einem einheitlichen europäischen HTA-Prozess profitieren, da die un-

terschiedlichen nationalen und regionalen Anforderungen die Unternehmen vor große Herausforderungen stellen. So variieren der Startzeitpunkt und die Dauer des HTA-Prozesses sowie die klinischen Anforderungen innerhalb der EU-Mitgliedstaaten. Diese teilweise sehr unterschiedlichen nationalen Herangehensweisen bewirken unterschiedliche Resultate im HTA-Prozess sowie eine Vervielfachung der Arbeits- und Kostenbelastung für Unternehmen.

Maßgebende Regelungen werden im Laufe der Gesetzgebung durch delegierte Rechtsakte getroffen, so dass der HTA-Verordnungsentwurf momentan noch zahlreiche Fragen offen lässt, z.B. bzgl. der Vergleichstherapie/Komparator oder der Auswahl des Assessors/Co-Assessors. Ebenso ist die Bestimmung der Methoden, die einem ‚joint clinical assessment‘ zugrunde liegen, im Entwurf nicht enthalten. Da es sich hierbei um wesentliche Vorschriften handelt, die den Prozess und das Ergebnis eines europäischen ‚joint clinical assessments‘ maßgeblich bestimmen werden, wäre dahingegen erforderlich, dass die grundsätzliche Methodenwahl bereits in die Verordnung aufgenommen wird. Zudem muss sichergestellt werden, dass pharmazeutische Unternehmen im Rahmen der beiden Prozesse ‚joint clinical assessment‘ und ‚joint scientific consultation‘ stets die Möglichkeit der Konsultation haben. Auch müssen effektive Rechtsschutzmöglichkeiten noch berücksichtigt werden. Herr Koch schlussfolgert daher, dass die Industrie dem vorliegenden Ent-



wurf aktuell noch nicht zustimmen könnte.

Die vollständige Implementierung der europäischen HTA-Verordnung ist frühestens im Jahr 2025 möglich. Aufgrund der

vielen kritischen (politischen) Reaktionen rechnet Herr Koch jedoch mit einem deutlich längeren Prozess, so dass eine Verordnung möglicherweise in 8-12 Jahren umgesetzt werden kann. <<

#### Autor

**Johannes Koch** leitet die Stabstelle Europapolitik / Internationales beim Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V. (BAH) und vertritt den Verband in Brüssel. Herr Koch verantwortet zusätzlich die Außenwirtschaftsförderung des Verbandes und engagiert sich u.a. im Arbeitskreis der Exportinitiative Gesundheitswirtschaft der Bundesregierung. Der 32-jährige Politikwissenschaftler hat in London studiert und arbeitet seit vier Jahren in der Bonner Geschäftsstelle des Verbandes.



## STEPHAN SCHURZ, PARTNER BEI SIMON-KUCHER & PARTNERS (VORTRAGS-ZUSAMMENFASSUNG) ORGANISATION VON MARKET ACCESS - ERFOLGSFAKTOREN AUS DER PRAXIS

>> Der Fokus des Vortrags lag auf Erfolgsfaktoren für die Organisationsstruktur, Zusammenarbeit und Abläufe sowie Talententwicklung. Basierend aus der langjährigen Projekterfahrung von Simon-Kucher & Partners beleuchtete Herr Schurz wesentliche Fragestellungen in diesen drei Bereichen und illustrierte Wege hin zu einer effektiven und effizienten Market Access und Pricing (MAP) Funktion. Hierbei wurden neben generellen Erfolgsfaktoren insbesondere auch Spezifika für MAP-Teams in Deutschland betrachtet. Im Folgenden finden Sie ausgewählte Gedanken zu den drei zentralen Themenfeldern des Vortrags.

#### Organisationsstruktur:

Bei den Top-20 Pharmaunternehmen lässt sich eine Vielzahl von verschiedenen Organisationsstrukturen für die MAP-Funktionen beobachten. So gibt es insbesondere deutliche Unterschiede bzgl. des Grades der Zentralisierung der MAP-Funktionen sowie der Anbindung an die einzelnen Geschäftsbereiche. Nichtsdestotrotz ist ein Erfolgsfaktor klar ersichtlich: Die erfolgreichsten Pharmaunternehmen

stellen sicher, dass MAP über alle Geschäftsbereiche hinweg einen integrierten Ansatz verfolgt und Hand in Hand mit der HEOR-Funktion arbeitet.

#### Zusammenarbeit und Abläufe:

Die erfolgreichsten Pharmaunternehmen identifizieren alle relevanten Aufgaben der MAP-Teams über den Lebenszyklus eines Produktes und stellen sicher, dass die Resultate dieser Aufgaben zur richtigen Zeit zur Verfügung stehen und den Anforderungen der internen und externen Business Partner gerecht werden.

#### Talententwicklung:

Um eine nachhaltig erfolgreiche Arbeit der MAP-Funktion zu sichern, ist eine optimale Talententwicklung unerlässlich. Dies beinhaltet neben dem Angebot von dezidierten MAP-Akademien zum Beispiel auch die Definition von Karrierepfaden, die innerhalb und außerhalb der MAP-Funktion attraktive Entwicklungsmöglichkeiten bieten.

Zum Abschluss des Vortrags stellte Herr Schurz einen vierstufigen Ansatz vor, der zur Optimie-

rung der Organisation von MAP-Funktionen auf internationaler und nationaler Ebene eingesetzt wird. Die vier Schritte lauten:

- 1. Analyse des Status Quo** unter Berücksichtigung von Input aus dem MAP-Team und von relevanten Business Partnern
- 2. Evaluierung der Stärken und Schwächen (Scorecard)** sowie Ableitung von Optimierungsmöglichkeiten anhand von Best Practices aus der Pharmaindustrie
- 3. Priorisierung der Optimierungsmöglichkeiten** basierend auf einer Analyse des erwarteten Aufwands sowie der erwarteten Erträge
- 4. Konkretisierung der nächsten Schritte** zur Realisierung der Optimierungsmöglichkeiten <<

möglichkeiten anhand von Best Practices aus der Pharmaindustrie

- 3. Priorisierung der Optimierungsmöglichkeiten** basierend auf einer Analyse des erwarteten Aufwands sowie der erwarteten Erträge
- 4. Konkretisierung der nächsten Schritte** zur Realisierung der Optimierungsmöglichkeiten <<

#### Autor

**Stephan Schurz** is a Partner at Simon-Kucher & Partners and works in the Life Science division at the company's headquarters in Bonn, Germany. He specializes in the development of market introduction and competitive strategies, price optimization and value perception management for innovative pharmaceutical products. In addition, he is leading Simon-Kucher's market access operational excellence activities.



### NEWS/TERMINE

19.4.2018

Im Rahmen der Mitgliederversammlung am 19.4.2018 in Berlin wurde der bisherige Vorstand der DFGMA für die nächsten 2 Jahre wiedergewählt: Prof. Ralph Tunder (1. Vorsitzender), Dr. Marco Penske (2. Vorsitzender), Dr. Maike Bestehorn (Schriftführerin), Dr. Tobias Gantner (Schatzmeister).

16.11.2018

Start des 8. Jahrgangs des Market Access Intensivstudiums an der EBS Business School (berufsbegleitend). An 15 Präsenztagen verteilt über 4 Monate schließen Sie das Intensivstudium mit dem Zertifikatsabschluss Market Access Manager (EBS) ab. Informationen unter [www.ebs-hcmi.de](http://www.ebs-hcmi.de).

22.11.2018

Jahrestreffen und Verleihung des Wissenschaftspreises der DFGMA in Berlin. Thema: Quo vadis Arzneimittelpreisbildung. Und auch 2018 zeichnet die DFGMA wieder hervorragende akademische Abschlussarbeiten zum Thema Market Access aus. Mehr Informationen unter [www.dfgma.de](http://www.dfgma.de). Nähere Informationen folgen im Laufe des Jahres.