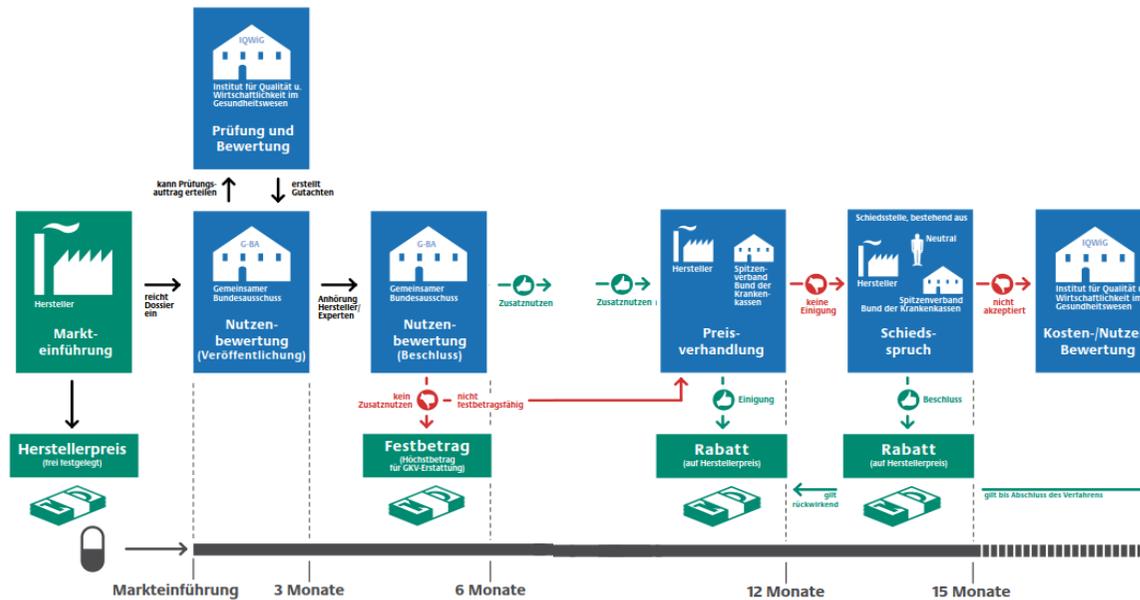


5³/₄ Jahre AMNOG – Hintergründe, Fakten & Analyse, Erfahrungen & Aussichten

Dr. Julia Schüler, BioMedServices
Webinar CCR
6. Oktober 2016



1. AMNOG – Hintergründe
2. AMNOG – Fakten & Analyse
3. AMNOG – Realitäten meistern
4. AMNOG – Erfahrungen & Aussichten

AMNOG – Hintergründe

Arzneikosten steigen weiter

REPORT Experten kritisieren zunehmende Belastungen für Patienten

BERLIN (dpa). Arzneimittel-Experten haben der Bundesregierung vorgeworfen, die Preisbremsen für den Pharmamarkt aufzuweichen – zu Lasten der tisierte der Autor des Reports, Ulrich Schwabe. Die steigenden Kosten würden auf die Versicherten abgewälzt, vor allem durch erhöhte Zusatzbeiträge. Die Preisentwicklung im Pharmamarkt geht nach dem Report zum größten Teil auf den patentgeschützten Fertigarzneimittelmarkt zurück. ► **KOMMENTAR**

lu
te
u
v
k
e
v
I



apotheker adhoc

NACHRICHTEN | KOMPENDIUM | BRANCHENNEWS | STELLENMARKT

Markt | Politik | Internationales | Pharmazie | Panorama | Apothekenpraxis | PTA

Nachrichten » Politik » Kritik an AOK-Gespensterdebatte

ARZNEIVERORDNUNGSREPORT

Kritik an AOK-Gespensterdebatte

APOTHEKE ADHOC, 26.09.2016 18:10 Uhr



DAZ.online NEWS | COMMUNITY | PHARMAZIE

PHARMAZIE | STELLENMARKT | DAZ / AZ | Alle Artikel

TK-INNOVATIONSREPORT 2016

TK vermisst echte Innovationen

BERLIN - 07.09.2016, 17:10 UHR



Der neue Innovationsreport der TK. Die Herausgeber sind von der Innovationskraft der Pharmaunternehmen nicht überzeugt. (Bild: TK)



Ulrich Schwabe · Dieter Paffrath Hrsg.

Arzneiverordnungs-Report 2016

Arzneiverordnungsreport 2016: Wie jedes Jahr widersprechen die Verbände der pharmazeutischen Industrie den Aussagen des AVR. Foto: APOTHEKE ADHOC

Berlin - Der Arzneiverordnungsreport (AVR) im Auftrag der AOK löst jedes Jahr eine aufgeregte Diskussion über die Arzneimittelpreise aus. Regelmäßig widersprechen die Pharmaverbände den Aussagen der Autoren – so auch in diesem Jahr: Der Verband Forschender Arzneimittelhersteller (vfa) schimpft über eine „politisch motivierte Gespensterdebatte“. Der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) nennt die AVR-Aussagen „fehlerhaft und fahrlässig“. Und der Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller (BAH) verweist auf die Statistik.

Trotz vieler Reformen - Gesundheitsausgaben steigen seit Jahren

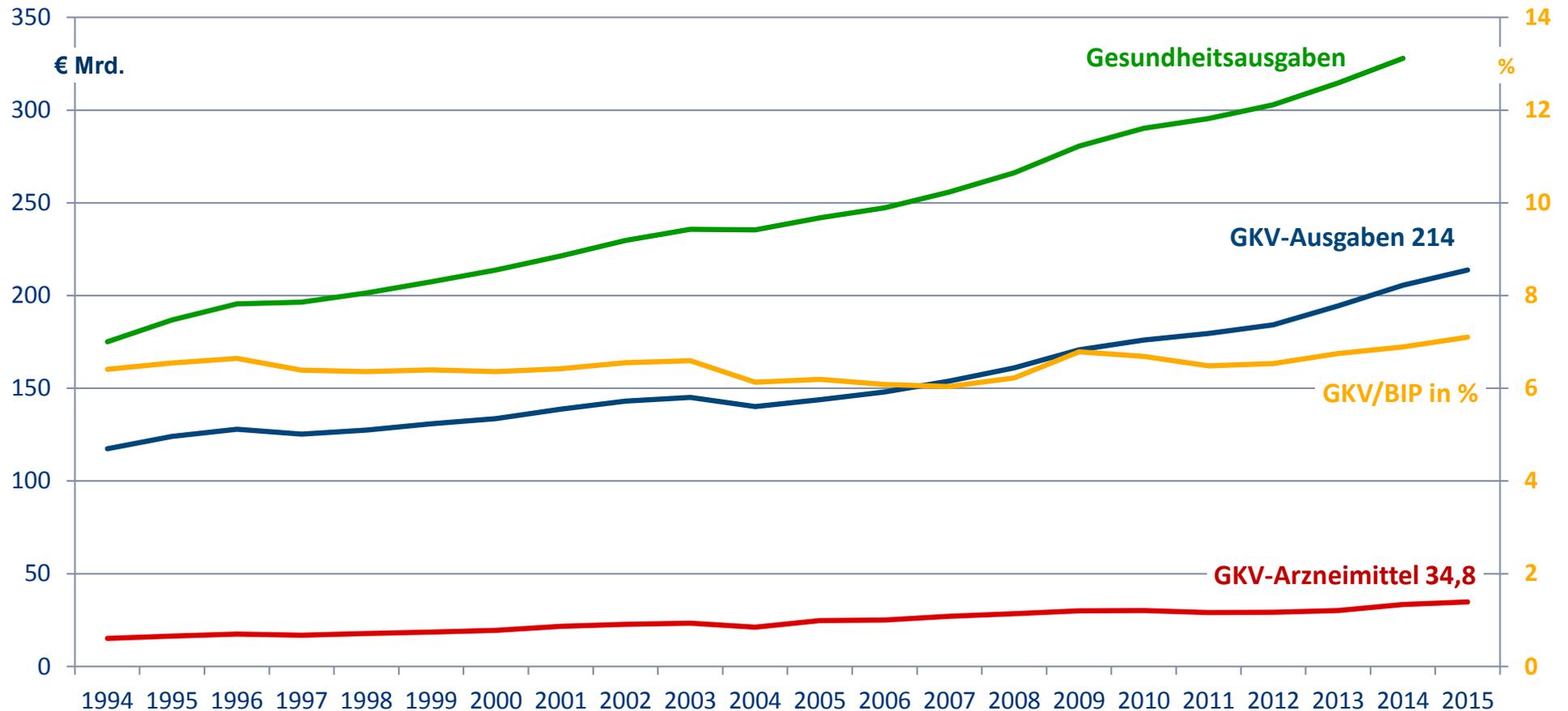
1989: GRG 1993: GSG 1997: NOG 1999: SoIG



2004: GMG 2006: AVWG

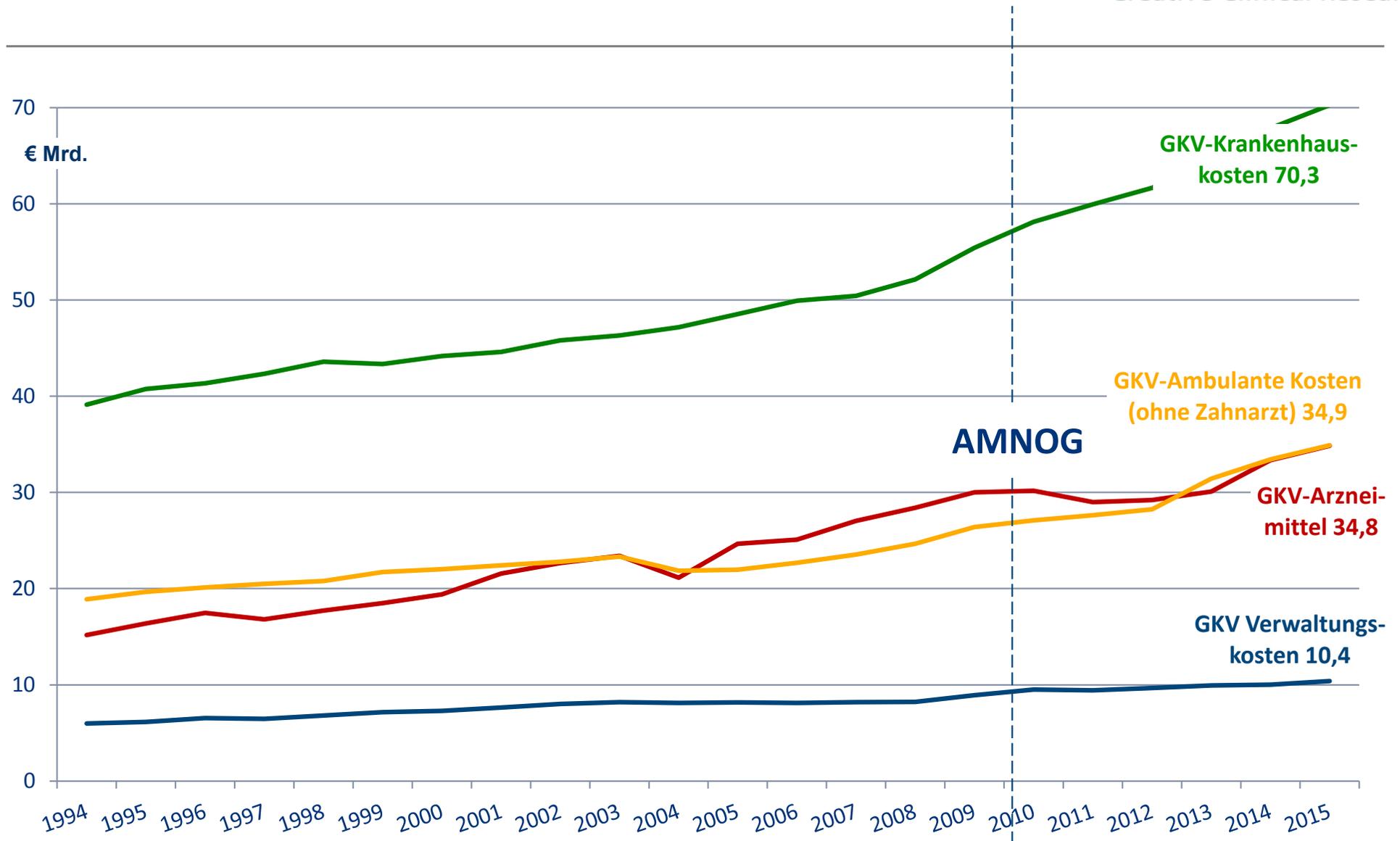


2010: AMNOG



Quelle: BioMedServices Analyse nach Daten von Statistischem Bundesamt und GKV Spitzenverband

Größte Kostensteigerung im Krankenhaus



Quelle: BioMedServices Analyse nach Daten von Statistischem Bundesamt und GKV Spitzenverband

Ziele des AMNOG (BMG 2010)

Aus dem Vorwort von Dr. Philipp Rösler,
Bundesminister für Gesundheit in 2010

- „Ausgaben für Arzneimittel in der GKV wachsen deutlich stärker als in anderen Leistungsbereichen.“
- „Auch wenn ein neues Präparat tatsächlich einen therapeutischen Fortschritt bringt, ist der Preis vielfach unangemessen hoch.“
- „Dass die Hersteller in Deutschland die Preise für neue Arzneimittel frei festlegen können, ist mit den Spielregeln eines fairen Wettbewerbs nicht vereinbar.“



„Deshalb hat die Bundesregierung den Arzneimittelmarkt neu geordnet.“

Ziele des AMNOG (BMG 2010)

Aus dem Vorwort von Dr. Philipp Rösler,
Bundesminister für Gesundheit in 2010

- „Der Preis für ein neues Arzneimittel wird an seinen Nutzen gekoppelt, die Preisbildung liegt zukünftig in der Verantwortung von Herstellern und Krankenkassen.“
- „Die Reform des Arzneimittelmarktes schafft ein vernünftiges Gleichgewicht zwischen Innovation und Bezahlbarkeit.“
- „Die Kosten werden besser kontrolliert, die Versicherten haben weiterhin Zugang zu innovativen Arzneimitteln und werden gleichzeitig vor Scheininnovationen geschützt.“

„Die Spreu vom Weizen trennen.“

2 Vorwort



Berlin, Dezember 2010

Liebe Leserin,
lieber Leser,

seit Jahren wachsen die Ausgaben für Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung deutlich stärker als in anderen Leistungsbereichen. Ursächlich dafür sind vor allem Arzneimittel, die neu auf den Markt kommen. Die Hersteller verlangen dafür hohe Preise. Aber nicht immer lösen diese Medikamente ein, was sie versprechen – eine bessere Behandlung von Krankheiten. Und auch wenn ein neues Präparat tatsächlich einen therapeutischen Fortschritt bringt, ist der Preis vielfach unangemessen hoch.

Das die Hersteller in Deutschland die Preise für neue Arzneimittel frei festlegen können, ist mit den Spielregeln eines fairen Wettbewerbs nicht vereinbar. Deshalb hat die Bundesregierung den Arzneimittelmarkt neu geordnet. Der Preis für ein neues Arzneimittel wird an seinen Nutzen gekoppelt, die Preisbildung liegt zukünftig in der Verantwortung von Herstellern und Krankenkassen. Damit schaffen wir eine Balance zwischen den berechtigten Interessen der Versicherten an einer guten Arzneimittelversorgung sowie einer wirtschaftlichen Verwendung ihrer Beiträge und den legitimen wirtschaftlichen Interessen der pharmazeutischen Industrie. Die Reform des Arzneimittelmarktes schafft ein vernünftiges Gleichgewicht zwischen Innovation und Bezahlbarkeit. Die Kosten werden besser kontrolliert, die Versicherten haben weiterhin Zugang zu innovativen Arzneimitteln und werden gleichzeitig vor Scheininnovationen geschützt.

Das vorliegende Heft erklärt Hintergründe und Ziele der Reform. Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre.



Dr. Philipp Rösler
Bundesminister für Gesundheit

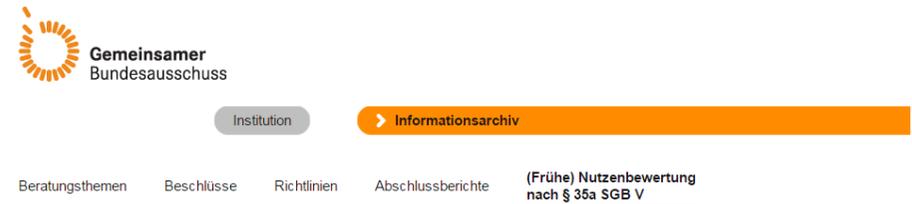
AMNOG – Fakten & Analyse



>200 abgeschlossene Verfahren

- 206 GBA-Beschlüsse zur frühen Nutzenbewertung
- Zeitraum: 2011 bis 30.09.2016 (2016YTD)

<https://www.g-ba.de/informationen/nutzenbewertung/>



Gemeinsamer Bundesausschuss

Institution **Informationsarchiv**

Beratungsthemen Beschlüsse Richtlinien Abschlussberichte **(Frühe) Nutzenbewertung nach § 35a SGB V**

Nutzenbewertungen (gefiltert)

Wirkstoff A-Z Therapiegebiet Orphan Drug

Bitte wählen Bitte wählen Bitte wählen

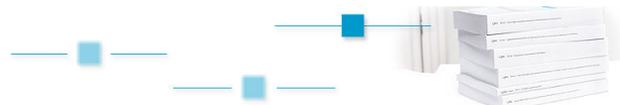
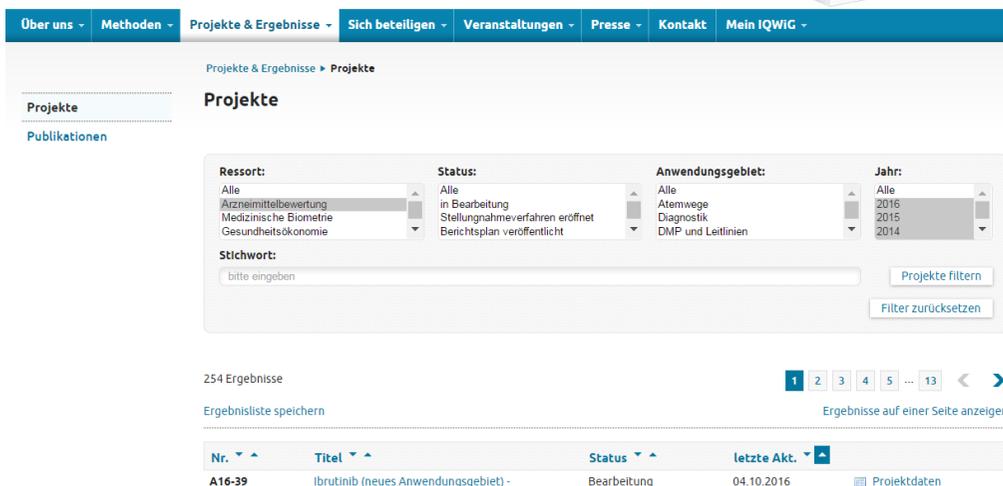
Verfahrensstand

Verfahren abgeschlossen

Filter anwenden oder zurücksetzen

1 2 3 4 5 ... 7 > 206 Ergebnisse

Wirkstoff	Beginn des Bewertungsverfahrens	Status
Ticagrelor (neues Anwendungsgebiet)	01.04.2016	Verfahren abgeschlossen
Idelalisib (Neubewertung nach Fristablauf)	01.04.2016	Verfahren abgeschlossen

Über uns Methoden Projekte & Ergebnisse **Sich beteiligen** Veranstaltungen Presse Kontakt Mein IQWiG

Projekte & Ergebnisse > Projekte

Projekte

Publikationen

Ressort: Alle Allgemeinliche Bewertung Medizinische Biometrie Gesundheitsökonomie

Status: Alle in Bearbeitung Stellungnahmeverfahren eröffnet Berichtsplan veröffentlicht

Anwendungsgebiet: Alle Atemwege Diagnostik DMP und Leitlinien

Jahr: Alle 2016 2015 2014

Stichwort: bitte eingeben

Projekte filtern

Filter zurücksetzen

254 Ergebnisse

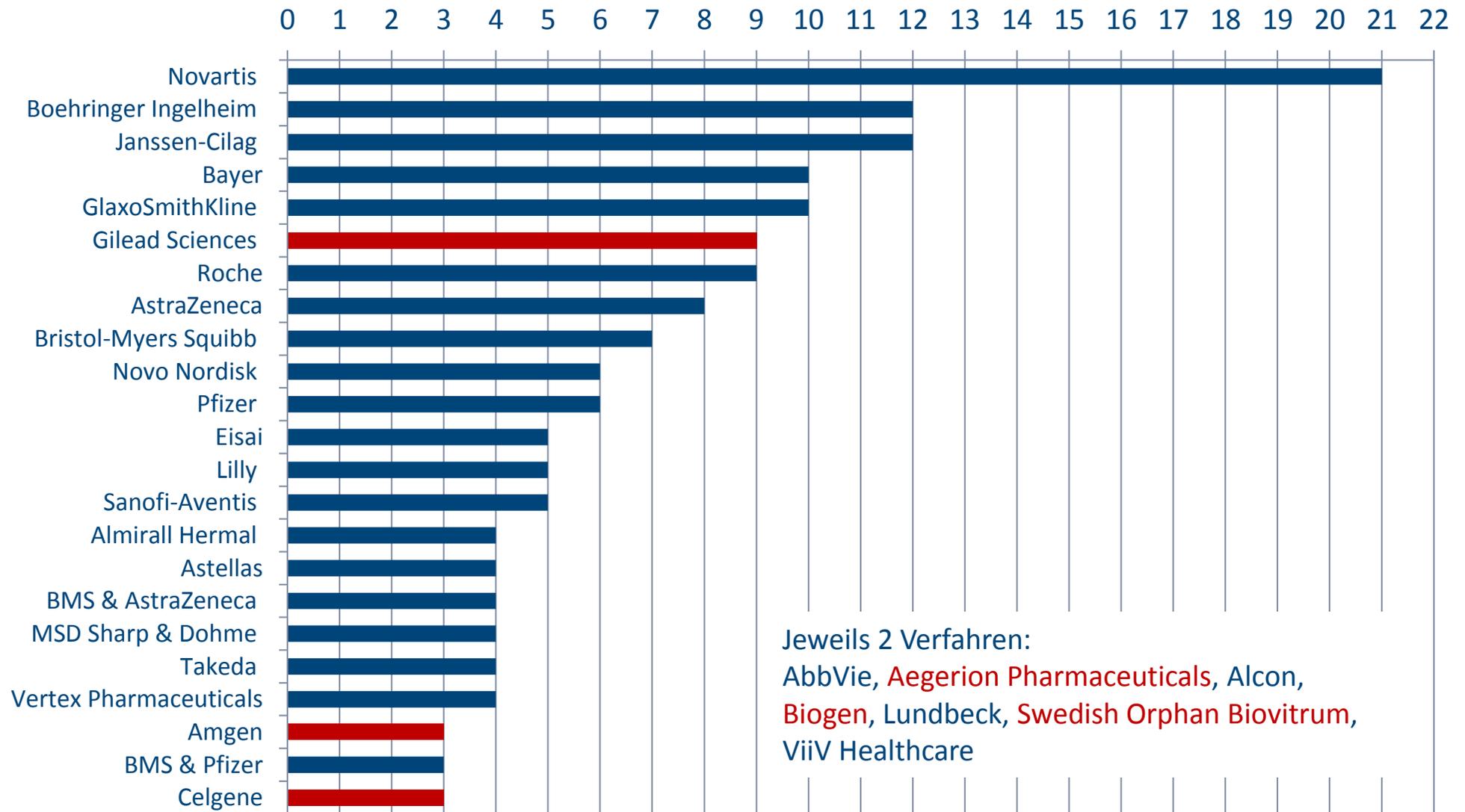
Ergebnisliste speichern

Ergebnisse auf einer Seite anzeigen

Nr.	Titel	Status	letzte Akt.
A16-39	ibrutinib (neues Anwendungsgebiet)	Bearbeitung	04.10.2016

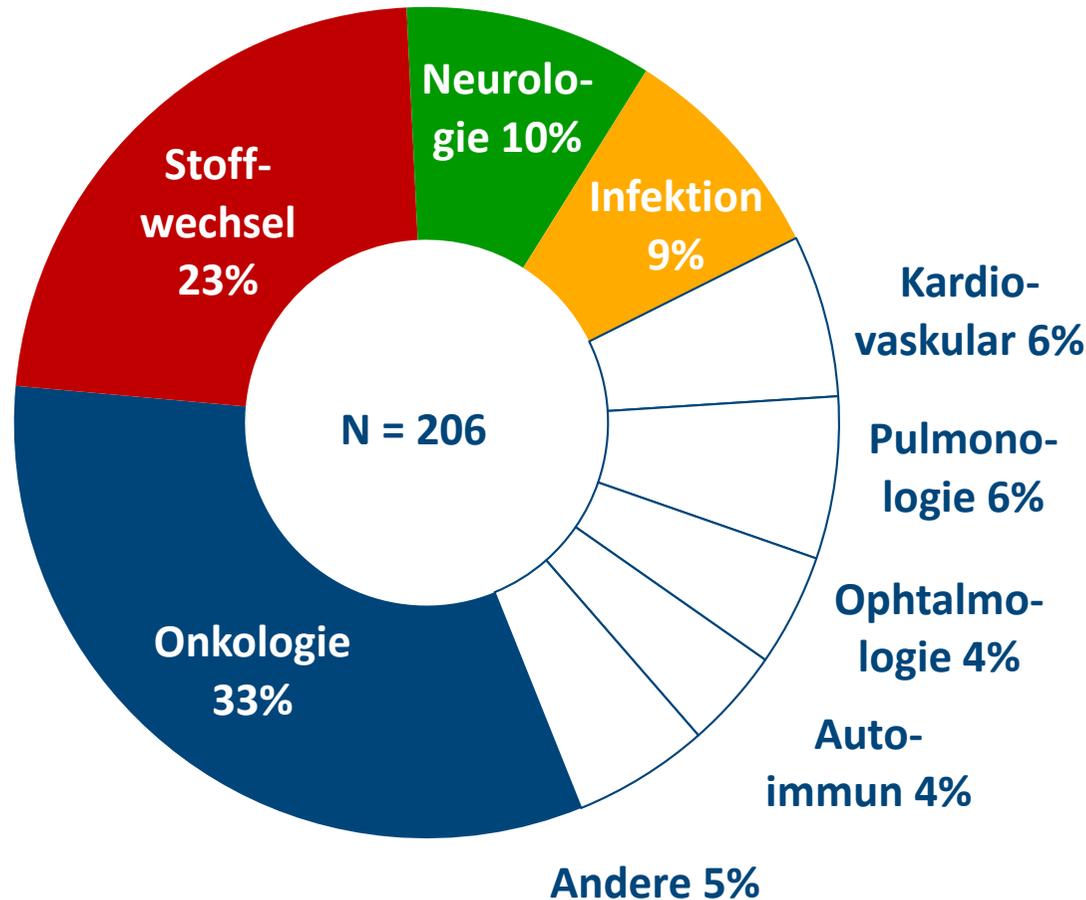
<https://www.iqwig.de/de/projekte-ergebnisse/projekte.1057.html>

Verfahren nach Firmen



Quelle: BioMedServices Analyse nach Angaben von KBV, GBA & IQWiG

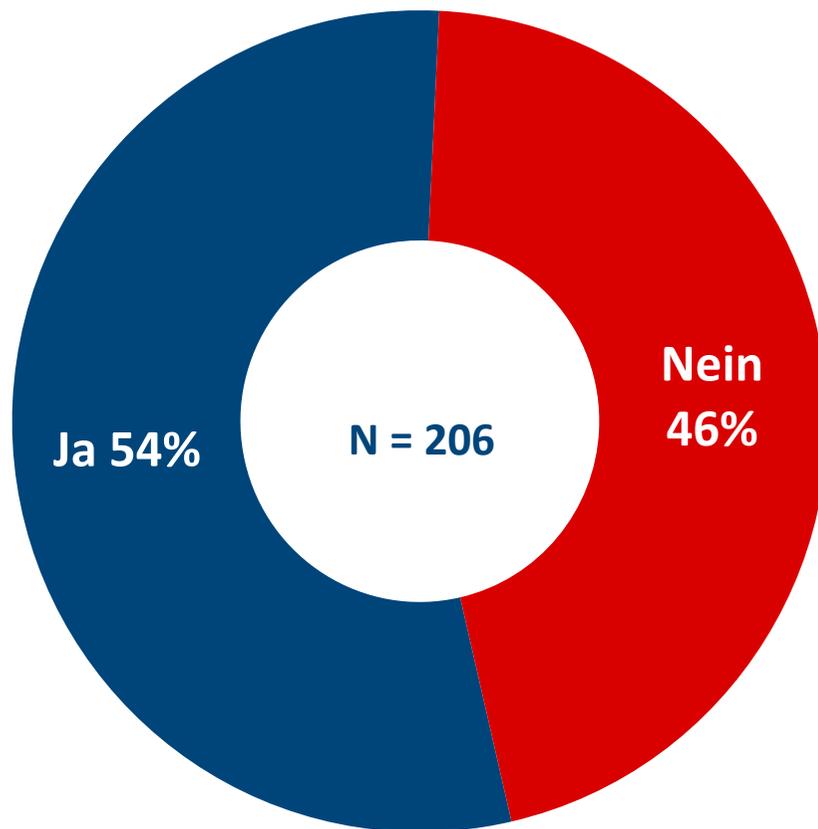
Verfahren nach Indikationen



- 67x Onkologie
- 47x Stoffwechsel
- 20x Neurologie
- 18x Infektion
- 13x Kardiovaskular
- 13x Pulmonologie
- 9x Ophthalmologie
- 8x Autoimmun
- 11x Andere

Quelle: BioMedServices Analyse nach Angaben von KBV, GBA & IQWiG

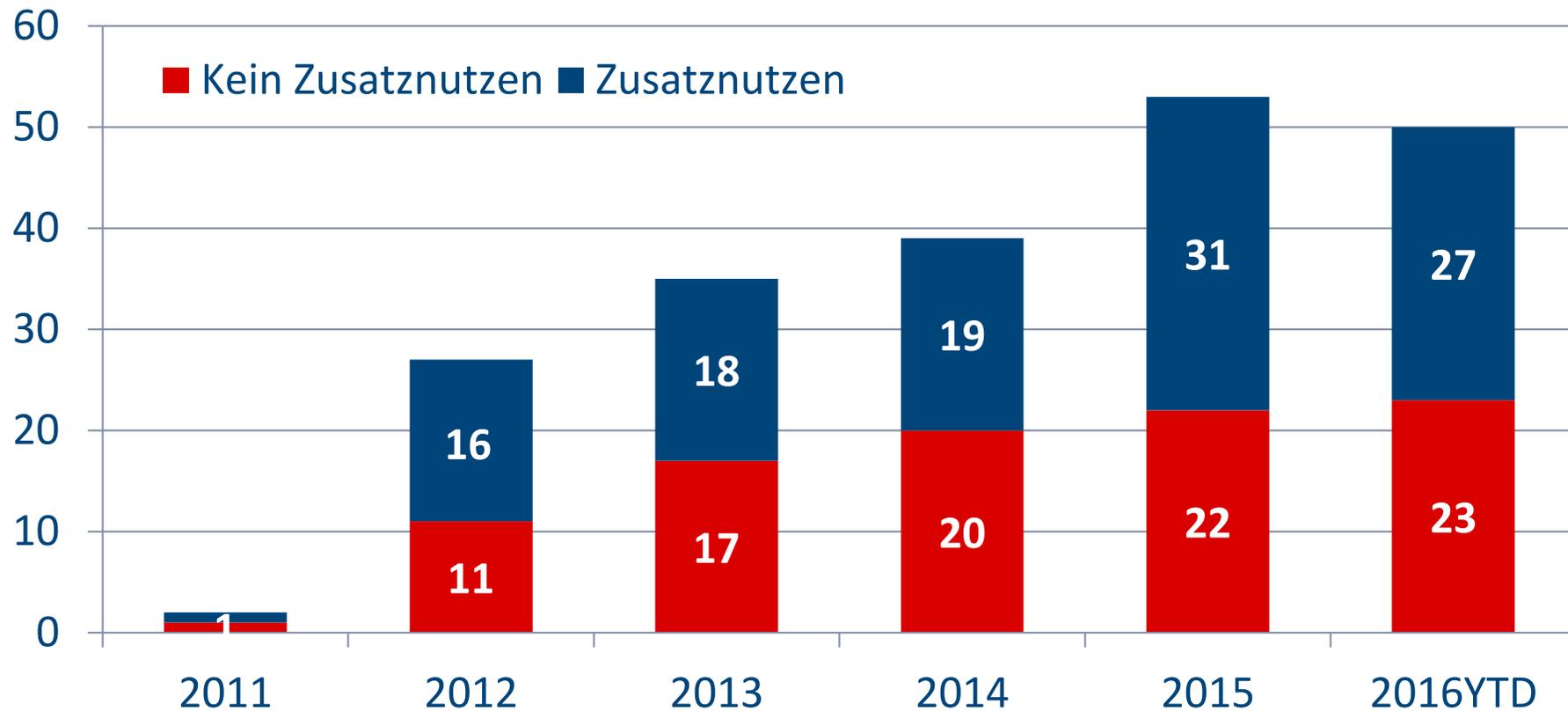
Zusatznutzen oder nicht?



- 112 Verfahren mit anerkanntem Zusatznutzen
- 94 ohne Zusatznutzen, davon 90 weil „nicht belegt“

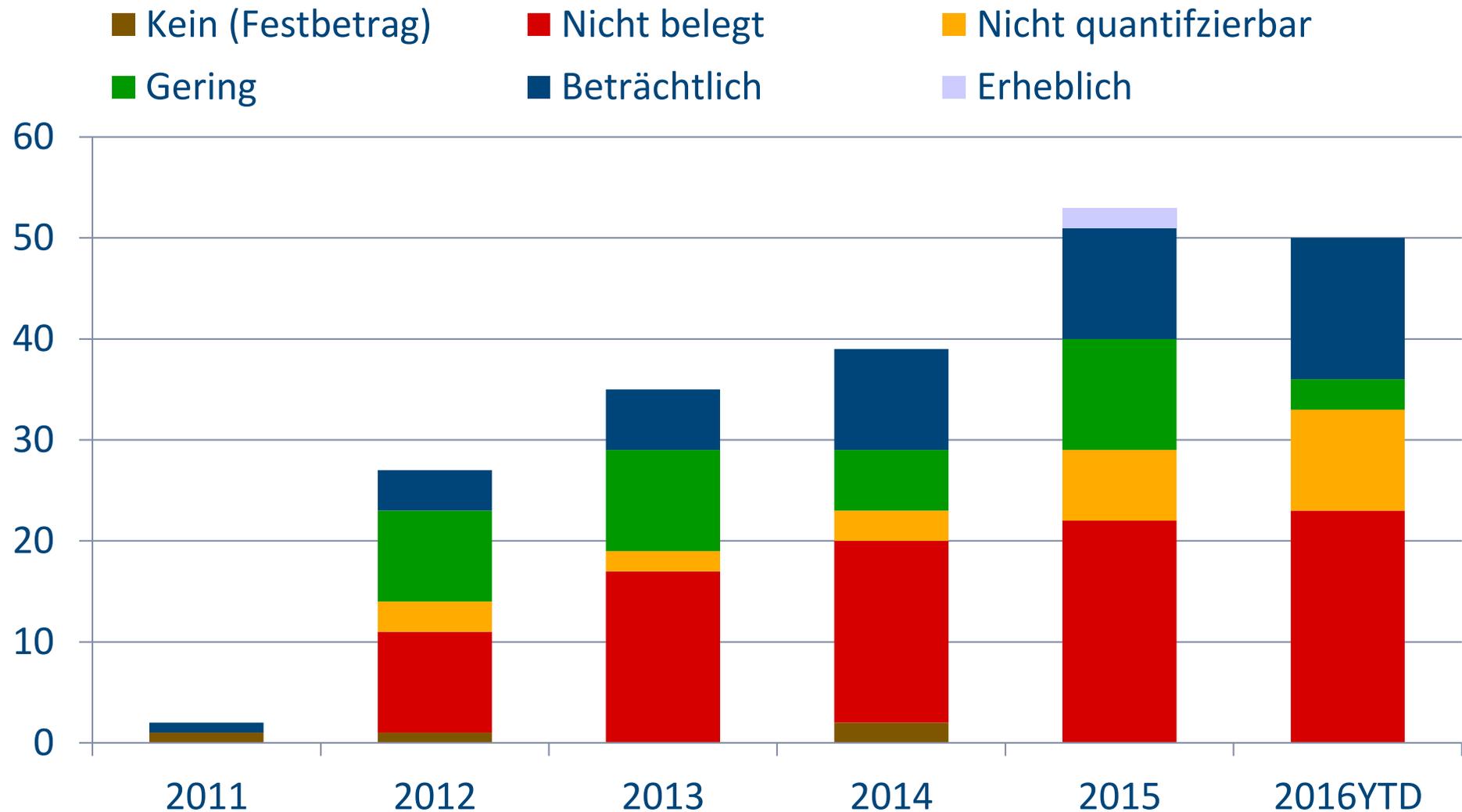
Quelle: BioMedServices Analyse nach Angaben von KBV, GBA & IQWiG

Abgeschlossene Verfahren / Jahr



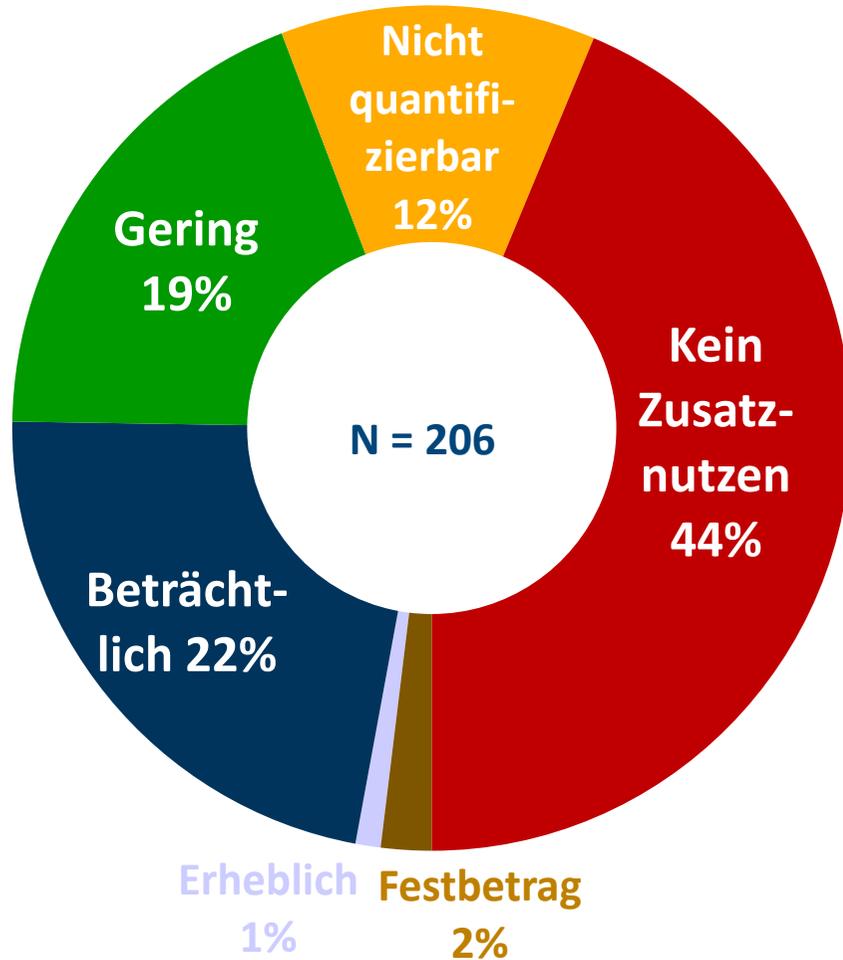
Quelle: BioMedServices Analyse nach Angaben von KBV, GBA & IQWiG

Nutzenkategorien / Jahr



Quelle: BioMedServices Analyse nach Angaben von KBV, GBA & IQWiG

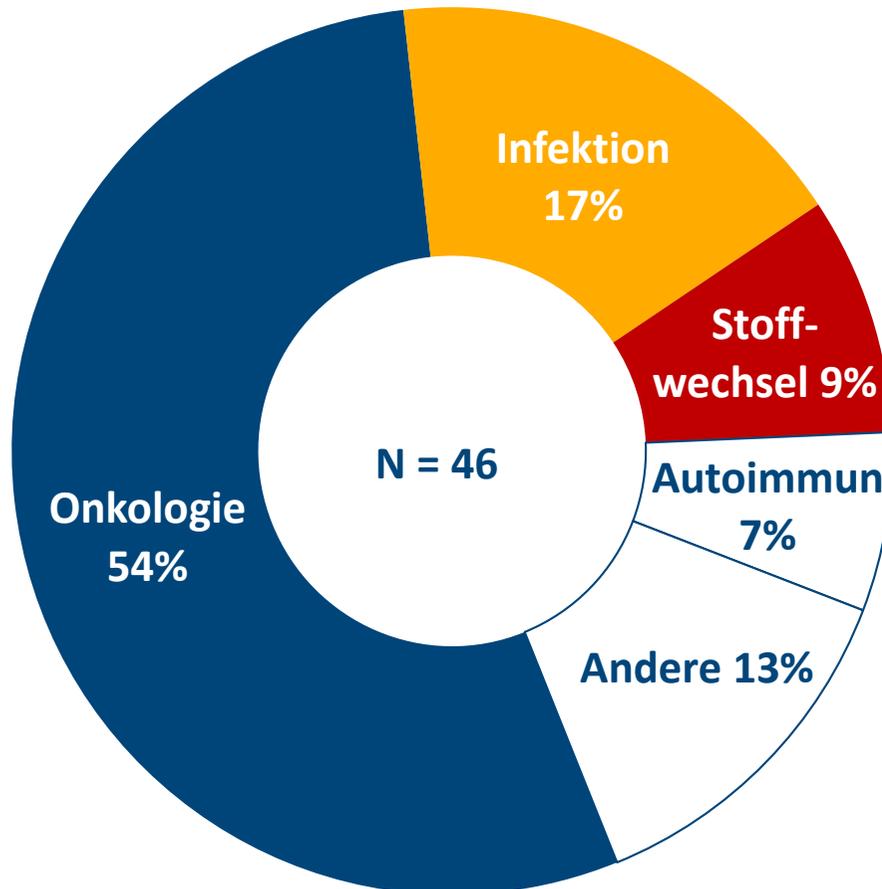
46x beträchtlicher Zusatznutzen vs. 90x kein Zusatznutzen (nicht belegt)



- 2x erheblich
- 46x beträchtlich
- 39x gering
- 25x nicht quantifizierbar
- 90x kein Zusatznutzen (nicht belegt)
- 4x Festbetrag (kein Zusatznutzen)

Quelle: BioMedServices Analyse nach Angaben von KBV, GBA & IQWiG

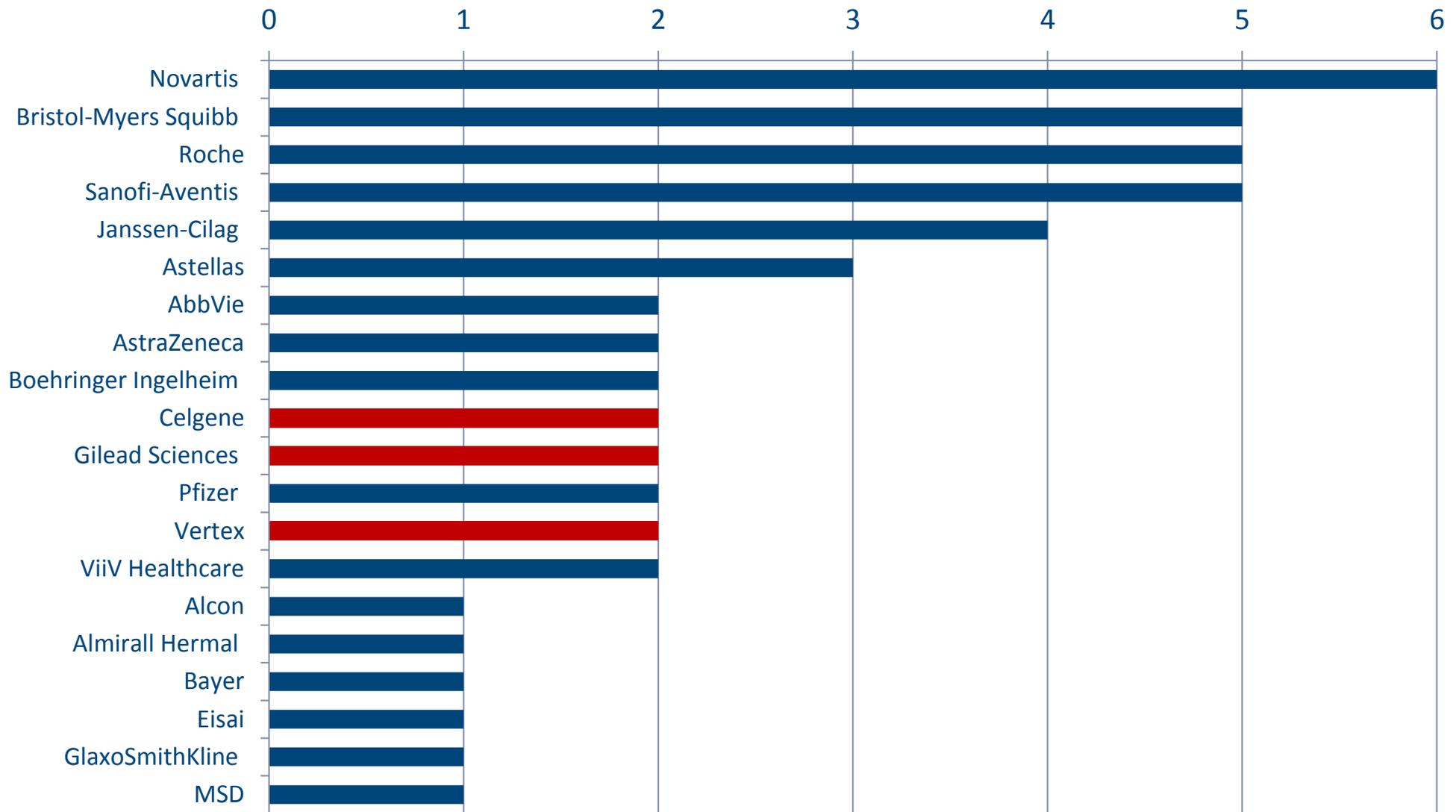
„Beträchtlich“ nach Indikation



- 25x Onkologie
- 8x Infektion
- 4x Stoffwechsel
- 3x Autoimmun
- Je 2x Kardiovaskular, Pulmonologie
- Je 1x Ophthalmologie, Neurologie

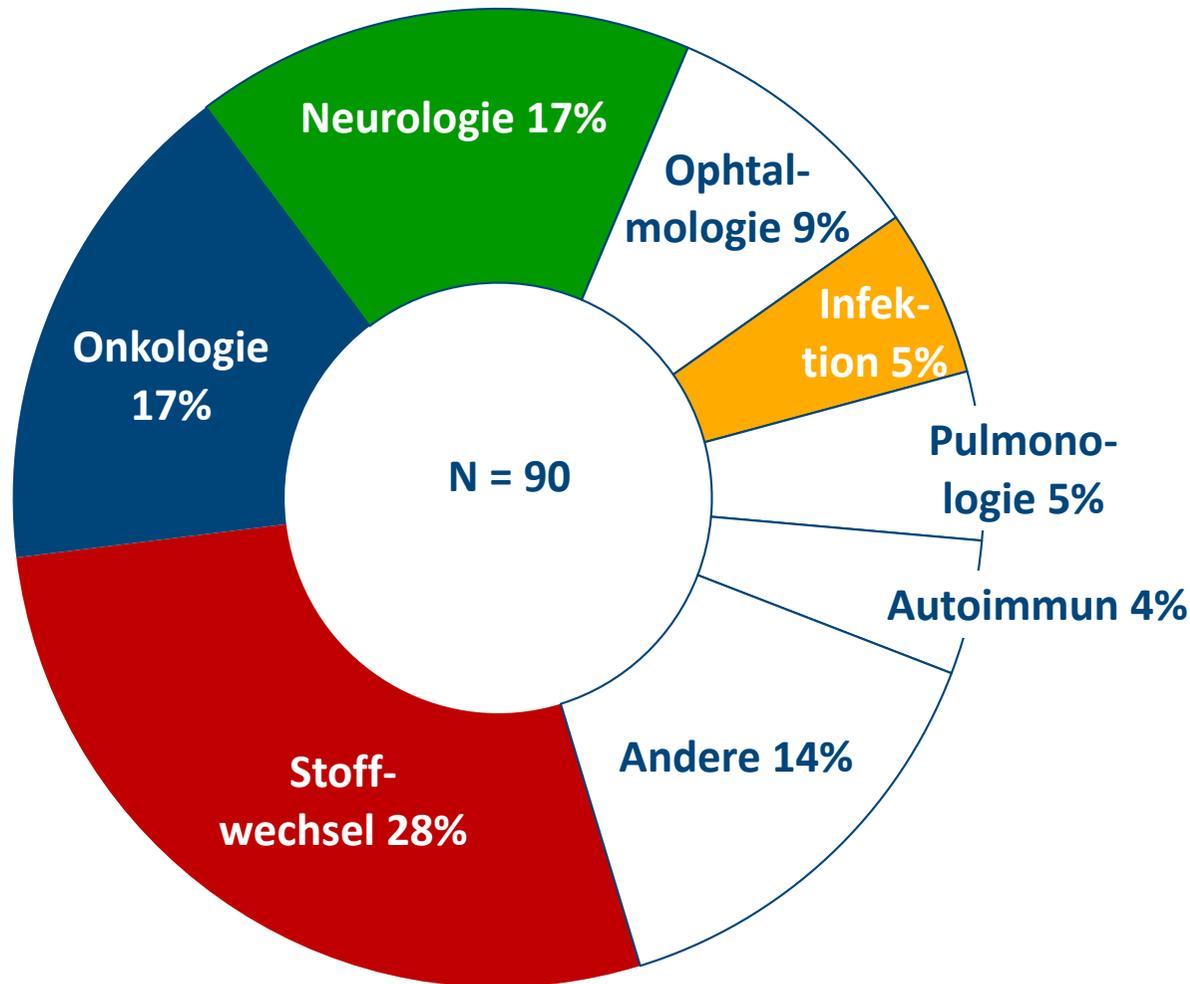
Quelle: BioMedServices Analyse nach Angaben von KBV, GBA & IQWiG

„Beträchtlich“ nach Firma



Quelle: BioMedServices Analyse nach Angaben von KBV, GBA & IQWiG

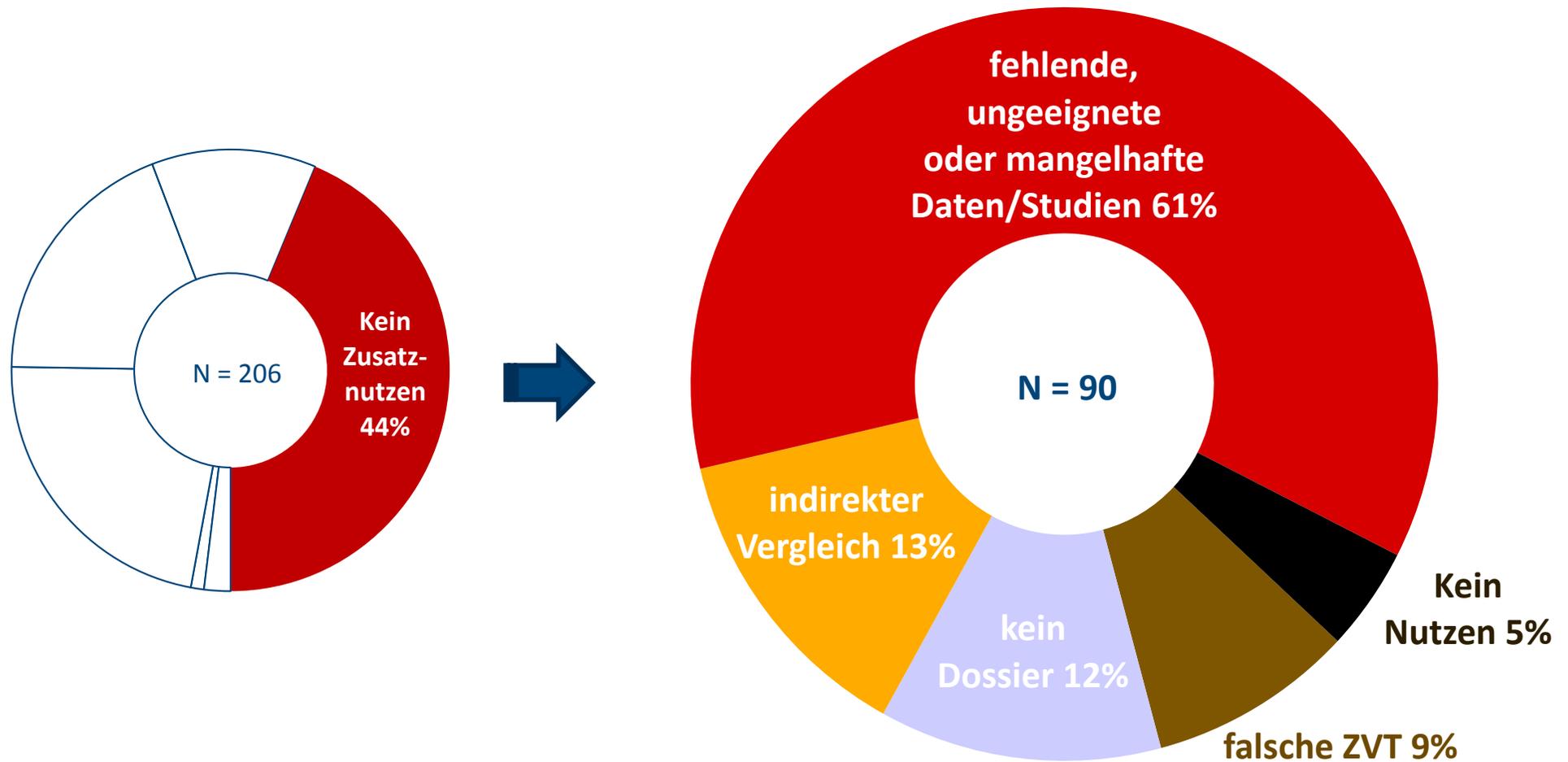
„Nicht belegt“ nach Indikation



- 25x Stoffwechsel
- 15x Onkologie
- 15x Neurologie
- 8x Ophtalmologie
- Je 5x Infektion, Pulmonologie
- 4x Autoimmun

Quelle: BioMedServices Analyse nach Angaben von KBV, GBA & IQWiG

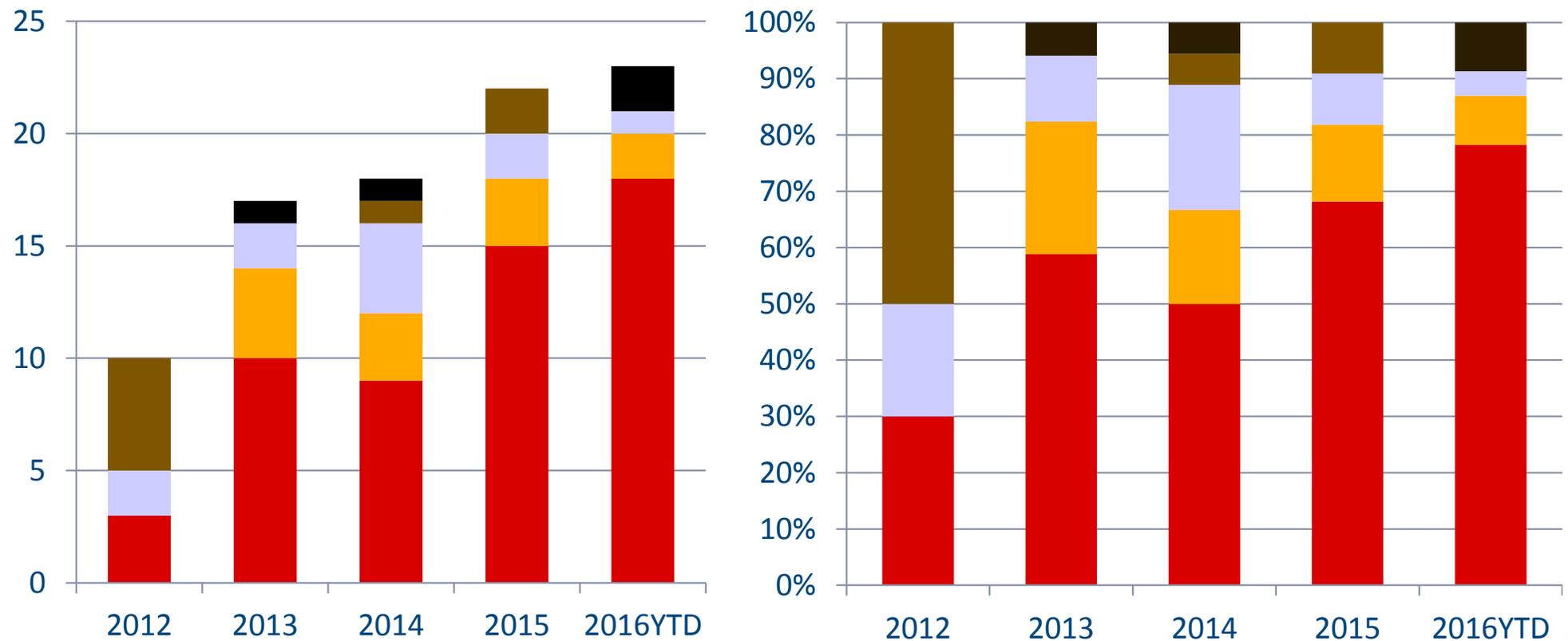
Warum „kein Zusatznutzen (nicht belegt)“?



Quelle: BioMedServices Analyse nach Angaben von KBV, GBA & IQWiG

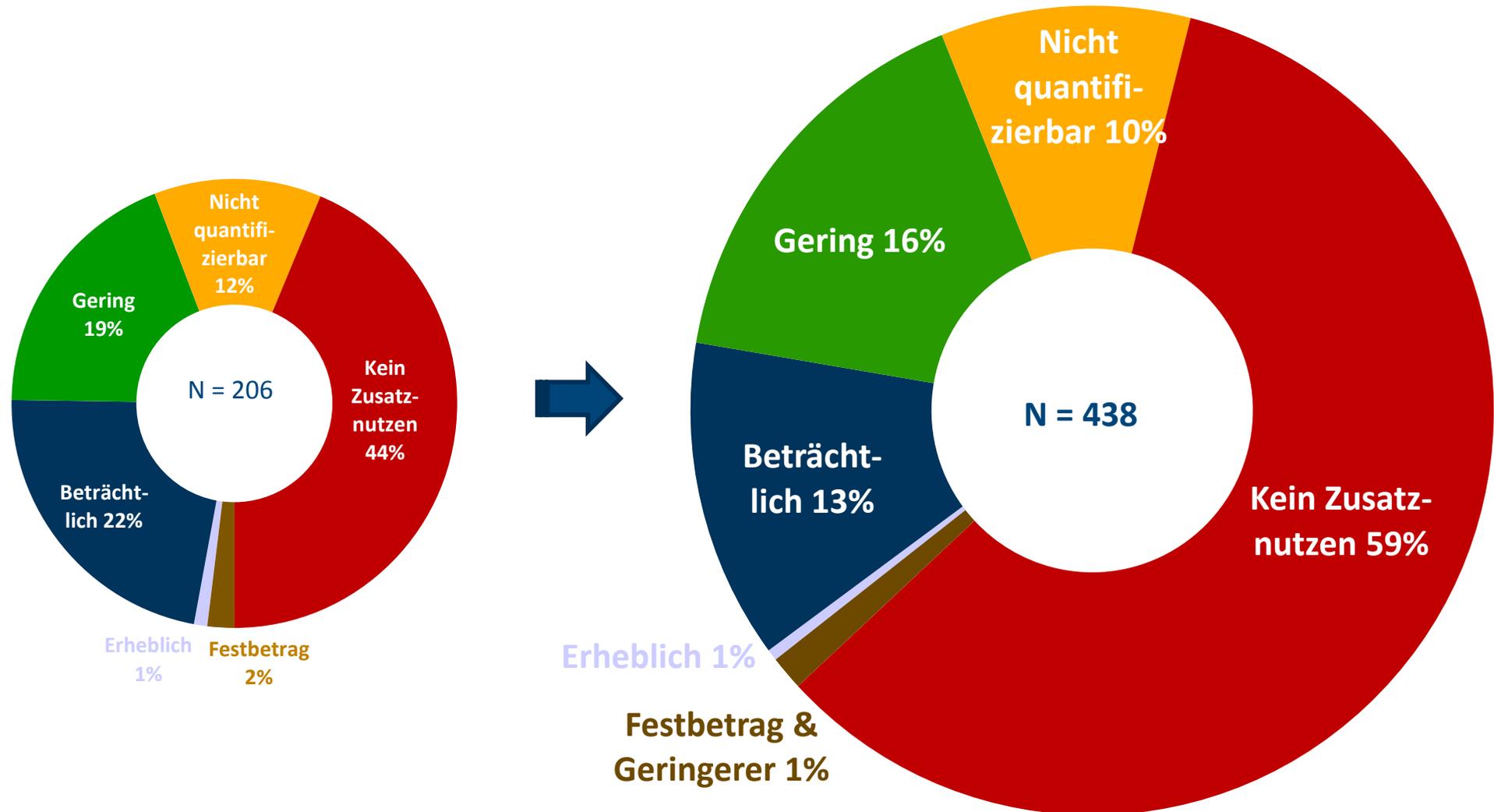
„Nicht belegt“ nach Jahren

■ Mangelnde Daten/Studien
 ■ Indirekter Vergleich
 ■ Kein Dossier
 ■ Falsche ZVT
 ■ Kein Nutzen



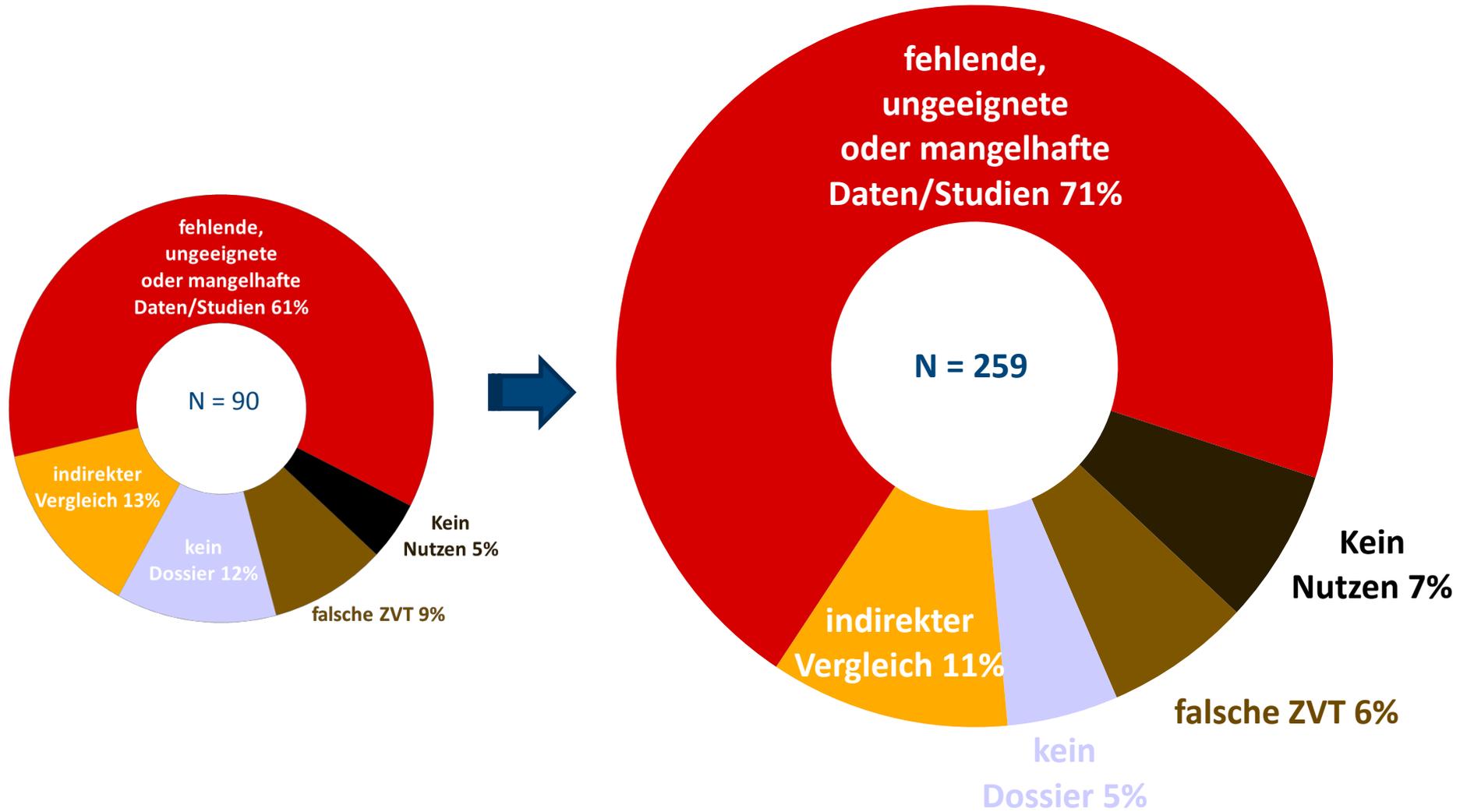
Quelle: BioMedServices Analyse nach Angaben von KBV, GBA & IQWiG

Bei Subgruppenanalyse steigt „Kein Zusatznutzen“



Quelle: BioMedServices Analyse nach Angaben von KBV, GBA & IQWiG

Fehlende Daten ↑ bei Subgruppen



Quelle: BioMedServices Analyse nach Angaben von KBV, GBA & IQWiG

Aussagen ärztlicher Fachgesellschaften

*„Ein Grundproblem der Nutzenbewertung ist der Mangel an Daten zur vollständige(re)n Erfassung des ‚wahren‘ Zusatznutzens. Für eine Nutzenbewertung werden mehr und andere Daten als für die Zulassung benötigt“
(DGHO 2015)*

*„Begrenzung auf Subgruppen, die klinisch relevant, in Leitlinien erwähnt und in der Praxis gebräuchlich sind sowie Vermeidung sehr kleiner Subgruppen (z.B. <10 % der Gesamtpopulation)“
(DGHO 2015)*



Marktrücknahmen

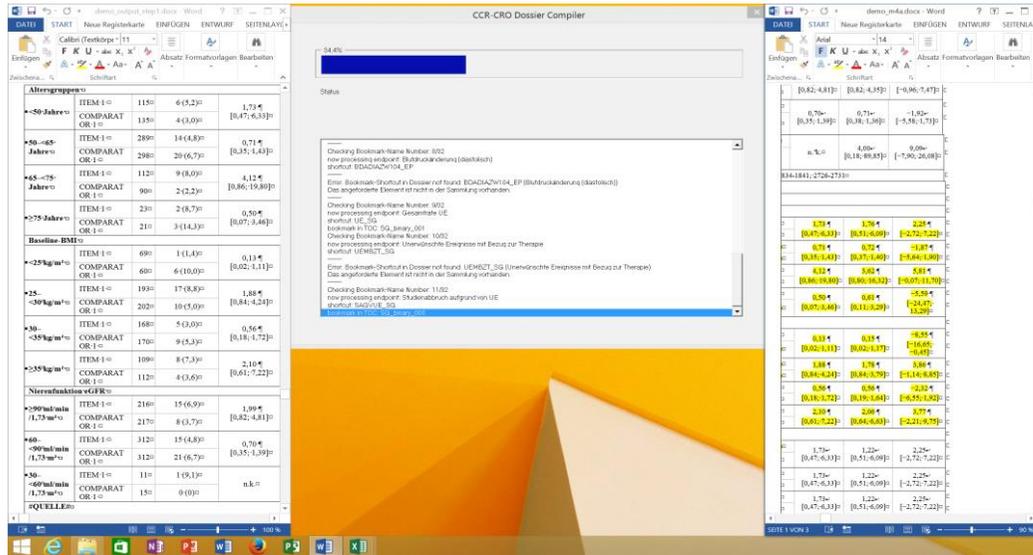
Beschluss	Zusatznutzen	Indikation	Wirkstoff	Marke	Firma
2013	nicht belegt	Diabetes Typ 2	Linagliptin	Trajenta	Boehringer Ingelheim
2013	nicht belegt	Diabetes Typ 2	Lixisenatid	Lyxumia	Sanofi-Aventis
2013	nicht belegt	Diabetes Typ 2	Vildagliptin	Galvus/ Jalra/ Xiliarx	Novartis
2013	nicht belegt	Diabetes Typ 2	Vildagliptin/ Metformin	Eucreas/ Icandra/ Zomarist	Novartis
2014	nicht belegt	Diabetes Typ 2	Canagliflozin	Invokana	Janssen-Cilag
2015	nicht belegt	Diabetes Typ 2	Canagliflozin/ Metformin	Vokanamet	Janssen-Cilag
2015	nicht belegt	Diabetes Typ 2	Insulin degludec	Tresiba	Novo Nordisk
2016	nicht belegt	Diagnose Hypolactasie	Gaxilose	LacTest™	Venter Pharma
2013	nicht belegt	Epilepsie	Perampanel	Fycompa	Eisai
2014	nicht belegt	Epilepsie	Retigabin	Trobalt	GlaxoSmithKline
2015	nicht belegt	Hypercholesterinämie	Lomitapid	Lojuxta	Aegerion Pharmaceuticals
2012	nicht belegt	Hypertonie	Aliskiren/ Amlodipin	Rasilamlo	Novartis
2013	nicht belegt	Magen-Darm	Linaclotid	Constella	Almirall Hermal
2012	nicht belegt	Muskulo-Skelettal	Mikrobielle Collagenase	Xiapex	Pfizer
2016	nicht belegt	Onkologie (Darm)	Regorafenib	Stivarga	Bayer Vital
2015	nicht quantifizierbar	Onkologie (Prostata)	Sipuleucel-T	Provenge	Dendreon UK Limited
2012	nicht belegt	Ophtalmologie	Bromfenac	Yellox	Bausch & Lomb/Dr. Mann Pharma
2015	nicht belegt	Ophtalmologie	Tafluprost/ Timolol	Taptiqom	Santen
2015	nicht belegt	Schizophrenie	Lurasidon	Latuda	Takeda
2014	nicht belegt	Urologie	Mirabegron	Betmiga	Astellas Pharma
2014	nicht belegt	Wunden	Lebende Larven	BioBag/BioMonde	BioMonde

Zusatznutzen: GBA versus IQWiG

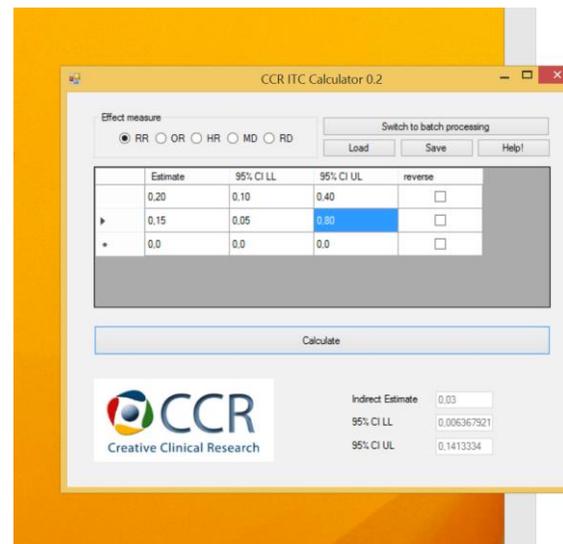
Wirkstoff	Marke	Firma	Beschluss	Indikation	IQWiG	GBA
Belimumab	Benlysta	GlaxoSmithKline	2012	Autoimmun (Lupus)	kein	beträchtlich
Crizotinib	Xalkori	Pfizer	2013	Onkologie (Lunge)	kein	beträchtlich
Simeprevir	Olysio	Janssen-Cilag	2014	Infektion (HCV)	nicht quantifizierbar	beträchtlich
Sofosbuvir	Sovaldi	Gilead Sciences	2014	Infektion (HCV)	nicht quantifizierbar	beträchtlich
Ledipasvir/ Sofosbuvir	Harvoni	Gilead Sciences	2015	Infektion (HCV)	nicht quantifizierbar	beträchtlich
Dasabuvir	Exviera	AbbVie	2015	Infektion (HCV)	nicht quantifizierbar	beträchtlich
Ombitasvir/Paritaprevir/ Ritonavir	Viekirax	AbbVie	2015	Infektion (HCV)	nicht quantifizierbar	beträchtlich
Daclatasvir	Daklinza	Bristol-Myers Squibb	2015	Infektion (HCV)	nicht quantifizierbar	beträchtlich
Secukinumab	Cosentyx	Novartis	2015	Autoimmun (Psoriasis)	nicht quantifizierbar	beträchtlich
Empagliflozin (Neubewertung)	Jardiance	Boehringer Ingelheim	2016	Stoffwechsel (Diabetes Typ 2)	nicht belegt	beträchtlich
Pomalidomid (Neubewertung)	Imnovid	Celgene	2016	Onkologie (Myelom)	nicht belegt	beträchtlich
Crizotinib (neue Anwendung)	Xalkori	Pfizer	2016	Onkologie (Lunge)	nicht belegt	beträchtlich

Quelle: BioMedServices Analyse nach Angaben von KBV, GBA & IQWiG

AMNOG – Realitäten meistern



The screenshot shows the CCR-CRO Dossier Compiler interface. On the left, there is a table with columns for 'Altersgruppen', 'ITEM 1', 'COMPARAT', and 'OR 1'. The table lists various age groups and their corresponding data points. The main window displays a detailed view of a selected data point, showing a 'Status' field and several error messages related to 'Checkung Bookmark-Namen' and 'new processing endpoint'. The bottom right corner shows a grid of data points with numerical values and error codes.



The screenshot shows the CCR ITC Calculator 0.2 interface. It features a 'Effect measure' section with radio buttons for RR, OR, HR, MD, and RD. Below this is a table with columns for 'Estimate', '95% CI LL', '95% CI UL', and 'reverse'. The table contains three rows of data. A 'Calculate' button is located below the table. The CCR logo and name are visible in the bottom left corner.

Endpoint001

Vergleich	Relatives Risiko [95%-KI]	Odds Ratio [95%-KI]	Risikodifferenz [95%-KI]
Indirekter Vergleich I (Brückenkomparator: TreatmentB) Woche 52			
TreatmentA vs. TreatmentD	0,44 [0,27; 0,72]	1,00 [0,54; 1,85]	0,10 [-0,03; 0,23]
Quelle: (i)Quelle(f)			
Indirekter Vergleich II (Brückenkomparator: TreatmentC) Woche 52			
TreatmentA vs. TreatmentD	0,30 [0,27; 0,34]	2,00 [0,95; 4,22]	1,40 [1,24; 1,56]
Quelle: (i)Quelle(f)			
KI: Konfidenzintervall			

Indirekter Vergleich I zum Endpunkt: Endpoint001 (Brückenkomparator: TreatmentB)

Die Studie 3333.3 zeigte von baseline bis Woche 52 einen signifikanten Unterschied zwischen TreatmentA und TreatmentB in Bezug auf Endpunkt „Endpoint001“ (RR: 1.10; 95%-KI [0,90; 0,70]).

Der Unterschied zwischen TreatmentB und TreatmentD aus Studie 4444.4 war nicht signifikant in Bezug auf Endpunkt „Endpoint001“ (RR: 0.40; 95%-KI [0.50; 1.30]).

Im indirekten Vergleich der beiden Studien 4444.4 und 3333.3 über den Brückenkomparator TreatmentB zeigte TreatmentD einen signifikanten Unterschied gegenüber TreatmentA in Bezug auf Endpunkt „Endpoint001“ (RR: 0.44; 95%-KI [0.27; 0.72]).

Gemäß den Kriterien zur Operationalisierung des Ausmaßes des Zusatzrisiko/-nutzen in RCT aus der Arzneimittelzuvorordnung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) ist der Zusatznutzen in Bezug auf Endpunkt „Endpoint001“ als beträchtlich zu bewerten.

Indirekter Vergleich II zum Endpunkt: Endpoint001 (Brückenkomparator: TreatmentC)

Die Studie 3333.3 zeigte von baseline bis Woche 52 einen signifikanten Unterschied zwischen TreatmentA und TreatmentB in Bezug auf Endpunkt „Endpoint001“ (RR: 0.60; 95%-KI [0.50; 0.60]).

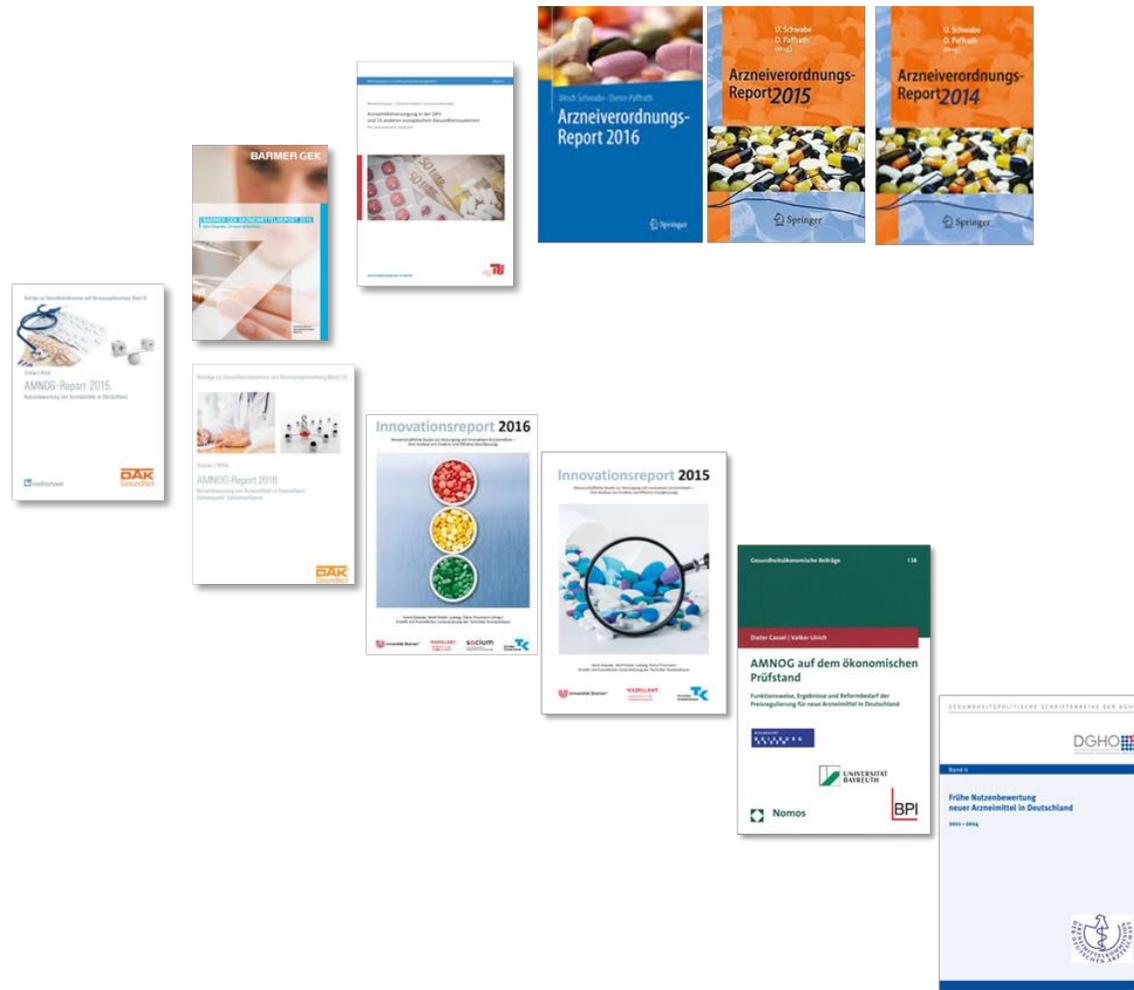
AMNOG - Study Design / Tools

- Zulassungsstudien erheben andere EP wie Nutzendossiers gefordert sind
 - Patientenorientierte Endpunkte
 - QoL (SF-36)
 - Internationale (nachweislich) validierte Endpunkte / Scores verwenden, DAS28 bei Rheumatoider Arthritis
 - Subgruppen-Analysen bereits im CTP/SAP definieren (CAVE: bekannte Gefahr der alpha-Inflation beschreiben!)
 - Studien zu longterm Data einplanen
 - Mögliche ZVT bedenken
 - Beratungsgespräch suchen
- Table Wizard für Nachanalysen/ITCs
- Batch-ITC Tool (Indirect Treatment Comparison)

Creative AMNOG Dossier Tools

Table Wizard for AMNOG Dossiers	Sponsor Value
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Creation of new M4 (4.3.1.3.1 – 2) ▪ Extension of existing M4 ▪ Automat. generation of textual evaluations ▪ (Re-)doable on a click ▪ Extremely helpful shortly before a dossier submission 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reduce time/errors/QC/costs ▪ Flexibility of insertion of new analyses data into the dossier at whatever timepoint ▪ Less expenses for an AMNOG dossier ▪ Less stress before dossier submission deadline
Batch- ITC – Medical Evidence (Indirect Treatment Comparisons (ITC) in case of lack of H2T studies)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ITCs in AMNOG dossiers (4.2.5.6.) ▪ Medical evidence is lacking ▪ New competitor drug on the market ▪ Literature data extraction ▪ (Batch-)ITCs doable with a few clicks ▪ Provides textual evaluation at the bottom of each generated table 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Flexibility with respect to ITCs often needed not only for AMNOG dossier but also for lack of Medical Evidence ▪ Easy to use, quick, provides outcome evaluation as text blocks

AMNOG – Erfahrungen & Aussichten



AMNOG - Studienwelt

- Krankenkassen

- AOK / GKV-SV
- Barmer GEK
- DAK
- Techniker

- Pharma-Verbände

- BPI

- Ärztliche Fachgesellschaften

- DGHO



- Sicherung des Pharma- und Gesundheitsstandorts Deutschland
 - Interessensvertreter von BMG, BMBF, Pharma- und Biotech-Verbänden sowie der Wissenschaft
 - Ende 2014 bis April 2016
 - 4 Dialogrunden zu Förderung von Innovationen, Patientenversorgung, Antibiotikaresistenzen sowie Preise/Erstattung und Produktion
- Juli 2016:
 - Eckpunktepapier des BMG
 - Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV (GKV-AM-VSG)



Eckpunktepapier des BMG

- Bei der Nutzenbewertung von Antibiotika soll künftig die spezielle Resistenzsituation berücksichtigt werden. Außerdem sollen Präparate, die als Reserveantibiotika entwickelt werden, künftig einen höheren Preis erzielen können. Damit will Bundesminister Hermann Gröhe die Resistenzentwicklung verzögern und die Entwicklung neuer Präparate fördern.
- Schärfere Sanktionen will das BMG für Unternehmen umsetzen, die keine oder unvollständige Dossiers vorlegen; die Jahrestherapiekosten müssen dann unter denen der zweckmäßigen Vergleichstherapie liegen.
- Künftig soll es die Möglichkeit geben, bei Indikationen ohne Zusatznutzen Verordnungseinschränkungen einzuführen.
- Es soll künftig möglich sein, dass auch für Patientengruppen, die in klinischen Studien nicht oder nicht hinreichend vertreten waren, ein Zusatznutzen ausgesprochen werden kann, wenn das aufgrund eines Evidenztransfers vertretbar ist.
- Für Medikamente aus dem so genannten Bestandsmarkt (die in der Vor-AMNOG-Ära zugelassen wurden) soll der G-BA in seltenen Einzelfällen eine Nutzenbewertung veranlassen, wenn eine Zulassung in einem deutlich abweichenden Therapiegebiet beantragt wird.
- Außerdem soll sich der Verhandlungsspielraum bei der Vereinbarung von Erstattungsbeträgen erweitern; hier können künftig Preis-Mengen-Vereinbarungen möglich sein.

<https://www.pharma-fakten.de/news/details/410-pharma-dialog-reform-der-kleinen-schritte-beim-pharma-gesetz-amnog/>

Q&A Session

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



Upcoming events

Datum	Uhrzeit	Fachbereich	Thema	Gastredner
13.10.2016	15:00 - 16:00	AMNOG	AMNOG Dossier: Tabellenautomatisation Modul4	Dr. Joachim Linke / Robert Liebner
20.10.2016	15:00 - 16:00	AMNOG	AMNOG Dossier: Batch-ITC (Indirect Treatment Comparison) Modul 4	Dr. Joachim Linke / Robert Liebner
27.10.2016	15:00 - 16:00	AMNOG	Anti-Diabetika im AMNOG Prozess	Dr. K-L. Rost
17.11.2016	15:00 - 16:00	BIOSIMILARS	Biosimilars	Dr. Julia Schüler

CCR – Creative Clinical Research
 Geschäftsführung: Dr. Joachim Linke
 Wallenroderstrasse 7-9
 13435 Berlin
info@ccr-cro.com
www.ccr-cro.com