

Dokumentvorlage, Version vom  
16.03.2018/16.08.2018

## **Dossier zur Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V**

*Pertuzumab/Trastuzumab Fixdosiskombination zur  
subkutanen Gabe (PHESGO®)*

Roche Pharma AG

### **Modul 3C**

*Adjuvanten Behandlung von erwachsenen Patienten mit  
HER2-positivem frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko  
(nodal-positiv oder Hormonrezeptor-negativ)*

**Zweckmäßige Vergleichstherapie,  
Anzahl der Patienten mit therapeutisch  
bedeutsamem Zusatznutzen,  
Kosten der Therapie für die GKV,  
Anforderungen an eine qualitätsgesicherte  
Anwendung**

Stand: 14.01.2021

# Inhaltsverzeichnis

	Seite
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>2</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>4</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>5</b>
<b>3 Modul 3 – allgemeine Informationen</b> .....	<b>9</b>
3.1 Bestimmung der zweckmäßigen Vergleichstherapie.....	10
3.1.1 Benennung der zweckmäßigen Vergleichstherapie.....	11
3.1.2 Begründung für die Wahl der zweckmäßigen Vergleichstherapie.....	11
3.1.3 Beschreibung der Informationsbeschaffung für Abschnitt 3.1.....	19
3.1.4 Referenzliste für Abschnitt 3.1.....	20
3.2 Anzahl der Patienten mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen.....	22
3.2.1 Beschreibung der Erkrankung und Charakterisierung der Zielpopulation.....	22
3.2.2 Therapeutischer Bedarf innerhalb der Erkrankung.....	31
3.2.3 Prävalenz und Inzidenz der Erkrankung in Deutschland.....	37
3.2.4 Anzahl der Patienten in der Zielpopulation.....	48
3.2.5 Angabe der Anzahl der Patienten mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen.....	50
3.2.6 Beschreibung der Informationsbeschaffung für Abschnitt 3.2.....	51
3.2.7 Referenzliste für Abschnitt 3.2.....	53
3.3 Kosten der Therapie für die gesetzliche Krankenversicherung.....	65
3.3.1 Angaben zur Behandlungsdauer.....	65
3.3.2 Angaben zum Verbrauch für das zu bewertende Arzneimittel und die zweckmäßige Vergleichstherapie.....	94
3.3.3 Angaben zu Kosten des zu bewertenden Arzneimittels und der zweckmäßigen Vergleichstherapie.....	116
3.3.4 Angaben zu Kosten für zusätzlich notwendige GKV-Leistungen.....	120
3.3.5 Angaben zu Jahrestherapiekosten.....	209
3.3.6 Angaben zu Versorgungsanteilen.....	231
3.3.7 Beschreibung der Informationsbeschaffung für Abschnitt 3.3.....	233
3.3.8 Referenzliste für Abschnitt 3.3.....	235
3.4 Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung.....	239
3.4.1 Anforderungen aus der Fachinformation.....	239
3.4.2 Bedingungen für das Inverkehrbringen.....	252
3.4.3 Bedingungen oder Einschränkungen für den sicheren und wirksamen Einsatz des Arzneimittels.....	252
3.4.4 Informationen zum Risk-Management-Plan.....	253
3.4.5 Weitere Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung.....	258
3.4.6 Beschreibung der Informationsbeschaffung für Abschnitt 3.4.....	258
3.4.7 Referenzliste für Abschnitt 3.4.....	258
3.5 Angaben zur Prüfung der Erforderlichkeit einer Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM) gemäß § 87 Absatz 5b Satz 5 SGB V.....	259
3.5.1 Referenzliste für Abschnitt 3.5.....	261

**Tabellenverzeichnis**

	<b>Seite</b>
Tabelle 3-1: Arzneimittel, die zur adjuvanten Therapie von Brustkrebs im Frühstadium zugelassen sind (zytotoxische Substanzen, Proteinkinaseinhibitoren und Antikörper*), Stand 09/2020.....	13
Tabelle 3-2: Aktuelle TNM-Klassifikation für Brustkrebs (16) .....	24
Tabelle 3-3: UICC-Stadien für den Brustkrebs (16) .....	26
Tabelle 3-4: Altersgruppenspezifische 5-Jahres-Prävalenzen für die Jahre 2015 - 2016 .....	39
Tabelle 3-5: Epidemiologische Maßzahlen für Deutschland, ICD-10 C50 für das Jahr 2016 (3) .....	39
Tabelle 3-6: Unsicherheitsspanne der Größe der PH FDC s.c.-Zielpopulation .....	45
Tabelle 3-7: Resultierende Unsicherheitsspannen der Größe der PH FDC s.c.-Zielpopulation für die adjuvante Behandlung .....	46
Tabelle 3-8: Geschätzte Entwicklung der Patientenzahlen in den Jahren 2021 – 2026.....	46
Tabelle 3-9: Geschätzte Entwicklung der PH FDC s.c.-Zielpopulation für die Jahre 2021 – 2026 für das zu bewertende adjuvante Anwendungsgebiet .....	48
Tabelle 3-10: Anzahl der GKV-Patienten in der Zielpopulation .....	48
Tabelle 3-11: Anzahl der GKV-Patienten, die für eine Therapie mit PH FDC s.c. im vorliegenden adjuvanten Anwendungsgebiet in Frage kommen, Prognose für 2021 .....	49
Tabelle 3-12: Anzahl der Patienten, für die ein therapeutisch bedeutsamer Zusatznutzen besteht, mit Angabe des Ausmaßes des Zusatznutzens (zu bewertendes Arzneimittel).....	50
Tabelle 3-13: Angaben zum Behandlungsmodus (zu bewertendes Arzneimittel und zweckmäßige Vergleichstherapie) .....	66
Tabelle 3-14: Behandlungstage pro Patient pro Jahr (zu bewertendes Arzneimittel und zweckmäßige Vergleichstherapie) .....	81
Tabelle 3-15: Jahresverbrauch pro Patient (zu bewertendes Arzneimittel und zweckmäßige Vergleichstherapie) .....	95
Tabelle 3-16: Kosten des zu bewertenden Arzneimittels und der zweckmäßigen Vergleichstherapie.....	117
Tabelle 3-17: Zusätzlich notwendige GKV-Leistungen bei Anwendung der Arzneimittel gemäß Fachinformation (zu bewertendes Arzneimittel und zweckmäßige Vergleichstherapie) .....	121
Tabelle 3-18: Zusätzlich notwendige GKV-Leistungen – Kosten pro Einheit (25, 29, 30) ..	168
Tabelle 3-19: Dexamethason als Begleitmedikation für Paclitaxel .....	169
Tabelle 3-20: Dimetindenmaleat als Begleitmedikation für Paclitaxel .....	170
Tabelle 3-21: Ranitidin als Begleitmedikation für Paclitaxel .....	170
Tabelle 3-22: Zusätzlich notwendige GKV-Leistungen – Zusatzkosten für das zu bewertende Arzneimittel und die zweckmäßige Vergleichstherapie pro Jahr (pro Patient) ..	171

Tabelle 3-23: Kosten des zu bewertenden Arzneimittels und der zweckmäßigen Vergleichstherapie, sonstige GKV-Leistungen.....	188
Tabelle 3-24: Jahrestherapiekosten für die GKV für das zu bewertende Arzneimittel und die zweckmäßige Vergleichstherapie (pro Patient).....	210
Tabelle 3-25: Empfohlene Dosierung und Verabreichung von Phesgo.....	240
Tabelle 3-26: Zusammenfassung des RMP.....	253
Tabelle 3-27: Alle ärztlichen Leistungen, die gemäß aktuell gültiger Fachinformation des zu bewertenden Arzneimittels zu seiner Anwendung angeführt sind .....	259

**Abbildungsverzeichnis**

	<b>Seite</b>
Abbildung 1: Kumulative Inzidenzkurven für das erstmalige Auftreten von Fernmetastasen, aufgegliedert nach Brustkrebssubtypen (42).....	27
Abbildung 2: Gemäß S3-Leitlinie empfohlene HER2-Testalgorithmen zur Immunhistochemie (2) .....	29
Abbildung 3: Gemäß S3-Leitlinie empfohlene HER2-Testalgorithmen zur <i>In-Situ</i> -Hybridisierung (2) .....	29
Abbildung 4: Flussdiagramm zur Übersicht der einzelnen Schritte des epidemiologischen Modells.....	41

**Abkürzungsverzeichnis**

<b>Abkürzung</b>	<b>Bedeutung</b>
AC	Anthrazyklin, Cyclophosphamid
AC	Adriamycin (Doxorubicin), Cyclophosphamid
AC-T	Adriamycin (Doxorubicin), Cyclophosphamid, Taxan (Paclitaxel, Docetaxel)
AC-TH	AC-T plus Herceptin (Trastuzumab Roche)
ADT	Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren
AGO	Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e.V.
ALP	Alkalische Phosphatase
ALT	Alanintransaminase
AM-NutzenV	Arzneimittel-Nutzenbewertungsverordnung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ApU	Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers (Herstellerabgabepreis)
ASCO	American Society of Clinical Oncology
AST	Aspartattransaminase
AVP	Apothekenverkaufspreis
BC	Breast Cancer (Brustkrebs)
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BRCA	Breast Cancer Gene (Brustkrebsgen)
BRD	Bundesrepublik Deutschland
CEP 17	Chromosom 17
CISH	Chromogene- <i>in-situ</i> -Hybridisierung
CSR	Clinical Study Report (Klinischer Studienbericht)
DCIS	Ductal Carcinoma <i>In Situ</i> (duktales Karzinom <i>in situ</i> )
DCO	Death Certificate Only (ausschliesslich mit Todesschein)
DDD	Defined Daily Doses (definierte Tagesdosis)
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DFS	Disease-free Survival (Krankheitsfreies Überleben)
DGHO	Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V.
DKG	Deutsche Krebsgesellschaft e.V.

<b>Abkürzung</b>	<b>Bedeutung</b>
DMP	Disease-Management-Programme
DNA	Desoxyribonucleic acid (Desoxyribonukleinsäure)
EBC	Early Breast Cancer (Brustkrebs im Frühstadium)
EBCTCG	Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EC	Epirubicin, Cyclophosphamid
EKG	Elektrokardiogramm
EPAR	European Public Assessment Report (Europäischer Öffentlicher Beurteilungsbericht)
ER	Estrogen (Östrogen)-Rezeptor
ESMO	European Society for Medical Oncology
EU	Europäische Union
e.V.	Eingetragener Verein
FAC	5-Fluorouracil, Doxorubicin, Cyclophosphamid
FEC	5-Fluorouracil, Epirubicin, Cyclophosphamid
FISH	Fluoreszenz- <i>in-situ</i> -Hybridisierung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GEKID	Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland
GKR	Gemeinsame Krebsregister
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOT	Glutamat-Oxalacetat-Transaminase (= Aspartattransaminase, AST)
GPT	Glutamat-Pyruvat-Transaminase (= Alanintransaminase, ALT)
H	Height (Körpergröße)
HER2	Humaner epidermaler Wachstumsfaktorrezeptor-2
HR	Hazard Ratio
HR-	Hormonrezeptor-negativ
HRT	Hormone Replacement Therapy (Hormonersatztherapie)
i.v.	Intravenous (intravenös)
ICD	International Classification of Diseases (Internationale Klassifikation von Krankheiten)
IHC	Immunhistochemie, syn. Immunhistologie
iDFS	Invasive Disease-free Survival (Invasives krankheitsfreies Überleben)

<b>Abkürzung</b>	<b>Bedeutung</b>
IQTIG	Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
ISH	<i>In-situ</i> -Hybridisierung
IU	International Unit (Internationale Einheit)
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHI	Kongestive Herzinsuffizienz
KI	Konfidenzintervall
Ki-67	Kiel 67
KOF	Körperoberfläche
LCIS	Lobular Carcinoma <i>In Situ</i> (lobuläres Karzinom <i>in situ</i> )
LK	Lymphknoten
LoE	Level of Evidence (Evidenzlevel)
LVEF	Left Ventricular Ejection Fraction (Linksventrikuläre Ejektionsfraktion)
N+	Nodal-positiv
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
NCT	Nationales Centrum für Tumorerkrankungen Heidelberg
NYHA	New York Heart Association
OG	Obergrenze
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
OS	Overall Survival (Gesamtüberleben)
PgR	Progesteron-Rezeptor
PH FDC s.c.	Perjeta/Herceptin (Pertuzumab/Trastuzumab) Fixdosiskombination zur subkutanen Gabe
p.o.	per os
pTNM	TNM-Klassifikation postoperativ/nach pathologischer Untersuchung
q1w	wöchentlich
q3w	dreiwöchentlich
RKI	Robert Koch-Institut
RT-PCR	Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction (Reverse-Transkriptase-Polymerase-Kettenreaktion)

<b>Abkürzung</b>	<b>Bedeutung</b>
s.c.	subcutaneous (subkutan)
SGB	Sozialgesetzbuch
TCH	Taxan (Docetaxel), Carboplatin, Herceptin (Trastuzumab Roche)
TNM	Tumor, Node, Metastasis
TRM	Tumorregister München
UG	Untergrenze
UICC	Union Internationale Contre le Cancer
VerfO	Verfahrensordnung
WiDO	Wissenschaftliches Institut der AOK
ZfKD	Zentrum für Krebsregisterdaten
ZVT	Zweckmäßige Vergleichstherapie

### 3 Modul 3 – allgemeine Informationen

Modul 3 enthält folgende Angaben:

- Bestimmung der zweckmäßigen Vergleichstherapie (Abschnitt 3.1)
- Bestimmung der Anzahl der Patienten mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen (Abschnitt 3.2)
- Bestimmung der Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung (Abschnitt 3.3)
- Beschreibung der Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung (Abschnitt 3.4)

Alle in diesen Abschnitten getroffenen Aussagen und Kalkulationsschritte sind zu begründen. In die Kalkulation eingehende Annahmen sind darzustellen. Die Berechnungen müssen auf Basis der Angaben nachvollziehbar sein und sollen auch Angaben zur Unsicherheit enthalten.

Die Abschnitte enthalten jeweils einen separaten Abschnitt zur Beschreibung der Informationsbeschaffung sowie eine separate Referenzliste.

Für jedes zu bewertende Anwendungsgebiet ist eine separate Version des vorliegenden Dokuments zu erstellen. Die Kodierung der Anwendungsgebiete ist in Modul 2 hinterlegt. Sie ist je Anwendungsgebiet einheitlich für die übrigen Module des Dossiers zu verwenden.

Im Dokument verwendete Abkürzungen sind in das Abkürzungsverzeichnis aufzunehmen. Sofern Sie für Ihre Ausführungen Abbildungen oder Tabellen verwenden, sind diese im Abbildungs- bzw. Tabellenverzeichnis aufzuführen.

### 3.1 Bestimmung der zweckmäßigen Vergleichstherapie

Zweckmäßige Vergleichstherapie ist diejenige Therapie, deren Nutzen mit dem Nutzen des zu bewertenden Arzneimittels verglichen wird. Näheres hierzu findet sich in der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Die zweckmäßige Vergleichstherapie ist regelhaft zu bestimmen nach Maßstäben, die sich aus den internationalen Standards der evidenzbasierten Medizin ergeben. Die zweckmäßige Vergleichstherapie muss eine nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zweckmäßige Therapie im Anwendungsgebiet sein, vorzugsweise eine Therapie, für die Endpunktstudien vorliegen und die sich in der praktischen Anwendung bewährt hat, soweit nicht Richtlinien oder das Wirtschaftlichkeitsgebot dagegen sprechen.

Bei der Bestimmung der Vergleichstherapie sind insbesondere folgende Kriterien zu berücksichtigen:

1. Sofern als Vergleichstherapie eine Arzneimittelanwendung in Betracht kommt, muss das Arzneimittel grundsätzlich eine Zulassung für das Anwendungsgebiet haben.
2. Sofern als Vergleichstherapie eine nichtmedikamentöse Behandlung in Betracht kommt, muss diese im Rahmen der GKV erbringbar sein.
3. Als Vergleichstherapie sollen bevorzugt Arzneimittelanwendungen oder nichtmedikamentöse Behandlungen herangezogen werden, deren patientenrelevanter Nutzen durch den G-BA bereits festgestellt ist.
4. Die Vergleichstherapie soll nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zur zweckmäßigen Therapie im Anwendungsgebiet gehören.

Für Arzneimittel einer Wirkstoffklasse ist unter Berücksichtigung der oben genannten Kriterien die gleiche zweckmäßige Vergleichstherapie heranzuziehen, um eine einheitliche Bewertung zu gewährleisten.

Zur zweckmäßigen Vergleichstherapie kann ein Beratungsgespräch mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss stattfinden. Näheres dazu findet sich in der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses.

### 3.1.1 Benennung der zweckmäßigen Vergleichstherapie

*Benennen Sie die zweckmäßige Vergleichstherapie für das Anwendungsgebiet, auf das sich das vorliegende Dokument bezieht.*

Das Anwendungsgebiet für das vorliegende Modul 3C des Dossiers lautet:

#### „Brustkrebs im Frühstadium (early breast cancer – EBC)

Phesgo ist zur Anwendung in Kombination mit Chemotherapie indiziert zur:

- [...]
- adjuvanten Behandlung von erwachsenen Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko (siehe Abschnitt 5.1)“

Gemäß Fachinformation Abschnitt 5.1 definiert sich die Patientenpopulation folgendermaßen:

#### *„Adjuvante Behandlung*

Im adjuvanten Setting, basierend auf Daten aus der Studie APHINITY, werden HER2-positivem Patienten mit Brustkrebs im Frühstadium und hohem Rezidivrisiko als solche mit nodal-positiver oder Hormonrezeptor-negativer Erkrankung definiert.“(1)

Die zweckmäßige Vergleichstherapie (ZVT) für das adjuvante Anwendungsgebiet der Pertuzumab/Trastuzumab Fixdosiskombination zur subkutanen Gabe (PH FDC s.c.) lautet: „Trastuzumab, ein Taxan (Paclitaxel oder Docetaxel) und ggf. ein Anthrazyklin (Doxorubicin oder Epirubicin)“. (2)

### 3.1.2 Begründung für die Wahl der zweckmäßigen Vergleichstherapie

*Geben Sie an, ob ein Beratungsgespräch mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss zum Thema „zweckmäßige Vergleichstherapie“ stattgefunden hat. Falls ja, geben Sie das Datum des Beratungsgesprächs und die vom Gemeinsamen Bundesausschuss übermittelte Vorgangsnummer an und beschreiben Sie das Ergebnis dieser Beratung hinsichtlich der Festlegung der zweckmäßigen Vergleichstherapie. Benennen Sie das Beratungsprotokoll als Quelle (auch in Abschnitt 3.1.4).*

Am 23. April 2020 fand ein telefonisches Beratungsgespräch nach § 8 der Arzneimittel-Nutzenbewertungsverordnung (AM-NutzenV) mit dem G-BA statt. Die Beratung bezog sich auf die ZVT für die adjuvante Behandlung von erwachsenen Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko (Beratungsanforderung 2020-B-035). (2, 3)

Vom G-BA wurde die zweckmäßige Vergleichstherapie wie folgt bestimmt:

„Erwachsene Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko zur adjuvanten Behandlung

**Zweckmäßige Vergleichstherapie für Pertuzumab/Trastuzumab (s.c.) in Kombination mit Chemotherapie:**

- ein Therapieschema, Trastuzumab, ein Taxan (Paclitaxel oder Docetaxel) und ggf. ein Anthrazyklin (Doxorubicin oder Epirubicin) enthaltend“. (2)

Der vom G-BA festgelegten zweckmäßigen Vergleichstherapie wird im vorliegenden Dossier gefolgt, wobei aus Sicht von Roche unter Berücksichtigung aller vier in der Verfahrensordnung zur Bestimmung der ZVT genannten Kriterien im vorgesehenen adjuvanten Anwendungsgebiet des HER2-positiven frühen Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko sowohl Trastuzumab in Kombination mit einem Taxan und ggf. einem Anthrazyklin als auch Pertuzumab plus Trastuzumab in Kombination mit einem Taxan und ggf. einem Anthrazyklin als ZVT in Frage kommen.

Im Folgenden wird die Wahl der zweckmäßigen Vergleichstherapie aus Sicht von Roche anhand der in Kapitel 5 § 6 (3) Abs. 2 Verfahrensordnung (VerfO) des G-BA genannten Kriterien begründet.

**Ad 1. „Sofern als Vergleichstherapie eine Arzneimittelanwendung in Betracht kommt, muss das Arzneimittel grundsätzlich eine Zulassung für das Anwendungsgebiet haben.“**

Das vorgesehene Anwendungsgebiet von PH FDC s.c. in Kombination mit Chemotherapie umfasst die adjuvante Behandlung von erwachsenen Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). In Abschnitt 5.1 der Fachinformation sind Patienten mit hohem Rezidivrisiko im vorgesehenen Anwendungsgebiet definiert als solche mit Nodal-positiver (N+) oder Hormonrezeptor-negativer (HR-) Erkrankung. (1)

Als potentielle Vergleichstherapien kommen daher systemische Therapien in Frage, die als Monotherapie oder in Kombination zur Behandlung von Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs in der Adjuvanz zugelassen sind (2):

Tabelle 3-1: Arzneimittel, die zur adjuvanten Therapie von Brustkrebs im Frühstadium zugelassen sind (zytotoxische Substanzen, Proteinkinaseinhibitoren und Antikörper\*), Stand 09/2020

Wirkstoff	Handelsname	Anwendungsgebiet laut Fachinformation
Carboplatin	Carboplatin-GRY® (4–6)	Keine Zulassung bei Brustkrebs für Carboplatin (6), jedoch in Kombination zugelassen über das Anwendungsgebiet von Herceptin®: „Brustkrebs im Frühstadium Herceptin ist zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit HER2-positivem Brustkrebs im Frühstadium (early breast cancer – EBC) indiziert: [...] – in Kombination mit adjuvanter Chemotherapie mit Docetaxel und Carboplatin. [...]"
Cyclophosphamid	Endoxan® (7)	„Cyclophosphamid ist ein Zytostatikum und in Kombination mit weiteren antineoplastisch wirksamen Arzneimitteln bei der Chemotherapie folgender Tumoren angezeigt: – [...] – Adjuvante Therapie des Mammakarzinoms nach Resektion des Tumors beziehungsweise Mastektomie – [...]"
Docetaxel	Taxotere® (8)	„ <u>Brustkrebs</u> TAXOTERE ist in Kombination mit Doxorubicin und Cyclophosphamid angezeigt für die adjuvante Therapie von Patientinnen mit: • operablem, nodal positivem Brustkrebs, • operablem, nodal negativem Brustkrebs. Bei Patientinnen mit operablem, nodal negativem Brustkrebs sollte die adjuvante Therapie auf solche Patientinnen beschränkt werden, die für eine Chemotherapie gemäß den international festgelegten Kriterien zur Primärtherapie von Brustkrebs in frühen Stadien infrage kommen (siehe Abschnitt 5.1). [...]"
Doxorubicin	Doxorubicin-hydrochlorid Teva® (9)	„– Mammakarzinom [...]"
Epirubicin	Epirubicin Onkovis (10)	„Epirubicin wird zur Behandlung folgender neoplastischer Erkrankungen eingesetzt: – Mammakarzinom [...]"
5-Fluorouracil	Ribofluor® (11)	„4.1 Anwendungsgebiete – [...] – Adjuvante Therapie des primären invasiven Mammakarzinoms – [...]"

Wirkstoff	Handelsname	Anwendungsgebiet laut Fachinformation
Methotrexat	Methotrexat GRY® (12)	<p>„<u>Mammakarzinome</u></p> <p>- in Kombination mit anderen zytostatischen Arzneimitteln zur adjuvanten Therapie nach Resektion des Tumors oder Mastektomie sowie zur palliativen Therapie im fortgeschrittenen Stadium.“</p>
Neratinib	Nerlynx (13)	<p>„Nerlynx ist indiziert für die erweiterte adjuvante Behandlung von erwachsenen Patienten mit Hormonrezeptor-positivem, HER2 überexprimiertem/amplifiziertem Brustkrebs in einem frühen Stadium, die vor weniger als einem Jahr eine Trastuzumab-basierte adjuvante Therapie abgeschlossen haben.“</p>
Paclitaxel	Paclitaxel onkovis (14)	<p>„Mammakarzinom:</p> <p>Im Rahmen einer adjuvanten Therapie ist Paclitaxel onkovis angezeigt zur Behandlung von Patientinnen mit Lymphknoten-positivem Mammakarzinom nach Behandlung mit Anthrazyklin und Cyclophosphamid (AC). Die adjuvante Therapie mit Paclitaxel onkovis sollte als Alternative zur verlängerten AC-Therapie gesehen werden.</p> <p>[...]“</p>
Pertuzumab	Perjeta® (15)	<p>„<u>Brustkrebs im Frühstadium (early breast cancer – EBC)</u></p> <p>Perjeta ist zur Anwendung in Kombination mit Trastuzumab und Chemotherapie indiziert zur:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• neoadjuvanten Behandlung von erwachsenen Patienten mit HER2-positivem lokal fortgeschrittenem, entzündlichem oder frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko (siehe Abschnitt 5.1).</li> <li>• adjuvanten Behandlung von erwachsenen Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko (siehe Abschnitt 5.1).“</li> </ul>
Trastuzumab	Herceptin® i.v. und s.c. (4, 5)	<p>„<u>Brustkrebs im Frühstadium</u></p> <p>Herceptin ist zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit HER2-positivem Brustkrebs im Frühstadium (early breast cancer – EBC) indiziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– nach einer Operation, Chemotherapie (neoadjuvant oder adjuvant) und Strahlentherapie (soweit zutreffend) (siehe Abschnitt 5.1).</li> <li>– nach adjuvanter Chemotherapie mit Doxorubicin und Cyclophosphamid, in Kombination mit Paclitaxel oder Docetaxel.</li> <li>– in Kombination mit adjuvanter Chemotherapie mit Docetaxel und Carboplatin.</li> <li>– in Kombination mit neoadjuvanter Chemotherapie, gefolgt von adjuvanter Therapie mit Herceptin, bei lokal fortgeschrittenem (einschließlich entzündlichem) Brustkrebs oder Tumoren &gt; 2 cm im Durchmesser (siehe Abschnitte 4.4 und 5.1).</li> </ul> <p>Herceptin ist nur bei Patienten mit metastasiertem Brustkrebs oder Brustkrebs im Frühstadium anzuwenden, deren Tumore entweder eine HER2-Überexpression oder eine HER2-Genamplifikation aufweisen, die durch eine genaue und validierte Untersuchung ermittelt wurde (siehe Abschnitte 4.4 und 5.1).“</p>

Wirkstoff	Handelsname	Anwendungsgebiet laut Fachinformation
Trastuzumab Emtansin	Kadcyla® (16)	„ <u>Brustkrebs im Frühstadium (EBC – Early Breast Cancer)</u> Kadcyla wird als Einzelsubstanz zur adjuvanten Behandlung bei erwachsenen Patienten mit HER2-positivem Brustkrebs im Frühstadium angewendet, die nach einer neoadjuvanten Taxan-basierten und HER2gerichteten Therapie eine invasive Rest-erkrankung in der Brust und/oder den Lymphknoten aufweisen. [...]“
Vincristin	Vincristinsulfat- Teva® (17)	„Vincristinsulfat-TEVA 1 mg/ml Injektionslösung wird entweder allein oder in Verbindung mit anderen Mitteln zur Krebstherapie angewendet zur Behandlung von: -[...] - soliden Tumoren, einschließlich (metastasierendem) Mamma- karzinom, kleinzelligem Bronchialkarzinom -[...]“
* Substanzen, welche explizit nur zur Behandlung von Patienten mit HER2-negativem Mammakarzinom zugelassen sind, sind für das vorgesehene Anwendungsgebiet nicht relevant und werden damit nicht aufgeführt. Antihormonelle Therapien, die zur Behandlung des Hormonrezeptor-positiven Mammakarzinoms indiziert sind, werden zur besseren Übersichtlichkeit in der Tabelle nicht aufgeführt. AC: Anthrazyklin und Cyclophosphamid; EBC: Brustkrebs im Frühstadium; HER2: Humaner epidermaler Wachstumsfaktorrezeptor-2		

Neratinib ist ausschließlich für die adjuvante Behandlung nach einer Trastuzumab-Therapie zugelassen und kommt somit nicht im hier relevanten Anwendungsgebiet in der Adjuvanz als ZVT in Frage. (13)

Bei allen Patienten im Anwendungsgebiet liegt eine HER2-positive Brustkrebserkrankung vor. Der HER2-Status ist der entscheidende Faktor für die Therapiewahl.

Als zielgerichtete Anti-HER2-Therapie für die adjuvante Behandlung von Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs sind die Wirkstoffe Trastuzumab in Kombination mit einer adjuvanten Standardchemotherapie, Pertuzumab in Kombination mit Trastuzumab und Chemotherapie, sowie Neratinib und Trastuzumab Emtansin zugelassen (siehe Tabelle 3-1).

Das Anwendungsgebiet von Trastuzumab Emtansin umfasst die adjuvante Therapie von Patienten, bei denen nach Abschluss einer neoadjuvanten Taxan-basierten und HER2-gerichteten Therapie eine invasive Resterkrankung in der Brust und/ oder den Lymphknoten vorliegt. (16) Damit unterscheidet sich das Anwendungsgebiet von Trastuzumab Emtansin wesentlich von dem von PH FDC s.c.. Zudem unterscheidet sich das zugrundeliegende Patientenkollektiv, das bei PH FDC s.c. auf Patienten mit nodal-positiver oder Hormonrezeptor-negativer Erkrankung als Definition des erhöhten Rezidivrisikos beschränkt ist.

Für das vorgesehene Anwendungsgebiet kommt damit nur die adjuvante Therapie mit Trastuzumab in Kombination mit einer Taxan-basierten Standardchemotherapie oder Pertuzumab plus Trastuzumab in Kombination mit einer Taxan-basierten Standardchemotherapie als zweckmäßige Vergleichstherapie in Frage.

**Ad 2. „Sofern als Vergleichstherapie eine nicht-medikamentöse Behandlung in Betracht kommt, muss diese im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung erbringbar sein.“**

Der G-BA führt in der Niederschrift des Beratungsgesprächs zu PH FDC s.c. in der Adjuvant (Beratungsanforderung 2020-B-035) an: „Als nicht-medikamentöse Behandlung kommt im vorliegenden Anwendungsgebiet grundsätzlich eine Strahlentherapie in Betracht.“ (2)

Bei der zu bewertenden Intervention handelt es sich um eine systemische adjuvante Therapie. Nicht-medikamentöse Maßnahmen wie z.B. eine Strahlentherapie nach brusterhaltender Therapie, der Brustwand nach Mastektomie oder der Axilla stellen zusätzliche therapeutische Interventionen im adjuvanten Gesamtbehandlungskonzept dar, sind jedoch keine Alternativen zur systemischen adjuvanten Therapie. (18–23)

Eine nicht-medikamentöse Behandlung kommt daher als Vergleichstherapie im vorgesehenen Anwendungsgebiet nicht in Betracht.

**Ad 3. „Als Vergleichstherapie sollen bevorzugt Arzneimittelanwendungen oder nicht-medikamentöse Behandlungen herangezogen werden, deren patientenrelevanter Nutzen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss bereits festgestellt ist.“**

Nutzenbewertungen nach § 35a Sozialgesetzbuch (SGB) V zur adjuvanten Therapie von Patienten mit HER2-positivem Brustkrebs liegen zum Stand Oktober 2020 für Neratinib, Pertuzumab Roche und Trastuzumab Emtansin vor. In dem Nutzenbewertungsverfahren von Pertuzumab Roche wurden Pertuzumab Roche plus Trastuzumab Roche in Kombination mit einer Taxan-basierten Chemotherapie gegenüber dem Therapiestandard Trastuzumab Roche in Kombination mit einer Taxan-basierten Chemotherapie verglichen. Diese Nutzenbewertung wurde vom G-BA mit einem Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen bewertet und bis zum 02.01.2022 befristet. (24) Die Nutzenbewertungsverfahren zu Neratinib und Trastuzumab Emtansin in der adjuvanten Therapie beziehen sich jeweils auf Patienten in einer anderen Therapiesituation und sind somit für das vorliegende Anwendungsgebiet nicht relevant. (25, 26)

**Ad 4. „Die Vergleichstherapie soll nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zur zweckmäßigen Therapie im Anwendungsgebiet gehören“**

Das vorgesehene Anwendungsgebiet von PH FDC s.c. in Kombination mit einer Chemotherapie umfasst die adjuvante Behandlung von erwachsenen Patienten mit HER2-positivem frühen Brustkrebs, die ein hohes Rezidivrisiko haben (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). In Abschnitt 5.1 sind Patienten mit hohem Rezidivrisiko im vorgesehenen Anwendungsgebiet definiert als solche mit nodal-positiver (N+) oder Hormonrezeptor-negativer (HR-) Erkrankung. (1) „Die Empfehlungen zur adjuvanten Therapie des Mammakarzinoms berücksichtigen Tumorgröße, Lymphknotenstatus, Grading, Hormonrezeptorstatus, HER2-Status, Menopausenstatus und Alter als wichtigste Faktoren zur Entscheidung über Notwendigkeit und Art der adjuvanten Therapie.“ (20) Die Indikation zur adjuvanten Chemo-

therapie besteht aufgrund des erhöhten Rezidivrisikos bei Patienten mit HER2-positivem Brustkrebs (ab pT1b, N0; pT1a, N0 wenn weitere Risikofaktoren wie G3-Morphologie, Hormonrezeptor-negativ [ER/ PR], Ki-67 hoch vorliegen) sowie bei sehr jungem Erkrankungsalter (< 35 Jahre). Dabei stellt die Überexpression des HER2-Rezeptors gleichzeitig auch den Ansatzpunkt für eine zielgerichtete Therapie dar. (20)

Eine zielgerichtete Therapie kann in Form einer Blockade des HER2-Rezeptors mit Trastuzumab in Kombination mit einer Taxan-basierten Standardchemotherapie – die ggf. ein Anthrazyklin umfasst – oder mit Pertuzumab plus Trastuzumab in Kombination mit einer Taxan-basierten Standardchemotherapie – die ggf. ein Anthrazyklin umfasst – erfolgen. (18–23, 27, 28)

In der aktuellen S3-Leitlinie „Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms“ wird bei HER2-positiven Tumoren eine Anti-HER2-Therapie mit Trastuzumab über die Dauer von einem Jahr in Kombination mit einer adjuvanten Chemotherapie als Standardtherapie empfohlen. (20)

Die Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e.V. (AGO)-Leitlinie empfiehlt bei HER2-positiven Patienten mit höchstem Evidenz- und Empfehlungsgrad eine adjuvante Therapie mit Trastuzumab und Chemotherapie (1a, A, ++) und bei Patienten mit hohem Rezidivrisiko (N+ präoperativ histologisch gesichert) Pertuzumab plus Trastuzumab in Kombination mit einer Chemotherapie (1b, B, +). (23)

Die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. (DGHO) empfiehlt ebenfalls eine adjuvante Therapie mit Trastuzumab über ein Jahr in Kombination mit einer Chemotherapie. Für die adjuvante duale Blockade mit Pertuzumab und Trastuzumab weist sie auf eine Verbesserung des Endpunkts „invasives krankheitsfreies Überleben (iDFS)“ hin. (19)

Die internationale Konsensuskonferenz von St. Gallen empfiehlt für Patienten mit HER2-positivem Brustkrebs in den Stadien II und III eine Taxan-basierte Chemotherapie in Kombination mit Trastuzumab. Die duale Blockade mit Pertuzumab und Trastuzumab sollte erwogen werden. (27)

Die European Society for Medical Oncology (ESMO) empfiehlt grundsätzlich bei HER2-positiven Tumoren eine Anti-HER2-Therapie in Kombination mit einer Chemotherapie. Dabei wird die Behandlung mit Trastuzumab und Chemotherapie empfohlen (I, A). Die duale Blockade mit Pertuzumab und Trastuzumab in Kombination mit Chemotherapie kann bei Patienten mit hohem Risikoprofil eingesetzt werden (I, A). (22)

Die National Comprehensive Cancer Network (NCCN)-Leitlinie empfiehlt bei HER2-positiver Erkrankung die adjuvante Behandlung mit Trastuzumab plus Chemotherapie mit hohem Empfehlungsgrad. Bei Nodal-positiven HER2-positiven Patienten wird auch die Behandlung mit Pertuzumab plus Trastuzumab in Kombination mit Chemotherapie empfohlen. (21) Laut der American Society of Clinical Oncology (ASCO)-Guideline kann bei höherem Rezidivrisiko

(N+, HR-) eine Erweiterung der adjuvanten Therapie mit Trastuzumab durch Pertuzumab – jeweils in Kombination mit einer Chemotherapie – in Erwägung gezogen werden. (28)

In der kanadischen Brustkrebs (Breast Cancer, BC)-Cancer Management Guideline wird für die adjuvante Behandlung des HER2-positiven Brustkrebs die Kombination aus Trastuzumab mit Chemotherapie empfohlen. (29)

Im Rahmen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme, DMP) nach § 137f Absatz 2 SGB V in der Fassung vom 20.03.2014, zuletzt geändert am 6.08.2020, in Kraft getreten am 07.10.2020, stellt der G-BA fest, dass bei Patienten mit HER2-positiven Tumoren (ab Stadium pT1c und/ oder Lymphknoten [LK]-Befall) eine Behandlung mit Trastuzumab erfolgen soll. (18)

### **Schlussfolgerung**

Unter Berücksichtigung aller vier in der Verfo zur Bestimmung der zweckmäßigen Vergleichstherapie genannten Kriterien ergibt sich im vorgesehenen adjuvanten Anwendungsgebiet des HER2-positiven frühen Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko aus Sicht von Roche sowohl Trastuzumab in Kombination mit einer Taxan-basierten Chemotherapie, die ggf. ein Anthrazyklin umfasst, als auch Trastuzumab plus Pertuzumab in Kombination mit einer Taxan-basierten Chemotherapie, die ggf. ein Anthrazyklin umfasst, als ZVT.

Die hier zu bewertenden Wirkstoffe Pertuzumab Roche und Trastuzumab Roche als Fixdosiskombination zur subkutanen Gabe sind identisch zur freien intravenösen Kombination aus Pertuzumab Roche und Trastuzumab Roche. Sie bestehen aus denselben biologischen Wirkstoffen, es handelt sich lediglich um unterschiedliche Darreichungsformen. Die Studie FeDeriCa belegt durch den Nachweis der Nicht-Unterlegenheit der Serumtalspiegel von Pertuzumab Roche und Trastuzumab Roche sowie vergleichbarer Wirksamkeit und Verträglichkeit in der repräsentanten neoadjuvanten Indikation, dass die fixe subkutane und die freie intravenöse Darreichungsform aus Pertuzumab Roche und Trastuzumab Roche bio- und wirkäquivalent sind und damit der Zusatznutzen aus den Studien der freien i.v.-Kombination auf die PH FDC s.c. übertragbar ist (Studiendetails und Ergebnisse der Studie FeDeriCa siehe Modul 4C Anhang 4-G).

In dem Zulassungsverfahren der PH FDC s.c., welches auf Artikel 10b der Richtlinie 2001/83/EG beruht, werden neben der oben genannten Studie FeDeriCa zum Nachweis der klinischen Evidenz im relevanten Anwendungsgebiet die Studien der freien intravenösen Kombinationen aus Pertuzumab Roche und Trastuzumab Roche gegenüber der Vergleichstherapie aus Trastuzumab Roche, jeweils in Kombination mit einer Chemotherapie, ohne erneute Bewertung zugrunde gelegt. Dies entspricht für das hier relevante Anwendungsgebiet der Vergleichstherapie aus Trastuzumab in Kombination mit einer Taxan-basierten Standardchemotherapie. Neben den Daten der pivotalen i.v. Studie werden zusätzlich Studiendetails und Ergebnisse der Studie FeDeriCa aus Transparenzgründen in Modul 4C Anhang 4-G dargestellt.

In diesem Dossier werden damit die Daten von Pertuzumab Roche und Trastuzumab Roche in Kombination mit einer Taxan-basierten Standardchemotherapie gegenüber der Vergleichstherapie aus Trastuzumab Roche in Kombination mit einer Taxan-basierten Standardchemotherapie unabhängig von der Darreichungsform dargestellt. Damit folgt Roche der seitens des G-BA festgelegten ZVT. (2)

*Falls ein Beratungsgespräch mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss zum Thema „zweckmäßige Vergleichstherapie“ nicht stattgefunden hat oder in diesem Gespräch keine Festlegung der zweckmäßigen Vergleichstherapie erfolgte oder Sie trotz Festlegung der zweckmäßigen Vergleichstherapie in dem Beratungsgespräch eine andere zweckmäßige Vergleichstherapie für die vorliegende Bewertung ausgewählt haben, begründen Sie die Wahl der Ihrer Ansicht nach zweckmäßigen Vergleichstherapie. Benennen Sie die vorhandenen Therapieoptionen im Anwendungsgebiet, auf das sich das vorliegende Dossier bezieht. Äußern Sie sich bei der Auswahl der zweckmäßigen Vergleichstherapie aus diesen Therapieoptionen explizit zu den oben genannten Kriterien 1 bis 4. Benennen Sie die zugrunde gelegten Quellen.*

Nicht zutreffend.

### **3.1.3 Beschreibung der Informationsbeschaffung für Abschnitt 3.1**

*Erläutern Sie das Vorgehen zur Identifikation der in Abschnitt 3.1 genannten Quellen (Informationsbeschaffung). Sofern erforderlich, können Sie zur Beschreibung der Informationsbeschaffung weitere Quellen benennen.*

Die Beratung durch den G-BA war Grundlage der Benennung und Begründung der ZVT im vorliegenden Dossier.

Es erfolgte ein Abgleich mit den Angaben in indikationsrelevanten Leitlinien sowie Fachinformationen indikationsrelevanter Medikamente in ihrer jeweils aktuell gültigen Fassung. Zur Darstellung der Evidenz aus klinischen Studien wurden im Rahmen orientierender Recherchen in Leitliniendatenbanken, in der Datenbank MEDLINE und spezifisch auf den Webseiten der Fachgesellschaften identifizierte Fachliteratur, Übersichtsarbeiten und Originalpublikationen herangezogen. Die herangezogenen Leitlinien wurden regelmäßig auf Aktualisierungen überprüft.

### 3.1.4 Referenzliste für Abschnitt 3.1

*Listen Sie nachfolgend alle Quellen (z.B. Publikationen), die Sie in den Abschnitten 0 und 3.1.3 angegeben haben (als fortlaufend nummerierte Liste). Verwenden Sie hierzu einen allgemein gebräuchlichen Zitierstil (z.B. Vancouver oder Harvard). Geben Sie bei Fachinformationen immer den Stand des Dokuments an.*

1. Roche Registration GmbH. Fachinformation PHESGO®: Stand: 12.2020. URL: <http://www.fachinfo.de> [aufgerufen am: 05.01.2021].
2. Gemeinsamer Bundesausschuss. Niederschrift (finale Fassung) zum Beratungsgespräch gemäß § 8 AM-NutzenV Beratungsanforderung 2020-B-035 / 2020-B-036 Pertuzumab/Trastuzumab zur Behandlung des HER2-positiven frühen Brustkrebs: Stand: 04.06.2020; 2020.
3. Roche Pharma AG. Beratungsanforderung zu der Wirkstoffkombination Pertuzumab/Trastuzumab gemäß § 8 AM-NutzenV. Beratungsanforderung 2020-B-035, 2020-B-036 und 2020-B-037; 11.2.2020.
4. Roche Registration GmbH. Fachinformation Herceptin® i.v.: Stand: 07.2020. URL: <https://www.fachinfo.de/suche/fi/004044> [aufgerufen am: 25.09.2020].
5. Roche Registration GmbH. Fachinformation Herceptin® s.c.: Stand: 07.2020. URL: <https://www.fachinfo.de/suche/fi/014882> [aufgerufen am: 25.09.2020].
6. TEVA GmbH. Fachinformation Carboplatin-GRY 10 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung: Stand: 12.2016. URL: <https://www.fachinfo.de/suche/fi/006830> [aufgerufen am: 25.09.2020].
7. Baxter Oncology GmbH. Fachinformation Endoxan: Stand: 01.2015. URL: <https://www.fachinfo.de/suche/fi/000728> [aufgerufen am: 25.09.2020].
8. Sanofi Mature IP. Fachinformation TAXOTERE® 20 mg/1 ml, TAXOTERE® 80 mg/4 ml, TAXOTERE® 160 mg/8 ml: Stand: 04.2020. URL: <https://www.fachinfo.de/suche/fi/020118> [aufgerufen am: 25.09.2020].
9. TEVA GmbH. Fachinformation Doxorubicinhydrochlorid Teva® 2 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung: Stand: 03.2020. URL: <https://www.fachinfo.de/suche/fi/012535> [aufgerufen am: 25.09.2020].
10. onkavis GmbH. Fachinformation Epirubicin onkavis 2 mg/ml Injektionslösung: Stand: 05.2020. URL: <https://www.fachinfo.de/suche/fi/011613> [aufgerufen am: 25.09.2020].
11. Hikma Farmacêutica (Portugal) SA. Fachinformation Ribofluor®: Stand: 02.2017. URL: <https://www.fachinfo.de/suche/fi/003520> [aufgerufen am: 25.09.2020].
12. TEVA GmbH. Fachinformation Methotrexat-GRY Injektionslösung: Stand: 09.2019. URL: <https://www.fachinfo.de/suche/fi/001516> [aufgerufen am: 25.09.2020].
13. Pierre Fabre Médicament. Fachinformation Nerlynx 40 mg Filmtabletten: Stand: 07.2020. URL: <https://www.fachinfo.de/suche/fi/022734> [aufgerufen am: 25.09.2020].
14. onkavis GmbH. Fachinformation Paclitaxel onkavis, 6 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung: Stand: 01.2020. URL: <https://www.fachinfo.de/suche/fi/011956> [aufgerufen am: 25.09.2020].

15. Roche Registration GmbH. Fachinformation Perjeta®: Stand: 04.2020. URL: <https://www.fachinfo.de/suche/fi/014535> [aufgerufen am: 26.09.2020].
16. Roche Registration GmbH. Fachinformation Kadcyla®: Stand: 12.2019. URL: <https://www.fachinfo.de/suche/fi/015002> [aufgerufen am: 25.09.2020].
17. TEVA GmbH. Fachinformation Vincristinsulfat-Teva® 1 mg/ml: Stand: 02.2020. URL: <https://www.fachinfo.de/suche/fi/012352> [aufgerufen am: 25.09.2020].
18. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL): in der Fassung vom 20. März 2014, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 26. Juni 2014 B3 AT 26. August 2014 B2) in Kraft getreten am 1. Juli 2014, zuletzt geändert am 6. August 2020, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 06.10.2020 B3), Inkrafttreten: 7. Oktober 2020: Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). URL: [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2277/DMP-A-RL\\_2020-08-06\\_iK-2020-10-07.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2277/DMP-A-RL_2020-08-06_iK-2020-10-07.pdf) [aufgerufen am: 14.10.2020].
19. Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. (DGHO). Mammakarzinom der Frau. Leitlinie: Stand: 01.2018. URL: <https://www.onkopedia.com/de/onkopedia/guidelines/mammakarzinom-der-frau/@@guideline/html/index.html> [aufgerufen am: 06.10.2020].
20. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF). S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms: Version 4.3, Februar 2020 [AWMF Registernummer: 032-0450L]. URL: [https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user\\_upload/Downloads/Leitlinien/Mammakarzinom\\_4\\_0/Version\\_4.3/LL\\_Mammakarzinom\\_Langversion\\_4.3.pdf](https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Mammakarzinom_4_0/Version_4.3/LL_Mammakarzinom_Langversion_4.3.pdf) [aufgerufen am: 06.10.2020].
21. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology - Breast Cancer, Version 6.2020 - Reproduced with permission from the NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) for Breast Cancer V.6.2020. © 2020 National Comprehensive Cancer Network, Inc. All rights reserved. To view the most recent and complete version of the guideline, go online to [www.nccn.org](http://www.nccn.org). NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK®, NCCN®, NCCN GUIDELINES®, and all other NCCN Content are trademarks owned by the National Comprehensive Cancer Network, Inc: Stand: 09.2020. URL: <https://www.nccn.org> [aufgerufen am: 06.10.2020].
22. Cardoso F, Kyriakides S, Ohno S, Penault-Llorca F, Poortmans P, Rubio IT et al. Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO*, 2019. doi: 10.1093/annonc/mdz173.
23. Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e.V. (AGO). Diagnostik und Therapie früher und fortgeschrittener Mammakarzinome: Stand: 02.03.2020. URL: <https://www.ago-online.de/fileadmin/ago->

- online/downloads/\_leitlinien/kommission\_mamma/2020/Alle\_aktuellen\_Empfehlungen\_2020.pdf [aufgerufen am: 06.10.2020].
24. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Nutzenbewertung nach § 35a SGB V. Nutzenbewertungsverfahren zum Wirkstoff Pertuzumab (neues Anwendungsgebiet: Brustkrebs, adjuvante Behandlung): Stand: 20.12.2018. URL: <https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/376/> [aufgerufen am: 06.10.2020].
  25. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). IQWiG-Berichte – Nr. 886 Neratinib (Mammakarzinom) – Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V: Stand: 27.02.2020. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/92-975-3446/2019-12-01\\_Nutzenbewertung-IQWiG\\_Neratinib\\_S-506.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/92-975-3446/2019-12-01_Nutzenbewertung-IQWiG_Neratinib_S-506.pdf) [aufgerufen am: 25.09.2020].
  26. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). IQWiG-Berichte - Nr. 900 Trastuzumab Emtansin (Mammakarzinom) - Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V: Stand: 14.04.2020. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/92-975-3479/2020-01-15\\_Nutzenbewertung-IQWiG\\_Trastuzumab-Emtansin\\_D-498.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/92-975-3479/2020-01-15_Nutzenbewertung-IQWiG_Trastuzumab-Emtansin_D-498.pdf) [aufgerufen am: 20.07.2020].
  27. Burstein HJ, Curigliano G, Loibl S, Dubsy P, Gnant M, Poortmans P et al. Estimating the Benefits of Therapy for Early Stage Breast Cancer: The St. Gallen International Consensus Guidelines for the primary therapy of early breast cancer 2019. *Annals of Oncology*; 30(10):1541–57, 2019. doi: 10.1093/annonc/mdz235.
  28. Denduluri N, Chavez-MacGregor M, Telli ML, Eisen A, Graff SL, Hassett MJ et al. Selection of Optimal Adjuvant Chemotherapy and Targeted Therapy for Early Breast Cancer: ASCO Clinical Practice Guideline Focused Update. *JCO*; 36(23):2433–43, 2018. doi: 10.1200/JCO.2018.78.8604.
  29. BC Cancer. Cancer Management Guidelines - Chapter 6.3.0 Management: Early Invasive Breast Cancer - Section 6.3.2.3 HER2 Positive: Stand: 02.2016. URL: <http://www.bccancer.bc.ca/health-professionals/clinical-resources/cancer-management-guidelines/breast/breast#6-3-Early-Invasive-Breast-Cancer> [aufgerufen am: 27.09.2020].

## 3.2 Anzahl der Patienten mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen

### 3.2.1 Beschreibung der Erkrankung und Charakterisierung der Zielpopulation

*Geben Sie einen kurzen Überblick über die Erkrankung (Ursachen, natürlicher Verlauf), zu deren Behandlung das zu bewertende Arzneimittel eingesetzt werden soll und auf die sich das vorliegende Dokument bezieht. Insbesondere sollen die wissenschaftlich anerkannten Klassifikationsschemata und Einteilungen nach Stadien herangezogen werden. Berücksichtigen Sie dabei, sofern relevant, geschlechts- und altersspezifische Besonderheiten. Charakterisieren Sie die Patientengruppen, für die die Behandlung mit dem Arzneimittel gemäß Zulassung infrage kommt (im Weiteren „Zielpopulation“ genannt). Die Darstellung der Erkrankung in diesem Abschnitt soll sich auf die Zielpopulation konzentrieren. Begründen Sie Ihre Aussagen durch Angabe von Quellen.*

Unter dem Begriff **Brustkrebs** werden bösartige Tumore des Brustdrüsengewebes zusammengefasst. Sie können von den Epithelien der Milchgänge (duktale Karzinome) oder den Brustdrüsenläppchen (lobuläre Karzinome) ausgehen. Nicht invasive Vorstufen werden als *in situ* Karzinome bezeichnet (duktales Karzinom *in situ* [DCIS], lobuläres Karzinom *in situ* [LCIS]). Bei diesen sind die malignen Zellen noch nicht über die Basalmembran hinaus in angrenzendes Gewebe eingedrungen. Beim invasiven Mammakarzinom haben die Tumorzellen die Basalmembran bereits zerstört und sich in das umgebende Gewebe ausgebreitet. Das invasiv duktales Karzinom ist mit 50 – 80 % der häufigste Typ des invasiven Mammakarzinoms, gefolgt vom invasiv lobulären Karzinom und anderen Subtypen. (1, 2)

Brustkrebs ist eine Erkrankung, die fast ausschließlich Frauen betrifft. Männer erkranken selten an Brustkrebs. Der Anteil der Männer an den registrierten Brustkrebs-Neuerkrankungsfällen liegt bei etwa 1 %. (3, 4) Daher werden im gesamten Dossier die Termini Patient bzw. Patienten geschlechtsneutral verwendet.

Mit einer Prognose von 69.700 Neuerkrankungen in Deutschland für das Jahr 2020 (aktuellste verfügbare Prognose basierend auf Inzidenzen von 2016) bleibt Brustkrebs die häufigste Krebsneuerkrankung der Frau (Robert Koch-Institut [RKI]-Prognose für das Jahr 2020). (3) Trotz verbesserter Optionen der Früherkennung und Fortschritten in der Behandlung von Patienten sowohl in frühen als auch in fortgeschrittenen Stadien ist Brustkrebs immer noch die häufigste Krebstodesursache bei Frauen. Im Jahr 2017 starben 18.396 Frauen an der Erkrankung. (5)

Das **Brustkrebsrisiko** nimmt mit höherem Alter zu. Aktuell erkrankt etwa eine von acht Frauen im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs. (3)

Das durchschnittliche Erkrankungsalter liegt bei 64 Jahren. Jede vierte betroffene Frau ist bei der Diagnosestellung jünger als 55 Jahre. (3) Wichtige Risikofaktoren für die Entwicklung eines Mammakarzinoms sind sogenannte reproduktive Faktoren, wie z.B. eine frühe Menarche, eine späte Menopause, eine geringe Geburtenzahl oder ein höheres Alter bei der ersten Geburt. Auch eine gestagenhaltige Hormonersatztherapie (Hormone Replacement Therapy, HRT) mit einer Dauer von mehr als fünf Jahren in der Postmenopause oder die Bestrahlung der Thoraxwand zur Behandlung eines Morbus Hodgkin sind mit einem höheren Erkrankungsrisiko assoziiert. Sogenannte Lebensstilfaktoren wie Übergewicht, fettreiche Ernährung, verminderte körperliche Aktivität, Rauchen und Alkoholkonsum gelten ebenfalls als Risikofaktoren. (3, 6, 7) Bei 5 - 10 % der erkrankten Frauen liegt eine genetische Prädisposition vor (familiäres Mammakarzinom). Hier sind insbesondere die Brustkrebsgene BRCA1 und BRCA2 zu nennen, deren Mutation risikosteigernd auf die Entstehung eines Mammakarzinoms wirkt. Mutationsträgerinnen haben ein stark erhöhtes Risiko, im Laufe ihres Lebens an einem Mammakarzinom zu erkranken. (1, 2, 8, 9)

Das **klinische Bild der Brustkrebspatienten** ist sehr heterogen. Bei frühen und lokal fortgeschrittenen Formen fehlen oft jegliche Symptome oder sie beschränken sich auf lokale Veränderungen an der betroffenen Brust, wie tastbare Knoten, asymmetrische Veränderungen der Brust, Vorwölbungen oder Einziehungen der Brust, Einziehung der Brustwarze, Hautveränderungen oberhalb des Tumors und ggf. Sekretion aus der Brustwarze. (2, 10) Erst im

fortgeschrittenen, metastasierten Stadium treten Allgemeinsymptome wie Gewichtsverlust, Erschöpfung und Müdigkeit sowie Beschwerden aufgrund der Metastasierung in bestimmten Organen in Erscheinung. (1)

Unabhängig vom Schweregrad stellt die Diagnose eines Mammakarzinoms eine schwere Belastung für Patienten dar. Diese kann sowohl direkt nach Diagnosestellung, bei Beginn einer Systemtherapie, als auch vor oder nach einer Operation, aber auch im ersten Jahr nach Diagnosestellung zu signifikant gesteigertem psychischem Dysstress führen. (11–14)

### Klassifikationsschema und Stadieneinteilung

Die Einteilung des Mammakarzinoms in vier **Krankheitsstadien** erfolgt nach Größe des Primärtumors, der Ausbreitung in benachbarte und entferntere Lymphknoten sowie dem Vorliegen von Metastasen. Maßgeblich dafür ist die Tumor Nodes Metastasis (TNM)-Klassifikation (Tabelle 3-2) sowie die Stadieneinteilung nach den Richtlinien der Union Internationale Contre le Cancer (UICC) (Tabelle 3-3). Mit jedem höheren Stadium verschlechtert sich die Prognose des Patienten. (15)

Grundsätzlich ist die lokoregional begrenzte Primärerkrankung von der rezidierten und metastasierten Erkrankung abzugrenzen. (2) Früher Brustkrebs wird über die im Grundsatz kurative Zielsetzung des primären Behandlungskonzepts definiert, das die adjuvante Therapie umfasst. Häufig werden die Begriffe „früher“ und „primärer“ Brustkrebs synonym verwendet.

Tabelle 3-2: Aktuelle TNM-Klassifikation für Brustkrebs (16)

T	Primärtumor
TX	Primärtumor kann nicht beurteilt werden
T0	Kein Anhalt für Primärtumor
Tis	<p>Carcinoma <i>in situ</i></p> <p>Tis      Duktales Carcinoma <i>in situ</i> (DCIS)</p> <p>Tis (Paget)      M. Paget der Mamille ohne nachweisbaren invasiven Tumor und/ oder Carcinoma <i>in situ</i> (M. Paget kombiniert mit nachweisbarem Karzinom wird entsprechend der Größe und Charakteristika der Erkrankung im Brustdrüsenparenchym klassifiziert)</p>
T1	<p>Tumor maximal 2cm im größten Durchmesser</p> <p>T1mic      Mikroinvasion 0,1 cm oder weniger im größten Durchmesser</p> <p>T1a      Größer 0,1 cm bis maximal 0,5 cm im größten Durchmesser</p> <p>T1b      Größer 0,5 cm bis maximal 1 cm im größten Durchmesser</p> <p>T1c      Größer 1 cm bis maximal 2 cm im größten Durchmesser</p>
T2	Tumordurchmesser größer als 2 cm bis maximal 5 cm
T3	Tumordurchmesser größer als 5 cm
T4	Tumor jeder Größe mit direkter Ausdehnung auf Brustwand und/ oder Ulzeration oder makroskopischen Satellitenmetastasen der Haut (Invasion der Dermis alleine qualifiziert nicht für T4)

	T4a	Mit Ausdehnung auf die Brustwand (Invasion des oder Adhäsion an der Pektoralismuskulatur qualifiziert nicht für T4)
	T4b	Ulzeration und/ oder makroskopische Satellitenmetastasen der Haut derselben Brust und/ oder Ödem (einschließlich Apfelsinhaut)
	T4c	Kriterien für 4a und für 4b liegen vor
	T4d	Entzündliches (inflammatorisches) Karzinom
<b>N</b>	<b>Regionäre Lymphknoten</b>	
<b>cN</b>		
cNX	Regionäre Lymphknoten können nicht beurteilt werden (z.B. vor klinischer Klassifikation entfernt)	
cN0	Keine regionären Lymphknotenmetastasen	
cN1	Metastase(n) in beweglichen ipsilateralen axillären Lymphknoten der Level I und II	
cN2	Metastasen in ipsilateralen axillären Lymphknoten der Level I und II, untereinander oder an anderen Strukturen fixiert oder in klinisch erkennbaren ipsilateralen Lymphknoten entlang der A. mammaria interna in Abwesenheit klinisch erkennbarer axillärer Lymphknotenmetastasen	
	cN2a	Metastase(n) in ipsilateralen axillären Lymphknoten, untereinander oder an anderen Strukturen fixiert
	cN2b	Metastase(n) in klinisch erkennbaren ipsilateralen Lymphknoten entlang der A. mammaria interna in Abwesenheit klinisch erkennbarer axillärer Lymphknotenmetastasen
cN3	Metastase(n) in ipsilateral infraklavikulären Lymphknoten (Level III) mit oder ohne Beteiligung der axillären Lymphknoten des Level I und II oder in klinisch erkennbaren ipsilateralen Lymphknoten entlang der A. mammaria interna in Anwesenheit axillärer Lymphknotenmetastasen des Level I und II oder Metastase(n) in ipsilateralen supraklavikulären Lymphknoten mit oder ohne Beteiligung der axillären Lymphknoten oder der Lymphknoten entlang der A. mammaria interna	
	cN3a	Metastase(n) in ipsilateralen infraklavikulären Lymphknoten
	cN3b	Metastase(n) in ipsilateralen Lymphknoten entlang der A. mammaria interna in Anwesenheit axillärer Lymphknotenmetastasen
	cN3c	Metastase(n) in ipsilateralen supraklavikulären Lymphknoten
<b>pN</b>		
pNx	Regionäre Lymphknoten können nicht beurteilt werden (z.B. nicht für pathologische Untersuchung entfernt oder bereits zuvor entfernt)	
pN0	Keine regionären Lymphknotenmetastasen oder nur isolierte Tumorzellen (auch bei positiven molekularbiologischen Befunden z.B. mittels RT-PCR)	
pN1	Mikrometastasen oder Metastasen in 1-3 axillären Lymphknoten und/ oder klinisch negative Lymphknoten entlang der A. mammaria interna mit Mikro- oder Makrometastasen in der Sentinel-lymphknotenbiopsie	
pN2	Metastasen in 4-9 axillären Lymphknoten oder in der Bildgebung nachgewiesene Metastasen in den ipsilateralen Lymphknoten entlang der A. mammaria interna in Abwesenheit pathologisch nachgewiesener axillärer Lymphknotenmetastasen	
pN3	Metastasen in 10 oder mehr axillären Lymphknoten oder in infraklavikulären Lymphknoten (Level III) oder in der Bildgebung nachgewiesene Metastasen in den ipsilateralen Lymphknoten entlang der A. mammaria interna bei 1 oder mehr positiven axillären Lymphknoten der Level I und II	

	oder Metastasen in 3 oder mehr axillären Lymphknoten und Mikro- oder Makrometastasen in der Sentinellymphknotenbiopsie von klinisch unauffälligen ipsilateralen Lymphknoten entlang der A. mammaria interna oder Metastasen in den ipsilateralen supraklavikulären Lymphknoten
<b>M</b>	<b>Fernmetastasen</b>
M0	Keine Fernmetastasen (kein klinischer oder radiologischer Nachweis)
M1	Fernmetastasen festgestellt mittels klinischer und radiologischer Untersuchungen oder histologischem Nachweis von Metastasen > 0,2 mm
pTNM	Wie TNM-Klassifikation postoperativ/ nach pathologischer Untersuchung
yTNM	Wie TNM-Klassifikation nach Behandlung
DCIS: Duktales Karzinom <i>in situ</i> ; RT-PCR: Reverse-Transkriptase-Polymerase-Kettenreaktion; TNM: Tumor, Node, Metastasis	

Tabelle 3-3: UICC-Stadien für den Brustkrebs (16)

Stadium	T-Status	N-Status	M-Status
Stadium 0	Tis	N0	M0
Stadium I	T1mic, T1	N0	M0
Stadium IIA	T0, T1mic, T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Stadium IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Stadium IIIA	T0, T1mic, T1, T2	N2	M0
	T3	N0, N1	M0
Stadium IIIB	T4	N1, N2	M0
Stadium IIIC	Alle T	N3	M0
Stadium IV	Alle T	Alle N	M1
TNM: Tumor, Node, Metastasis; UICC: Union Internationale Contre le Cancer			

Neben der Stadieneinteilung nach TNM bzw. UICC haben weitere Tumoreigenschaften Einfluss auf die Prognose.

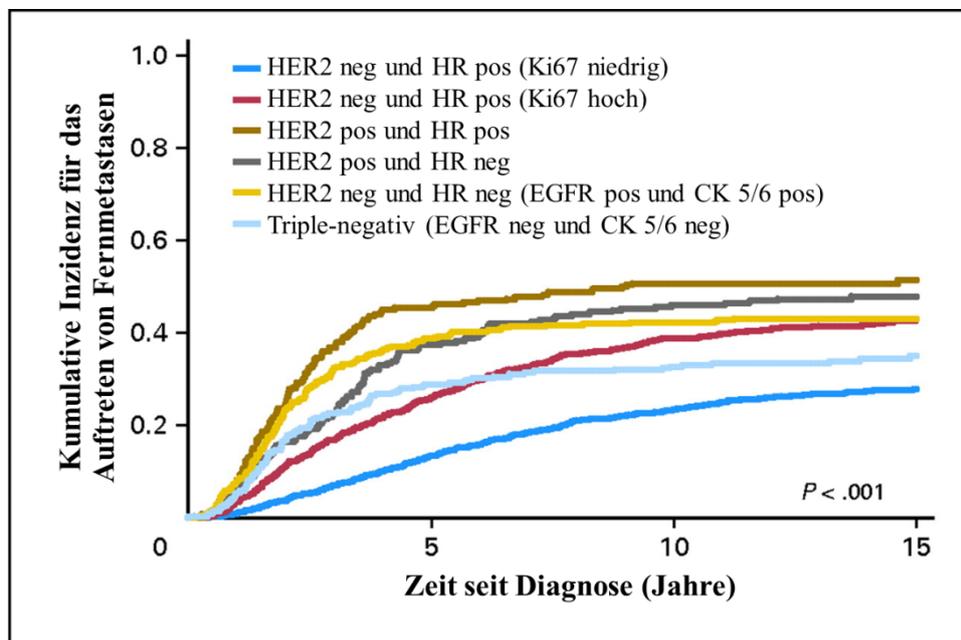
### Prognose- und Risikofaktoren

Neben Tumorgöße, Anzahl und Ausmaß befallener Lymphknoten sowie dem Vorliegen von Fernmetastasen beeinflussen weitere Tumoreigenschaften die Prognose. Sie werden im Rahmen der histopathologischen Aufarbeitung des Tumorgewebes bestimmt und finden auch bei der Auswahl insbesondere einer geeigneten systemischen Therapie Berücksichtigung. Dazu gehören obligat das Tumorgrading, das eine Aussage über die Differenzierung der Tumorzellen liefert, der Nachweis von Hormonrezeptoren für Östrogen (ER) und Progesteron (PgR) sowie der Nachweis einer Überexpression des HER2-Rezeptors. (2, 8, 17–19) So haben Patienten mit nodal-positivem oder Hormonrezeptor-negativem frühem Brustkrebs eine deutlich schlechtere

Prognose, d.h. ein höheres Rezidiv- und Sterberisiko als Patienten mit nodal-negativer oder Hormonrezeptor-positiver Erkrankung. Das zeigen unter anderem die Arbeiten der Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). (20–22)

Gerade die neueren Erkenntnisse aus der Molekularbiologie belegen, dass das Mammakarzinom keine einheitliche Krankheitsentität mit einheitlichen Behandlungskriterien darstellt. Heute weiß man, dass die klinische und biologische Heterogenität des Mammakarzinoms korrelieren. (23, 24) Die Arbeiten von Perou und Sørli haben gezeigt, dass es distinkte molekulare Brustkrebssubtypen gibt, die sich in ihrem biologischen Verhalten eindeutig unterscheiden. (25, 26) Diese sogenannten **intrinsischen Subtypen** werden maßgeblich über den Hormonrezeptorstatus (ER, PgR), den HER2-Status sowie die Expression von Ki-67 (Kiel 67; Marker für die Wachstumsfraktion einer Zellpopulation) bestimmt. Dabei zeigen die HER2-positiven Subtypen einen ungünstigen klinischen Verlauf. (27, 28) Daher determinieren sie prinzipielle Therapieentscheidungen bezüglich anti-HER2-gerichteter Therapie. (27, 29). In der klinischen Praxis wird eine auf immunhistochemischer Bestimmung basierende, vereinfachte Klassifikation verwendet. (2, 30, 31)

Bei HER2-positiven Tumoren führt die HER2-abhängige Aktivierung verschiedener zellulärer Signalwege zu einer gesteigerten Proliferationsrate und Angiogenese, einer reduzierten Apoptoserate sowie einem höheren Risiko für eine systemische Metastasierung (siehe Kurven zu ‚HER2 pos‘ in Abbildung 1) und im Resultat zu einer prognostisch ungünstigen, aggressiven Erkrankung. (23, 28, 32–42)



HER2 = human epidermal growth factor receptor 2; HR = Hormonrezeptor; EGFR = epidermal growth factor receptor; CK 5/6 = Cytokeratin 5/6.

Abbildung 1: Kumulative Inzidenzkurven für das erstmalige Auftreten von Fernmetastasen, aufgliedert nach Brustkrebssubtypen (42)

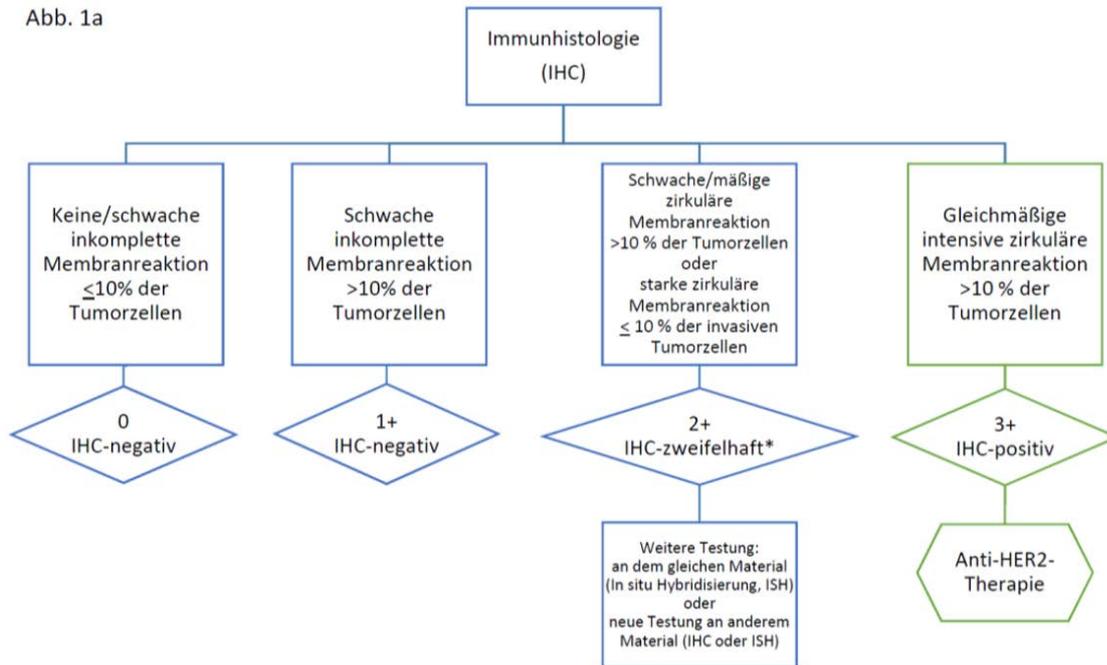
Die Tumorbiologie von HER2-positiven Tumoren bedingt einen prognostisch ungünstigen, aggressiven Krankheitsverlauf. Der HER2-Status hat nicht nur prognostische Aussagekraft, sondern ist gleichzeitig ein prädiktiver Marker. Allerdings besteht beim HER2-positiven Brustkrebs die Möglichkeit einer zielgerichteten Therapie, die sowohl im frühen als auch im fortgeschrittenen Stadium einen entscheidenden Einfluss auf den Krankheitsverlauf hat. So haben Studien gezeigt, dass die zielgerichtete Therapie gegen HER2 im neoadjuvanten Setting zu einer signifikant höheren Rate an pathologischen Komplettremissionen und nach der Operation zu einer signifikant längeren Zeit bis zum Auftreten eines Rezidivs führt. (43–46) Beim metastasierten Brustkrebs verlängert die Anti-HER2-Therapie das progressionsfreie Überleben und das Gesamtüberleben signifikant. (47) Die adjuvante Anti-HER2-Therapie führt zu einer signifikanten Reduktion des Rezidiv- und Sterberisikos. (43–46, 48–62)

Die zuverlässige und korrekte **Bestimmung des HER2-Status** ist von entscheidender Bedeutung für die Indikationsstellung einer zielgerichteten Therapie gegen HER2. Die häufigste Testmethode zur Bestimmung des HER2-Status ist die Immunhistochemie (IHC), bei der die Expression des HER2-Proteins auf der Oberfläche der Tumorzellen mittels einer hochspezifischen Farbreaktion nachgewiesen wird. Die Stärke der HER2-Expression wird semi-quantitativ anhand der Intensität der Anfärbung und des Anteils angefärbter Zellen bestimmt und in 0 bis 3+ eingeteilt. Eine weitere gängige Methode ist die *in-situ*-Hybridisierung (Fluoreszenz-*in-situ*-Hybridisierung [FISH] oder Chromogene-*in-situ*-Hybridisierung [CISH]), bei der das Ausmaß der HER2-Genamplifikation mittels Desoxyribonukleinsäure (DNA)-Sonden bestimmt wird.

Gemäß der aktuellen S3-Leitlinie sowie den amerikanischen Empfehlungen der ASCO und des NCCN gilt der HER2-Status als positiv, wenn ein IHC-Score von 3+ oder ein positiver FISH/ CISH-Test (HER2/ Chromosom Enumeration 17 [CEP17]-Quotient  $\geq 2,0$  oder HER2/ CEP17-Quotient  $< 2$  und mittlere Signalzahl pro Zelle  $\geq 6,0$ ) vorliegt (siehe auch Abbildung 2 und Abbildung 3). (2, 63, 64) Ein IHC-Score 3+ besteht, wenn eine gleichmäßige intensive zirkuläre Membranreaktion in mehr als 10 % der invasiven Tumorzellen vorliegt. (2)

Für den initialen Test können IHC oder FISH/ CISH angewendet werden. (2) Eine vorrangige Bestimmung des HER2-Status mittels IHC erlaubt die klare Unterscheidung von Patienten mit HER2-positiven Tumoren (IHC 3+) und solchen mit HER2-negativer Erkrankung (IHC 0/1+). IHC 2+ Tumoren (HER2-Status nicht eindeutig nach IHC) sollten mit FISH oder CISH auf Gen-Amplifikation nachgetestet werden (Abbildung 2). (2, 63, 64) Dabei muss die Validität und Reproduzierbarkeit der HER2-Bestimmung durch geeignete Qualitätssicherungsmaßnahmen sichergestellt werden. (2, 63, 64)

Abb. 1a



\* Selten können drüsenbildende oder mikropapilläre Mammakarzinome eine inkomplette, aber starke Membranreaktion zeigen (basolateral oder U-förmig), die eventuell mit einer HER2-Genamplifikation einhergeht. Diese Fälle sollten ebenfalls dem IHC-Score 2+ zugeordnet und mit ISH überprüft werden.

Abbildung 2: Gemäß S3-Leitlinie empfohlene HER2-Testalgorithmen zur Immunhistochemie (2)

Abb. 1b

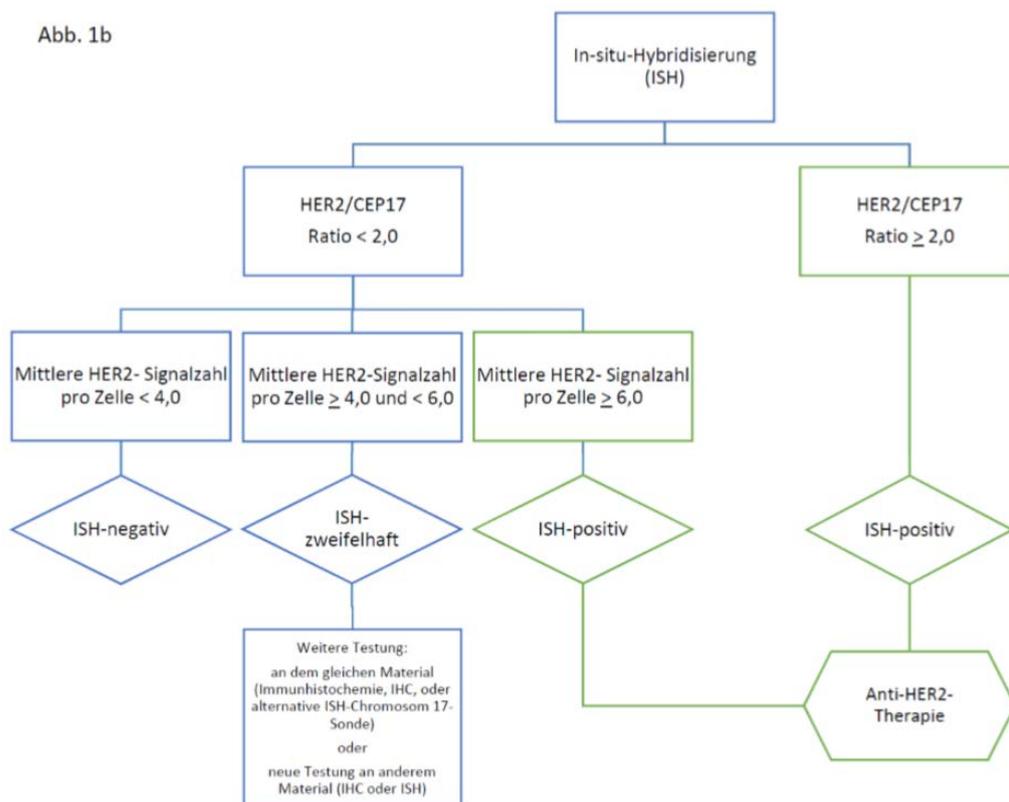


Abbildung 3: Gemäß S3-Leitlinie empfohlene HER2-Testalgorithmen zur In-Situ-Hybridisierung (2)

### Charakterisierung der Zielpopulation

Die Zielpopulation im adjuvanten Anwendungsgebiet der Pertuzumab/Trastuzumab Fixdosiskombination zur subkutanen Gabe (PH FDC s.c.) umfasst Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko (gemäß Abschnitt 5.1 der Fachinformation definiert als nodal-positiv oder Hormonrezeptor-negativ). (65) Das Anwendungsgebiet von PH FDC s.c. ist identisch zu dem der freien i.v.-Kombination aus Trastuzumab Roche und Pertuzumab Roche. Daher unterscheidet sich die Zielpopulation der PH FDC s.c. nicht von jener der freien i.v.-Kombination – die Patienten erhalten entweder die freie i.v.-Kombination oder PH FDC s.c.. (65–67)

Die **Erstdiagnose Brustkrebs** wird bei den meisten Patienten (> 90 %) in einem Stadium gestellt, in dem eine auf Brust und Axilla begrenzte Erkrankung vorliegt und die Therapie mit kurativer Therapieintention erfolgt. (1, 3) In die Entscheidung für eine adjuvante Therapie fließt die Einschätzung des Rezidivrisikos ein, dass sich durch die individuell vorliegenden prognostischen und prädiktiven Faktoren definiert. Dazu gehören insbesondere das Grading, der Hormonrezeptorstatus, der Lymphknotenstatus, der HER2-Status, die Tumorgröße und der Menopausenstatus. Alter und Komorbidität sind ebenfalls zu berücksichtigen. (17, 19, 29, 68)

Das **Behandlungsziel** bei Patienten mit frühem Brustkrebs im adjuvanten Anwendungsgebiet ist kurativ. Die S3-Leitlinie grenzt die mit kurativer Intention behandelte lokoregionär begrenzte Primärerkrankung von der palliativ therapierten, rezidierten und metastasierten Erkrankung ab. (2)

Bei Patienten mit HER2-positivem Brustkrebs determiniert die Überexpression von HER2 die Therapie. Etwa 13 % der primären Mammakarzinome sind HER2-positiv, d.h. sie zeigen eine Überexpression des HER2-Rezeptors (23, 32, 33, 69). HER2-Positivität ist assoziiert mit einer ungünstigen Prognose im Sinne eines erhöhten Rezidivrisikos, eines verringerten progressionsfreien Überlebens und eines geringeren Gesamtüberlebens. (32, 42, 70–80) Die Überexpression von HER2 bietet andererseits aber auch die Möglichkeit einer zielgerichteten HER2-spezifischen Therapie, sodass diese Tumore wirksam behandelt werden können und sich der Verlauf der Erkrankung positiv beeinflussen lässt. (32, 42, 70–80)

Neben dem HER2-Status stellen auch der Nodalstatus und der Hormonrezeptorstatus wichtige zusätzliche prognostische Faktoren für Patienten mit frühem Brustkrebs dar. (2, 17, 19, 29, 31) So haben Patienten mit frühem Brustkrebs und einem positiven Nodalstatus, d.h. mit einem Lymphknotenbefall durch die Brustkrebserkrankung oder mit Tumoren, die keine Hormonrezeptoren exprimieren, eine deutlich schlechtere Prognose, d.h. ein höheres Rezidiv- und Sterberisiko, als Patienten mit nodal-negativer oder Hormonrezeptor-positiver Erkrankung. (20–22)

Auch innerhalb der Population von Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs charakterisieren ein positiver Nodalstatus oder ein negativer Hormonrezeptorstatus Patienten mit einem erhöhten Rezidivrisiko. Das Rezidiv- und Sterberisiko von Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs kann mit einer Anthrazyklin- und/ oder Taxan-haltigen Chemotherapie in Kombination mit der adjuvanten Anti-HER2-Therapie mit Trastuzumab unabhängig

von Nodalstatus oder Hormonrezeptorstatus signifikant gesenkt werden. Patienten mit einem nodal-positivem oder Hormonrezeptor-negativem, HER2-positivem frühem Brustkrebs haben allerdings trotz Behandlung mit adjuvanter Standardtherapie weiterhin ein höheres Rezidiv- und Sterberisiko. (43–46, 48–62) Dies bestätigen die Langzeitbeobachtungen der Zulassungsstudien für die adjuvante Therapie mit Trastuzumab, die zeigen, dass Patienten mit nodal-positivem oder Hormonrezeptor-negativem HER2-positivem frühem Brustkrebs nach zehn Jahren deutlich seltener krankheitsfrei sind als die Gruppe der Patienten mit nodal-negativer oder Hormonrezeptor-positiver Erkrankung. (51, 54, 57) Selbst bei Tumoren < 1 cm und fehlendem Lymphknotenbefall kennzeichnet ein negativer Hormonrezeptorstatus Patienten mit einem erhöhten Rückfallrisiko. (81–83)

### 3.2.2 Therapeutischer Bedarf innerhalb der Erkrankung

*Beschreiben Sie kurz, welcher therapeutische Bedarf über alle bereits vorhandenen medikamentösen und nicht medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten hinaus innerhalb der Erkrankung besteht. Beschreiben Sie dabei kurz, ob und wie dieser Bedarf durch das zu bewertende Arzneimittel gedeckt werden soll. An dieser Stelle ist keine datengestützte Darstellung des Nutzens oder des Zusatznutzens des Arzneimittels vorgesehen, sondern eine allgemeine Beschreibung des therapeutischen Ansatzes. Begründen Sie Ihre Aussagen durch die Angabe von Quellen.*

Brustkrebs ist heutzutage trotz der großen Fortschritte in der Früherkennung und Therapie der Erkrankung immer noch die häufigste Krebserkrankung und Krebstodesursache bei Frauen in Deutschland und stellt somit nach wie vor ein überaus bedeutsames Gesundheitsproblem dar. (3)

Knapp über 90 % der Brustkrebs-Diagnosen werden in einem frühen Stadium der Erkrankung gestellt, in dem noch keine Metastasen feststellbar sind und die Behandlung mit kurativer Zielsetzung erfolgt. (15) Die Therapie von Patienten mit frühem Brustkrebs umfasst die operative Entfernung des Tumors im Gesunden sowie eine systemische Behandlung, welche ggf. durch eine postoperative Radiotherapie ergänzt wird. (2, 17, 19, 68) Die adjuvante systemische Therapie ergänzt lokale Therapiemaßnahmen wie die Operation und Strahlentherapie und hat zum Ziel, im Frühstadium bereits vorhandene, nicht nachweisbare Mikrometastasen zu eliminieren, Rezidive zu verhindern und die Wahrscheinlichkeit einer Heilung zu erhöhen. (2, 19, 29, 31, 84, 85)

Insbesondere wenn Fernmetastasen oder ein lokoregionäres, inoperables Rezidiv auftreten, bestehen nur noch sehr geringe Aussichten auf Heilung und damit kommt es zum Übergang der Erkrankung in eine palliative Situation. In dieser Situation ist das Therapieziel, die Erkrankung über möglichst lange Zeit zu kontrollieren, tumorbedingte Symptome zu verhindern und die Lebensqualität des Patienten zu erhalten, ferner die Progression der Erkrankung hinauszuzögern und im Idealfall das Leben des Patienten zu verlängern. Letztendlich wird der Patient jedoch an seiner Erkrankung versterben.

Die adjuvante Chemotherapie mit Anthrazyklinen und Taxanen oder die endokrine Therapie mit Aromatasehemmern über eine Behandlungsdauer von fünf Jahren sind erfolgreiche Weiterentwicklungen adjuvanter Therapieprinzipien. Mit ihnen wurden Reduktionen des Rezidivrisikos von 11 – 20 % erzielt. (22, 84, 86) Verbesserungen in dieser Größenordnung führten zur Empfehlung dieser Therapieprinzipien in Leitlinien und zu ihrem Einsatz als Standardtherapien in der klinischen Praxis. (2, 19, 29, 64)

Bei HER2-positiven Brustkrebs ist die Überexpression von HER2 einerseits mit einer ungünstigeren Prognose assoziiert, ermöglicht andererseits aber auch eine zielgerichtete Therapie. Auch beim HER2-positiven Brustkrebs im frühen Stadium stellt die Blockade des HER2-Rezeptors das wichtigste Therapieprinzip dar.

### **Trastuzumab Roche**

Bereits die Entwicklung und Zulassung von Trastuzumab Roche und die damit einhergehende Zugabe der zielgerichteten Therapie gegen den HER2-Rezeptor zur damals empfohlenen Chemotherapie mit Taxanen resultierte in der adjuvanten Therapie des HER2-positiven frühen Brustkrebs in einer deutlichen Verbesserung der Prognose der Patienten und ist heute der Standard in der Therapie des HER2-positiven frühen Brustkrebs. (2, 17, 29, 31)

Nach den aktuellen klinischen Therapieleitlinien ist bei Patienten mit HER2-positivem frühem Mammakarzinom die adjuvante Therapie mit Trastuzumab Roche für die Dauer von einem Jahr indiziert. Das gilt ohne Einschränkungen unabhängig von der Tumorgröße bei positivem Nodalstatus sowie ab einer Tumorgröße von > 1 cm bei nodal-negativer Erkrankung. Die Indikation wird teilweise an das Vorliegen weiterer Risikofaktoren, wie einen negativen Hormonrezeptorstatus, geknüpft. (2, 17, 31)

Eine Reihe von Meta-Analysen zeigen signifikante Verbesserungen des krankheitsfreien Überlebens (Disease-free Survival, DFS) und Gesamtüberleben (Overall Survival, OS) durch die adjuvante Anti-HER2-Therapie mit Trastuzumab Roche. (58, 60, 61, 87) Nach der umfassenden Analyse der Daten aus acht Studien beim HER2-positiven frühen Brustkrebs betrug die relative Reduktion des Rezidivrisikos für die Therapie mit Trastuzumab Roche gegenüber der Therapie ohne Trastuzumab Roche 40 % (Hazard Ratio [HR] für DFS: 0,60; 95 %-KI [0,50; 0,71];  $p < 0,00001$ ) und die des Mortalitätsrisikos 34 % (HR für OS: 0,66; 95 %-KI [0,57; 0,77];  $p < 0,00001$ ). (61)

Ein genaueres Bild geben die zulassungsrelevanten Studien für die adjuvante Anwendung von Trastuzumab Roche bei Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs, deren Ergebnisse im Folgenden dargestellt werden.

In der **HERA**-Studie wurden Patienten nach kompletter Tumorresektion und Abschluss einer Chemotherapie von mindestens vier Zyklen in drei Arme randomisiert. Für Patienten, die eine adjuvante Therapie mit Trastuzumab Roche für insgesamt ein Jahr erhalten hatten, zeigte sich bereits in der ersten Interimsanalyse ein signifikanter Vorteil hinsichtlich des krankheitsfreien Überlebens gegenüber den Patienten ohne adjuvante Anti-HER2-Therapie (HR = 0,54; 95 % KI [0,43; 0,67];  $p < 0,0001$ ). (49) Nach acht Jahren medianer Nachbeobachtungszeit

wurde dann ein signifikanter Vorteil im Gesamtüberleben für diese Patienten nachgewiesen. Nach elf Jahren medianer Nachbeobachtung blieben die signifikanten Vorteile für den Therapiearm mit einjähriger adjuvanter Therapie unter Trastuzumab Roche gegenüber dem Beobachtungsarm für DFS (HR = 0,76; 95 % KI [0,68; 0,86];  $p < 0,0001$ ) und Gesamtüberleben (HR = 0,74; 95 % KI [0,64; 0,86]) erhalten.

30,7 % der Patienten waren nach zehn Jahren trotzdem nicht mehr krankheitsfrei. Zwei Drittel dieser Patienten entwickelten sogar als erstes Rezidiv Fernmetastasen. (51) Bei Patienten mit Hormonrezeptor-negativer Erkrankung waren nach zehn Jahren 41 % nicht mehr krankheitsfrei. Während nur 20 % der Patienten mit nodal-negativer Erkrankung nach zehn Jahren ein DFS-Ereignis erlitten hatten, waren 25 % der Patienten mit 1-3 befallenen Lymphknoten und 45 % der Patienten mit vier und mehr befallenen Lymphknoten nicht mehr krankheitsfrei. (51)

Die gemeinsam ausgewerteten amerikanischen Studien **NSABP B31** und **NCCTG N9831** zeigten nach einer medianen Nachbeobachtungszeit von zwei Jahren für die Kombination aus adjuvanter Chemotherapie und adjuvanter einjähriger Behandlung mit Trastuzumab Roche gegenüber der alleinigen adjuvanten Chemotherapie signifikante Vorteile für krankheitsfreies Überleben (HR = 0,48; 95 % KI [0,39; 0,59];  $p < 0,0001$ ) und Gesamtüberleben (HR = 0,67; 95 % KI [0,48; 0,93];  $p = 0,015$ ). (52) Nach 8,4 Jahren medianer Nachbeobachtungszeit hatten sich die Unterschiede für DFS (HR = 0,60, 95 % KI [0,53; 0,68];  $p < 0,001$ ) und OS (HR = 0,63; 95 % KI [0,54; 0,73];  $p < 0,001$ ) gegenüber dem Vergleichsarm bestätigt. (54)

Auch hier waren trotz der guten Ergebnisse 26,3 % der Patienten nach zehn Jahren nicht mehr krankheitsfrei und 51 % davon hatten als erstes Rezidiv Fernmetastasen. Von den Patienten mit höherem Rezidivrisiko, wie denen mit Hormonrezeptor-negativer Erkrankung, hatten nach zehn Jahren sogar 29,1 % ein DFS-Ereignis erlitten. Von den Patienten mit 4-9 befallenen Lymphknoten waren nach zehn Jahren ebenfalls 29 % nicht mehr krankheitsfrei, von den Patienten mit zehn und mehr befallenen Lymphknoten sogar 37,6 %. (54)

In der internationalen Studie **BCIRG 006** wurde das Anthrazyklin-haltige AC-T-Regime (Adriamycin [Doxorubicin], Cyclophosphamid, Taxan) und das Anthrazyklin-freie Regime TCH (Taxan [Docetaxel], Carboplatin, Herceptin [Trastuzumab Roche]), beide in Kombination mit einjähriger adjuvanter Therapie mit Trastuzumab Roche mit alleiniger adjuvanter Chemotherapie mit AC-T verglichen.

Bereits bei der ersten geplanten Interimsanalyse nach 322 DFS-Ereignissen zeigte sich für beide Trastuzumab Roche-Arme ein signifikanter DFS-Vorteil. Nach einer medianen Nachbeobachtungszeit von 65 Monaten und 656 DFS-Ereignissen lagen für beide Trastuzumab Roche-Arme signifikante Vorteile hinsichtlich DFS (AC-T plus Herceptin (Trastuzumab Roche) [AC-TH] HR = 0,64;  $p < 0,001$ ; TCH HR = 0,75;  $p = 0,04$ ) und OS (AC-TH HR = 0,63;  $p < 0,001$ ; TCH HR = 0,77;  $p = 0,04$ ) gegenüber dem Kontrollarm ohne Trastuzumab Roche vor. (56) Nach einer medianen Nachbeobachtung von 10,3 Jahren bestätigten sich die Vorteile für DFS (AC-TH HR = 0,72; 95 % KI [0,61; 0,85];  $p < 0,0001$ ;

TCH HR = 0,77; 95 % KI [0,65; 0,90];  $p < 0,001$ ) und OS (AC-TH HR = 0,64; 95 % KI [0,52; 0,79];  $p < 0,001$ ; TCH HR = 0,76; 95 % KI [0,62; 0,93];  $p < 0,0081$ ).

Dabei waren nach zehn Jahren 25,4 % (AC-TH) bzw. 27 % (TCH) der Patienten nicht mehr krankheitsfrei. [60] Auch hier waren 59 % (AC-TH) bzw. 66 % (TCH) der DFS-Ereignisse Fernmetastasen. [87] Wieder waren die Ergebnisse deutlich schlechter für Patienten mit hohem Rezidivrisiko: 31,4 % (AC-TH) bzw. 31,6 % (TCH) der Patienten mit nodal-positiver Erkrankung waren nach zehn Jahren nicht mehr krankheitsfrei. (57)

In allen pivotalen adjuvanten Trastuzumab Roche-Studien war das krankheitsfreie Überleben ein verlässlicher Endpunkt zur Beurteilung des Effekts der adjuvanten Trastuzumab Roche-Therapie. Der zuerst aufgetretene signifikante Vorteil im krankheitsfreien Überleben manifestierte sich nach längerer Nachbeobachtung auch in einem signifikanten Überlebensvorteil. (49, 51, 52, 54, 56, 57) Die Ergebnisse zeigen, dass die Einführung der adjuvanten Anti-HER2-Therapie mit Trastuzumab Roche die Prognose von Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs dramatisch verbessert hat.

Die Weiterentwicklung von Trastuzumab Roche zur intravenösen Gabe (Herceptin®) auf eine subkutane Applikationsform von Trastuzumab Roche (Herceptin® s.c.) mit Zulassung im Jahr 2013 bietet eine Flexibilisierung der Therapie des HER2-positiven Brustkrebs. Trastuzumab Roche in der subkutanen Anwendung ist bio- und wirkäquivalent zur intravenösen Applikationsform und bietet eine Alternative für Arzt und Patienten. (88)

Nach wie vor gibt es im adjuvanten Anwendungsgebiet einen relevanten therapeutischen Bedarf. Jeder dritte Patient mit HER2-positivem frühem Brustkrebs erleidet nach zehn Jahren trotz adjuvanter Standardtherapie mit Trastuzumab Roche ein DFS-Ereignis. Damit sind die Patienten nicht mehr krankheitsfrei und benötigen eine zumeist palliative Therapie und werden mit hoher Wahrscheinlichkeit an Brustkrebs versterben. Zwei Drittel der Patienten entwickelten sogar ein Fernrezidiv als erstes Rezidiv. Patienten mit nodal-positiver oder Hormonrezeptor-negativer Erkrankung hatten dabei ein besonders hohes Rezidivrisiko. (51, 54, 57)

Das Wiederauftreten der Erkrankung in Form eines Rezidivs nach einer adjuvanten Therapie bedeutet, dass der Versuch der Heilung durch den kurativen Therapieansatz nicht erfolgreich war. Bei einem lokalen oder lokoregionären Rezidiv besteht zwar gegebenenfalls weiterhin eine kurative Therapieoption, die Heilungsaussichten sind jedoch bereits deutlich geringer als in der Primärsituation. Außerdem handelt es sich bei den notwendigen Therapiemaßnahmen um Interventionen, welche die Patienten in erheblichem Ausmaß belasten (z.B. erneute Operation in Form einer Mastektomie oder einer Thoraxwandresektion sowie Strahlentherapie). (2)

Bei einem Fernrezidiv, also bei Auftreten von Metastasen, werden nachfolgende Therapien nicht mehr zu einer Heilung führen, sondern haben das Ziel, das Gesamtüberleben zu verlängern. Der Patient wird mit hoher Wahrscheinlichkeit an Brustkrebs versterben. (2) Das zeigt sich auch in den Zulassungsstudien von Trastuzumab Roche. Zehn Jahre nach adjuvanter Therapie mit Trastuzumab Roche hatte etwa jeder fünfte Patient als erstes Rezidiv Fern-

metastasen erlitten. Innerhalb von zehn Jahren starben bis zu 19 % der Patienten trotz adjuvanter Standardtherapie mit Trastuzumab Roche. (51, 54, 57) Der Anteil der brustkrebsbedingten Todesfälle (bezogen auf die Gesamtzahl an Todesfällen in den Therapiearmen der jeweiligen Safety-Population) betrug in den Studien NCCTG 9831/ NSABP B-31 72 % bei einer medianen Nachbeobachtungszeit von 8,3 Jahren, in der Studie BCIRG 006 83 % bei einer medianen Nachbeobachtungszeit von 10,3 Jahren und in der HERA-Studie 91 % bei einer medianen Nachbeobachtungszeit von 11,0 Jahren. (89)

### **Die duale Blockade mit Trastuzumab Roche und Pertuzumab Roche**

Die duale Antikörpertherapie mit Trastuzumab Roche und dem HER2-Dimerisierungsinhibitor Pertuzumab Roche ermöglicht aufgrund ihrer komplementären Wirkung eine effektivere Behandlung von Patienten mit HER2-positivem Brustkrebs als mit Trastuzumab Roche alleine. Da beide Anti-HER2-Antikörper sich in ihrer Wirkung ergänzen, erreichen sie zusammen eine effektivere Blockade HER2-abhängiger und für die Tumorprogression wichtiger Signalkaskaden als Trastuzumab Roche alleine. (70, 87, 90) Das konnte *in vitro*, *in vivo* und in Phase II-Studien beim Mammakarzinom gezeigt werden. (45, 91–96)

In der APHINITY Studie, welche zur Zulassung von Pertuzumab Roche in der Adjuvanz geführt hat, konnte durch die adjuvante Behandlung mit Pertuzumab Roche und Trastuzumab Roche in Kombination mit der Standardchemotherapie das Risiko für ein Rezidiv, d.h. für ein invasiv-krankheitsfreies Überleben oder DFS-Ereignis, im Vergleich zur Standardtherapie mit Trastuzumab Roche in Kombination mit einer Chemotherapie signifikant gesenkt werden. Insbesondere Patienten mit hohem Rezidivrisiko profitierten von der adjuvanten Therapie mit Pertuzumab Roche und Trastuzumab Roche. (97) Die duale Blockade des HER2-Rezeptors mit Trastuzumab Roche und Pertuzumab Roche in Kombination mit einer Chemotherapie kann Patienten mit hohem Rezidivrisiko in der adjuvanten Behandlung ein Überleben ohne Rezidive ermöglichen. Sie ist für dieses Patientenkollektiv der Gabe von Trastuzumab Roche alleine in Kombination mit einer Chemotherapie überlegen. Das Ausmaß der mit Pertuzumab Roche erreichten Risikoreduktion entspricht dabei dem anderer adjuvanter Therapien, wie Anthrazyklinen und Taxanen, wodurch diese zu allgemein akzeptierten adjuvanten Therapiestandards wurden.

Inzwischen wurde die Empfehlung zur dualen Therapie aus Pertuzumab plus Trastuzumab in Kombination mit Chemotherapie in der adjuvanten Behandlung von Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko auch in zahlreichen führenden nationalen sowie internationalen Leitlinien aufgenommen und vom G-BA mit einem Hinweis auf einen geringen Zusatznutzen bewertet. So spricht sich die Leitlinie der AGO für die Kombination aus Pertuzumab und Trastuzumab bei nodal-positiven Patienten aus (LoE 1b, GR B, AGO +), ferner empfiehlt die DGHO ebenfalls die duale Rezeptorblockade bei HER2-positiven Patienten mit Verweis auf die Verbesserung des Endpunktes iDFS im Vergleich zur alleinigen HER2-Blockade mit Trastuzumab in Kombination mit Chemotherapie. (2, 19) Auch die NCCN-Leitlinie empfiehlt die Kombination aus Pertuzumab und Trastuzumab bei nodal-positiven Patienten (2A) unabhängig vom Hormonrezeptorstatus. (64) Die European Society for Medical Oncology spricht eine Empfehlung (I, A, ESMO-MCBS v1.1 score: B) für die

duale Rezeptor-Blockade bei Hochrisiko-Patienten (N+ oder HR-) aus. (29) Das Experten-Panel der ASCO spricht sich ferner in seinen Empfehlungen von 2018 für die Hinzunahme von Pertuzumab zu Trastuzumab und Chemotherapie bei nodal-positiven Patienten in der adjuvanten Therapie aus (Evidence quality: high, Strength of recommendation: moderate). (98)

Mit Pertuzumab Roche in Kombination mit Trastuzumab Roche steht nun eine therapeutische Option zur Verfügung, die – unabhängig von der Darreichungsform – die Prognose von Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs deutlich verbessert.

Die Weiterentwicklung der neu zugelassenen Pertuzumab/Trastuzumab Fixdosiskombination zur subkutanen Gabe (PH FDC s.c.) bedeutet eine Verringerung der Belastung durch die Behandlung in Form einer Zeit- und Ressourceneinsparung sowohl für die Patienten als auch für das medizinische Fachpersonal. (65) Die Verabreichung erfolgt innerhalb von fünf bis acht Minuten mit einer Nachbeobachtungszeit von 15-30 Minuten. (65) Gemäß Fachinformation dauert die intravenöse Gabe von Pertuzumab und Trastuzumab insgesamt mit Infusions- und Nachbeobachtungszeit zwischen 3,5 bis 9,5 Stunden (Initial- bzw. Erhaltungsdosis). (66) Somit reduziert sich insbesondere die zeitliche Belastung für die Patienten und damit auch die Aufenthaltsdauer in der medizinischen Einrichtung. Für die Klinik oder Praxis bedeutet dies eine geringere Inanspruchnahme der Praxisressourcen im Sinne der Raumbelastung, aber auch der zeitlichen Inanspruchnahme des medizinischen Fachpersonals.

Bei PH FDC s.c. handelt es sich um eine gebrauchsfertige Lösung zur subkutanen Applikation. Aufgrund der Fixdosiskombination entsteht kein Verwurf. Die subkutane Darreichungsform ermöglicht die Gabe der Anti-HER2-Therapie auch dann, wenn eine intravenöse Gabe aufgrund schwer zugänglicher Venen erschwert ist oder vom Patienten abgelehnt wird. Zudem lassen sich mögliche Fehlerquellen ausschließen, wie sie bei der intravenösen Gabe zweier unterschiedlicher Medikamente, z.B. bei Berechnung der individuellen Dosierung oder durch Verwechslungsgefahr der Ampullen/ Infusionslösungen, entstehen können.

Die subkutan verabreichte Fixdosiskombination aus Pertuzumab Roche und Trastuzumab Roche ist bio- und wirkäquivalent zu der intravenös verabreichten freien Kombination dieser beiden Wirkstoffe, wie anhand der Studie FeDeriCa belegt wurde (Details Modul 4C Anhang 4-G). (99) Sie bietet eine Behandlungsalternative zur i.v.-Applikation. Eine Studie zur Patientenpräferenz mit 160 Patienten bestätigt die hohe Akzeptanz für die subkutane Applikationsform. (100) In dieser Studie haben 85 % der Patienten PH FDC s.c. gegenüber der freien i.v.-Kombination vorgezogen. Die Patienten der Studie gaben an, die PH FDC s.c. zu bevorzugen, da sie durch die subkutane Applikation weniger Zeit in der Klinik verbringen müssen und weil die s.c.-Administration für die Patienten komfortabler ist. Weitere Gründe waren eine geringere emotionale Belastung durch die s.c.-Applikation und geringere Schmerzen an der Injektionsstelle. Die Mehrheit der Patienten gab an, durch die PH FDC s.c. Zeit gewonnen zu haben. (100) Diese Weiterentwicklung trägt ferner dem zunehmenden Bedarf zur Flexibilisierung und Optimierung der Abläufe im klinischen Alltag Rechnung.

### 3.2.3 Prävalenz und Inzidenz der Erkrankung in Deutschland

Geben Sie eine Schätzung für die Prävalenz und Inzidenz der Erkrankung bzw. der Stadien der Erkrankung in Deutschland an, für die das Arzneimittel laut Fachinformation zugelassen ist. Geben Sie dabei jeweils einen üblichen Populationsbezug und zeitlichen Bezug (z.B. Inzidenz pro Jahr, Perioden- oder Punktprävalenz, jeweils mit Bezugsjahr) an. Bei Vorliegen alters- oder geschlechtsspezifischer Unterschiede oder von Unterschieden in anderen Gruppen sollen die Angaben auch für Altersgruppen, Geschlecht bzw. andere Gruppen getrennt gemacht werden. Weiterhin sind Angaben zur Unsicherheit der Schätzung erforderlich. Verwenden Sie hierzu eine tabellarische Darstellung. Begründen Sie Ihre Aussagen durch Angabe von Quellen. Bitte beachten Sie hierzu auch die weiteren Hinweise unter Kapitel 3.2.6 Beschreibung der Informationsbeschaffung für Abschnitt 3.2.

Das hier zu bewertende Anwendungsgebiet von Pertuzumab/Trastuzumab Fixdosiskombination zur subkutanen Gabe (PH FDC s.c.) bei HER2-positivem frühem Brustkrebs lautet:

„Brustkrebs im Frühstadium (*early breast cancer – EBC*)

Phesgo ist zur Anwendung in Kombination mit Chemotherapie indiziert zur:

- [...]
- adjuvanten Behandlung von erwachsenen Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko (siehe Abschnitt 5.1)“. (65)

In Abschnitt 5.1 der Fachinformation sind Patienten mit hohem Rezidivrisiko im vorgesehenen Anwendungsgebiet definiert als solche mit Nodal-positiver (N+) oder Hormonrezeptor-negativer (HR-) Erkrankung.

Das Behandlungsziel bei diesen Patienten ist kurativ. Patienten mit Fernmetastasen (M1) sind nicht Teil des Anwendungsgebietes, sie werden palliativ behandelt. Diese Definition folgt der S3-Leitlinie, welche die lokoregionär begrenzte Primärerkrankung von der rezidierten und metastasierten Erkrankung abgrenzt. (2) Sie definiert frühen Brustkrebs über die im Grundsatz kurative Zielsetzung des primären Behandlungskonzepts, welches sowohl die neoadjuvante als auch die adjuvante Therapie umfasst.

Entsprechend dieser Einteilung umfasst das Anwendungsgebiet von PH FDC s.c. in der adjuvanten Brustkrebstherapie alle Patienten mit HER2-positivem und nicht fernmetastasiertem Brustkrebs, die für eine adjuvante Anti-HER2-Therapie in Frage kommen. Weiterhin beschränkt sich das Anwendungsgebiet auf Patienten mit hohem Rezidivrisiko, definiert als nodal-positiv oder Hormonrezeptor-negativ. Dies entspricht TNM N1-3 oder N0 mit HR-. (65)

Für das zu bewertende Anwendungsgebiet liegen für Deutschland keine epidemiologischen Daten vor. Daher wurden die Angaben zur Inzidenz, Prävalenz und Mortalität zunächst für alle Patienten mit Brustkrebs dargestellt und ein epidemiologisches Modell für die Berechnung der

Zielpopulation herangezogen. Für diese Berechnungen wurden ergänzende Quellen und Annahmen berücksichtigt.

Für die Abschätzung der Zielpopulation im epidemiologischen Modell wurde die finale Schätzgröße auf die nächste ganze Zahl aufgerundet. Für vorhergehende Schritte wurde mit präzisen Zahlen gerechnet. Abweichungen in den im Folgenden dargestellten Berechnungen ergeben sich daher aufgrund von Rundungen zum jeweiligen Zwischenschritt.

Allen Darstellungen und Berechnungen wurden die zum Stand September 2020 aktuellsten verfügbaren Daten zugrunde gelegt.

Folgende grundsätzliche Vereinfachungen wurden für das Modell getroffen:

- Das vorliegende Anwendungsgebiet umfasst erwachsene Patienten. Da auf Basis altersspezifischer Inzidenzen die Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit Brustkrebs mit weniger als 0,1 % vernachlässigbar gering ist, wurden diese nicht herausgerechnet. (101, 102)
- Das Anwendungsgebiet umfasst sowohl Frauen als auch Männer, weswegen für die Berechnung der Größe der Zielpopulation sowohl Frauen als auch Männer berücksichtigt wurden. Allerdings erkranken Männer sehr selten an Brustkrebs; so wurden im Jahr 2016 in Deutschland insgesamt 710 Neudiagnosen verzeichnet. (3) Dies entspricht weniger als 1 % aller Brustkrebs-Neuerkrankungen. Daher wurden Angaben der männlichen Patienten zur Inzidenz, Prävalenz und Mortalität im Folgenden nicht detailliert beschrieben.
- Es wird von einer HER2-Testrate von 100 % ausgegangen.
- Im epidemiologischen Modell wurde angenommen, dass alle Patienten, für die eine neoadjuvante Therapie indiziert ist, eine solche auch bekommen (siehe Modul 3 B).
- Die Berechnungen im Modell wurden mit exakten Zahlen durchgeführt. Bei den dargestellten Werten handelt es sich um gerundete Zahlen. Daher addieren sich die dargestellten gerundeten Werte nicht immer zur Gesamtzahl auf.

### **Prävalenz des Brustkrebses**

Die Darstellung in der folgenden Tabelle beschreibt die 5-Jahres-Prävalenz der Jahre 2015 - 2016. Einzelne Stadien wurden dabei nicht berücksichtigt. Gemäß der Datenbank des Zentrums für Krebsregisterdaten (ZfKD) des RKI lag die 5-Jahres-Prävalenz für Brustkrebs (Anzahl der lebenden Patienten, deren Diagnose fünf Jahre oder weniger zurückliegt) in Deutschland Ende 2016 bei ca. 313.514 erkrankten Frauen (Datenbankstand: Dezember 2019). (3)

Insgesamt wurde bei Frauen von 2015 bis 2016 eine leichte Abnahme der 5-Jahres-Prävalenz beobachtet (Tabelle 3-4; letzten verfügbaren 2 Jahre).

Tabelle 3-4: Altersgruppenspezifische 5-Jahres-Prävalenzen für die Jahre 2015 - 2016

Altersgruppen	2015		2016	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
0 – 44	23.408	69	22.818	69
45 – 54	63.148	227	62.563	228
55 – 64	73.862	458	73.295	473
65 – 74	75.032	763	72.240	757
75 +	81.632	1.040	82.598	1.088
5-Jahres-Prävalenz	317.082	2.557	313.514	2.615

Quelle: RKI Datenbankabfrage zur Prävalenz (Datenbankstand: Dezember 2019) (103)  
RKI: Robert Koch-Institut

### Inzidenz des Brustkrebs

Das RKI verzeichnete ca. 68.950 Brustkrebsneuerkrankungen bei Frauen im Jahr 2016 (Tabelle 3-5). Die aktuell zur Verfügung stehende Prognose des RKI (letzte Inzidenzzahlen von 2016) geht für das Jahr 2020 von 69.700 Neuerkrankungen bei Frauen aus. (3)

Das mittlere Erkrankungsalter von Brustkrebspatienten lag im Jahr 2016 bei Frauen im Alter von 64 Jahren und bei Männern im Alter von 72 Jahren (Tabelle 3-5). Die Altersgruppen ab 65 Jahren waren am stärksten von Brustkrebsneuerkrankungen betroffen. (101, 102)

Nach Einführung des Mammographie-Screenings zwischen 2005 und 2009 sind die Erkrankungsraten in Deutschland zunächst sprunghaft angestiegen und nach einem zwischenzeitlichen Gipfel seitdem leicht rückläufig. Dies ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass in der ersten Phase des Screening-Programms Tumore früher entdeckt wurden. (3)

Tabelle 3-5: Epidemiologische Maßzahlen für Deutschland, ICD-10 C50 für das Jahr 2016 (3)

Neuerkrankung	Frauen	Männer
Absolute Zahl	68.950	710
Mittleres Erkrankungsalter	64	72
Prognose für 2020 (absolute Zahl)	69.700 <sup>1</sup>	750

<sup>1</sup> unter der Annahme gleichbleibender Erkrankungsraten für Frauen zwischen 50 und 74 Jahren ab 2014  
ICD: International Classification of Diseases

### **Detaillierte Angaben zum epidemiologischen Modell**

Da für die Ableitung der Patientenzahl im Anwendungsgebiet des vorliegenden Moduls keine direkten Zahlen vorliegen, wurde seitens Roche ein epidemiologisches Modell entwickelt. Prävalenzdaten sind zur Berechnung der Zielpopulation nicht geeignet, da es sich im Anwendungsgebiet von PH FDC s.c. in der Adjuvant um neu diagnostizierte Patienten handelt, die nach der Diagnose adjuvant therapiert werden. Da die meisten Patienten mit frühem Brustkrebs nicht unmittelbar an ihrer Erkrankung versterben, können auch auf Basis von Mortalitätsdaten keine Rückschlüsse auf die frühen Stadien der Erkrankung gezogen werden.

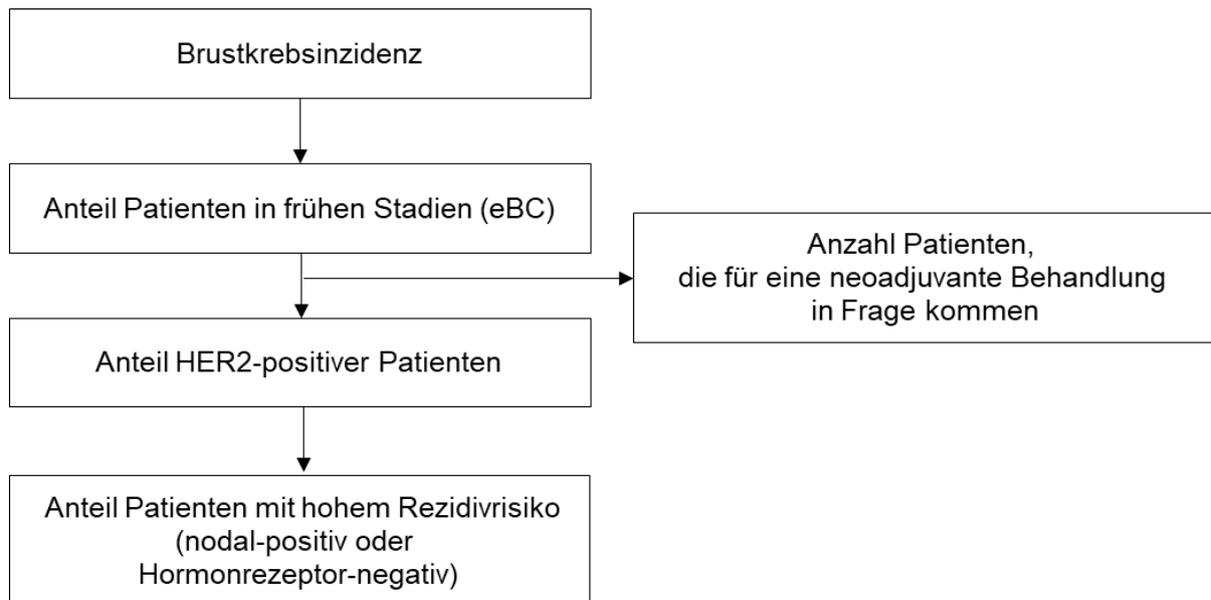
Die aktuell verfügbaren Inzidenzzahlen des RKI reichen nur bis zum Jahr 2016. Eine Prognose seitens des RKI liegt aktuell nur bis zum Jahr 2020 (letzte Inzidenzzahlen von 2016) vor (siehe Tabelle 3-5). Zur Berechnung der Zielpopulation wurde deshalb ein epidemiologisches Modell auf Basis von Inzidenzdaten erstellt. (101)

Das epidemiologische Modell umfasst folgende Schritte (siehe Abbildung 4)

Berechnung/ Prognose der Brustkrebsinzidenz

- 1) Berechnung des Anteils an Brustkrebspatienten in den relevanten (d.h. frühen) Stadien des Anwendungsgebietes
- 2) Abzug der Patienten, die für eine neoadjuvante Behandlung in Frage kommen, von der Gesamtzahl an Patienten mit frühem Brustkrebs
- 3) Berechnung des Anteils HER2-positiver Patienten in den frühen Stadien
- 4) Berechnung des Anteils an Patienten mit hohem Rezidivrisiko (definiert als nodal-positiv oder Hormonrezeptor-negativ)

Im Folgenden wurde aus allen Schritten der plausibelste Wert der Populationsgröße berechnet. Im Anschluss wurde jeweils eine Unter- und Obergrenze dargestellt, um der Unsicherheit der gewählten Parameter Rechnung zu tragen (siehe auch Tabelle 3-6).



eBC: early breast cancer; HER2: Humaner epidermaler Wachstumsfaktorrezeptor-2

Abbildung 4: Flussdiagramm zur Übersicht der einzelnen Schritte des epidemiologischen Modells

### Ad (1) Anzahl der Brustkrebs-Neuerkrankungen

Für die Bevölkerungszahlen bis 2019 wurde der fortgeschriebene Bevölkerungsstand des Statistischen Bundesamtes verwendet. Bis 2010 basieren die Daten auf dem Zensus BRD (Bundesrepublik Deutschland) 1987 und DDR (Deutsche Demokratische Republik) 1990, ab 2011 basieren die Daten auf dem Zensus 2011. Für die Prognosen ab 2020 wurde die 14. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts verwendet. (101) Hierbei wurde die Variante 6 (G1-L2-W2) mit einer niedrigen Geburtenrate, einer relativ alten Bevölkerung und einem höheren Wanderungssaldo gewählt, die den Annahmen der älteren, von RKI und Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID) verwendeten, 13. Bevölkerungsprognose Variante 4 am ehesten folgt.

Zunächst wurden die vom RKI publizierten bundesweiten geschlechts- und altersgruppen-spezifischen Inzidenzraten des Brustkrebs für die Jahre 2017 bis 2026 prognostiziert. Bei dieser Prognose der Inzidenzraten wurde der Vorgehensweise von RKI und GEKID gefolgt. (3) Die altersgruppenspezifischen Inzidenzraten der 50- bis 74-jährigen Frauen aus dem Jahr 2016 wurden somit konstant fortgeschrieben. Damit soll der transiente Effekt der Einführung des Mammographie-Screenings nicht überproportional berücksichtigt werden. Anhand einer Joinpoint Regression wurden auf Basis von altersgruppen- und geschlechtsspezifischen loglinearen Modellen aktuelle Trends im zeitlichen Verlauf der Inzidenzraten (je 100.000 Einwohner) der verbleibenden Altersgruppen der Frauen und aller Altersgruppen der Männer ermittelt. (104) Als Basisdatensatz für diese Altersgruppen dienten die Inzidenzraten der Jahre 1999 bis 2016. (101) Deren mittlere jährliche Veränderung wurde beginnend in 2017 bis ins Jahr 2026 fortgeschrieben.

Um die absolute Anzahl an Neuerkrankungsfällen zu berechnen, wurden die (extrapolierten) Inzidenzraten mit den (extrapolierten) jährlichen geschlechts- und altersgruppenspezifischen Bevölkerungszahlen multipliziert (siehe Tabelle 3-8). (101)

Anhand der Berechnungen aus dem Modell wird für das Jahr 2021 eine Anzahl von **70.447** Neuerkrankungen bei Patienten mit Brustkrebs in Deutschland erwartet (siehe Tabelle 3-8).

#### **Ad (2) Anteil der Patienten, die in einem frühen Stadium erstdiagnostiziert werden**

Eine Auswertung des Tumorregisters München (TRM) zeigt das relative Überleben für 49.519 Patienten mit Mammakarzinom (Frauen) detailliert nach pTNM aus den Diagnosejahren 1998 bis 2017. Daraus ist zu entnehmen, dass sich **92,8 %** der Patienten bei Diagnose in einem frühen Stadium der Erkrankung befinden. (15)

Somit werden für das Jahr 2021 **65.357 Patienten** mit frühem Brustkrebs ermittelt. Bei den dargestellten Werten handelt es sich um gerundete Zahlen. Daher addieren sich die dargestellten gerundeten Werte nicht immer zur Gesamtzahl auf. (101)

#### **Ad (3) Abzug der Patienten, die für eine neoadjuvante Behandlung in Frage kommen, von den gesamten Patienten mit frühem Brustkrebs**

Die Population für PH FDC s.c. in Kombination mit Chemotherapie bei erwachsenen Patienten mit frühem Brustkrebs umfasst für das Jahr 2021 **65.357 Patienten** (siehe Tabelle 3-8). Diese Patientenzahl beinhaltet sowohl neoadjuvant als auch adjuvant zu behandelnde Patienten. Für Patienten mit inflammatorischem Brustkrebs sowie mit weit fortgeschrittenem, primär inoperablem oder primär resektablem frühem Brustkrebs, bei denen eine Operation mit tumorfreien Resektionsgrenzen oder eine brusterhaltende Operation anstelle einer wegen der Tumorgroße angezeigten Mastektomie ermöglicht werden soll, ist eine neoadjuvante Therapie indiziert. (68)

Neoadjuvant mit PH FDC s.c. behandelte Patienten werden gleichzeitig im G-BA-Verfahren zu PH FDC s.c. in der Neoadjuvantanz bewertet (siehe Modul 3B). Im dortigen Modul 3B zur Neoadjuvantanz wird für das Jahr 2021 eine Zielpopulation für die PH FDC s.c. von **26.782 Patienten** mit frühem Brustkrebs (ohne Einschränkung auf HER2) ausgewiesen.

Reduziert man die Gesamtpopulation an Patienten mit frühem Brustkrebs um die Patienten, die für eine neoadjuvante Behandlung in Frage kommen, verbleiben **38.575 Patienten**, die für eine adjuvante Therapie in Frage kommen.

#### **Ad (4) Anteil an Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs**

Zur Bestimmung des Anteils an Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs wurde eine Analyse des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) aus dem Diagnosejahr 2018 herangezogen, welche 106.628 Datensätze umfasst. Daraus ist basierend auf 64.932 Patienten mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ und abgeschlossener operativer Therapie zu entnehmen, dass **13,1 %** der Patienten in einem frühen Brustkrebsstadium HER2-positiv waren. (105)

Basierend auf **38.575 Patienten** mit frühem Brustkrebs, die für eine adjuvante Behandlung in Frage kommen, wird somit für das Jahr 2021 angenommen, dass **5.061 Patienten** HER2-positiv sind.

#### **Ad (5) Anteil an Patienten mit hohem Rezidivrisiko (definiert als nodal-positiv oder Hormonrezeptor-negativ)**

Eine Auswertung der Datenbank des Nationalen Centrums für Tumorerkrankungen Heidelberg (NCT) von 6.473 Patienten mit frühem Brustkrebs aus den Dokumentationsjahren 2003 bis 2017 (darunter 719 Patienten mit HER2-positivem Brustkrebs) zeigt, dass 64,1 % der Patienten einen positiven Nodalstatus oder einen negativen Nodalstatus mit Hormonrezeptor-negativer Erkrankung aufweisen. (106) Unter der Annahme, dass diese Risikofaktoren zwischen Patienten mit neoadjuvanter und adjuvanter Therapie gleich verteilt sind und basierend auf 5.061 geschätzten Patienten, die für eine adjuvante Therapie im Jahr 2021 in Frage kommen, weisen somit **3.243 Patienten** ein hohes Rezidivrisiko auf.

Diese Patienten bilden die Zielpopulation für das zu bewertende Anwendungsgebiet für die adjuvante Behandlung mit PH FDC s.c. in Kombination mit Chemotherapie.

#### **Zusammenfassung Berechnungsweg**

Die Berechnung der Zielpopulation von PH FDC s.c. im adjuvanten Anwendungsgebiet erfolgte in mehreren Schritten: Zuerst wurde die Inzidenz des Brustkrebses im Jahr 2021 ermittelt (70.447 Patienten). Danach wurde der Anteil der Patienten mit frühem Brustkrebs berechnet (65.357 Patienten). Unter Abzug der Patienten, die für eine neoadjuvante Behandlung in Frage kommen und bereits im parallel laufenden, neoadjuvanten Verfahren von PH FDC s.c. bewertet werden, ergeben sich **38.575 Patienten**. 13,1 % der Patienten mit frühem Brustkrebs sind HER2-positiv (5.061 Patienten). 64,1 % der Patienten weisen ein hohes Rezidivrisiko (definiert als nodal-positiv oder Hormonrezeptor-negativ) auf. Somit ergeben sich **3.243 Patienten** für das adjuvante Anwendungsgebiet von PH FDC s.c..

#### **Variation der Modellparameter – Berücksichtigung von Unsicherheiten in der Berechnung**

Für einige Modellparameter finden sich in der Literatur oder in Registern unterschiedliche Werte. Das Ergebnis der Modellrechnung ist daher mit Unsicherheit behaftet. Diese Unsicherheit wird durch Modellszenarien, die eine Spannweite für die Größe der Zielpopulation angeben, quantifiziert.

Für die Modellszenarien wurden folgende Parameter in der beschriebenen Weise variiert:

- Ad (2): Anteil an Patienten, die in einem frühen Stadium erst diagnostiziert werden

Wie oben beschrieben, enthält das TRM Informationen nach pTNM zu 49.519 Patienten mit Mammakarzinom (Frauen) aus den Diagnosejahrgängen 1998 bis 2017. (15) Lediglich zu 4,2 % der Patienten fehlen Angaben zum pTNM. Damit ist diese Quelle sehr belastbar. Das TRM ist aber möglicherweise nicht repräsentativ für Gesamtdeutschland. Epidemiologische Landeskrebsregister verfügen oftmals über keine Angaben zu UICC-Stadien oder besitzen nur

Angaben zu T-Stadien und haben nicht die Aktualität der Daten des TRM. Weiterhin weisen viele Landeskrebsregister hohe Anteile an unbekanntem Stadienangaben auf, z.T. werden über 30 % der Patienten als „unbekannt“ klassifiziert. Zudem sind oft Mängel durch hohe DCO-Raten (Death Certificate Only) oder ungenügende Vollständigkeit festzustellen. Daher sind die Daten von epidemiologischen Landeskrebsregistern nicht zur Auswertung der Stadienverteilung geeignet. (15, 107–115) Die Spanne von 90,0 - 94,0 %, welche sich aus den Berichten der ausgewählten Landeskrebsregister ergeben, sind mit dem TRM vergleichbar (unter Betrachtung der jeweils letzten verfügbaren Jahresberichte). Dies wird somit als Unter- bzw. Obergrenze für diesen Parameter verwendet. Berücksichtigt wurden das Gemeinsame Krebsregister (GKR) der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen, das Krebsregister Schleswig-Holstein, das Bremer Krebsregister, das hamburgische Krebsregister, Krebsregister Baden-Württemberg und das Hessische Krebsregister. (101)

- Ad (3): Abzug der Patienten, die für eine neoadjuvante Behandlung in Frage kommen, von der Gesamtzahl an Patienten mit frühem Brustkrebs (siehe Modul 3B zu diesem Verfahren)

Um die Ober- und Untergrenze für die minimale bzw. maximale Patientenpopulation, die für eine adjuvante Behandlung in Frage kommt, zu bestimmen, wurde für die Berechnung der Ober- bzw. Untergrenze, die jeweilige Ober- bzw. Untergrenze aus dem Modell für die Neoadjuvanz aus dem parallel eingereichten Dossier zur neoadjuvanten Behandlung abgezogen.

- Ad (4): Anteil an Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs

Eine weitere Auswertung des TRM zu molekularen Subtypen mit weniger Patienten (32.450 aus den Diagnosejahren 2004 - 2015) zeigt einen HER2-positiven Anteil bei Patienten mit M0 von 13,9 %. Die Jahresberichte von Landeskrebsregistern zeigen keine Auswertungen zum HER2-Status. Eine von Roche durchgeführte Biomarker-Studie mit insgesamt 15.332 analysierten Patienten aus Deutschland zeigt, dass der Anteil HER2-positiver Patienten ohne Fernmetastasen in Deutschland 12,1 % beträgt. Als Untergrenze wird somit 12,1 % gewählt und als Obergrenze 13,9 %. (101, 116, 117)

- Ad (5): Anteil an Patienten mit hohem Rezidivrisiko (definiert als nodal-positiv oder Hormonrezeptor-negativ)

Eine von Roche durchgeführte Biomarker-Studie mit insgesamt 15.332 analysierten Patienten aus Deutschland aus den Jahren 2013 und 2014 (darunter 155 Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs) zeigt, dass 52,9 % der Patienten einen positiven Nodalstatus oder einen negativen Nodalstatus mit Hormonrezeptor-negativer Erkrankung aufweisen. (116) Diese Studie weist deutlich weniger Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs aus, als die Datenbank des NCT Heidelbergs und ist somit weniger belastbar. Dieser Wert wird daher als Untergrenze verwendet. Mangels alternativer belastbarer Quellen wird die Obergrenze nicht variiert.

Zur Berechnung der geschätzten Ober- und Untergrenze der Zielpopulation der PH FDC s.c. für das adjuvante Anwendungsgebiet wurden die Werte der jeweiligen Parameter wie oben beschrieben variiert. In Tabelle 3-6 sind die Werte zusammenfassend dargestellt:

Tabelle 3-6: Unsicherheitsspanne der Größe der PH FDC s.c.-Zielpopulation

Parameter	Punktschätzer (plausibelster Wert)	Alternative Annahmen	Kommentierung
Ad (1) Berechnung der Anzahl an Brustkrebs-Neuerkrankungen und der Prognose			
Inzidenz/ Prognose	70.447 im Jahr 2021	keine	Sowohl die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID) als auch das RKI lieferten zum Zeitpunkt der Modellerstellung aktuelle Zahlen (bis 2016). Die Zahlen unterscheiden sich nur geringfügig.
Ad (2) Berechnung des Anteils der Patienten mit frühem Brustkrebs			
Frühe Brustkrebsstadien (T1, T2, T3, T4, M0 oder UICC I, II, III)	92,8 % (15)	90,0 – 94,0 % (101)	Das TRM weist hohe Patientenzahlen über einen sehr langen und auch aktuellen Zeitraum auf und wurde zur Ermittlung des belastbarsten Wertes verwendet. Mit den Anteilen aus verschiedenen epidemiologischen Landeskrebsregistern in Deutschland wird eine Ober- und Untergrenze gebildet.
Ad (3) Abzug der Patienten, die für eine neoadjuvante Behandlung in Frage kommen, von den gesamten Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs (siehe Modul 3B dieses Verfahrens)			
Anzahl Patienten	26.782	UG: 25.374 OG: 28.191	Um die Ober- und Untergrenze für die maximale bzw. minimale Patientenpopulation, die für eine adjuvante Behandlung in Frage kommt, zu bestimmen, wurde die jeweilige Ober- bzw. Untergrenze aus dem Modell für die Neoadjuvanz aus dem parallel eingereichten Modul 3 B zur neoadjuvanten Behandlung abgezogen.
Ad (4) Berechnung des Anteils der Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs			
Anteil HER2-positiver Patienten	13,1 % (105)	12,1 – 13,9 % (116, 117)	Der Bericht des IQTIG weist hohe Patientenzahlen über einen sehr aktuellen Zeitraum auf und wurde zur Ermittlung des belastbarsten Wertes verwendet. Mit den Anteilen aus einer weiteren Auswertung des TRM mit weniger Patienten und einer Biomarker-Studie mit ebenfalls weniger Patienten wird eine Ober- und Untergrenze gebildet.
Ad (5) Berechnung des Anteils der Patienten mit hohem Rezidivrisiko (definiert als nodal-positiv oder Hormonrezeptor-negativ)			
Anzahl mit hohem Rezidivrisiko	64,1 % (106)	UG: 52,9 % (116) OG: keine	Die Auswertung des NCT Heidelberg-Datenbank wurde zur Ermittlung des belastbarsten Wertes verwendet. Die Biomarker-Studie mit weniger Patienten wird genutzt, um eine Untergrenze zu bilden. Die Obergrenze wird nicht variiert.

Parameter	Punktschätzer (plausibelster Wert)	Alternative Annahmen	Kommentierung
GEKID: Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland; HER2: Humaner epidermaler Wachstumsfaktorrezeptor-2; IQTIG: Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen; NCT: Nationalen Centrusms für Tumorerkrankungen Heidelberg; OG: Obergrenze; RKI: Robert Koch-Institut; TRM: Tumorregister München; UICC: Union Internationale Contre le Cancer; UG: Untergrenze			

Tabelle 3-7: Resultierende Unsicherheitsspannen der Größe der PH FDC s.c.-Zielpopulation für die adjuvante Behandlung

Schätzung	Resultierende Prognose der Zielpopulation 2021
Obergrenze	3.640
Punktschätzer (plausibelster Wert)	3.243
Untergrenze	2.245

Damit ergibt sich für die Population der Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko (definiert als nodal-positiv oder Hormonrezeptor-negativ), die im Jahr 2021 für eine adjuvante Behandlung mit PH FDC s.c. in Frage kommen, einen plausibelsten Wert von **3.243** Patienten mit einer geschätzten Ober- bzw. Untergrenze von 3.640 bzw. 2.245 Patienten in Deutschland (siehe Tabelle 3-5).

### Fazit

Die Gesamtpopulation der Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko (definiert als nodal-positiv oder Hormonrezeptor-negativ), die im Jahr 2021 für eine adjuvante Behandlung mit PH FDC s.c. in Frage kommen, beträgt **3.243** Patienten. Die Angabe ist belastbar und stellt in der Tendenz jedoch eine leichte Überschätzung dar, da im epidemiologischen Modell angenommen wird, dass alle Patienten, für die eine neoadjuvante Therapie indiziert ist, eine solche auch bekommen. Der existierenden Unsicherheit wurde mit der Darstellung einer Spanne Rechnung getragen. Eine Beschreibung der Berechnung des epidemiologischen Modells ist in einer Excel Tabelle als Quelle hinterlegt. (101)

Tabelle 3-8: Geschätzte Entwicklung der Patientenzahlen in den Jahren 2021 – 2026

Jahr	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Deutsche Bevölkerung (in Tausend) <sup>1</sup>	83.483	83.557	83.605	83.615	83.587	83.520
Brustkrebsinzidenz (ICD-10 C50) <sup>2</sup>	70.447	70.444	70.414	70.433	70.470	70.545
Patienten mit Brustkrebs im frühen Stadium <sup>3</sup>	65.357	65.354	65.327	65.344	65.379	65.448
Patienten mit frühem Brustkrebs, die für eine adjuvante Behandlung in Frage kommen <sup>4</sup>	38.575	38.573	38.557	38.567	38.588	38.628
Davon HER2-positive Patienten <sup>5</sup>	5.061	5.061	5.059	5.060	5.063	5.068

Jahr	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko, die für eine adjuvante Behandlung in Frage kommen <sup>6</sup>	3.243	3.243	3.241	3.242	3.244	3.247
Zielpopulation: Erwachsene Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko (definiert als nodal-positiv oder Hormonrezeptor-negativ), die für eine adjuvante Behandlung mit PH FDC s.c. und Chemotherapie in Frage kommen <sup>7</sup>	3.243 (2.245 - 3.640)	3.243 (2.245 - 3.640)	3.241 (2.244 - 3.638)	3.242 (2.244 - 3.639)	3.244 (2.246 - 3.641)	3.247 (2.248 - 3.645)

<sup>1</sup> Für die Bevölkerungszahlen bis 2019 wurde der fortgeschriebene Bevölkerungsstand des Statistischen Bundesamtes verwendet. Bis 2010 basieren die Daten auf dem Zensus BRD 1987 und DDR 1990; von 2011 bis 2019 basieren die Daten auf dem Zensus 2011. Für die Prognosen ab 2020 wurde die 14. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung in aktualisierter Fassung verwendet (Variante 6 G1-L2-W2). (118, 119)

<sup>2</sup> Bei dieser Prognose der Inzidenzraten wurde der Vorgehensweise des RKI gefolgt. (3) Die altersgruppenspezifischen Inzidenzraten der 50- bis 74-jährigen Frauen aus dem Jahr 2016 wurden somit konstant fortgeschrieben. Damit soll der transiente Effekt der Einführung des Mammographie-Screenings nicht überproportional berücksichtigt werden. Anhand einer Joinpoint Regression wurden auf Basis von altersgruppen- und geschlechtsspezifischen loglinearen Modellen aktuelle Trends im zeitlichen Verlauf der Inzidenzraten (je 100.000 Einwohner) der verbleibenden Altersgruppen der Frauen und alle Altersgruppen der Männer ermittelt. (104) Als Basisdatensatz für diese Altersgruppen dienten die Inzidenzraten der Jahre 1999 bis 2016. (101) Deren mittlere jährliche Veränderung wurde beginnend in 2017 bis ins Jahr 2026 fortgeschrieben. (101)

Um die absoluten Neuerkrankungsfälle zu berechnen, wurden die (extrapolierten) Inzidenzraten mit den (extrapolierten) jährlichen geschlechts- und altersgruppenspezifischen Bevölkerungszahlen multipliziert. (101)

<sup>3</sup> Laut TRM beträgt der Anteil der Neuerkrankungen in frühen Brustkrebsstadien 92,8 %. (15)

<sup>4</sup> Basierend auf den Zahlen aus dem Modul 3B zur neoadjuvanten Behandlung mit PH FDC s.c.

<sup>5</sup> Für primären Brustkrebs bzw. Brustkrebs in den relevanten Stadien wird ein Anteil von 13,1 % HER2-positiver Patienten angenommen. (105)

<sup>6</sup> Laut einer Auswertung der Datenbank des NCT beträgt der Anteil Patienten mit einem positivem Nodalstatus oder einem negativen Nodalstatus mit Hormonrezeptor-negativer Erkrankung 64,1 %. (106)

<sup>7</sup> Zielpopulation: An dieser Stelle sind sämtliche Zahlen aufgerundet. Angegeben ist der Punktschätzer sowie die geschätzte Unter-/ Obergrenze in Klammern.

Alle Rechenschritte wurden im Modell für jeden Zwischenschritt getrennt für Frauen und Männer durchgeführt, werden aber in dieser Tabelle bei jedem Zwischenschritt gerundet in Summe dargestellt. (101)

BRD: Bundesrepublik Deutschland; DDR: Deutsche Demokratische Republik; HER2: Humaner epidermaler Wachstumsfaktorrezeptor-2; ICD: International Classification of Disease; NCT: Nationalen Centrusms für Tumorerkrankungen Heidelberg; PH FDC s.c.: Pertuzumab/Trastuzumab Fixdosiskombination zur subkutanen Gabe; RKI: Robert Koch-Institut; TRM: Tumorregister München

*Geben Sie nachfolgend an, ob und, wenn ja, welche wesentlichen Änderungen hinsichtlich Prävalenz und Inzidenz der Erkrankung in Deutschland innerhalb der nächsten 5 Jahre zu erwarten sind. Verwenden Sie hierzu eine tabellarische Darstellung. Begründen Sie Ihre Aussagen durch die Angabe von Quellen.*

Auf Basis des oben beschriebenen Inzidenzmodells lässt sich die Entwicklung der Zielpopulation, die in Deutschland für die adjuvante Behandlung von erwachsenen Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko (definiert als nodal-positiv oder

Hormonrezeptor-negativ) mit PH FDC s.c. über die nächsten Jahre wie folgt schätzen (Tabelle 3-9):

Tabelle 3-9: Geschätzte Entwicklung der PH FDC s.c.-Zielpopulation für die Jahre 2021 – 2026 für das zu bewertende adjuvante Anwendungsgebiet

2021	2022	2023	2024	2025	2026
3.243 (2.245 - 3.640)	3.243 (2.245 - 3.640)	3.241 (2.244 - 3.638)	3.242 (2.244 - 3.639)	3.244 (2.246 - 3.641)	3.247 (2.248 - 3.645)
Angegeben sind der Punktschätzer sowie die geschätzte Unter-/ Obergrenze (in Klammern) der Zielpopulation. Quelle: Eine Beschreibung der Berechnung des epidemiologischen Modells ist in beigefügter Excel-Tabelle als Quelle hinterlegt (101) und in Tabelle 3-8 dargestellt. PH FDC s.c.: Pertuzumab/Trastuzumab Fixdosiskombination zur subkutanen Gabe					

### 3.2.4 Anzahl der Patienten in der Zielpopulation

Geben Sie in der nachfolgenden Tabelle 3-10 die Anzahl der Patienten in der GKV an, für die eine Behandlung mit dem zu bewertenden Arzneimittel in dem Anwendungsgebiet, auf das sich das vorliegende Dokument bezieht, gemäß Zulassung infrage kommt (Zielpopulation). Die Angaben sollen sich auf einen Jahreszeitraum beziehen. Berücksichtigen Sie auch, dass das zu bewertende Arzneimittel ggf. an bisher nicht therapierten Personen zur Anwendung kommen kann; eine lediglich auf die bisherige Behandlung begrenzte Beschreibung der Zielpopulation kann zu einer Unterschätzung der Zielpopulation führen. Bitte beachten Sie hierzu auch die weiteren Hinweise unter Kapitel 3.2.6 Beschreibung der Informationsbeschaffung für Abschnitt 3.2. Stellen Sie Ihre Berechnungen möglichst in einer Excel Tabelle dar und fügen diese als Quelle hinzu.

Generell sollen für die Bestimmung des Anteils der Versicherten in der GKV Kennzahlen der Gesetzlichen Krankenversicherung basierend auf amtlichen Mitgliederstatistiken verwendet werden ([www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)).

Tabelle 3-10: Anzahl der GKV-Patienten in der Zielpopulation

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel)	Anzahl der Patienten in der Zielpopulation (inklusive Angabe der Unsicherheit)	Anzahl der GKV-Patienten in der Zielpopulation (inklusive Angabe der Unsicherheit)
PH FDC s.c. in Kombination mit Chemotherapie	3.243 (2.245 – 3.640)	2.849 (1.972 – 3.197)
GKV: Gesetzliche Krankenversicherung; PH FDC s.c.: Pertuzumab/Trastuzumab Fixdosiskombination zur subkutanen Gabe		

Begründen Sie die Angaben in Tabelle 3-10 unter Nennung der verwendeten Quellen. Ziehen Sie dabei auch die Angaben zu Prävalenz und Inzidenz (wie oben angegeben) heran. Stellen Sie Ihre Berechnungen möglichst in einer Excel-Tabelle dar und fügen diese als Quelle hinzu. Alle

*Annahmen und Kalkulationsschritte sind darzustellen und zu begründen. Die Berechnungen müssen auf Basis dieser Angaben nachvollzogen werden können. Machen Sie auch Angaben zur Unsicherheit, z.B. Angabe einer Spanne.*

Zur Berechnung der Anzahl der Patienten in der GKV, die für eine Behandlung mit PH FDC s.c. in Frage kommen, wurde der aktuelle Jahresdurchschnitt der GK-Versicherten von 2019 durch den Bevölkerungsstand von 2019 geteilt.

Hieraus ergibt sich ein GKV-Anteil von 87,8 % (73.052.555/ 83.166.711), dessen Gültigkeit auch für die Jahre nach 2019 angenommen wird. (101, 120) Die Multiplikation des GKV-Anteils mit der Zielpopulation im Jahr 2021 ergibt die Anzahl der GK-Versicherten in der Zielpopulation im selben Jahr. Diese ist, inklusive Angabe der Unsicherheit, in Tabelle 3-10 und Tabelle 3-11 gezeigt.

Der plausibelste Wert an GKV-Patienten, die im Jahr 2021 für das vorliegende adjuvante Anwendungsgebiet in Frage kommen, beträgt somit 2.849 Patienten (siehe Tabelle 3-11).

Tabelle 3-11: Anzahl der GKV-Patienten, die für eine Therapie mit PH FDC s.c. im vorliegenden adjuvanten Anwendungsgebiet in Frage kommen, Prognose für 2021

		Anzahl Patienten
A	Brustkrebs-Neuerkrankungen	70.447
B	Davon Patienten mit Brustkrebs im frühen Stadium (92,8 % aus A)	65.357
C	Abzug Anteil aus Neoadjuvanz: B-26.782 Patienten	38.575
D	Davon HER2-positive Patienten (13,1 % aus C)	5.061
E	Davon Patienten mit hohem Rezidivrisiko (definiert als nodal-positiv oder Hormonrezeptor-negativ): D*64,1 %	3.243
F	Davon GKV-Patienten: E*87,8 %	2.849
	<b>Zielpopulation: Erwachsene GKV-Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko (definiert als nodal-positiv oder Hormonrezeptor-negativ), die für eine adjuvante Behandlung mit PH FDC s.c. und Chemotherapie in Frage kommen</b>	2.849
* Für die Abschätzung der Zielpopulation im epidemiologischen Modell wurde die finale Schätzgröße auf die nächste ganze Zahl aufgerundet. Für vorhergehende Schritte wurde mit präzisen Zahlen gerechnet. Quelle: Tabelle 3-10 GKV: Gesetzliche Krankenversicherung; HER2: Humaner epidermaler Wachstumsfaktorrezeptor-2; PH FDC s.c.: Pertuzumab/Trastuzumab Fixdosiskombination zur subkutanen Gabe		

Die Zielpopulation der PH FDC s.c. unterscheidet sich nicht von der der freien i.v.-Kombination. Damit gibt es hinsichtlich der Patientenpopulation in der Indikation keinen Unterschied im Vergleich zur freien intravenösen Kombination aus Pertuzumab Roche und Trastuzumab Roche. Es wird damit bei der Behandlung dieser Patienten lediglich zu einer Umver-

teilung von Patienten von der intravenösen Darreichungsform auf die subkutane Darreichungsform kommen. Durch die Einführung der subkutanen Darreichungsform werden keine zusätzlichen Patienten behandelt.

### 3.2.5 Angabe der Anzahl der Patienten mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen

Geben Sie in der nachfolgenden Tabelle 3-12 die Anzahl der Patienten an, für die ein therapeutisch bedeutsamer Zusatznutzen besteht, und zwar innerhalb des Anwendungsgebiets, auf das sich das vorliegende Dokument bezieht. Die hier dargestellten Patientengruppen sollen sich unmittelbar aus der Nutzenbewertung in Modul 4 ergeben. Ziehen Sie hierzu die Angaben aus Modul 4, Abschnitt 4.4.3 heran und differenzieren Sie ggf. zwischen Patientengruppen mit unterschiedlichem Ausmaß des Zusatznutzens. Fügen Sie für jede Patientengruppe eine neue Zeile ein.

Tabelle 3-12: Anzahl der Patienten, für die ein therapeutisch bedeutsamer Zusatznutzen besteht, mit Angabe des Ausmaßes des Zusatznutzens (zu bewertendes Arzneimittel)

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel)	Bezeichnung der Patientengruppe mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen	Ausmaß des Zusatznutzens	Anzahl der Patienten in der GKV
PH FDC s.c. in Kombination mit Chemotherapie	Erwachsene Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko (definiert als nodal-positiv oder Hormonrezeptor-negativ) in adjuvanter Behandlung	Beträchtlich*	2.849 (1.972 – 3.197)
* Das Ausmaß des Zusatznutzens bezieht sich auf den Vergleich von Pertuzumab Roche und Trastuzumab Roche mit Trastuzumab Roche jeweils in Kombination mit Standardchemotherapie. GKV: Gesetzliche Krankenversicherung; HER2: Humaner epidermaler Wachstumsfaktorrezeptor-2; PH FDC s.c.: Pertuzumab/Trastuzumab Fixdosiskombination zur subkutanen Gabe			

Begründen Sie die Angaben in Tabelle 3-12 unter Nennung der verwendeten Quellen. Ziehen Sie dabei auch die Angaben zu Prävalenz und Inzidenz (wie im Abschnitt 3.2.3 angegeben) heran.

Auf Basis eines epidemiologischen Modells wurden als Zielpopulation 2.849 erwachsene GKV-Patienten, die für eine Therapie mit PH FDC s.c. im Anwendungsgebiet „adjuvante Behandlung von erwachsenen Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko (definiert als nodal-positiv oder Hormonrezeptor-negativ)“ in Frage kommen, ermittelt.

Um der Varianz hinsichtlich der verschiedenen Parameter Rechnung zu tragen, wird eine entsprechende Spanne von 1.972 – 3.197 Patienten für die Größe der Patientenpopulation angegeben.

### **3.2.6 Beschreibung der Informationsbeschaffung für Abschnitt 3.2**

*Erläutern Sie das Vorgehen zur Identifikation der in den Abschnitten 3.2.1 bis 3.2.5 genannten Quellen (Informationsbeschaffung). Im Allgemeinen sollen deutsche Quellen bzw. Quellen, die über die epidemiologische Situation in Deutschland Aussagen erlauben, herangezogen werden. Weiterhin sind bevorzugt offizielle Quellen zu nutzen. Sollten keine offiziellen Quellen verfügbar sein, sind umfassende Informationen zum methodischen Vorgehen bei der Datengewinnung und Auswertung erforderlich (u. a. Konkretisierung der Fragestellung, Operationalisierungen, Beschreibung der Datenbasis [u. a. Umfang und Ursprung der Datenbasis, Erhebungsjahr/e, Ein- und Ausschlusskriterien], Patientenrekrutierung, Methode der Datenauswertung, Repräsentativität), die eine Beurteilung der Qualität und Repräsentativität der epidemiologischen Informationen erlauben. Bitte orientieren Sie sich im Falle einer Sekundärdatenanalyse an den aktuellen Fassungen der Leitlinien Gute Praxis Sekundärdatenanalyse und Guter Epidemiologischer Praxis sowie an STROSA, dem Berichtsformat für Sekundärdatenanalysen.*

*Wenn eine Recherche in offiziellen Quellen oder in bibliografischen Datenbanken durchgeführt wurde, sollen Angaben zu den Suchbegriffen, den Datenbanken/ Suchoberflächen, dem Datum der Recherche nach den üblichen Vorgaben gemacht werden. Die Ergebnisse der Recherche sollen dargestellt werden, damit nachvollziehbar ist, welche Daten bzw. Publikationen berücksichtigt bzw. aus- und eingeschlossen wurden. Sofern erforderlich, können Sie zur Beschreibung der Informationsbeschaffung weitere Quellen benennen.*

*Wenn eine (hier optionale) systematische bibliografische Literaturrecherche durchgeführt wurde, soll eine vollständige Dokumentation erfolgen. Die entsprechenden Anforderungen an die Informationsbeschaffung sollen nachfolgend analog den Vorgaben in Modul 4 (siehe Abschnitte 4.2.3.2 Bibliografische Literaturrecherche, 4.3.1.1.2 Studien aus der bibliografischen Literaturrecherche, Anhang 4-A, 4-C) umgesetzt werden.*

#### **Informationsbeschaffung zu Abschnitt 3.2.1 und 3.2.2**

Zur Darstellung der Zielpopulation und des therapeutischen Bedarfs wurde die einschlägige Fachliteratur in Form von Lehrbüchern und Leitlinien herangezogen sowie im Rahmen orientierender Recherchen in der Datenbank MEDLINE identifizierte Fachliteratur, Übersichtsarbeiten und Originalpublikationen.

#### **Informationsbeschaffung zu Abschnitt 3.2.3**

Zur Identifizierung der epidemiologischen Daten im vorliegenden Anwendungsgebiet wurden die Internetseiten der relevanten Institutionen (DKG, RKI, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen [IQWiG], G-BA, Kassenärztliche Bundesvereinigung [KBV], GEKID, Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren [ADT] und Statistisches Bundesamt) herangezogen. Soweit diese Quellen keine verwertbaren Angaben lieferten, wurde mittels manueller Suche auf die Berichte der epidemiologischen Landeskrebsregister in Deutschland zurückgegriffen.

Zur Prävalenz wurden primär die Daten des RKI verwendet, da das RKI für die vorliegende Fragestellung die valideste und in der Berichterstattung differenzierteste Quelle für Deutschland darstellt. Zur Brustkrebsinzidenz liefern sowohl das GEKID als auch das RKI die aktuellen Zahlen zur Modellerstellung (bis 2016) bei gleicher Qualität.

Daten zur Mortalität wurden beim Statistischen Bundesamt Deutschland ermittelt. (5)

### **Epidemiologisches Modell**

Für die Bevölkerungszahlen bis 2019 wurde der fortgeschriebene Bevölkerungsstand des Statistischen Bundesamtes verwendet. Bis 2010 basieren die Daten auf dem Zensus BRD 1987 und DDR 1990; von 2011 bis 2019 basieren die Daten auf dem Zensus 2011. Für die Prognosen ab 2020 wurde die 14. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung in aktualisierter Fassung verwendet (Variante 6 G1-L2-W2). (101)

Angaben zum Anteil der Patienten mit frühem Brustkrebs und zum Anteil derer mit HER2-positivem Brustkrebs wurden sowohl aus Publikationen als auch den epidemiologischen Landeskrebsregistern in Deutschland und dem Tumorregister München entnommen. (15, 101, 105, 116, 117)

Patientenzahlen zur neoadjuvanten Behandlung mit PH FDC s.c. wurden dem parallel eingereichten Dossier in der Neoadjuvanz (Modul 3B) entnommen.

Der Anteil der Patienten mit hohem Rezidivrisiko wurde einer Datenbank des NCT Heidelberg und einer von Roche durchgeführten Biomarker-Studie entnommen. (106, 116)

### **Informationsbeschaffung für Abschnitt 3.2.4 bis 3.2.5**

Auf Basis eines Inzidenzmodells mit mehreren Berechnungsschritten wurde die Anzahl der GKV-Patienten im vorliegenden Anwendungsgebiet „adjuvante Behandlung von erwachsenen Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko (definiert als nodal-positiv oder Hormonrezeptor-negativ)“ abgeleitet. (101)

Der Anteil der GKV-Patienten wurde den Statistiken des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) entnommen. (120)

### 3.2.7 Referenzliste für Abschnitt 3.2

Listen Sie nachfolgend alle Quellen (z.B. Publikationen), die Sie in den Abschnitten 3.2.1 bis 3.2.6 angegeben haben (als fortlaufend nummerierte Liste). Verwenden Sie hierzu einen allgemein gebräuchlichen Zitierstil (z.B. Vancouver oder Harvard). Geben Sie bei Fachinformationen immer den Stand des Dokuments an.

1. Harbeck N, Kiechle M, Paepke S, Schmalfeldt B. Gynäkologische Tumoren: Mammakarzinom. S. 419-438. In: Onkologie integrativ -Konventionelle und komplementäre. Elsevier, Urban & Fischer. 2006.
2. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF). S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms: Version 4.3, Februar 2020 [AWMF Registernummer: 032-045OL]. URL: [https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user\\_upload/Downloads/Leitlinien/Mammakarzinom\\_4\\_0/Version\\_4.3/LL\\_Mammakarzinom\\_Langversion\\_4.3.pdf](https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Mammakarzinom_4_0/Version_4.3/LL_Mammakarzinom_Langversion_4.3.pdf) [aufgerufen am: 06.10.2020].
3. Robert Koch-Institut (RKI). Krebs in Deutschland 2015/2016: Stand: Korrigierte Fassung vom 17.08.2020. URL: [http://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebs\\_in\\_Deutschland/kid\\_2019/krebs\\_in\\_deutschland\\_2019.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebs_in_Deutschland/kid_2019/krebs_in_deutschland_2019.pdf?__blob=publicationFile) [aufgerufen am: 17.09.2020].
4. Fentiman IS, Fourquet A, Hortobagyi GN. Male breast cancer. Lancet (London, England); 367(9510):595–604, 2006.
5. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (G-BE). Sterbefälle 2017, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert) (ab 1998). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität, ICD-10, Art der Standardisierung: Stand: 09.2019. URL: [http://www.gbe-bund.de/gbe10/express.prc\\_expr?p\\_aid=24245058&p\\_uid=gast&p\\_sprachkz=D&p\\_var=0&nummer=6&p\\_indsp=&p\\_ityp=H&p\\_hlpr=4&p\\_lfd\\_nr=2&p\\_sprache=D&p\\_news=N&p\\_janein=J](http://www.gbe-bund.de/gbe10/express.prc_expr?p_aid=24245058&p_uid=gast&p_sprachkz=D&p_var=0&nummer=6&p_indsp=&p_ityp=H&p_hlpr=4&p_lfd_nr=2&p_sprache=D&p_news=N&p_janein=J) [aufgerufen am: 06.10.2020].
6. Ellis IO, Schnitt SJ, Sastre-Garau X, Bussalotti G, Tavassoli FA. Breast Carcinoma. In: Tavassoli, F.A., Devilee, P., editors: Pathology and genetics of tumours of the breast and female genital organs. (WHO classification of tumours; Band 4) 2003: S.13-14 des Kapitels Breast Carcinoma.
7. Gray JM, Rasanayagam S, Engel C, Rizzo J. State of the evidence 2017: An update on the connection between breast cancer and the environment. Environ Health; 16(1):186, 2017. doi: 10.1186/s12940-017-0287-4.
8. Tumorzentrum München, Rühl IM, Artmann IA, Baumgärtner AK, Ditsch M, Imhoff K et al. Das hereditäre Mammakarzinom S.100-118 und Pathologie des Mammakarzinoms S 54-83. In: TZM, Janni, W., editors: Manual Mammakarzinome: Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge. Zuckschwerdt Verlag 2009, 2009.
9. van der Groep P, van der Wall E, van Diest PJ. Pathology of hereditary breast cancer. Cell Oncol (Dordr.); 34(2):71–88, 2011.

10. Possinger K, Schmid P, Schmoll HJ, Höffken K, Kreienberg J, Dunst J. Tumoren der Mamma und gynäkologische Tumoren, Mammakarzinom der Frau. S. 4215-4331. In: Kompendium Internistische Onkologie. 4. Auflage ed. Berlin Heidelberg: Springer. 2006.
11. Iwamitsu Y, Shimoda K, Abe H, Tani T, Okawa M, Buck R. Anxiety, emotional suppression, and psychological distress before and after breast cancer diagnosis. *Psychosomatics*; 46(1):19–24, 2005. doi: 10.1176/appi.psy.46.1.19.
12. Maxwell JR, Bugbee ME, Wellisch D, Shalmon A, Sayre J, Bassett LW. Imaging-Guided Core Needle Biopsy of the Breast: Study of Psychological Outcomes. *The breast journal*; 6(1):53–61, 2000.
13. McDaniel JS, Musselman DL, Porter MR, Reed DA, Nemeroff CB. Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology, and treatment. *Archives of general psychiatry*; 52(2):89–99, 1995.
14. Golden-Kreutz DM, Andersen BL. Depressive symptoms after breast cancer surgery: relationships with global, cancer-related, and life event stress. *Psycho-oncology*; 13(3):211–20, 2004. doi: 10.1002/pon.736.
15. Tumorregister München (TRM). ICD-10 C50: Mammakarzinom (Frauen). Survival: Stand: 10.01.2020. URL: [https://www.tumorregister-muenchen.de/facts/surv/sC50f\\_G-ICD-10-C50-Mammakarzinom-Frauen-Survival.pdf](https://www.tumorregister-muenchen.de/facts/surv/sC50f_G-ICD-10-C50-Mammakarzinom-Frauen-Survival.pdf) [aufgerufen am: 17.09.2020].
16. Giuliano AE, Connolly JL, Edge SB, Mittendorf EA, Rugo HS, Solin LJ et al. Breast Cancer-Major changes in the American Joint Committee on Cancer eighth edition cancer staging manual. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*; 67(4):290–303, 2017. doi: 10.3322/caac.21393.
17. Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. (DGHO). Mammakarzinom der Frau. Leitlinie: Stand: 01.2018. URL: <https://www.onkopedia.com/de/onkopedia/guidelines/mammakarzinom-der-frau/@@guideline/html/index.html> [aufgerufen am: 06.10.2020].
18. Elston CW, Ellis IO. Pathological prognostic factors in breast cancer. I. The value of histological grade in breast cancer: experience from a large study with long-term follow-up. *Histopathology*; 19(5):403–10, 1991.
19. Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e.V. (AGO). Diagnostik und Therapie früher und fortgeschrittener Mammakarzinome: Stand: 02.03.2020. URL: [https://www.ago-online.de/fileadmin/ago-online/downloads/\\_leitlinien/kommission\\_mamma/2020/Alle\\_aktuellen\\_Empfehlungen\\_2020.pdf](https://www.ago-online.de/fileadmin/ago-online/downloads/_leitlinien/kommission_mamma/2020/Alle_aktuellen_Empfehlungen_2020.pdf) [aufgerufen am: 06.10.2020].
20. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. Polychemotherapy for early breast cancer: an overview of the randomised trials. *Lancet (London, England)*; 352(9132):930–42, 1998.
21. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet (London, England)*; 365(9472):1687–717, 2005. doi: 10.1016/s0140-6736(05)66544-0.

22. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Peto, R., Davies C, Godwin J, Gray R., Pan HC, Clarke M et al. Comparisons between different polychemotherapy regimens for early breast cancer: Meta-analyses of long-term outcome among 100 000 women in 123 randomised trials. *The Lancet*; 379(9814):432–44, 2012. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61625-5.
23. Burstein HJ. The Distinctive Nature of HER2-Positive Breast Cancers. *N Engl J Med*; 353(16):1652–4, 2005. doi: 10.1056/NEJMp058197.
24. Nanda R. "Targeting" Triple-Negative Breast Cancer: The Lessons Learned From BRCA1-Associated Breast Cancers. *Seminars in oncology*; 38(2):254–62, 2011.
25. Perou CM, Sorlie T, Eisen MB, van de Rijn M, Jeffrey SS, Rees CA et al. Molecular portraits of human breast tumours. *Nature*; 406(6797):747–52, 2000.
26. Sørlie T, Perou CM, Tibshirani R, Aas T, Geisler S, Johnsen H et al. Gene expression patterns of breast carcinomas distinguish tumor subclasses with clinical implications. *Proceedings of the National Academy of Sciences*; 98(19):10869–74, 2001.
27. Goldhirsch A, Wood WC, Coates AS, Gelber RD, Thürlimann B, Senn HJ et al. Strategies for subtypes-dealing with the diversity of breast cancer: highlights of the St Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2011. *Annals of Oncology*; 22(8):1736–47, 2011.
28. Sørlie T. Molecular portraits of breast cancer: Tumour subtypes as distinct disease entities. *European Journal of Cancer*; 40(18):2667–75, 2004. doi: 10.1016/j.ejca.2004.08.021.
29. Cardoso F, Kyriakides S, Ohno S, Penault-Llorca F, Poortmans P, Rubio IT et al. Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO*, 2019. doi: 10.1093/annonc/mdz173.
30. Scholzen T, Gerdes J. The Ki-67 protein: From the known and the unknown. *J Cell Physiol*; 182(3):311–22, 2000. doi: 10.1002/(SICI)1097-4652(200003)182:3<311::AID-JCP1>3.0.CO;2-9.
31. Burstein HJ, Curigliano G, Loibl S, Dubsy P, Gnant M, Poortmans P et al. Estimating the Benefits of Therapy for Early Stage Breast Cancer: The St. Gallen International Consensus Guidelines for the primary therapy of early breast cancer 2019. *Annals of Oncology*; 30(10):1541–57, 2019. doi: 10.1093/annonc/mdz235.
32. Wolff AC, Hammond ME, Schwartz JN, Hagerty KL, Allred DC, Cote RJ et al. American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists Guideline Recommendations for Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 Testing in Breast Cancer. *Archives of pathology & laboratory medicine*; 131(1):18–43, 2007. doi: 10.1043/1543-2165(2007)131[18:ASOCCO]2.0.CO;2.
33. Holbro T, Beerli RR, Maurer F, Koziczak M, Barbas CF, Hynes NE. The ErbB2/ErbB3 heterodimer functions as an oncogenic unit: ErbB2 requires ErbB3 to drive breast tumor cell proliferation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*; 100(15):8933–8, 2003.

34. Padhy LC, Shih C, Cowing D, Finkelstein R, Weinberg RA. Identification of a phosphoprotein specifically induced by the transforming DNA of rat neuroblastomas. *Cell*; 28(4):865–71, 1982.
35. Slamon DJ, Clark GM, Wong SG, Levin WJ, Ullrich A, McGuire WL. Human breast cancer: correlation of relapse and survival with amplification of the HER-2/neu oncogene. *Science*; 235(4785):177–82, 1987.
36. Baselga J, Swain SM. Novel anticancer targets: Revisiting ERBB2 and discovering ERBB3. *Nat. Rev. Cancer*; 9(7):463–75, 2009. doi: 10.1038/nrc2656.
37. Kim HH, Sierke SL, Koland JG. Epidermal growth factor-dependent association of phosphatidylinositol 3-kinase with the erbB3 gene product. *J. Biol. Chem.*; 269(40):24747–55, 1994.
38. Olayioye MA, Neve RM, Lane HA, Hynes NE. The ErbB signaling network: receptor heterodimerization in development and cancer. *EMBO J*; 19(13):3159–67, 2000.
39. Rowinsky EK. The erbB Family: Targets for Therapeutic Development Against Cancer and Therapeutic Strategies Using Monoclonal Antibodies and Tyrosine Kinase Inhibitors. *Annu. Rev. Med.*; 55(1):433–57, 2004. doi: 10.1146/annurev.med.55.091902.104433.
40. Soltoff SP, Carraway KL, Prigent SA, Gullick WG, Cantley LC. ErbB3 is involved in activation of phosphatidylinositol 3-kinase by epidermal growth factor. *Mol. Cell. Biol.*; 14(6):3550–8, 1994.
41. Yarden Y, Sliwkowski MX. Untangling the ErbB signalling network. *Nat Rev Mol Cell Biol*; 2(2):127–37, 2001. doi: 10.1038/35052073.
42. Kennecke H, Yerushalmi R, Woods R, Cheang MCU, Voduc D, Speers CH et al. Metastatic behavior of breast cancer subtypes. *J Clin Oncol*; 28(20):3271–7, 2010. doi: 10.1200/JCO.2009.25.9820.
43. Gianni L, Eiermann W, Semiglazov V, Manikhas A, Lluch A, Tjulandin S et al. Neoadjuvant chemotherapy with trastuzumab followed by adjuvant trastuzumab versus neoadjuvant chemotherapy alone, in patients with HER2-positive locally advanced breast cancer (the NOAH trial): a randomised controlled superiority trial with a parallel HER2-negative cohort. *Lancet (London, England)*; 375(9712):377–84, 2010.
44. Gianni L, Dafni U, Gelber RD, Azambuja E, Muehlbauer S, Goldhirsch A et al. Treatment with trastuzumab for 1 year after adjuvant chemotherapy in patients with HER2-positive early breast cancer: a 4-year follow-up of a randomised controlled trial. *The Lancet. Oncology*; 12(3):236–44, 2011. doi: 10.1016/s1470-2045(11)70033-x.
45. Gianni L, Pienkowski T, Im YH, Roman L, Tseng LM, Liu MC et al. Efficacy and safety of neoadjuvant pertuzumab and trastuzumab in women with locally advanced, inflammatory, or early HER2-positive breast cancer (NeoSphere): a randomised multicentre, open-label, phase 2 trial. *Lancet (London, England)*; 13(1):25–32, 2012.
46. Gianni L, Eiermann W, Semiglazov V, Lluch A, Tjulandin S, Zambetti M et al. Neoadjuvant and adjuvant trastuzumab in patients with HER2-positive locally advanced breast cancer (NOAH): follow-up of a randomised controlled superiority trial with a

- parallel HER2-negative cohort. *Lancet* (London, England); 15(6):640–7, 2014. doi: 10.1016/S1470-2045(14)70080-4.
47. Swain SM, Baselga J, Kim S-B, Ro J, Semiglazov V, Campone M et al. Pertuzumab, trastuzumab, and docetaxel in HER2-positive metastatic breast cancer. *N Engl J Med*; 372(8):724–34, 2015. doi: 10.1056/NEJMoa1413513.
  48. Gianni L, Pienkowski T, Im Y-H, Tseng L-M, Liu M-C, Lluch A et al. 5-year analysis of neoadjuvant pertuzumab and trastuzumab in patients with locally advanced, inflammatory, or early-stage HER2-positive breast cancer (NeoSphere): A multicentre, open-label, phase 2 randomised trial. *The Lancet Oncology*; 17(6):791–800, 2016. doi: 10.1016/S1470-2045(16)00163-7.
  49. Piccart-Gebhart MJ, Procter M, Leyland-Jones B, Goldhirsch A, Untch M, Smith I et al. Trastuzumab after Adjuvant Chemotherapy in HER2-Positive Breast Cancer. *N Engl J Med*; 353(16):1659–72, 2005. doi: 10.1056/NEJMoa052306.
  50. Goldhirsch A, Gelber RD, Piccart-Gebhart MJ, Azambuja E de, Procter M, Suter TM et al. 2 years versus 1 year of adjuvant trastuzumab for HER2-positive breast cancer (HERA): An open-label, randomised controlled trial. *The Lancet*; 382(9897):1021–8, 2013. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61094-6.
  51. Cameron D, Piccart-Gebhart MJ, Gelber RD, Procter M, Goldhirsch A, Azambuja E de et al. 11 years' follow-up of trastuzumab after adjuvant chemotherapy in HER2-positive early breast cancer: Final analysis of the HERceptin Adjuvant (HERA) trial. *The Lancet*; 389(10075):1195–205, 2017. doi: 10.1016/S0140-6736(16)32616-2.
  52. Romond EH, Perez EA, Bryant J, Suman VJ, Geyer CE, Davidson NE et al. Trastuzumab plus Adjuvant Chemotherapy for Operable HER2-Positive Breast Cancer. *N Engl J Med*; 353(16):1673–84, 2005. doi: 10.1056/NEJMoa052122.
  53. Perez EA, Romond EH, Suman VJ, Jeong J-H, Davidson NE, Geyer CE et al. Four-Year Follow-Up of Trastuzumab Plus Adjuvant Chemotherapy for Operable Human Epidermal Growth Factor Receptor 2-Positive Breast Cancer: Joint Analysis of Data From NCCTG N9831 and NSABP B-31. *JCO*; 29(25):3366–73, 2011. doi: 10.1200/JCO.2011.35.0868.
  54. Perez EA, Romond EH, Suman VJ, Jeong J-H, Sledge G, Geyer CE et al. Trastuzumab Plus Adjuvant Chemotherapy for Human Epidermal Growth Factor Receptor 2-Positive Breast Cancer: Planned Joint Analysis of Overall Survival From NSABP B-31 and NCCTG N9831. *JCO*; 32(33):3744–52, 2014. doi: 10.1200/JCO.2014.55.5730.
  55. Joensuu H, Bono P, Kataja V, Alanko T, Kokko R, Asola R et al. Fluorouracil, Epirubicin, and Cyclophosphamide With Either Docetaxel or Vinorelbine, With or Without Trastuzumab, As Adjuvant Treatments of Breast Cancer: Final Results of the FinHer Trial. *JCO*; 27(34):5685–92, 2009. doi: 10.1200/JCO.2008.21.4577.
  56. Slamon D, Eiermann W, Robert N, Pienkowski T, Martin M, Press M et al. Adjuvant Trastuzumab in HER2-Positive Breast Cancer. *N Engl J Med*; 365(14):1273–83, 2011. doi: 10.1056/NEJMoa0910383.
  57. Slamon DJ, Eiermann W, Robert NJ, Giermek J, Martin M, Jasiowka M et al. Abstract S5-04: Ten year follow-up of BCIRG-006 comparing doxorubicin plus

- cyclophosphamide followed by docetaxel (AC→T) with doxorubicin plus cyclophosphamide followed by docetaxel and trastuzumab (AC→TH) with docetaxel, carboplatin and trastuzumab (TCH) in HER2+ early breast cancer. Quelle: CrossRef. General Session Abstracts: American Association for Cancer Research; 2016. S5-04-S5-04.
58. Dahabreh IJ, Linardou H, Siannis F, Fountzilias G, Murray S. Trastuzumab in the Adjuvant Treatment of Early-Stage Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Oncologist*; 13(6):620–30, 2008. doi: 10.1634/theoncologist.2008-0001.
  59. Madarnas Y, Trudeau M, Franek JA, McCready D, Pritchard KI, Messersmith H. Adjuvant/neoadjuvant trastuzumab therapy in women with HER-2/neu-overexpressing breast cancer: a systematic review. *Cancer treatment reviews*; 34(6):539–57, 2008. doi: 10.1016/j.ctrv.2008.03.013.
  60. Yin W, Jiang Y, Shen Z, Shao Z, Lu J, Means RE. Trastuzumab in the Adjuvant Treatment of HER2-Positive Early Breast Cancer Patients: A Meta-Analysis of Published Randomized Controlled Trials. *PLoS ONE*; 6(6):e21030, 2011. doi: 10.1371/journal.pone.0021030.
  61. Moja L, Tagliabue L, Balduzzi S, Parmelli E, Pistotti V, Guarneri V et al. Trastuzumab containing regimens for early breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 353(16):1673, 2012. doi: 10.1002/14651858.CD006243.pub2.
  62. O'Sullivan CC, Bradbury I, Campbell C, Spielmann M, Perez EA, Joensuu H et al. Efficacy of Adjuvant Trastuzumab for Patients With Human Epidermal Growth Factor Receptor 2–Positive Early Breast Cancer and Tumors ≤ 2 cm: A Meta-Analysis of the Randomized Trastuzumab Trials. *JCO*; 33(24):2600–8, 2015. doi: 10.1200/JCO.2015.60.8620.
  63. Wolff AC, Hammond MEH, Allison KH, Harvey BE, Mangu PB, Bartlett JMS et al. Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 Testing in Breast Cancer: American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists Clinical Practice Guideline Focused Update. *Archives of pathology & laboratory medicine*; 142(11):1364–82, 2018. doi: 10.5858/arpa.2018-0902-SA.
  64. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology - Breast Cancer, Version 6.2020 - Reproduced with permission from the NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines<sup>®</sup>) for Breast Cancer V.6.2020 © 2020 National Comprehensive Cancer Network, Inc. All rights reserved. To view the most recent and complete version of the guideline, go online to [www.nccn.org](http://www.nccn.org). NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK<sup>®</sup>, NCCN<sup>®</sup>, NCCN GUIDELINES<sup>®</sup>, and all other NCCN Content are trademarks owned by the National Comprehensive Cancer Network, Inc: Stand: 09.2020. URL: <https://www.nccn.org> [aufgerufen am: 06.10.2020].
  65. Roche Registration GmbH. Fachinformation PHESGO<sup>®</sup>: Stand: 12.2020. URL: <http://www.fachinfo.de> [aufgerufen am: 05.01.2021].

66. Roche Registration GmbH. Fachinformation Perjeta®: Stand: 04.2020. URL: <https://www.fachinfo.de/suche/fi/014535> [aufgerufen am: 26.09.2020].
67. Roche Registration GmbH. Fachinformation Herceptin® i.v.: Stand: 07.2020. URL: <https://www.fachinfo.de/suche/fi/004044> [aufgerufen am: 25.09.2020].
68. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL): in der Fassung vom 20. März 2014, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 26. Juni 2014 B3 AT 26. August 2014 B2) in Kraft getreten am 1. Juli 2014, zuletzt geändert am 6. August 2020, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 06.10.2020 B3), Inkrafttreten: 7. Oktober 2020: Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). URL: [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2277/DMP-A-RL\\_2020-08-06\\_iK-2020-10-07.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2277/DMP-A-RL_2020-08-06_iK-2020-10-07.pdf) [aufgerufen am: 14.10.2020].
69. IQTIG, Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Qualitätsreport 2019: Stand: 25.09.2019. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG\\_Qualitaetsreport-2019\\_2019-09-25.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG_Qualitaetsreport-2019_2019-09-25.pdf) [aufgerufen am: 23.07.2020].
70. Hynes NE, Stern DF. The biology of erbB-2/neu/HER-2 and its role in cancer. *Biochim Biophys Acta*; 1198(2-3):165–84, 1994. doi: 10.1016/0304-419x(94)90012-4.
71. Blows FM, Driver KE, Schmidt MK, Broeks A, van Leeuwen FE, Wesseling J et al. Subtyping of Breast Cancer by Immunohistochemistry to Investigate a Relationship between Subtype and Short and Long Term Survival: A Collaborative Analysis of Data for 10,159 Cases from 12 Studies. *PLoS Med*; 7(5):e1000279, 2010. doi: 10.1371/journal.pmed.1000279.
72. Chen JQ, Russo J. ER $\alpha$ -negative and triple negative breast cancer: Molecular features and potential therapeutic approaches. *Biochim. Biophys. Acta - Reviews on Cancer*; 1796(2):162–75, 2009. doi: 10.1016/j.bbcan.2009.06.003.
73. Dawood S, Broglio K, Buzdar AU, Hortobagyi GN, Giordano SH. Prognosis of Women With Metastatic Breast Cancer by HER2 Status and Trastuzumab Treatment: An Institutional-Based Review. *J. Clin. Oncol.*; 28(1):92–8, 2010.
74. Gusterson BA, Gelber RD, Goldhirsch A, Price KN, Säve-Söderborgh J, Anbazhagan R et al. Prognostic importance of c-erbB-2 expression in breast cancer. International (Ludwig) Breast Cancer Study Group. *J. Clin. Oncol.*; 10(7):1049–56, 1992.
75. Kaplan HG, Malmgren JA, Atwood M. T1N0 triple negative breast cancer: Risk of recurrence and adjuvant chemotherapy. *Breast J*; 15(5):454–60, 2009. doi: 10.1111/j.1524-4741.2009.00789.x.
76. King CR, Kraus MH, Aaronson SA. Amplification of a novel v-erbB-related gene in a human mammary carcinoma. *Science*; 229(4717):974–6, 1985.
77. Marty M, Cognetti F, Maraninchi D, Snyder R, Mauriac L, Tubiana-Hulin M et al. Randomized Phase II Trial of the Efficacy and Safety of Trastuzumab Combined With Docetaxel in Patients With Human Epidermal Growth Factor Receptor 2-Positive Metastatic Breast Cancer Administered As First-Line Treatment: The M77001 Study Group. *J. Clin. Oncol.*; 23(19):4265–74, 2005.

78. Press MF, Bernstein L, Thomas PA, Meisner LF, Zhou JY, Ma Y et al. HER-2/neu gene amplification characterized by fluorescence in situ hybridization: Poor prognosis in node-negative breast carcinomas. *J Clin Oncol*; 15(8):2894–904, 1997. doi: 10.1200/JCO.1997.15.8.2894.
79. Slamon DJ, Leyland-Jones B, Shak S, Fuchs H, Paton V, Bajamonde A et al. Use of Chemotherapy plus a Monoclonal Antibody against HER2 for Metastatic Breast Cancer That Overexpresses HER2. *N. Engl. J. Med.*; 344(11):783–92, 2001. doi: 10.1056/NEJM200103153441101.
80. Voduc KD, Cheang MCU, Tyldesley S, Gelmon K, Nielsen TO, Kennecke H. Breast Cancer Subtypes and the Risk of Local and Regional Relapse. *J. Clin. Oncol.*; 28(10):1684–91, 2010.
81. Gonzalez-Angulo AM, Litton JK, Broglio KR, Meric-Bernstam F, Rakhit R, Cardoso F et al. High Risk of Recurrence for Patients With Breast Cancer Who Have Human Epidermal Growth Factor Receptor 2–Positive, Node-Negative Tumors 1 cm or Smaller. *JCO*; 27(34):5700–6, 2009. doi: 10.1200/JCO.2009.23.2025.
82. Rodrigues MJ, Peron J, Frénel J-S, Vano Y-A, Wassermann J, Debled M et al. Benefit of adjuvant trastuzumab-based chemotherapy in T1ab node-negative HER2-overexpressing breast carcinomas: A multicenter retrospective series. *Annals of Oncology*; 24(4):916–24, 2013. doi: 10.1093/annonc/mds536.
83. van Ramshorst MS, van der Heiden-van der Loo M, Dackus GMHE, Linn SC, Sonke GS. The effect of trastuzumab-based chemotherapy in small node-negative HER2-positive breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*; 158(2):361–71, 2016. doi: 10.1007/s10549-016-3878-9.
84. Ferguson T, Wilcken N, Vagg R, Ghersi D, Nowak AK. Taxanes for adjuvant treatment of early breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 352(8):2302, 2007. doi: 10.1002/14651858.CD004421.pub2.
85. Möbus V, Hell S, Schmidt M. Assessing the Clinical Benefit of Systemic Adjuvant Therapies for Early Breast Cancer. *Geburtshilfe Frauenheilkd*; 77(10):1079–87, 2017. doi: 10.1055/s-0043-119542.
86. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. Aromatase inhibitors versus tamoxifen in early breast cancer: Patient-level meta-analysis of the randomised trials. *The Lancet*; 386(10001):1341–52, 2015. doi: 10.1016/S0140-6736(15)61074-1.
87. Nahta R, Esteva FJ. HER-2-targeted therapy: Lessons learned and future directions. *Clin Cancer Res*; 9(14):5078–84, 2003.
88. Roche Registration GmbH. Fachinformation Herceptin® s.c.: Stand: 07.2020. URL: <https://www.fachinfo.de/suche/fi/014882> [aufgerufen am: 25.09.2020].
89. Roche. Final CSR BCIRG 006 - 10 Year analysis. Roche data on file. 2015.
90. Ménard S, Tagliabue E, Campiglio M, Pupa SM. Role of HER2 gene overexpression in breast carcinoma. *J Cell Physiol*; 182(2):150–62, 2000. doi: 10.1002/(SICI)1097-4652(200002)182:2<150::AID-JCP3>3.0.CO;2-E.

91. Baselga J, Gelmon KA, Verma S, Wardley A, Conte P, Miles D et al. Phase II Trial of Pertuzumab and Trastuzumab in Patients With Human Epidermal Growth Factor Receptor 2–Positive Metastatic Breast Cancer That Progressed During Prior Trastuzumab Therapy. *JCO*; 28(7):1138–44, 2010. doi: 10.1200/JCO.2009.24.2024.
92. Cortés J, Fumoleau P, Bianchi GV, Petrella TM, Gelmon K, Pivot X et al. Pertuzumab monotherapy after trastuzumab-based treatment and subsequent reintroduction of trastuzumab: activity and tolerability in patients with advanced human epidermal growth factor receptor 2-positive breast cancer: Activity and tolerability in patients with advanced human epidermal growth factor receptor 2-positive breast cancer. *J Clin Oncol*; 30(14):1594–600, 2012. doi: 10.1200/JCO.2011.37.4207.
93. Friess T, Scheuer W, Hasmann M. Superior anti-tumour activity after combination treatment with pertuzumab and trastuzumab against NSCLC and breast cancer xenograft tumours in: Basic science and bench to bedside (lab): Abstract 96PD from 31 st ESMO Congress 09.2006; 2006.
94. Nahta R, Hung M-C, Esteva FJ. The HER-2-targeting antibodies trastuzumab and pertuzumab synergistically inhibit the survival of breast cancer cells. *Cancer Res*; 64(7):2343–6, 2004. doi: 10.1158/0008-5472.can-03-3856.
95. Scheuer W, Friess T, Burtscher H, Bossenmaier B, Endl J, Hasmann M. Strongly enhanced antitumor activity of trastuzumab and pertuzumab combination treatment on HER2-positive human xenograft tumor models. *Cancer Res*; 69(24):9330–6, 2009. doi: 10.1158/0008-5472.CAN-08-4597.
96. Schneeweiss A, Chia S, Hickish T, Harvey V, Eniu A, Hegg R et al. Neoadjuvant pertuzumab and trastuzumab concurrent or sequential with an anthracycline-containing or concurrent with an anthracycline-free standard regimen: A randomized phase II study (TRYPHAENA). *Cancer Res*; 71(24), 2011. doi: 10.1158/0008-5472.SABCS11-S5-6.
97. von Minckwitz G., Procter M, de Azambuja E., Zardavas D, Benyunes M, Viale G et al. Adjuvant Pertuzumab and Trastuzumab in Early HER2-Positive Breast Cancer. *N Engl J Med*; 377(2):122–31, 2017. doi: 10.1056/NEJMoa1703643.
98. Denduluri N, Chavez-MacGregor M, Telli ML, Eisen A, Graff SL, Hassett MJ et al. Selection of Optimal Adjuvant Chemotherapy and Targeted Therapy for Early Breast Cancer: ASCO Clinical Practice Guideline Focused Update. *JCO*; 36(23):2433–43, 2018. doi: 10.1200/JCO.2018.78.8604.
99. F. Hoffmann- La Roche Ltd. Primary CSR Study WO40324 (FeDeriCa) - A phase III, randomized, multicenter, open-label, two-arm study to evaluate the pharmacokinetics, efficacy, and safety of subcutaneous administration of the fixed-dose combination of pertuzumab and trastuzumab in combination with chemotherapy in patients with HER2-positive early breast cancer. Report No. 1096382.: Stand: 12.2019; 2019.
100. O'Shaughnessy J, Sousa S, Fallowfield L, Auvinen P, Pulido C, Cvetanovic A et al. Patient (pt) preference for the pertuzumab-trastuzumab fixed-dose combination for subcutaneous use (PH FDC SC) in HER2-positive early breast cancer (EBC): Primary analysis of the open-label, randomised crossover PHranceSCa study. *Annals of Oncology*; 31(Supplement 4):306–7, 2020. doi: 10.1016/j.annonc.2020.08.287.

101. Roche Pharma AG. Technische Beschreibung Epidemiologisches Modell PH FDC s.c. in der Adjuvanz: Stand: 2020.
102. Robert Koch-Institut (RKI). Datenbankabfrage, Zentrum für Krebsregisterdaten: Brustdrüse (C50). Inzidenz, Fallzahlen in Deutschland. Datenbankstand 17.12.2019. URL: [https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Datenbankabfrage/datenbankabfrage\\_stufe1\\_node.html](https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Datenbankabfrage/datenbankabfrage_stufe1_node.html) [aufgerufen am: 25.09.2020].
103. Robert Koch-Institut (RKI). Datenbankabfrage, Zentrum für Krebsregisterdaten: Brustdrüse (C50). Prävalenz, Fallzahlen in Deutschland. Datenbankstand 17.12.2019. URL: [https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Datenbankabfrage/datenbankabfrage\\_stufe1\\_node.html](https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Datenbankabfrage/datenbankabfrage_stufe1_node.html) [aufgerufen am: 25.09.2020].
104. Kim H-J, Fay MP, Feuer EJ, Midthune DN. Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. *Statist. Med.*; 19(3):335–51, 2000. doi: 10.1002/(SICI)1097-0258(20000215)19:3<335::AID-SIM336>3.0.CO;2-Z.
105. IQTIG. Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2018 - Mammachirurgie - Qualitätsindikatoren und Kennzahlen: Stand: 23.07.2019. URL: [https://iqtig.org/downloads/auswertung/2018/18n1mamma/QSKH\\_18n1-MAMMA\\_2018\\_BUAW\\_V02\\_2019-07-23.pdf](https://iqtig.org/downloads/auswertung/2018/18n1mamma/QSKH_18n1-MAMMA_2018_BUAW_V02_2019-07-23.pdf) [aufgerufen am: 17.09.2020].
106. Nationales Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) Heidelberg. Datenbank des NCT Heidelberg - Abschlussbericht zu Projekt High RiskHER2 eBC HD. 2017.
107. Gemeinsames Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen (GKR). Krebsinzidenz und Krebsmortalität 2009-2012 im Erfassungsgebiet des Gemeinsamen Krebsregisters - Jahresbericht [online]: Stand: 01.2015. URL: <https://www.berlin.de/gkr/dienstleistungen/publikationen/jahresberichte/> [aufgerufen am: 25.09.2020].
108. Krebsregister Schleswig-Holstein - Institut für Krebs Epidemiologie e.V. Krebs in Schleswig-Holstein. Inzidenz und Mortalität in den Jahren 2012 bis 2014: Stand: 2017. URL: <https://www.krebsregister-sh.de/bericht/krebs-in-schleswig-holstein-band-11-inzidenz-und-mortalitaet-in-den-jahren-2012-bis-2014-dreijahresbericht> [aufgerufen am: 25.09.2020].
109. Bremer Krebsregister. Jahresbericht 2016 des Bremer Krebsregisters: Stand 21.04.2017. URL: <http://www.krebsregister.bremen.de/fileadmin/bkr/downloads/berichte/Jahresberichte/jahresberichtbkr2016.pdf> [aufgerufen am: 25.09.2020].
110. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) Hamburgisches Krebsregister. Hamburger Krebsdokumentation 2010 – 2012: Stand: 05.2015. URL: <https://epub.sub.uni-hamburg.de/epub/volltexte/2015/42961/pdf/krebsdokumentation.pdf> [aufgerufen am: 20.07.2020].

111. Epidemiologisches Krebsregister Baden-Württemberg. Krebs in Baden-Württemberg: Kurzbericht für die Jahre 2012/2013: Stand: 03.2017. URL: [https://www.krebsregister-bw.de/fileadmin/user\\_upload/filemount/allgemein/Publikationen/Krebsregister\\_BW\\_Jahresbericht\\_2012\\_2013.pdf](https://www.krebsregister-bw.de/fileadmin/user_upload/filemount/allgemein/Publikationen/Krebsregister_BW_Jahresbericht_2012_2013.pdf) [aufgerufen am: 25.09.2020].
112. Hessisches Ministerium für Soziales und Integration. Krebs in Hessen 2017. Inzidenz- und Mortalitätsdaten 2013: Stand: 04.2017. URL: [https://hessisches-krebsregister.de/media/hessischer\\_krebsbericht\\_2017.pdf](https://hessisches-krebsregister.de/media/hessischer_krebsbericht_2017.pdf) [aufgerufen am: 25.09.2020].
113. Landeskrebsregister Nordrhein-Westfalen gGmbH. Jahresbericht Krebsgeschehen in Nordrhein-Westfalen 2016: Stand: 03.2017. URL: [https://www.landeskrebsregister.nrw/fileadmin/user\\_upload/dokumente/veroeffentlichungen/LKR\\_Jahresbericht\\_2016.pdf](https://www.landeskrebsregister.nrw/fileadmin/user_upload/dokumente/veroeffentlichungen/LKR_Jahresbericht_2016.pdf) [aufgerufen am: 25.09.2020].
114. Krebsregister Rheinland-Pfalz. Krebs in Rheinland-Pfalz. Bericht des Krebsregisters Rheinland-Pfalz 2018/19: Stand: 11.2018. URL: [https://www.krebsregister-rlp.de/fileadmin/user\\_upload/dokumente/04\\_Veroeffentlichungen/Bericht\\_Krebsregister\\_RLP\\_2018.pdf](https://www.krebsregister-rlp.de/fileadmin/user_upload/dokumente/04_Veroeffentlichungen/Bericht_Krebsregister_RLP_2018.pdf) [aufgerufen am: 25.09.2020].
115. Epidemiologisches Krebsregister Niedersachsen und klinisches Krebsregister Niedersachsen. Jahresbericht 2019 mit Datenreport 2016: Stand: 08.2019. URL: [http://www.krebsregister-niedersachsen.de/dateien/jahresberichte/jb2019\\_mit\\_Datenreport\\_2016/EKN-KKN%20Jahresbericht%202019%20Gesamt.pdf](http://www.krebsregister-niedersachsen.de/dateien/jahresberichte/jb2019_mit_Datenreport_2016/EKN-KKN%20Jahresbericht%202019%20Gesamt.pdf) [aufgerufen am: 25.09.2020].
116. Rüschoff J, Lebeau A, Kreipe H, Sinn P, Gerharz CD, Koch W et al. Assessing HER2 testing quality in breast cancer: Variables that influence HER2 positivity rate from a large, multicenter, observational study in Germany. *Modern Pathology*; 30(2):217–26, 2017. doi: 10.1038/modpathol.2016.164.
117. Schrodli S, Eckel R, Hölzel D, Schubert-Fritschle G., Engel J. Outcome für Mammakarzinom-Patientinnen in Abhängigkeit von molekularen Subtypen, definiert anhand von Surrogatparametern - Eine bevölkerungsbezogene Analyse von Krebsregisterdaten.: Stand: 29.06.2017. URL: [https://www.tumorregister-muenchen.de/facts/spec/spec\\_C50f\\_\\_20\\_20170629\\_OutmodSubtypPoster.pdf](https://www.tumorregister-muenchen.de/facts/spec/spec_C50f__20_20170629_OutmodSubtypPoster.pdf) [aufgerufen am: 17.09.2020].
118. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (G-BE). Bevölkerung zum Stichtag 31.12. des jeweiligen Jahres. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität (Grundlage Zensus 2011). Zeitraum 2011 - 2019. Stand: 23.06.2020. URL: <http://www.gbe-bund.de/gbe10/i?i=10:26635315D> [aufgerufen am: 16.09.2020].
119. Statistisches Bundesamt (DESTATIS). Bevölkerungsentwicklung bis 2060 - Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung - Aktualisierte Rechnung auf Basis 2018: Stand: 27.06.2019. URL: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungBundeslaender2060\\_Aktualisiert\\_5124207179005.html](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungBundeslaender2060_Aktualisiert_5124207179005.html) [aufgerufen am: 05.04.2020].
120. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Gesetzliche Krankenversicherung. Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand. Jahresdurchschnitt 2019.

(Ergebnisse der GKV-Statistik KM1/13) Stand: 14. April 2020. URL:  
[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder\\_Versicherte/KM1\\_JD\\_2019\\_bf.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM1_JD_2019_bf.pdf) [aufgerufen am: 17.09.2020].

### 3.3 Kosten der Therapie für die gesetzliche Krankenversicherung

Im Abschnitt 3.3 wird an mehreren Stellen gefordert, Spannen anzugeben, wenn dies an den entsprechenden Stellen zutrifft. Mit diesen Spannen ist in den nachfolgenden Tabellen konsequent weiterzurechnen, sodass daraus in Tabelle 3-24 Angaben für Jahrestherapiekosten pro Patient mit einer Unter- und Obergrenze resultieren.

Die Kosten sind sowohl für das zu bewertende Arzneimittel als auch für alle vom Gemeinsamen Bundesausschuss als zweckmäßige Vergleichstherapie bestimmten Therapien anzugeben.

Therapieabbrüche sind in den Tabelle 3-10 bis Tabelle 3-24 nicht zu veranschlagen; sie sind im Abschnitt 3.3.6 darzustellen.

#### 3.3.1 Angaben zur Behandlungsdauer

*Geben Sie in der nachfolgenden Tabelle 3-13 an, nach welchem Behandlungsmodus (z.B. kontinuierlich, in Zyklen, je Episode, bei Bedarf) das zu bewertende Arzneimittel und die zweckmäßige Vergleichstherapie eingesetzt werden. Machen Sie diese Angaben getrennt für die Zielpopulation sowie für die Patientengruppen mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen (siehe Abschnitt 3.2). Geben Sie die Anzahl der Behandlungen pro Patient **pro Jahr**, die Behandlungsdauer je Behandlung in Tagen sowie die daraus resultierenden Behandlungstage **pro Jahr** an. Falls eine Therapie länger als ein Jahr dauert, jedoch zeitlich begrenzt ist, soll zusätzlich die Gesamttherapiedauer angegeben werden. Fügen Sie für jede Therapie, Behandlungssituation und jede Population bzw. Patientengruppe eine neue Zeile ein.*

*Zur Ermittlung der Kosten der Therapie müssen Angaben zur Behandlungsdauer auf Grundlage der Fachinformation gemacht werden. Zunächst ist auf Grundlage der Fachinformation zu prüfen, ob es unterschiedliche Behandlungssituationen oder Behandlungsdauern gibt. Mit einer Behandlungssituation ist gemeint, dass für Patienten aufgrund unterschiedlicher Eigenschaften unterschiedliche Behandlungsdauern veranschlagt werden, z.B. 12 Wochen vs. 24 Wochen. Mit Behandlungsdauer ist hier gemeint, dass unabhängig von diesen in der Fachinformation vorgegebenen Patienteneigenschaften eine Spanne der Behandlungsdauer gewählt werden kann, z.B. 12 bis 15 Wochen. Die Angaben sind für jede Behandlungssituation einzeln zu machen. Ist für eine Behandlungssituation keine eindeutige Behandlungsdauer angegeben, sondern eine Zeitspanne, dann ist die jeweilige Unter- und Obergrenze anzugeben und bei den weiteren Berechnungen zu verwenden. Wenn aus der Fachinformation keine maximale Behandlungsdauer hervorgeht, ist die Behandlung grundsätzlich für ein Jahr anzusetzen, ansonsten die zulässige Anzahl an Gaben, z.B. maximal mögliche Anzahl der Zyklen pro Jahr.*

Tabelle 3-13: Angaben zum Behandlungsmodus (zu bewertendes Arzneimittel und zweckmäßige Vergleichstherapie)

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Behandlungs- modus	Anzahl Behandlungen pro Patient pro Jahr (ggf. Spanne)	Behandlungs- dauer je Behandlung in Tagen (ggf. Spanne)
<b>Zu bewertendes Arzneimittel</b>				
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: FEC und Docetaxel</u>	Erwachsene Patienten mit HER2- positivem frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko (gemäß Abschnitt 5.1 der Fachinfor- mation definiert als nodal-positiv oder Hormonrezeptor- negativ) in adjuvanter Behandlung			
PH FDC s.c. Injektionslösung		In Zyklen	17,4	1
Docetaxel		In Zyklen	3-4	1
5-Fluorouracil (F)		In Zyklen	3-4	1
Epirubicin (E)		In Zyklen	3-4	1
Cyclophosphamid (C)		In Zyklen	3-4	1
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: FAC und Docetaxel</u>	*			
PH FDC s.c. Injektionslösung	In Zyklen	17,4	1	
Docetaxel	In Zyklen	3-4	1	
5-Fluorouracil (F)	In Zyklen	3-4	1	
Doxorubicin (A)	In Zyklen	3-4	1	
Cyclophosphamid (C)	In Zyklen	3-4	1	
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: FEC und Paclitaxel</u>	*			
PH FDC s.c. Injektionslösung	In Zyklen	17,4	1	
Paclitaxel (q1w)	In Zyklen	12	1	
5-Fluorouracil (F)	In Zyklen	3-4	1	
Epirubicin (E)	In Zyklen	3-4	1	
Cyclophosphamid (C)	In Zyklen	3-4	1	

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Behandlungs- modus	Anzahl Behandlungen pro Patient pro Jahr (ggf. Spanne)	Behandlungs- dauer je Behandlung in Tagen (ggf. Spanne)
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: FAC und Paclitaxel</u>	*			
PH FDC s.c. Injektionslösung		In Zyklen	17,4	1
Paclitaxel (q1w)		In Zyklen	12	1
5-Fluorouracil (F)		In Zyklen	3-4	1
Doxorubicin (A)		In Zyklen	3-4	1
Cyclophosphamid (C)		In Zyklen	3-4	1
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: AC und Docetaxel</u>	*			
PH FDC s.c. Injektionslösung		In Zyklen	17,4	1
Docetaxel		In Zyklen	3-4	1
Doxorubicin (A)		In Zyklen	4	1
Cyclophosphamid (C)		In Zyklen	4	1
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: EC und Docetaxel</u>	*			
PH FDC s.c. Injektionslösung		In Zyklen	17,4	1
Docetaxel		In Zyklen	3-4	1
Epirubicin (E)		In Zyklen	4	1
Cyclophosphamid (C)		In Zyklen	4	1

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Behandlungs- modus	Anzahl Behandlungen pro Patient pro Jahr (ggf. Spanne)	Behandlungs- dauer je Behandlung in Tagen (ggf. Spanne)
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: AC und Paclitaxel</u>	*			
PH FDC s.c. Injektionslösung		In Zyklen	17,4	1
Paclitaxel (q1w)		In Zyklen	12	1
Doxorubicin (A)		In Zyklen	4	1
Cyclophosphamid (C)		In Zyklen	4	1
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: EC und Paclitaxel</u>	*			
PH FDC s.c. Injektionslösung		In Zyklen	17,4	1
Paclitaxel (q1w)		In Zyklen	12	1
Epirubicin (E)		In Zyklen	4	1
Cyclophosphamid (C)		In Zyklen	4	1
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: AC und Paclitaxel</u>	*			
PH FDC s.c. Injektionslösung		In Zyklen	17,4	1
Paclitaxel (q3w)		In Zyklen	4	1
Doxorubicin (A)		In Zyklen	4	1
Cyclophosphamid (C)		In Zyklen	4	1

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Behandlungs- modus	Anzahl Behandlungen pro Patient pro Jahr (ggf. Spanne)	Behandlungs- dauer je Behandlung in Tagen (ggf. Spanne)
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- freier Chemotherapie: Docetaxel plus Carboplatin (TC)</u>	*			
PH FDC s.c. Injektionslösung		In Zyklen	17,4	1
Docetaxel		In Zyklen	6	1
Carboplatin		In Zyklen	6	1
<b>Zweckmäßige Vergleichstherapie<sup>1</sup></b>				
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: FEC und Docetaxel</u>	*			
Trastuzumab Roche i.v.		In Zyklen	17,4	1
Docetaxel		In Zyklen	3-4	1
5-Fluorouracil (F)		In Zyklen	3-4	1
Epirubicin (E)		In Zyklen	3-4	1
Cyclophosphamid (C)		In Zyklen	3-4	1
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: FAC und Docetaxel</u>	*			
Trastuzumab Roche i.v.		In Zyklen	17,4	1
Docetaxel		In Zyklen	3-4	1
5-Fluorouracil (F)		In Zyklen	3-4	1
Doxorubicin (A)		In Zyklen	3-4	1
Cyclophosphamid (C)		In Zyklen	3-4	1

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Behandlungs- modus	Anzahl Behandlungen pro Patient pro Jahr (ggf. Spanne)	Behandlungs- dauer je Behandlung in Tagen (ggf. Spanne)
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: FEC und Paclitaxel</u>	*			
Trastuzumab Roche i.v.		In Zyklen	17,4	1
Paclitaxel (q1w)		In Zyklen	12	1
5-Fluorouracil (F)		In Zyklen	3-4	1
Epirubicin (E)		In Zyklen	3-4	1
Cyclophosphamid (C)		In Zyklen	3-4	1
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: FAC und Paclitaxel</u>	*			
Trastuzumab Roche i.v.		In Zyklen	17,4	1
Paclitaxel (q1w)		In Zyklen	12	1
5-Fluorouracil (F)		In Zyklen	3-4	1
Doxorubicin (A)		In Zyklen	3-4	1
Cyclophosphamid (C)		In Zyklen	3-4	1
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: AC und Docetaxel</u>	*			
Trastuzumab Roche i.v.		In Zyklen	17,4	1
Docetaxel		In Zyklen	3-4	1
Doxorubicin (A)		In Zyklen	4	1
Cyclophosphamid (C)		In Zyklen	4	1

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Behandlungs- modus	Anzahl Behandlungen pro Patient pro Jahr (ggf. Spanne)	Behandlungs- dauer je Behandlung in Tagen (ggf. Spanne)
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: EC und Docetaxel</u>	*			
Trastuzumab Roche i.v.		In Zyklen	17,4	1
Docetaxel		In Zyklen	3-4	1
Epirubicin (E)		In Zyklen	4	1
Cyclophosphamid (C)		In Zyklen	4	1
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: AC und Paclitaxel</u>	*			
Trastuzumab Roche i.v.		In Zyklen	17,4	1
Paclitaxel (q1w)		In Zyklen	12	1
Doxorubicin (A)		In Zyklen	4	1
Cyclophosphamid (C)		In Zyklen	4	1
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: EC und Paclitaxel</u>	*			
Trastuzumab Roche i.v.		In Zyklen	17,4	1
Paclitaxel (q1w)		In Zyklen	12	1
Epirubicin (E)		In Zyklen	4	1
Cyclophosphamid (C)		In Zyklen	4	1
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: AC und Paclitaxel</u>	*			
Trastuzumab Roche i.v.		In Zyklen	17,4	1
Paclitaxel (q3w)		In Zyklen	4	1
Doxorubicin (A)		In Zyklen	4	1
Cyclophosphamid (C)		In Zyklen	4	1

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Behandlungs- modus	Anzahl Behandlungen pro Patient pro Jahr (ggf. Spanne)	Behandlungs- dauer je Behandlung in Tagen (ggf. Spanne)
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- freier Chemotherapie: Docetaxel plus Carboplatin (TC)</u>	*			
Trastuzumab Roche i.v.		In Zyklen	17,4	1
Docetaxel		In Zyklen	6	1
Carboplatin		In Zyklen	6	1
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: FEC und Docetaxel</u>	*			
Trastuzumab Roche s.c.		In Zyklen	17,4	1
Docetaxel		In Zyklen	3-4	1
5-Fluorouracil (F)		In Zyklen	3-4	1
Epirubicin (E)		In Zyklen	3-4	1
Cyclophosphamid (C)		In Zyklen	3-4	1
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: FAC und Docetaxel</u>	*			
Trastuzumab Roche s.c.		In Zyklen	17,4	1
Docetaxel		In Zyklen	3-4	1
5-Fluorouracil (F)		In Zyklen	3-4	1
Doxorubicin (A)		In Zyklen	3-4	1
Cyclophosphamid (C)		In Zyklen	3-4	1

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Behandlungs- modus	Anzahl Behandlungen pro Patient pro Jahr (ggf. Spanne)	Behandlungs- dauer je Behandlung in Tagen (ggf. Spanne)
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: FEC und Paclitaxel</u>	*			
Trastuzumab Roche s.c.		In Zyklen	17,4	1
Paclitaxel (q1w)		In Zyklen	12	1
5-Fluorouracil (F)		In Zyklen	3-4	1
Epirubicin (E)		In Zyklen	3-4	1
Cyclophosphamid (C)		In Zyklen	3-4	1
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: FAC und Paclitaxel</u>	*			
Trastuzumab Roche s.c.		In Zyklen	17,4	1
Paclitaxel (q1w)		In Zyklen	12	1
5-Fluorouracil (F)		In Zyklen	3-4	1
Doxorubicin (A)		In Zyklen	3-4	1
Cyclophosphamid (C)		In Zyklen	3-4	1
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: AC und Docetaxel</u>	*			
Trastuzumab Roche s.c.		In Zyklen	17,4	1
Docetaxel		In Zyklen	3-4	1
Doxorubicin (A)		In Zyklen	4	1
Cyclophosphamid (C)		In Zyklen	4	1

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Behandlungs- modus	Anzahl Behandlungen pro Patient pro Jahr (ggf. Spanne)	Behandlungs- dauer je Behandlung in Tagen (ggf. Spanne)
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: EC und Docetaxel</u>	*			
Trastuzumab Roche s.c.		In Zyklen	17,4	1
Docetaxel		In Zyklen	3-4	1
Epirubicin (E)		In Zyklen	4	1
Cyclophosphamid (C)		In Zyklen	4	1
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: AC und Paclitaxel</u>	*			
Trastuzumab Roche s.c.		In Zyklen	17,4	1
Paclitaxel (q1w)		In Zyklen	12	1
Doxorubicin (A)		In Zyklen	4	1
Cyclophosphamid (C)		In Zyklen	4	1
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: EC und Paclitaxel</u>	*			
Trastuzumab Roche s.c.		In Zyklen	17,4	1
Paclitaxel (q1w)		In Zyklen	12	1
Epirubicin (E)		In Zyklen	4	1
Cyclophosphamid (C)		In Zyklen	4	1
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: AC und Paclitaxel</u>	*			
Trastuzumab Roche s.c.		In Zyklen	17,4	1
Paclitaxel (q3w)		In Zyklen	4	1
Doxorubicin (A)		In Zyklen	4	1
Cyclophosphamid (C)		In Zyklen	4	1

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Behandlungs- modus	Anzahl Behandlungen pro Patient pro Jahr (ggf. Spanne)	Behandlungs- dauer je Behandlung in Tagen (ggf. Spanne)
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- freier Chemotherapie: Docetaxel plus Carboplatin (TC)</u>	*			
Trastuzumab Roche s.c.		In Zyklen	17,4	1
Docetaxel		In Zyklen	6	1
Carboplatin		In Zyklen	6	1
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: FEC und Docetaxel</u>	*			
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>		In Zyklen	17,4	1
Docetaxel		In Zyklen	3-4	1
5-Fluorouracil (F)		In Zyklen	3-4	1
Epirubicin (E)		In Zyklen	3-4	1
Cyclophosphamid (C)		In Zyklen	3-4	1
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: FAC und Docetaxel</u>	*			
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>		In Zyklen	17,4	1
Docetaxel		In Zyklen	3-4	1
5-Fluorouracil (F)		In Zyklen	3-4	1
Doxorubicin (A)		In Zyklen	3-4	1
Cyclophosphamid (C)		In Zyklen	3-4	1

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Behandlungs- modus	Anzahl Behandlungen pro Patient pro Jahr (ggf. Spanne)	Behandlungs- dauer je Behandlung in Tagen (ggf. Spanne)
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: FEC und Paclitaxel</u>	*			
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>		In Zyklen	17,4	1
Paclitaxel (q1w)		In Zyklen	12	1
5-Fluorouracil (F)		In Zyklen	3-4	1
Epirubicin (E)		In Zyklen	3-4	1
Cyclophosphamid (C)		In Zyklen	3-4	1
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: FAC und Paclitaxel</u>	*			
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>		In Zyklen	17,4	1
Paclitaxel (q1w)		In Zyklen	12	1
5-Fluorouracil (F)		In Zyklen	3-4	1
Doxorubicin (A)		In Zyklen	3-4	1
Cyclophosphamid (C)		In Zyklen	3-4	1
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: AC und Docetaxel</u>	*			
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>		In Zyklen	17,4	1
Docetaxel		In Zyklen	3-4	1
Doxorubicin (A)		In Zyklen	4	1
Cyclophosphamid (C)		In Zyklen	4	1

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Behandlungs- modus	Anzahl Behandlungen pro Patient pro Jahr (ggf. Spanne)	Behandlungs- dauer je Behandlung in Tagen (ggf. Spanne)
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: EC und Docetaxel</u>	*			
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>		In Zyklen	17,4	1
Docetaxel		In Zyklen	3-4	1
Epirubicin (E)		In Zyklen	4	1
Cyclophosphamid (C)		In Zyklen	4	1
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: AC und Paclitaxel</u>	*			
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>		In Zyklen	17,4	1
Paclitaxel (q1w)		In Zyklen	12	1
Doxorubicin (A)		In Zyklen	4	1
Cyclophosphamid (C)		In Zyklen	4	1
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: EC und Paclitaxel</u>	*			
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>		In Zyklen	17,4	1
Paclitaxel (q1w)		In Zyklen	12	1
Epirubicin (E)		In Zyklen	4	1
Cyclophosphamid (C)		In Zyklen	4	1

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Behandlungs- modus	Anzahl Behandlungen pro Patient pro Jahr (ggf. Spanne)	Behandlungs- dauer je Behandlung in Tagen (ggf. Spanne)
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: AC und Paclitaxel</u>	*			
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>		In Zyklen	17,4	1
Paclitaxel (q3w)		In Zyklen	4	1
Doxorubicin (A)		In Zyklen	4	1
Cyclophosphamid (C)		In Zyklen	4	1
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- freier Chemotherapie: Docetaxel plus Carboplatin (TC)</u>	*			
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>		In Zyklen	17,4	1
Docetaxel		In Zyklen	6	1
Carboplatin		In Zyklen	6	1
<p>Wenn eine Behandlung nicht dauerhaft, aber länger als ein Jahr, z.B. bei einer Infektionskrankheit, durchgeführt werden muss, ist dies anzumerken. In den folgenden Tabellen müssen die Kosten dann sowohl für ein Jahr als auch für die gesamte Behandlungsdauer pro Patient und die entsprechende Patientengruppe angegeben werden.</p> <p>Darstellung der Therapiedauer über ein Kalenderjahr inklusive einer Vortherapie mit dem FEC-/ FAC-Schema über drei bis vier Zyklen oder dem AC-/ EC-Schema über vier Zyklen.</p> <p>Ein Zyklus dauert gemäß der Fachinformation drei Wochen (q3w) bzw. 21 Tage. Die Verabreichung der Medikamente erfolgt jeweils an Tag eins des Zyklus. Ausnahme ist hier die Therapie mit Paclitaxel, welche auch wöchentlich (q1w) verabreicht werden kann.</p> <p>* Erwachsene Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko (gemäß Abschnitt 5.1 der Fachinformation definiert als nodal-positiv oder Hormonrezeptor-negativ) in adjuvanter Behandlung</p> <p><sup>1</sup> Begründung zur ZVT: Eine adäquate ZVT im Anwendungsgebiet der adjuvanten Therapie von HER2-positivem frühem Brustkrebs ist gemäß G-BA ein Therapieschema, Trastuzumab, ein Taxan (Paclitaxel oder Docetaxel) und ggf. ein Anthrazyklin (Doxorubicin oder Epirubicin) enthaltend.</p> <p><sup>2</sup> Es sind mehrere biosimilare Antikörper zu Trastuzumab auf dem Markt. An dieser Stelle wird der günstigste biosimilare Antikörper Trazimera<sup>®</sup> aufgeführt.</p> <p>A: Doxorubicin; C: Cyclophosphamid; E: Epirubicin; F: 5-Fluorouracil; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; HER2: Humaner epidermaler Wachstumsfaktorrezeptor-2; i.v.: intravenös; PH FDC s.c.: Pertuzumab/Trastuzumab Fixdosiskombination zur subkutanen Gabe; q1w: wöchentlich; q3w: dreiwöchentlich; s.c.: subkutan; T: Taxan; ZVT: Zweckmäßige Vergleichstherapie</p>				

Begründen Sie die Angaben in Tabelle 3-13 unter Nennung der verwendeten Quellen.

### Angaben zum Behandlungsmodus des zu bewertenden Arzneimittels

Das zu bewertende Arzneimittel Pertuzumab/Trastuzumab Fixdosiskombination zur subkutanen Gabe (PH FDC s.c.) ist zur Anwendung in Kombination mit Chemotherapie für die adjuvante Behandlung von erwachsenen Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko (gemäß Abschnitt 5.1 der Fachinformation definiert als nodal-positiv oder Hormonrezeptor-negativ) indiziert. (1)

Die Angaben zum Behandlungsmodus in Tabelle 3-13 für PH FDC s.c. entsprechen den Empfehlungen in der Fachinformation. (1) Gemäß der Fachinformation ist PH FDC s.c. über die Behandlungsdauer von insgesamt einem Jahr als Teil eines vollständigen Behandlungsschemas bei Brustkrebs im Frühstadium indiziert. Die Behandlung sollte eine Taxan-basierte Standardchemotherapie beinhalten, die ggf. ein Anthrazyklin umfasst. PH FDC s.c. ist an Tag eins des ersten taxanhaltigen Zyklus zu starten und sollte auch dann weitergeführt werden, wenn die Chemotherapie beendet wird. (1)

In der Fachinformation von PH FDC s.c. wird kein bestimmtes Chemotherapieregime spezifiziert. In Abschnitt 5.1 der Fachinformation werden die in der zulassungsrelevanten Studie APHINITY angewandten und dem aktuellen Therapiestandard entsprechenden Chemotherapieregime beschrieben. (1) Die in Tabelle 3-13 berücksichtigten Chemotherapieregime decken sich mit den in relevanten Leitlinien für die adjuvante Behandlung von Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs empfohlenen Schemata und Dosierungen. Aus diesem Grund werden für die Kostenberechnung im zu bewertenden Anwendungsgebiet der PH FDC s.c. die Kosten dieser Therapieschemata berücksichtigt.

Eine Taxan-basierte Chemotherapie ist heute Therapiestandard für die Behandlung des HER2-positiven frühen Brustkrebs. So umfassen die Empfehlungen der Leitlinien für die Behandlung des HER2-positiven frühen Brustkrebs Taxan-haltige Chemotherapieregime in Form von Anthrazyklin-Taxan-Sequenzen oder eine Kombination von Taxan mit Carboplatin. (2–5)

PH FDC s.c. wird gemäß Fachinformation für insgesamt ein Jahr (bis zu 18 Zyklen oder bis zum Rezidiv oder bis zum Auftreten nicht beherrschbarer Toxizität, je nachdem, was zuerst eintritt) verabreicht. (6) Daraus ergibt sich eine jährliche Gesamtbehandlungsdauer für PH FDC s.c. von insgesamt 17,4 Zyklen.

Anthrazyklin-haltige Chemotherapieregime werden sequentiell verabreicht, wie auch bei der Studie APHINITY angewandt. Die Taxan-Therapie in Kombination mit Trastuzumab Roche und Pertuzumab Roche (unabhängig von der Darreichungsform) wird nach vollständiger Gabe der Anthrazyklin-Therapie begonnen. Pertuzumab Roche und Trastuzumab Roche werden dann über die Taxan-Therapie hinaus für insgesamt ein Jahr verabreicht, weshalb die Berechnung der Jahrestherapiekosten ab Beginn der Taxan-Therapie erfolgt. (7)

Das Anthrazyklin-freie Chemotherapieregime sieht eine Gabe von Carboplatin und Docetaxel über sechs Zyklen in Kombination mit Pertuzumab Roche und Trastuzumab Roche vor. Die

Therapie mit Pertuzumab Roche und Trastuzumab Roche wird über die Chemotherapie hinaus für insgesamt bis zu ein Jahr verabreicht. (7)

### **Angaben zum Behandlungsmodus der zweckmäßigen Vergleichstherapie**

Die zweckmäßige Vergleichstherapie im zu bewertenden Anwendungsgebiet des adjuvanten HER2-positiven frühen Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko (definiert als nodal-positiv oder Hormonrezeptor-negativ) ist ein Therapieschema bestehend aus Trastuzumab, einem Taxan (Paclitaxel oder Docetaxel) und ggf. einem Anthrazyklin (Doxorubicin oder Epirubicin). (8) Trastuzumab ist als intravenöse und subkutane Darreichungsform zugelassen. Für die subkutane und intravenöse Darreichungsform wird eine dreiwöchentliche Anwendung empfohlen, für die intravenöse Darreichungsform ist zusätzlich eine wöchentliche Anwendung möglich. (9, 10) Analog zum zu bewertenden Arzneimittel werden die maximal anfallenden Kosten einer Therapie mit Trastuzumab über 52 Wochen (17,4 Zyklen q3w) dargestellt.

Für die begleitende adjuvante Chemotherapie werden keine weiteren Angaben zur Therapiedauer gemacht, es wird auf den Abschnitt 5.1 der Fachinformation verwiesen. In Abschnitt 5.1 werden die Zulassungsstudien von Trastuzumab in der Adjuvanz beschrieben, in denen die gebräuchlichen Therapieschemata aus Doxorubicin, Cyclophosphamid und Paclitaxel bzw. Docetaxel sowie die Therapie mit Docetaxel und Carboplatin aufgeführt sind. (1) Für die Anwendung und Dauer der FEC- und FAC-Schemata sind in der Trastuzumab Roche Fachinformation keine Angaben spezifiziert. Entsprechend werden aus Gründen der Vergleichbarkeit die gleichen Schemata zugrunde gelegt, welche im Vergleichsarm der Studie APHINITY zum Einsatz kommen und dem aktuellen Therapiestandard entsprechen. (2, 7)

Die Darstellung der Kosten beinhaltet eine Kombination mit einer Anthrazyklin-haltigen oder Anthrazyklin-freien Chemotherapie gemäß der vom G-BA benannten zweckmäßigen Vergleichstherapie. (11)

*Geben Sie in der nachfolgenden Tabelle 3-14 die Behandlungstage pro Patient pro Jahr für das zu bewertende Arzneimittel und die zweckmäßige Vergleichstherapie an. Machen Sie diese Angaben getrennt für die Zielpopulation und die Patientengruppen mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen. Die Behandlungstage pro Patient pro Jahr ergeben sich aus der Anzahl der Behandlungen pro Patient pro Jahr und der Behandlungsdauer je Behandlung (siehe Tabelle 3-13). Fügen Sie für jede Therapie, Behandlungssituation und jede Population bzw. Patientengruppe eine neue Zeile ein.*

Tabelle 3-14: Behandlungstage pro Patient pro Jahr (zu bewertendes Arzneimittel und zweckmäßige Vergleichstherapie)

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Behandlungs- modus	Behandlungstage pro Patient pro Jahr <sup>a</sup> (ggf. Spanne)
<b>Zu bewertendes Arzneimittel</b>			
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: FEC und Docetaxel</u>	Erwachsene Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko (gemäß Abschnitt 5.1 der Fachinformation definiert als nodal- positiv oder Hormon- rezeptor-negativ) in adjuvanter Behandlung		
PH FDC s.c. Injektionslösung		In Zyklen	17,4
Docetaxel		In Zyklen	3-4
5-Fluorouracil (F)		In Zyklen	3-4
Epirubicin (E)		In Zyklen	3-4
Cyclophosphamid (C)		In Zyklen	3-4
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: FAC und Docetaxel</u>	*		
PH FDC s.c. Injektionslösung		In Zyklen	17,4
Docetaxel		In Zyklen	3-4
5-Fluorouracil (F)		In Zyklen	3-4
Doxorubicin (A)		In Zyklen	3-4
Cyclophosphamid (C)		In Zyklen	3-4
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: FEC und Paclitaxel</u>	*		
PH FDC s.c. Injektionslösung		In Zyklen	17,4
Paclitaxel (q1w)		In Zyklen	12
5-Fluorouracil (F)		In Zyklen	3-4
Epirubicin (E)		In Zyklen	3-4
Cyclophosphamid (C)		In Zyklen	3-4

<b>Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)</b>	<b>Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe</b>	<b>Behandlungs- modus</b>	<b>Behandlungstage pro Patient pro Jahr<sup>a</sup> (ggf. Spanne)</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: FAC und Paclitaxel</u>  PH FDC s.c. Injektionslösung Paclitaxel (q1w) 5-Fluorouracil (F) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	In Zyklen  In Zyklen  In Zyklen  In Zyklen  In Zyklen	17,4  12  3-4  3-4  3-4
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: AC und Docetaxel</u>  PH FDC s.c. Injektionslösung Docetaxel Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	In Zyklen  In Zyklen  In Zyklen  In Zyklen	17,4  3-4  4  4
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: EC und Docetaxel</u>  PH FDC s.c. Injektionslösung Docetaxel Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	*	In Zyklen  In Zyklen  In Zyklen  In Zyklen	17,4  3-4  4  4

<b>Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)</b>	<b>Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe</b>	<b>Behandlungs- modus</b>	<b>Behandlungstage pro Patient pro Jahr<sup>a</sup> (ggf. Spanne)</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: AC und Paclitaxel</u>  PH FDC s.c. Injektionslösung Paclitaxel (q1w) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	In Zyklen  In Zyklen In Zyklen In Zyklen	17,4  12 4 4
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: EC und Paclitaxel</u>  PH FDC s.c. Injektionslösung Paclitaxel (q1w) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	*	In Zyklen  In Zyklen In Zyklen In Zyklen	17,4  12 4 4
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: AC und Paclitaxel</u>  PH FDC s.c. Injektionslösung Paclitaxel (q3w) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	In Zyklen  In Zyklen In Zyklen In Zyklen	17,4  4 4 4

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Behandlungs- modus	Behandlungstage pro Patient pro Jahr <sup>a</sup> (ggf. Spanne)
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-freier Chemotherapie: Docetaxel plus Carboplatin (TC)</u>  PH FDC s.c. Injektionslösung Docetaxel Carboplatin	*	In Zyklen  In Zyklen  In Zyklen	17,4  6  6
<b>Zweckmäßige Vergleichstherapie<sup>1</sup></b>			
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: FEC und Docetaxel</u>  Trastuzumab Roche i.v. Docetaxel 5-Fluorouracil (F) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	*	In Zyklen  In Zyklen  In Zyklen  In Zyklen  In Zyklen	17,4  3-4  3-4  3-4  3-4
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: FAC und Docetaxel</u>  Trastuzumab Roche i.v. Docetaxel 5-Fluorouracil (F) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	In Zyklen  In Zyklen  In Zyklen  In Zyklen  In Zyklen	17,4  3-4  3-4  3-4  3-4

<b>Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)</b>	<b>Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe</b>	<b>Behandlungs- modus</b>	<b>Behandlungstage pro Patient pro Jahr<sup>a</sup> (ggf. Spanne)</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: FEC und Paclitaxel</u>  Trastuzumab Roche i.v. Paclitaxel (q1w) 5-Fluorouracil (F) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	*	  In Zyklen In Zyklen In Zyklen In Zyklen In Zyklen	  17,4 12 3-4 3-4 3-4
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: FAC und Paclitaxel</u>  Trastuzumab Roche i.v. Paclitaxel (q1w) 5-Fluorouracil (F) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	  In Zyklen In Zyklen In Zyklen In Zyklen In Zyklen	  17,4 12 3-4 3-4 3-4
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: AC und Docetaxel</u>  Trastuzumab Roche i.v. Docetaxel Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	  In Zyklen In Zyklen In Zyklen In Zyklen	  17,4 3-4 4 4

<b>Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)</b>	<b>Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe</b>	<b>Behandlungs- modus</b>	<b>Behandlungstage pro Patient pro Jahr<sup>a</sup> (ggf. Spanne)</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: EC und Docetaxel</u>  Trastuzumab Roche i.v. Docetaxel Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	*	  In Zyklen In Zyklen In Zyklen In Zyklen	  17,4 3-4 4 4
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: AC und Paclitaxel</u>  Trastuzumab Roche i.v. Paclitaxel (q1w) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	  In Zyklen In Zyklen In Zyklen In Zyklen	  17,4 12 4 4
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: EC und Paclitaxel</u>  Trastuzumab Roche i.v. Paclitaxel (q1w) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	*	  In Zyklen In Zyklen In Zyklen In Zyklen	  17,4 12 4 4

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Behandlungs- modus	Behandlungstage pro Patient pro Jahr <sup>a</sup> (ggf. Spanne)
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: AC und Paclitaxel</u>  Trastuzumab Roche i.v. Paclitaxel (q3w) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	  In Zyklen In Zyklen In Zyklen In Zyklen	  17,4 4 4 4
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-freier Chemotherapie: Docetaxel plus Carboplatin (TC)</u>  Trastuzumab Roche i.v. Docetaxel Carboplatin	*	  In Zyklen In Zyklen In Zyklen	  17,4 6 6
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: FEC und Docetaxel</u>  Trastuzumab Roche s.c. Docetaxel 5-Fluorouracil (F) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	*	  In Zyklen In Zyklen In Zyklen In Zyklen In Zyklen	  17,4 3-4 3-4 3-4 3-4

<b>Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)</b>	<b>Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe</b>	<b>Behandlungs- modus</b>	<b>Behandlungstage pro Patient pro Jahr<sup>a</sup> (ggf. Spanne)</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: FAC und Docetaxel</u>  Trastuzumab Roche s.c. Docetaxel 5-Fluorouracil (F) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	  In Zyklen In Zyklen In Zyklen In Zyklen In Zyklen	  17,4 3-4 3-4 3-4 3-4
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: FEC und Paclitaxel</u>  Trastuzumab Roche s.c. Paclitaxel (q1w) 5-Fluorouracil (F) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	*	  In Zyklen In Zyklen In Zyklen In Zyklen In Zyklen	  17,4 12 3-4 3-4 3-4
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: FAC und Paclitaxel</u>  Trastuzumab Roche s.c. Paclitaxel (q1w) 5-Fluorouracil (F) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	  In Zyklen In Zyklen In Zyklen In Zyklen In Zyklen	  17,4 12 3-4 3-4 3-4

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Behandlungs- modus	Behandlungstage pro Patient pro Jahr <sup>a</sup> (ggf. Spanne)
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: AC und Docetaxel</u>  Trastuzumab Roche s.c. Docetaxel Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	 In Zyklen In Zyklen In Zyklen In Zyklen	 17,4 3-4 4 4
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: EC und Docetaxel</u>  Trastuzumab s.c. Docetaxel Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	*	 In Zyklen In Zyklen In Zyklen In Zyklen	 17,4 3-4 4 4
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: AC und Paclitaxel</u>  Trastuzumab Roche s.c. Paclitaxel (q1w) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	 In Zyklen In Zyklen In Zyklen In Zyklen	 17,4 12 4 4
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: EC und Paclitaxel</u>  Trastuzumab Roche s.c. Paclitaxel (q1w) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	*	 In Zyklen In Zyklen In Zyklen In Zyklen	 17,4 12 4 4

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Behandlungs- modus	Behandlungstage pro Patient pro Jahr <sup>a</sup> (ggf. Spanne)
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: AC und Paclitaxel</u>  Trastuzumab Roche s.c. Paclitaxel (q3w) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	  In Zyklen In Zyklen In Zyklen In Zyklen	  17,4 4 4 4
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-freier Chemotherapie: Docetaxel plus Carboplatin (TC)</u>  Trastuzumab Roche s.c. Docetaxel Carboplatin	*	  In Zyklen In Zyklen In Zyklen	  17,4 6 6
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: FEC und Docetaxel</u>  Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup> Docetaxel 5-Fluorouracil (F) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	*	  In Zyklen In Zyklen In Zyklen In Zyklen In Zyklen	  17,4 3-4 3-4 3-4 3-4

<b>Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)</b>	<b>Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe</b>	<b>Behandlungs- modus</b>	<b>Behandlungstage pro Patient pro Jahr<sup>a</sup> (ggf. Spanne)</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: FAC und Docetaxel</u>  Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>  Docetaxel  5-Fluorouracil (F)  Doxorubicin (A)  Cyclophosphamid (C)	*	          In Zyklen  In Zyklen  In Zyklen  In Zyklen  In Zyklen	          17,4  3-4  3-4  3-4  3-4
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: FEC und Paclitaxel</u>  Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>  Paclitaxel (q1w)  5-Fluorouracil (F)  Epirubicin (E)  Cyclophosphamid (C)	*	          In Zyklen  In Zyklen  In Zyklen  In Zyklen  In Zyklen	          17,4  12  3-4  3-4  3-4
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: FAC und Paclitaxel</u>  Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>  Paclitaxel (q1w)  5-Fluorouracil (F)  Doxorubicin (A)  Cyclophosphamid (C)	*	          In Zyklen  In Zyklen  In Zyklen  In Zyklen  In Zyklen	          17,4  12  3-4  3-4  3-4

<b>Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)</b>	<b>Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe</b>	<b>Behandlungs- modus</b>	<b>Behandlungstage pro Patient pro Jahr<sup>a</sup> (ggf. Spanne)</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: AC und Docetaxel</u>  Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>  Docetaxel  Doxorubicin (A)  Cyclophosphamid (C)	*	  In Zyklen  In Zyklen  In Zyklen  In Zyklen	  17,4  3-4  4  4
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: EC und Docetaxel</u>  Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>  Docetaxel  Epirubicin (E)  Cyclophosphamid (C)	*	  In Zyklen  In Zyklen  In Zyklen  In Zyklen	  17,4  3-4  4  4
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: AC und Paclitaxel</u>  Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>  Paclitaxel (q1w)  Doxorubicin (A)  Cyclophosphamid (C)	*	  In Zyklen  In Zyklen  In Zyklen  In Zyklen	  17,4  12  4  4

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Behandlungs- modus	Behandlungstage pro Patient pro Jahr <sup>a</sup> (ggf. Spanne)
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: EC und Paclitaxel</u>  Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>  Paclitaxel (q1w)  Epirubicin (E)  Cyclophosphamid (C)	*	  In Zyklen  In Zyklen  In Zyklen  In Zyklen	  17,4  12  4  4
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin- haltiger Chemotherapie: AC und Paclitaxel</u>  Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>  Paclitaxel (q3w)  Doxorubicin (A)  Cyclophosphamid (C)	*	  In Zyklen  In Zyklen  In Zyklen  In Zyklen	  17,4  4  4  4
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-freier Chemotherapie: Docetaxel plus Carboplatin (TC)</u>  Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>  Docetaxel  Carboplatin	*	  In Zyklen  In Zyklen  In Zyklen	  17,4  6  6
<p>Wenn eine Behandlung nicht dauerhaft, aber länger als ein Jahr, z.B. bei einer Infektionskrankheit, durchgeführt werden muss, ist dies anzumerken. In den folgenden Tabellen müssen die Kosten dann sowohl für ein Jahr als auch für die gesamte Behandlungsdauer pro Patient und die entsprechende Patientengruppe angegeben werden.</p> <p><sup>a</sup> Darstellung der Therapiedauer über ein Kalenderjahr inklusive einer Vortherapie mit dem FEC-/ FAC-Schema über drei bis vier Zyklen oder dem AC-/ EC-Schema über vier Zyklen.</p> <p>Ein Zyklus dauert gemäß der Fachinformation drei Wochen (q3w) bzw. 21 Tage. Die Verabreichung der Medikamente erfolgt jeweils an Tag eins des Zyklus. Ausnahme ist hier die Therapie mit Paclitaxel, welche auch wöchentlich (q1w) verabreicht werden kann.</p>			

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Behandlungs- modus	Behandlungstage pro Patient pro Jahr <sup>a</sup> (ggf. Spanne)
<p>* Erwachsene Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko (gemäß Abschnitt 5.1 der Fachinformation definiert als nodal-positiv oder Hormonrezeptor-negativ) in adjuvanter Behandlung</p> <p><sup>1</sup> <u>Begründung zur ZVT:</u> Eine adäquate ZVT im Anwendungsgebiet der adjuvanten Therapie von HER2-positivem frühem Brustkrebs ist gemäß G-BA ein Therapieschema Trastuzumab, ein Taxan und ggf. ein Anthrazyklin enthaltend.</p> <p><sup>2</sup> Es sind mehrere biosimilare Antikörper zu Trastuzumab auf dem Markt. An dieser Stelle wird der günstigste biosimilare Antikörper Trazimera<sup>®</sup> aufgeführt.</p> <p>A: Doxorubicin; C: Cyclophosphamid; E: Epirubicin; F: 5-Fluorouracil; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; HER2: Humaner epidermaler Wachstumsfaktorrezeptor-2; i.v.: intravenös; PH FDC s.c.: Pertuzumab/Trastuzumab Fixdosiskombination zur subkutanen Gabe; q1w: wöchentlich; q3w: dreiwöchentlich; s.c.: subkutan; T: Taxan; ZVT: Zweckmäßige Vergleichstherapie</p>			

Die Anzahl der Behandlungstage wurde auf der Basis der jeweiligen Fachinformation sowie nach den Angaben in verschiedenen Leitlinien (S3-Leitlinie, Empfehlungen der AGO und Leitlinien der NCCN) ermittelt. (2, 4–6, 9, 10, 12–18) Die Verabreichung der Medikamente erfolgt jeweils an Tag 1 des Behandlungszyklus. Folglich entspricht die Anzahl der Behandlungstage der Anzahl der Behandlungszyklen (siehe Tabelle 3-14).

### 3.3.2 Angaben zum Verbrauch für das zu bewertende Arzneimittel und die zweckmäßige Vergleichstherapie

*Geben Sie in der nachfolgenden Tabelle 3-15 den Verbrauch pro Gabe und den Jahresverbrauch pro Patient für das zu bewertende Arzneimittel sowie für die zweckmäßige Vergleichstherapie in gebräuchlichem Maß (z.B. mg) gemäß der Fachinformation falls erforderlich als Spanne an. Falls die zweckmäßige Vergleichstherapie eine nichtmedikamentöse Behandlung ist, geben Sie ein anderes im jeweiligen Anwendungsgebiet international gebräuchliches Maß für den Jahresverbrauch der zweckmäßigen Vergleichstherapie an. Fügen Sie für jede Therapie eine neue Zeile ein.*

Tabelle 3-15: Jahresverbrauch pro Patient (zu bewertendes Arzneimittel und zweckmäßige Vergleichstherapie)

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patienten- gruppe	Behand- lungstage pro Patient pro Jahr (ggf. Spanne)	Verbrauch pro Gabe (ggf. Spanne)		Jahresverbrauch pro Patient (ggf. Spanne) (gebräuchliches Maß; im Falle einer nicht- medikamentösen Behandlung Angabe eines anderen im jeweiligen Anwendungs- gebiet international gebräuchlichen Maßes) <sup>a</sup>				
			Initialdosis: Erster Zyklus	Folgezyklen					
<b>Zu bewertendes Arzneimittel</b>									
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FEC und Docetaxel</u>	Erwachsene Patienten mit HER2- positivem frühem Brust- krebs mit hohem Rezi- divrisiko (gemäß Abschnitt 5.1 der Fach- information definiert als nodal-positiv oder Hormon- rezeptor- negativ) in adjuvanter Behandlung	17,4	1.200 mg Pertuzumab/ 600 mg Trastuzumab	600 mg Pertuzumab/ 600 mg Trastuzumab	11.040 mg Pertuzumab/ 10.440 mg Trastuzumab				
PH FDC s.c. Injektionslösung									
Docetaxel						3-4	140 mg	180 mg	500-680 mg
5-Fluorouracil (F)						3-4		1.000-2.000 mg	3.000-8.000 mg
Epirubicin (E)						3-4		160-220 mg	480-880 mg
Cyclophosphamid (C)	3-4		1.000-1.500 mg	3.000-6.000 mg					
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FAC und Docetaxel</u>	*	17,4	1.200 mg Pertuzumab/ 600 mg Trastuzumab	600 mg Pertuzumab/ 600 mg Trastuzumab	11.040 mg Pertuzumab/ 10.440 mg Trastuzumab				
PH FDC s.c. Injektionslösung									
Docetaxel	3-4					140 mg	180 mg	500-680 mg	
5-Fluorouracil (F)	3-4						1.000-2.000 mg	3.000-8.000 mg	
Doxorubicin (A)	3-4						100 mg	300-400 mg	
Cyclophosphamid (C)	3-4		1.000-1.500 mg	3.000-6.000 mg					

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patienten- gruppe	Behand- lungstage pro Patient pro Jahr (ggf. Spanne)	Verbrauch pro Gabe (ggf. Spanne)		Jahresverbrauch pro Patient (ggf. Spanne) (gebräuchliches Maß; im Falle einer nicht- medikamentösen Behandlung Angabe eines anderen im jeweiligen Anwendungs- gebiet international gebräuchlichen Maßes) <sup>a</sup>
			Initialdosis: Erster Zyklus	Folgezyklen	
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FEC und Paclitaxel</u>	*				
PH FDC s.c. Injektionslösung		17,4	1.200 mg Pertuzumab/ 600 mg Trastuzumab	600 mg Pertuzumab/ 600 mg Trastuzumab	11.040 mg Pertuzumab/ 10.440 mg Trastuzumab
Paclitaxel (q1w)		12		150 mg	1.800 mg
5-Fluorouracil (F)		3-4		1.000-2.000 mg	3.000-8.000 mg
Epirubicin (E)		3-4		160-220 mg	480-880 mg
Cyclophosphamid (C)		3-4		1.000-1.500 mg	3.000-6.000 mg
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FAC und Paclitaxel</u>	*				
PH FDC s.c. Injektionslösung		17,4	1.200 mg Pertuzumab/ 600 mg Trastuzumab	600 mg Pertuzumab/ 600 mg Trastuzumab	11.040 mg Pertuzumab/ 10.440 mg Trastuzumab
Paclitaxel (q1w)		12		150 mg	1.800 mg
5-Fluorouracil (F)		3-4		1.000-2.000 mg	3.000-8.000 mg
Doxorubicin (A)		3-4		100 mg	300-400 mg
Cyclophosphamid (C)		3-4		1.000-1.500 mg	3.000-6.000 mg

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patienten- gruppe	Behand- lungstage pro Patient pro Jahr (ggf. Spanne)	Verbrauch pro Gabe (ggf. Spanne)		Jahresverbrauch pro Patient (ggf. Spanne) (gebräuchliches Maß; im Falle einer nicht- medikamentösen Behandlung Angabe eines anderen im jeweiligen Anwendungs- gebiet international gebräuchlichen Maßes) <sup>a</sup>
			Initialdosis: Erster Zyklus	Folgezyklen	
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC und Docetaxel</u>	*				
PH FDC s.c. Injektionslösung		17,4	1.200 mg Pertuzumab/ 600 mg Trastuzumab	600 mg Pertuzumab/ 600 mg Trastuzumab	11.040 mg Pertuzumab/ 10.440 mg Trastuzumab
Docetaxel		3-4	140 mg	180 mg	500-680 mg
Doxorubicin (A)		4		110 mg	440 mg
Cyclophosphamid (C)		4		1.000-1.500 mg	4.000-6.000 mg
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: EC und Docetaxel</u>	*				
PH FDC s.c. Injektionslösung		17,4	1.200 mg Pertuzumab/ 600 mg Trastuzumab	600 mg Pertuzumab/ 600 mg Trastuzumab	11.040 mg Pertuzumab/ 10.440 mg Trastuzumab
Docetaxel		3-4	140 mg	180 mg	500- 680 mg
Epirubicin (E)		4		160-220 mg	640-880 mg
Cyclophosphamid (C)		4		1.000-1.500 mg	4.000-6.000 mg

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patienten- gruppe	Behand- lungstage pro Patient pro Jahr (ggf. Spanne)	Verbrauch pro Gabe (ggf. Spanne)		Jahresverbrauch pro Patient (ggf. Spanne) (gebräuchliches Maß; im Falle einer nicht- medikamentösen Behandlung Angabe eines anderen im jeweiligen Anwendungs- gebiet international gebräuchlichen Maßes) <sup>a</sup>
			Initialdosis: Erster Zyklus	Folgezyklen	
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC und Paclitaxel</u>	*				
PH FDC s.c. Injektionslösung		17,4	1.200 mg Pertuzumab/ 600 mg Trastuzumab	600 mg Pertuzumab/ 600 mg Trastuzumab	11.040 mg Pertuzumab/ 10.440 mg Trastuzumab
Paclitaxel (q1w)		12		150 mg	1.800 mg
Doxorubicin (A)		4		110 mg	440 mg
Cyclophosphamid (C)		4		1.000-1.500 mg	4.000-6.000 mg
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: EC und Paclitaxel</u>	*				
PH FDC s.c. Injektionslösung		17,4	1.200 mg Pertuzumab/ 600 mg Trastuzumab	600 mg Pertuzumab/ 600 mg Trastuzumab	11.040 mg Pertuzumab/ 10.440 mg Trastuzumab
Paclitaxel (q1w)		12		150 mg	1.800 mg
Epirubicin (E)		4		160-220 mg	640-880 mg
Cyclophosphamid (C)		4		1.000-1.500 mg	4.000-6.000 mg

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patienten- gruppe	Behand- lungstage pro Patient pro Jahr (ggf. Spanne)	Verbrauch pro Gabe (ggf. Spanne)		Jahresverbrauch pro Patient (ggf. Spanne) (gebräuchliches Maß; im Falle einer nicht- medikamentösen Behandlung Angabe eines anderen im jeweiligen Anwendungs- gebiet international gebräuchlichen Maßes) <sup>a</sup>
			Initialdosis: Erster Zyklus	Folgezyklen	
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC und Paclitaxel</u>	*				
PH FDC s.c. Injektionslösung		17,4	1.200 mg Pertuzumab/ 600 mg Trastuzumab	600 mg Pertuzumab/ 600 mg Trastuzumab	11.040 mg Pertuzumab/ 10.440 mg Trastuzumab
Paclitaxel (q3w)		4		330-400 mg	1.320-1.600 mg
Doxorubicin (A)		4		110 mg	440 mg
Cyclophosphamid (C)		4		1.000-1.500 mg	4.000-6.000 mg
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-freier Chemotherapie: Docetaxel plus Carboplatin (TC)</u>	*				
PH FDC s.c. Injektionslösung		17,4	1.200 mg Pertuzumab/ 600 mg Trastuzumab	600 mg Pertuzumab/ 600 mg Trastuzumab	11.040 mg Pertuzumab/ 10.440 mg Trastuzumab
Docetaxel		6		140 mg	840 mg
Carboplatin		6		650 mg	3.900 mg

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patienten- gruppe	Behand- lungstage pro Patient pro Jahr (ggf. Spanne)	Verbrauch pro Gabe (ggf. Spanne)		Jahresverbrauch pro Patient (ggf. Spanne) (gebräuchliches Maß; im Falle einer nicht- medikamentösen Behandlung Angabe eines anderen im jeweiligen Anwendungs- gebiet international gebräuchlichen Maßes) <sup>a</sup>
			Initialdosis: Erster Zyklus	Folgezyklen	
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FEC und Docetaxel</u>	*				
Trastuzumab Roche i.v.		17,4	600 mg	450 mg	7.980 mg
Docetaxel		3-4	140 mg	180 mg	500- 680 mg
5-Fluorouracil (F)		3-4		1.000-2.000 mg	3.000-8.000 mg
Epirubicin (E)		3-4		160-220 mg	480-880 mg
Cyclophosphamid (C)		3-4		1.000-1.500 mg	3.000-6.000 mg
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FAC und Docetaxel</u>	*				
Trastuzumab Roche i.v.		17,4	600 mg	450 mg	7.980 mg
Docetaxel		3-4	140 mg	180 mg	500- 680 mg
5-Fluorouracil (F)		3-4		1.000-2.000 mg	3.000-8.000 mg
Doxorubicin (A)		3-4		100 mg	300-400 mg
Cyclophosphamid (C)		3-4		1.000-1.500 mg	3.000-6.000 mg
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FEC und Paclitaxel</u>	*				
Trastuzumab Roche i.v.		17,4	600 mg	450 mg	7.980 mg
Paclitaxel (q1w)		12		150 mg	1.800 mg
5-Fluorouracil (F)		3-4		1.000-2.000 mg	3.000-8.000 mg
Epirubicin (E)		3-4		160-220 mg	480-880 mg
Cyclophosphamid (C)		3-4		1.000-1.500 mg	3.000-6.000 mg

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patienten- gruppe	Behand- lungstage pro Patient pro Jahr (ggf. Spanne)	Verbrauch pro Gabe (ggf. Spanne)		Jahresverbrauch pro Patient (ggf. Spanne) (gebräuchliches Maß; im Falle einer nicht- medikamentösen Behandlung Angabe eines anderen im jeweiligen Anwendungs- gebiet international gebräuchlichen Maßes) <sup>a</sup>
			Initialdosis: Erster Zyklus	Folgezyklen	
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FAC und Paclitaxel</u>	*				
Trastuzumab Roche i.v.		17,4	600 mg	450 mg	7.980 mg
Paclitaxel (q1w)		12		150 mg	1.800 mg
5-Fluorouracil (F)		3-4		1.000-2.000 mg	3.000-8.000 mg
Doxorubicin (A)		3-4		100 mg	300-400 mg
Cyclophosphamid (C)		3-4		1.000-1.500 mg	3.000-6.000 mg
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC und Docetaxel</u>	*				
Trastuzumab Roche i.v.		17,4	600 mg	450 mg	7.980 mg
Docetaxel		3-4	140 mg	180 mg	500 - 680 mg
Doxorubicin (A)		4		110 mg	440 mg
Cyclophosphamid (C)		4		1.000-1.500 mg	4.000-6.000 mg
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: EC und Docetaxel</u>	*				
Trastuzumab Roche i.v.		17,4	600 mg	450 mg	7.980 mg
Docetaxel		3-4	140 mg	180 mg	500-680 mg
Epirubicin (E)		4		160-220 mg	640-880 mg
Cyclophosphamid (C)		4		1.000-1.500 mg	4.000-6.000 mg

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patienten- gruppe	Behand- lungstage pro Patient pro Jahr (ggf. Spanne)	Verbrauch pro Gabe (ggf. Spanne)		Jahresverbrauch pro Patient (ggf. Spanne) (gebräuchliches Maß; im Falle einer nicht- medikamentösen Behandlung Angabe eines anderen im jeweiligen Anwendungs- gebiet international gebräuchlichen Maßes) <sup>a</sup>
			Initialdosis: Erster Zyklus	Folgezyklen	
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC und Paclitaxel</u>	*				
Trastuzumab Roche i.v.		17,4	600 mg	450 mg	7.980 mg
Paclitaxel (q1w)		12		150 mg	1.800 mg
Doxorubicin (A)		4		110 mg	440 mg
Cyclophosphamid (C)		4		1.000-1.500 mg	4.000-6.000 mg
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: EC und Paclitaxel</u>	*				
Trastuzumab Roche i.v.		17,4	600 mg	450 mg	7.980 mg
Paclitaxel (q1w)		12		150 mg	1.800 mg
Epirubicin (E)		4		160-220 mg	640-880 mg
Cyclophosphamid (C)		4		1.000-1.500 mg	4.000-6.000 mg
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC und Paclitaxel</u>	*				
Trastuzumab Roche i.v.		17,4	600 mg	450 mg	7.980 mg
Paclitaxel (q3w)		4		330-400 mg	1.320-1.600 mg
Doxorubicin (A)		4		110 mg	440 mg
Cyclophosphamid (C)		4		1.000-1.500 mg	4.000-6.000 mg

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patienten- gruppe	Behand- lungstage pro Patient pro Jahr (ggf. Spanne)	Verbrauch pro Gabe (ggf. Spanne)		Jahresverbrauch pro Patient (ggf. Spanne) (gebräuchliches Maß; im Falle einer nicht- medikamentösen Behandlung Angabe eines anderen im jeweiligen Anwendungs- gebiet international gebräuchlichen Maßes) <sup>a</sup>
			Initialdosis: Erster Zyklus	Folgezyklen	
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-freier Chemotherapie: Docetaxel plus Carboplatin (TC)</u>	*				
Trastuzumab Roche i.v.		17,4	600 mg	450 mg	7.980 mg
Docetaxel		6		140 mg	840 mg
Carboplatin		6		700 mg	4.200 mg
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FEC und Docetaxel</u>	*				
Trastuzumab Roche s.c.		17,4		600 mg	10.440 mg
Docetaxel		3-4	140 mg	180 mg	500 - 680 mg
5-Fluorouracil (F)		3-4		1.000-2.000 mg	3.000-8.000 mg
Epirubicin (E)		3-4		160-220 mg	480-880 mg
Cyclophosphamid (C)		3-4		1.000-1.500 mg	3.000-6.000 mg
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FAC und Docetaxel</u>	*				
Trastuzumab Roche s.c.		17,4		600 mg	10.440 mg
Docetaxel		3-4	140 mg	180 mg	500 - 680 mg
5-Fluorouracil (F)		3-4		1.000-2.000 mg	3.000-8.000 mg
Doxorubicin (A)		3-4		100 mg	300-400 mg
Cyclophosphamid (C)		3-4		1.000-1.500 mg	3.000-6.000 mg

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patienten- gruppe	Behand- lungstage pro Patient pro Jahr (ggf. Spanne)	Verbrauch pro Gabe (ggf. Spanne)		Jahresverbrauch pro Patient (ggf. Spanne) (gebräuchliches Maß; im Falle einer nicht- medikamentösen Behandlung Angabe eines anderen im jeweiligen Anwendungs- gebiet international gebräuchlichen Maßes) <sup>a</sup>
			Initialdosis: Erster Zyklus	Folgezyklen	
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FEC und Paclitaxel</u>	*				
Trastuzumab Roche s.c.		17,4		600 mg	10.440 mg
Paclitaxel (q1w)		12		150 mg	1.800 mg
5-Fluorouracil (F)		3-4		1.000-2.000 mg	3.000-8.000 mg
Epirubicin (E)		3-4		160-220 mg	480-880 mg
Cyclophosphamid (C)		3-4		1.000-1.500 mg	3.000-6.000 mg
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FAC und Paclitaxel</u>	*				
Trastuzumab Roche s.c.		17,4		600 mg	10.440 mg
Paclitaxel (q1w)		12		150 mg	1.800 mg
5-Fluorouracil (F)		3-4		1.000-2.000 mg	3.000-8.000 mg
Doxorubicin (A)		3-4		100 mg	300-400 mg
Cyclophosphamid (C)		3-4		1.000-1.500 mg	3.000-6.000 mg
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC und Docetaxel</u>	*				
Trastuzumab Roche s.c.		17,4		600 mg	10.440 mg
Docetaxel		3-4	140 mg	180 mg	500 - 680 mg
Doxorubicin (A)		4		110 mg	440 mg
Cyclophosphamid (C)		4		1.000-1.500 mg	4.000-6.000 mg

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patienten- gruppe	Behand- lungstage pro Patient pro Jahr (ggf. Spanne)	Verbrauch pro Gabe (ggf. Spanne)		Jahresverbrauch pro Patient (ggf. Spanne) (gebräuchliches Maß; im Falle einer nicht- medikamentösen Behandlung Angabe eines anderen im jeweiligen Anwendungs- gebiet international gebräuchlichen Maßes) <sup>a</sup>
			Initialdosis: Erster Zyklus	Folgezyklen	
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: EC und Docetaxel</u>	*				
Trastuzumab Roche s.c.		17,4		600 mg	10.440 mg
Docetaxel		3-4	140 mg	180 mg	500 - 680 mg
Epirubicin (E)		4		160-220 mg	640-880 mg
Cyclophosphamid (C)		4		1.000-1.500 mg	4.000-6.000 mg
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC und Paclitaxel</u>	*				
Trastuzumab Roche s.c.		17,4		600 mg	10.440 mg
Paclitaxel (q1w)		12		150 mg	1.800 mg
Doxorubicin (A)		4		110 mg	440 mg
Cyclophosphamid (C)		4		1.000-1.500 mg	4.000-6.000 mg
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: EC und Paclitaxel</u>	*				
Trastuzumab Roche s.c.		17,4		600 mg	10.440 mg
Paclitaxel (q1w)		12		150 mg	1.800 mg
Epirubicin (E)		4		160-220 mg	640-880 mg
Cyclophosphamid (C)		4		1.000-1.500 mg	4.000-6.000 mg

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patienten- gruppe	Behand- lungstage pro Patient pro Jahr (ggf. Spanne)	Verbrauch pro Gabe (ggf. Spanne)		Jahresverbrauch pro Patient (ggf. Spanne) (gebräuchliches Maß; im Falle einer nicht- medikamentösen Behandlung Angabe eines anderen im jeweiligen Anwendungs- gebiet international gebräuchlichen Maßes) <sup>a</sup>
			Initialdosis: Erster Zyklus	Folgezyklen	
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC und Paclitaxel</u>	*				
Trastuzumab Roche s.c.		17,4		600 mg	10.440 mg
Paclitaxel (q3w)		4		330-400 mg	1.320-1.600 mg
Doxorubicin (A)		4		110 mg	440 mg
Cyclophosphamid (C)		4		1.000-1.500 mg	4.000-6.000 mg
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-freier Chemotherapie: Docetaxel plus Carboplatin (TC)</u>	*				
Trastuzumab Roche s.c.		17,4		600 mg	10.440 mg
Docetaxel		6		140 mg	840 mg
Carboplatin		6		700 mg	4.200 mg
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FEC und Docetaxel</u>	*				
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>		17,4	570 mg	420 mg	7.458 mg
Docetaxel		3-4	140 mg	180 mg	500-680 mg
5-Fluorouracil (F)		3-4		1.000-2.000 mg	3.000-8.000 mg
Epirubicin (E)		3-4		160-220 mg	480-880 mg
Cyclophosphamid (C)		3-4		1.000-1.500 mg	3.000-6.000 mg

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patienten- gruppe	Behand- lungstage pro Patient pro Jahr (ggf. Spanne)	Verbrauch pro Gabe (ggf. Spanne)		Jahresverbrauch pro Patient (ggf. Spanne) (gebräuchliches Maß; im Falle einer nicht- medikamentösen Behandlung Angabe eines anderen im jeweiligen Anwendungs- gebiet international gebräuchlichen Maßes) <sup>a</sup>
			Initialdosis: Erster Zyklus	Folgezyklen	
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FAC und Docetaxel</u>	*				
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>		17,4	570 mg	420 mg	7.458 mg
Docetaxel		3-4	140 mg	180 mg	500-680 mg
5-Fluorouracil (F)		3-4		1.000-2.000 mg	3.000-8.000 mg
Doxorubicin (A)		3-4		100 mg	300-400 mg
Cyclophosphamid (C)		3-4		1.000-1.500 mg	3.000-6.000 mg
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FEC und Paclitaxel</u>	*				
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>		17,4	570 mg	420 mg	7.458 mg
Paclitaxel (q1w)		12		150 mg	1.800 mg
5-Fluorouracil (F)		3-4		1.000-2.000 mg	3.000-8.000 mg
Epirubicin (E)		3-4		160-220 mg	480-880 mg
Cyclophosphamid (C)		3-4		1.000-1.500 mg	3.000-6.000 mg

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patienten- gruppe	Behand- lungstage pro Patient pro Jahr (ggf. Spanne)	Verbrauch pro Gabe (ggf. Spanne)		Jahresverbrauch pro Patient (ggf. Spanne) (gebräuchliches Maß; im Falle einer nicht- medikamentösen Behandlung Angabe eines anderen im jeweiligen Anwendungs- gebiet international gebräuchlichen Maßes) <sup>a</sup>
			Initialdosis: Erster Zyklus	Folgezyklen	
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FAC und Paclitaxel</u>	*				
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>		17,4	570 mg	420 mg	7.458 mg
Paclitaxel (q1w)		12		150 mg	1.800 mg
5-Fluorouracil (F)		3-4		1.000-2.000 mg	3.000-8.000 mg
Doxorubicin (A)		3-4		100 mg	300-400 mg
Cyclophosphamid (C)		3-4		1.000-1.500 mg	3.000-6.000 mg
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC und Docetaxel</u>	*				
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>		17,4	570 mg	420 mg	7.458 mg
Docetaxel		3-4	140 mg	180 mg	500-680 mg
Doxorubicin (A)		4		110 mg	440 mg
Cyclophosphamid (C)		4		1.000-1.500 mg	4.000-6.000 mg
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: EC und Docetaxel</u>	*				
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>		17,4	570 mg	420 mg	7.458 mg
Docetaxel		3-4	140 mg	180 mg	500-680 mg
Epirubicin (E)		4		160-220 mg	640-880 mg
Cyclophosphamid (C)		4		1.000-1.500 mg	4.000-6.000 mg

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patienten- gruppe	Behand- lungstage pro Patient pro Jahr (ggf. Spanne)	Verbrauch pro Gabe (ggf. Spanne)		Jahresverbrauch pro Patient (ggf. Spanne) (gebräuchliches Maß; im Falle einer nicht- medikamentösen Behandlung Angabe eines anderen im jeweiligen Anwendungs- gebiet international gebräuchlichen Maßes) <sup>a</sup>
			Initialdosis: Erster Zyklus	Folgezyklen	
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC und Paclitaxel</u>	*				
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>		17,4	570 mg	420 mg	7.458 mg
Paclitaxel (q1w)		12		150 mg	1.800 mg
Doxorubicin (A)		4		110 mg	440 mg
Cyclophosphamid (C)		4		1.000-1.500 mg	4.000-6.000 mg
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: EC und Paclitaxel</u>	*				
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>		17,4	570 mg	420 mg	7.458 mg
Paclitaxel (q1w)		12		150 mg	1.800 mg
Epirubicin (E)		4		160-220 mg	640-880 mg
Cyclophosphamid (C)		4		1.000-1.500 mg	4.000-6.000 mg
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC und Paclitaxel</u>	*				
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>		17,4	570 mg	420 mg	7.458 mg
Paclitaxel (q3w)		4		330-400 mg	1.320-1.600 mg
Doxorubicin (A)		4		110 mg	440 mg
Cyclophosphamid (C)		4		1.000-1.500 mg	4.000-6.000 mg

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patienten- gruppe	Behand- lungstage pro Patient pro Jahr (ggf. Spanne)	Verbrauch pro Gabe (ggf. Spanne)		Jahresverbrauch pro Patient (ggf. Spanne) (gebräuchliches Maß; im Falle einer nicht- medikamentösen Behandlung Angabe eines anderen im jeweiligen Anwendungs- gebiet international gebräuchlichen Maßes) <sup>a</sup>
			Initialdosis: Erster Zyklus	Folgezyklen	
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-freier Chemotherapie: Docetaxel plus Carboplatin (TC)</u>	*				
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>		17,4	570 mg	420 mg	7.458 mg
Docetaxel		6		140 mg	840 mg
Carboplatin		6		700 mg	4.200 mg

*Wenn eine Behandlung nicht dauerhaft, aber länger als ein Jahr, z.B. bei einer Infektionskrankheit, durchgeführt werden muss, ist dies anzumerken. In den folgenden Tabellen müssen die Kosten dann sowohl für ein Jahr als auch für die gesamte Behandlungsdauer pro Patient und die entsprechende Patientengruppe angegeben werden.*

<sup>a</sup> Darstellung der Therapiedauer über ein Kalenderjahr inklusive einer Vortherapie mit dem FEC-/ FAC-Schema über drei bis vier Zyklen oder dem AC-/ EC-Schema über vier Zyklen.

Ein Zyklus dauert gemäß der Fachinformation drei Wochen (q3w) bzw. 21 Tage. Die Verabreichung der Medikamente erfolgt jeweils an Tag eins des Zyklus. Ausnahme ist hier die Therapie mit Paclitaxel, welche auch wöchentlich (q1w) verabreicht werden kann.

\* Erwachsene Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko (gemäß Abschnitt 5.1 der Fachinformation definiert als nodal-positiv oder Hormonrezeptor-negativ) in adjuvanter Behandlung

<sup>1</sup> Begründung zur ZVT:

Eine adäquate ZVT im Anwendungsgebiet der adjuvanten Therapie von HER2-positivem frühem Brustkrebs ist gemäß G-BA ein Therapieschema, Trastuzumab, ein Taxan (Paclitaxel oder Docetaxel) und ggf. ein Anthrazyklin (Doxorubicin oder Epirubicin) enthaltend.

<sup>2</sup> Es sind mehrere biosimilare Antikörper zu Trastuzumab auf dem Markt. An dieser Stelle wird der günstigste biosimilare Antikörper Trazimera<sup>®</sup> aufgeführt.

A: Doxorubicin; C: Cyclophosphamid; E: Epirubicin; F: 5-Fluorouracil; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; HER2: Humaner epidermaler Wachstumsfaktorrezeptor-2; i.v.: intravenös; PH FDC s.c.: Pertuzumab/Trastuzumab Fixdosiskombination zur subkutanen Gabe; q1w: wöchentlich; q3w: dreiwöchentlich; s.c.: subkutan; T: Taxan; ZVT: Zweckmäßige Vergleichstherapie

*Begründen Sie die Angaben in Tabelle 3-15 unter Nennung der verwendeten Quellen. Nehmen Sie ggf. Bezug auf andere Verbrauchsmaße, die im Anwendungsgebiet gebräuchlich sind (z.B. IU [International Unit], Dosierung je Quadratmeter Körperoberfläche, Dosierung je Kilogramm Körpergewicht).*

### **Begründung der im Anwendungsgebiet gebräuchlichen Verbrauchsmaße**

Für Pertuzumab Roche, Trastuzumab, Docetaxel, Paclitaxel, EC, AC, FEC, FAC und Carboplatin liegen laut dem wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO) Defined Daily Doses (DDD) vor (z.B. Pertuzumab Roche: 20 mg parenteral; Trastuzumab Roche: 20 mg für die intravenöse und 29 mg für die subkutane Darreichungsform; Docetaxel: 6,43 mg parenteral). (19) Dennoch ist eine Angabe des Jahresverbrauchs pro Patient als DDD im Rahmen dieses Dossiers nicht zweckmäßig, da die DDD nach Definition des WiDO „die angenommene mittlere tägliche Erhaltungsdosis für die Hauptindikation eines Arzneimittels bei Erwachsenen“ darstellt und die betrachteten Therapien in Zyklen verabreicht werden. (20)

Laut WiDO ist zu berücksichtigen, dass die DDD eine rechnerische Maßeinheit ist und nicht unbedingt die empfohlene oder verordnete Tagesdosis wiedergibt. Des Weiteren ist es möglich, dass sich die therapeutischen Dosen für individuelle Patienten und Patientengruppen von der DDD unterscheiden, da sie auf individuellen Eigenschaften, wie Körpergewicht, Alter und Schwere der Erkrankung beruhen. (20)

Pertuzumab/Trastuzumab Fixdosiskombination zur subkutanen Gabe (PH FDC s.c.), Trastuzumab, Docetaxel, Paclitaxel, EC, AC, FEC, FAC und Carboplatin sind Arzneimittel, die zur Behandlung onkologischer Erkrankungen eingesetzt werden. Da sie nicht täglich gegeben werden, sondern in Zyklen, werden in diesem Dossier die im Anwendungsgebiet gebräuchlichen Dosierungen je Zyklus angegeben. Bei PH FDC s.c. und bei Trastuzumab Roche in der subkutanen Darreichungsform handelt es sich um eine fixe Dosierung, bei Trastuzumab Roche in der intravenösen Darreichungsform um körpergewichtsabhängige Dosierungen. Für Docetaxel, Paclitaxel, EC, AC, FEC und FAC werden Dosierungen je Quadratmeter Körperoberfläche angegeben. Für Carboplatin wird die Dosierung nach AUC (Area under the curve) mit einem angestrebten AUC-Zielwert von sechs verwendet. (6, 9, 10, 12–18, 21)

### **Berechnungen der Angaben des Durchschnittspatienten**

Der Jahresdurchschnittsverbrauch hängt von der Anzahl der verabreichten Zyklen bzw. der Therapiedauer, der Definition des ‚Durchschnittspatienten‘ und der damit einhergehenden verbrauchten Menge in mg (ggf. in Abhängigkeit von Körpergewicht [kg] bzw. Körperoberfläche [KOF, m<sup>2</sup>]) ab.

Für die Angaben zum Durchschnittsgewicht eines Brustkrebspatienten werden die Daten des Statistischen Bundesamts zum durchschnittlichen Gewicht von Frauen in Deutschland verwendet, da Brustkrebs bei Männern sehr selten auftritt. (22) Laut Mikrozensus beträgt die durchschnittliche Körpergröße einer Bundesbürgerin (> 18 Jahre) 166 cm und das durchschnittliche Körpergewicht 68,7 kg. Diese Werte werden hier auch als durchschnittliche Werte für einen Brustkrebspatienten herangezogen.

Die Körperoberfläche (KOF [m<sup>2</sup>]) wird mit der Formel von Dubois & Dubois: (23)

$$\text{KOF} = G^{0,425} \times H^{0,725} \times 0,007184 \quad (G = \text{Gewicht in kg, } H = \text{Körpergröße in cm})$$

KOF = 1,76 m<sup>2</sup> (gerundet auf 2 Nachkommastellen).

Dieser Wert wird für weitere Berechnungen zu Grunde gelegt.

### **Angaben zum Jahresdurchschnittsverbrauch des zu bewertenden Arzneimittels**

#### ***Pertuzumab/Trastuzumab Fixdosiskombination zur subkutanen Gabe (PH FDC s.c.)***

Bei PH FDC s.c. wird zwischen einer Initial- und einer Erhaltungsdosis unterschieden. Gemäß Fachinformation werden eine Initialdosis von 1.200 mg Pertuzumab/600 mg Trastuzumab und eine Erhaltungsdosis von 600 mg Pertuzumab/600 mg Trastuzumab empfohlen. (6)

PH FDC s.c. ist in einer 20 ml (1.200 mg Pertuzumab/600 mg Trastuzumab) und in einer 15 ml (600 mg Pertuzumab/600 mg Trastuzumab) Durchstechflasche erhältlich. Dies entspricht einer 20 ml Durchstechflasche für den ersten Zyklus und jeweils einer 15 ml Durchstechflasche für die 16,4 Folgezyklen. Daraus resultiert ein Jahresdurchschnittsverbrauch von 11.040 mg Pertuzumab/10.440 mg Trastuzumab (16,4 Packungen à 600 mg Pertuzumab/600 mg Trastuzumab plus eine Packung à 1.200 mg Pertuzumab/600 mg Trastuzumab).

#### ***Docetaxel***

Entsprechend der Docetaxel-Fachinformation wird Docetaxel entweder in einer Dosis von 75 mg/m<sup>2</sup> oder 100 mg/m<sup>2</sup> KOF alle drei Wochen verabreicht. (6, 14) Wenn Docetaxel zusammen mit PH FDC s.c. verabreicht wird, kann gemäß der Fachinformation von PH FDC s.c. mit einer Docetaxel Dosis von 75 mg/m<sup>2</sup> begonnen und diese nachfolgend bis auf 100 mg/m<sup>2</sup> gesteigert werden. (6) Auch gemäß des APHINITY Studienprotokolls konnte die Dosis von Docetaxel von 75 mg/m<sup>2</sup> auf 100 mg/m<sup>2</sup> gesteigert werden, wenn die Initialdosis gut vertragen wurde. (7) Aufgrund der Häufigkeit dieser Dosissteigerung in der APHINITY Studie wird nachfolgend für alle Carboplatin-freien Schemata von einer Steigerung nach der ersten Dosis ausgegangen. Wird ein carboplatinbasiertes Schema angewendet, beträgt die Dosis von Docetaxel durchgängig 75 mg/m<sup>2</sup>. (6)

Für den Jahresdurchschnittsverbrauch in Kombination mit einer Anthrazyklin-haltigen Chemotherapie:

- Eine Initialdosis von 75 mg/m<sup>2</sup> KOF und zwei bis drei Erhaltungsgaben von 100 mg/m<sup>2</sup> KOF. (6, 7) Bei einem durchschnittlichen Patienten von 1,76 m<sup>2</sup> KOF ergibt sich somit ein Durchschnittsverbrauch von 132 mg für die Initialdosis und 176 mg pro Folgezyklus. Docetaxel ist in einer 20 mg, 140 mg und 160 mg Durchstechflasche erhältlich. Mit Bezugnahme auf die oben gemachten Angaben ergibt dies, unter Berücksichtigung des Verwurfs, einen Verbrauch von 140 mg für die Initialdosis und 180 mg pro Folgezyklus. Daraus resultiert ein Jahresdurchschnittsverbrauch von 500 mg bis 680 mg (eine Packung à 140 mg

plus zwei Packungen à 160 mg plus zwei Packungen à 20 mg bis eine Packung à 140 mg plus drei Packungen à 160 mg plus drei Packungen à 20 mg).

Für den Jahresdurchschnittsverbrauch im Falle einer Anthrazyklin-freien Chemotherapie:

- Eine Initialdosis von 75 mg/m<sup>2</sup> KOF und fünf Erhaltungsgaben von ebenfalls 75 mg/m<sup>2</sup> KOF. (6, 7) Bei einem durchschnittlichen Patienten von 1,76 m<sup>2</sup> KOF ergibt sich somit ein Durchschnittsverbrauch von 132 mg pro Zyklus. Docetaxel ist in einer 20 mg, 140 mg und 160 mg Durchstechflasche erhältlich. Mit Bezugnahme auf die oben gemachten Angaben ergibt dies, unter Berücksichtigung des Verwurfs, einen Verbrauch von 140 mg pro Zyklus. Daraus resultiert ein Jahresverbrauch von 840 mg (sechs Packungen à 140 mg).

### ***FEC (5-Fluorouracil, Epirubicin, Cyclophosphamid)***

Laut Fachinformation der PH FDC s.c. und dem Therapieschema der APHINITY-Studie werden 5-Fluorouracil (500 - 600 mg/m<sup>2</sup>), Epirubicin (90 - 120 mg/m<sup>2</sup>) und Cyclophosphamid (500 - 600 mg/m<sup>2</sup>) für drei bis vier Zyklen alle drei Wochen verabreicht. (6, 7) Bei einem Durchschnittspatienten von 1,76 m<sup>2</sup> KOF ergibt sich somit ein Durchschnittsverbrauch von 880 mg bis 1.056 mg 5-Fluorouracil pro Zyklus, 158,4 mg bis 211,2 mg Epirubicin pro Zyklus und 880 mg bis 1.056 mg Cyclophosphamid pro Zyklus. 5-Fluorouracil ist in einer 1.000 mg Durchstechflasche erhältlich, Epirubicin in einer 10 mg, 20 mg, 50 mg, 100 mg und 200 mg Durchstechflasche und Cyclophosphamid in einer 200 mg, 500 mg und einer 1.000 mg Durchstechflasche. Mit Bezugnahme auf die oben gemachten Angaben ergibt dies, unter Berücksichtigung des Verwurfs, einen Verbrauch von 1.000 mg bis 2.000 mg 5-Fluorouracil pro Zyklus, 160 mg bis 220 mg Epirubicin pro Zyklus und 1.000 mg bis 1.500 mg Cyclophosphamid pro Zyklus. Daraus resultiert ein Jahresdurchschnittsverbrauch von 3.000 mg bis 8.000 mg 5-Fluorouracil (drei Packungen à 1.000 mg bis acht Packungen à 1.000 mg), 480 mg bis 880 mg Epirubicin (drei Packungen à 10 mg plus drei Packungen à 50 mg plus drei Packungen à 100 mg bis vier Packungen à 200 mg plus vier Packungen à 20 mg) und 3.000 mg bis 6.000 mg Cyclophosphamid (sechs Packungen à 500 mg bis zwölf Packungen à 500 mg).

### ***FAC (5-Fluorouracil, Doxorubicin, Cyclophosphamid)***

Für 5-Fluorouracil und Cyclophosphamid entspricht die Dosierung der des FEC-Behandlungsschemas. Doxorubicin wird gemäß Studienprotokoll in einer Dosis von 50 mg/m<sup>2</sup> KOF i.v. für drei bis vier Zyklen alle drei Wochen verabreicht. (7) Bei einem durchschnittlichen Patienten von 1,76 m<sup>2</sup> KOF ergibt sich somit ein Durchschnittsverbrauch von 88 mg Doxorubicin pro Zyklus. Doxorubicin ist in einer 10 mg, und 100 mg Durchstechflasche erhältlich. Mit Bezugnahme auf die oben gemachten Angaben ergibt dies, unter Berücksichtigung des Verwurfs, einen Verbrauch von 100 mg Doxorubicin pro Zyklus. Daraus resultiert ein Jahresdurchschnittsverbrauch von 300 mg bis 400 mg Doxorubicin (drei Packungen à 100 mg bis vier Packungen à 100 mg).

### ***Paclitaxel***

Bei Verwendung von Paclitaxel in Kombination mit PH FDC s.c. wird eine Dosis von 80 mg/m<sup>2</sup> KOF innerhalb eines Anthrazyklin-basierten Chemotherapie-schemas wöchentlich

über zwölf Wochen empfohlen. (6) Bei einem durchschnittlichen Patienten von 1,76 m<sup>2</sup> KOF ergibt sich für Paclitaxel somit ein Durchschnittsverbrauch von 140,8 mg Paclitaxel pro Zyklus. Paclitaxel ist in einer 30 mg, 100 mg, 150 mg und 300 mg Durchstechflasche erhältlich. Mit Bezugnahme auf die oben gemachten Angaben ergibt dies, unter Berücksichtigung des Verwurfs, einen Verbrauch von 150 mg Paclitaxel pro Zyklus. Daraus resultiert ein Jahresdurchschnittsverbrauch von 1.800 mg (zwölf Packungen à 150 mg).

Darüber hinaus wird eine dreiwöchentliche Dosis von 175 mg/m<sup>2</sup> KOF über vier Behandlungszyklen im Anschluss an die Therapie mit AC empfohlen. (13) Gemäß der S3 Leitlinie gehört eine Dosis mit 225 mg/m<sup>2</sup> ebenfalls zum Therapiestandard bei einer Behandlung mit Paclitaxel. (2) Bei einem durchschnittlichen Patienten von 1,76 m<sup>2</sup> KOF ergibt sich somit ein Durchschnittsverbrauch von 308 mg bis 396 mg Paclitaxel pro Zyklus. Mit Bezugnahme auf die oben gemachten Angaben ergibt dies, unter Berücksichtigung des Verwurfs, einen Verbrauch von 330 mg bis 400 mg Paclitaxel pro Zyklus. Daraus resultiert ein Jahresdurchschnittsverbrauch von 1.320 mg bis 1.600 mg Paclitaxel (vier Packungen à 300 mg plus vier Packungen à 30 mg bis vier Packungen à 300 mg plus vier Packungen à 100 mg).

#### ***AC (Doxorubicin, Cyclophosphamid)***

Innerhalb dieses Therapieschemas ist die Gabe von Doxorubicin mit 60 mg/m<sup>2</sup> KOF vorgesehen. Die Gabe von Cyclophosphamid ist wie im FAC-Schema mit 500 - 600 mg/m<sup>2</sup> KOF vorgesehen. Insgesamt werden vier Zyklen AC alle drei Wochen verabreicht. (7) Bei einem durchschnittlichen Patienten von 1,76 m<sup>2</sup> KOF ergibt sich somit ein Durchschnittsverbrauch von 105,6 mg Doxorubicin und 880 mg bis 1.056 mg Cyclophosphamid pro Zyklus. Doxorubicin ist in einer 10 mg und 100 mg Durchstechflasche erhältlich, Cyclophosphamid in einer 500 mg und einer 1000 mg Durchstechflasche. Mit Bezugnahme auf die oben gemachten Angaben ergibt dies, unter Berücksichtigung des Verwurfs, einen Verbrauch von 110 mg Doxorubicin und 1000 mg bis 1.500 mg Cyclophosphamid pro Zyklus. Daraus resultiert ein Jahresdurchschnittsverbrauch von 440 mg Doxorubicin (vier Packungen à 100 mg plus vier Packungen à 10 mg) und 4.000 mg bis 4.800 mg Cyclophosphamid (vier Packungen à 1.000 mg bis 6.000 mg Cyclophosphamid (vier Packungen à 1.000 mg bis zwölf Packungen à 500 mg).

#### ***EC (Epirubicin, Cyclophosphamid)***

Die Gaben von Epirubicin und Cyclophosphamid sind wie im FEC Schema vorgesehen (Epirubicin: 90 - 120 mg/m<sup>2</sup> KOF; Cyclophosphamid: 500 - 600 mg/m<sup>2</sup> KOF). Insgesamt werden vier Zyklen EC alle drei Wochen verabreicht. (7) Bei einem durchschnittlichen Patienten von 1,76 m<sup>2</sup> KOF ergibt sich somit ein Durchschnittsverbrauch von 158,4 mg bis 211,2 mg Epirubicin pro Zyklus und 880 mg bis 1.056 mg Cyclophosphamid pro Zyklus. Epirubicin ist in einer 10 mg, 20 mg, 50 mg, 100 mg und 200 mg Durchstechflasche erhältlich und Cyclophosphamid in einer 500 mg und in einer 1.000 mg Durchstechflasche. Mit Bezugnahme auf die oben gemachten Angaben ergibt dies, unter Berücksichtigung des Verwurfs, einen Verbrauch von 160 mg bis 220 mg Epirubicin pro Zyklus und 1.000 mg bis 1.500 mg Cyclophosphamid pro Zyklus. Daraus resultiert ein Jahresverbrauch von 640 mg bis 880 mg Epirubicin (vier Packungen à 10 mg plus vier Packungen à 50 mg plus vier Packungen à 100 mg

bis vier Packungen à 200 mg plus vier Packungen à 20 mg) und 4.000 mg bis 6.000 mg Cyclophosphamid (vier Packungen à 1.000 mg bis zwölf Packungen à 500 mg). Carboplatin

Im Anthrazyklin-freien Therapieschema wird eine Dosis von Carboplatin in mg anhand der Calvert-Formel, unter Berücksichtigung der Nierenfunktion (glomeruläre Filtrationsrate [GFR]) mit einem angestrebten AUC-Zielwert von 6 verwendet.

- $\text{Dosis (mg)} = \text{angestrebter AUC-Wert (mg/ml} \times \text{min)} \times [\text{GFR ml/min} + 25]$  (12)

Die GFR-Rate ist individuell sehr unterschiedlich. Durchschnittlich beträgt sie für Frauen 118 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, bei einer Standardabweichung von 20 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Zudem nimmt die GFR-Rate ab einem Alter von 20-30 Jahren mit zunehmendem Alter um ca. 1 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> pro Jahr ab. (24)

Carboplatin wird über sechs Zyklen alle drei Wochen verabreicht. Die mediane verabreichte Carboplatin-Dosis pro Zyklus in der APHINITY Studie belief sich laut klinischem Studienbericht (Clinical Study Report, CSR) auf 649 mg im Pertuzumab Roche-Arm und auf 660 mg im Vergleichsarm. Carboplatin ist in einer 50 mg und in einer 600 mg Durchstechflasche erhältlich. Mit Bezugnahme auf die oben gemachten Angaben ergibt dies, unter Berücksichtigung des Verwurfs, einen Verbrauch von 650 mg Carboplatin pro Zyklus für das zu bewertende Arzneimittel. Daraus resultiert ein Jahresverbrauch von 3.900 mg für das zu bewertende Arzneimittel (sechs Packungen à 600 mg plus sechs Packungen à 50 mg).

#### **Angaben zum Jahresdurchschnittsverbrauch der zweckmäßigen Vergleichstherapie**

Der Jahresdurchschnittsverbrauch von Docetaxel, Paclitaxel, FEC bzw. FAC und EC bzw. AC gilt auch für die ZVT, da die Anzahl an Zyklen und der Verbrauch pro Gabe in beiden Gruppen identisch sind.

#### ***Trastuzumab i.v.***

Trastuzumab Roche (Herceptin® i.v.) und Trastuzumab von Pfizer (Trazimera®) werden laut Fachinformation in einer Initialdosis von 8 mg/kg Körpergewicht und einer Erhaltungsdosis von 6 mg/kg Körpergewicht alle drei Wochen verabreicht. (9, 21) Dosisanpassungen von Trastuzumab werden nicht empfohlen. Gemäß Fachinformation kann Trastuzumab auch wöchentlich verabreicht werden. Zur besseren Vergleichbarkeit des Verbrauchs und der Therapiekosten mit dem zu bewertenden Arzneimittel wird nur die dreiwöchentliche Anwendung dargestellt. Bei einem durchschnittlichen Patienten von 68,7 kg beläuft sich somit die Initialdosis für den ersten Zyklus auf 550 mg und die Erhaltungsdosis auf 412 mg für die 16,4 Folgezyklen.

Die intravenöse Anwendungsform von Trastuzumab Roche (Herceptin® i.v.) ist in einer 150 mg Packung erhältlich. (9) Mit Bezugnahme auf die oben gemachten Angaben ergibt dies, unter Berücksichtigung des Verwurfs, einen Verbrauch von 600 mg Wirkstoff für die Initialdosis und 450 mg für die drei Folgezyklen. Dies entspricht vier Packungen für den ersten Zyklus und drei Packungen für jeden der 16,4 Folgezyklen. Daraus resultiert ein Jahresdurchschnittsverbrauch von 7.980 mg (53,2 Packungen à 150 mg).

Trastuzumab intravenös von Pfizer (Trazimera®) ist in einer 150 mg und in einer 420 mg Packung erhältlich. (21) Die Kombination dieser zwei Packungen ergibt unter den von verschiedenen Anbietern verfügbaren biosimilaren Antikörpern die günstigsten GKV-Kosten. Mit Bezugnahme auf die oben gemachten Angaben ergibt dies, unter Berücksichtigung des Verwurfs, einen Verbrauch von 570 mg Wirkstoff für die Initialdosis und 420 mg für die 16,4 Folgezyklen. Dies entspricht einer Packung à 420 mg und einer Packung à 150 mg für den ersten Zyklus und einer Packung à 420 mg für jeden der 16,4 Folgezyklen. (21) Daraus resultiert ein Jahresdurchschnittsverbrauch von 7.458 mg (17,4 Packungen à 420 mg plus eine Packung à 150 mg).

### ***Trastuzumab s.c.***

In der Fachinformation von Trastuzumab subkutan (Herceptin® s.c.) wird eine Dosierung von 600 mg unabhängig vom Körpergewicht alle drei Wochen empfohlen. (10) Es wird keine Initialdosis benötigt. Dies entspricht bei 17,4 Zyklen einem durchschnittlichen Jahresverbrauch von 10.440 mg (17,4 Packungen à 600 mg).

### ***Carboplatin***

Die mediane verabreichte Carboplatin-Dosis pro Zyklus in der Studie APHINITY belief sich laut klinischem Studienbericht (CSR) auf 649 mg im Pertuzumab Roche-Arm und auf 660 mg im Vergleichsarm. (7) Carboplatin wird über sechs Zyklen alle drei Wochen verabreicht. Carboplatin ist in einer 50 mg und in einer 600 mg Durchstechflasche erhältlich. Mit Bezugnahme auf die oben gemachten Angaben ergibt dies, unter Berücksichtigung des Verwurfs, einen Verbrauch von 700 mg Carboplatin pro Zyklus für die zweckmäßige Vergleichstherapie. Daraus resultiert ein Jahresdurchschnittsverbrauch von 4.200 mg für die ZVT (sechs Packungen à 600 mg plus zwölf Packungen à 50 mg).

### **3.3.3 Angaben zu Kosten des zu bewertenden Arzneimittels und der zweckmäßigen Vergleichstherapie**

*Geben Sie in Tabelle 3-16 an, wie hoch die Apothekenabgabepreise für das zu bewertende Arzneimittel sowie für die zweckmäßige Vergleichstherapie sind. Generell soll(en) die für die Behandlungsdauer zweckmäßigste(n) und wirtschaftlichste(n) verordnungsfähige(n) Packungsgröße(n) gewählt werden. Sofern Festbeträge vorhanden sind, müssen diese angegeben werden. Sofern keine Festbeträge bestehen, soll das günstigste Arzneimittel gewählt werden. Importarzneimittel sollen nicht berücksichtigt werden. Geben Sie zusätzlich die den Krankenkassen tatsächlich entstehenden Kosten an. Dazu ist der Apothekenabgabepreis nach Abzug der gesetzlich vorgeschriebenen Rabatte (siehe § 130 und § 130a SGB V mit Ausnahme der in § 130a Absatz 8 SGB V genannten Rabatte) anzugeben. Im Falle einer nichtmedikamentösen zweckmäßigen Vergleichstherapie sind entsprechende Angaben zu deren Vergütung aus GKV-Perspektive zu machen. Fügen Sie für jede Therapie eine neue Zeile ein. Sofern eine Darlegung der Kosten gemessen am Apothekenabgabepreis nicht möglich ist, sind die Kosten auf Basis anderer geeigneter Angaben darzulegen.*

Tabelle 3-16: Kosten des zu bewertenden Arzneimittels und der zweckmäßigen Vergleichstherapie

<b>Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)</b>	<b>Kosten pro Packung (Apothekenabgabepreis in Euro nach Wirkstärke, Darreichungsform und Packungsgröße, für nichtmedikamentöse Behandlungen Angaben zu deren Vergütung aus GKV-Perspektive)</b>	<b>Kosten nach Abzug gesetzlich vorgeschriebener Rabatte in Euro*</b>
PH FDC s.c. Injektionslösung Roche Pharma AG	1200 mg Pertuzumab/600 mg Trastuzumab Injektionslösung zur subkutanen Verabreichung 7.903,25 €	7.441,73 € [1,77 €, 459,75 €]
PH FDC s.c. Injektionslösung Roche Pharma AG	600 mg Pertuzumab/600 mg Trastuzumab Injektionslösung zur subkutanen Verabreichung 5.250,06 €	4.943,98 € [1,77 €, 304,31 €]
Trastuzumab Roche i.v. (Herceptin® i.v.) Roche Pharma AG	150 mg Pulver zur Herstellung eines Infusionslösungskonzentrats 1 Durchstechflasche 859,79 €	809,80 € [1,77 €, 48,22 €]
Trastuzumab s.c. (Herceptin® s.c.) Roche Pharma AG	600mg/5ml Injektionslösung in einer Durchstechflasche 2.596,86 €	2.446,22 € [1,77 €, 148,87 €]
Trastuzumab i.v. Biosimilar (Trazimera®) <sup>5</sup> Pfizer	420 mg Pulver zur Herstellung eines Infusionslösungskonzentrat 2.108,60 €	1.986,57 € [1,77 €, 120,26 €]
Trastuzumab i.v. Biosimilar (Trazimera®) <sup>5</sup> Pfizer	150 mg Pulver zur Herstellung eines Infusionslösungskonzentrat 766,96 €	722,24 € [1,77 €, 42,95 €]
Docetaxel (Docetaxel axios) AxioNovo GmbH	20 mg/ml 20 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung 168,06 €	158,63 € [1,77 €, 7,66 €]
Docetaxel (Docetaxel axios) AxioNovo GmbH	20 mg/ml 140 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung 1.116,86 €	1.061,24 € [1,77 €, 53,85 €]
Docetaxel (Docetaxel axios) AxioNovo GmbH	20 mg/ml 160 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung 1.362,13 €	1.184,92 € [1,77 €, 175,44 €]
Paclitaxel (Paclitaxel Kabi) Fresenius Kabi GmbH	30 mg Infusionslösungskonzentrat 95,67 €	89,77 € [1,77 €, 4,13 €]
Paclitaxel (Paclitaxel Kabi) Fresenius Kabi GmbH	100 mg Infusionslösungskonzentrat 295,73 €	280,09 € [1,77 €, 13,87 €]

<b>Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)</b>	<b>Kosten pro Packung (Apothekenabgabepreis in Euro nach Wirkstärke, Darreichungsform und Packungsgröße, für nichtmedikamentöse Behandlungen Angaben zu deren Vergütung aus GKV-Perspektive)</b>	<b>Kosten nach Abzug gesetzlich vorgeschriebener Rabatte in Euro*</b>
Paclitaxel (Paclitaxel Kabi) Fresenius Kabi GmbH	150 mg Infusionslösungskonzentrat 438,62 €	416,02 € [1,77 €, 20,83 €]
Paclitaxel (Paclitaxel Kabi) Fresenius Kabi GmbH	300 mg Infusionslösungskonzentrat 867,31 €	823,84 € [1,77 €, 41,70 €]
Doxorubicin (Doxorubicin HEXAL®) HEXAL AG	2 mg/ml 10 mg Infusionslösungskonzentrat 39,03 €(Festbetrag)	35,19 € [1,77 €, 2,07 €]
Doxorubicin (Doxorubicin HEXAL®) HEXAL AG	2 mg/ml 100 mg Infusionslösungskonzentrat 278,32 €(Festbetrag)	276,55 € [1,77 €, 0,00 €]
Epirubicin EPIMEDAC (Medac GmbH)	10 mg Injektionslösung 38,26 €	35,15 € [1,77 €, 1,34 €]
Epirubicin EPIMEDAC (Medac GmbH)	50 mg Injektionslösung 151,59 €	142,96 € [1,77 €, 6,86 €]
Epirubicin EPIMEDAC (Medac GmbH)	100 mg Injektionslösung 293,20 €	277,68 € [1,77 €, 13,75 €]
Epirubicin Epirubicin onkovis (onkovis GmbH)	2 mg/ml 20 mg/10 ml Injektionslösung 70,55 €	65,87 € [1,77 €, 2,91 €]
Epirubicin Epirubicin onkovis (onkovis GmbH)	2 mg/ml 200 mg/100 ml Injektionslösung 577,13 €	547,79 € [1,77 €, 27,57 €]
Cyclophosphamid ENDOXAN (Baxter Deutschland GmbH)	6x 500 mg Pulver zur Herstellung einer Injektionslösung 79,91 €	69,16 € [1,77 €, 3,37 €, 5,61 €]
Cyclophosphamid ENDOXAN (Baxter Deutschland GmbH)	1 g Pulver zur Herstellung einer Injektionslösung 29,07 €	26,26 € [1,77 €, 1,04 €]
Fluorouracil RIBOFLUOR (Ribosepharm)	50 mg/ml Injektionslösung 5 Durchstechflaschen à 1.000 mg 36,24 €(Festbetrag)	32,40 € [1,77 €, 2,07 €]
Carboplatin Carboplatin Kabi (Fresenius Kabi GmbH)	10 mg/ml 50 mg/5 ml Infusionslösungskonzentrat 33,51 €	30,63 € [1,77 €, 1,11 €]

<b>Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)</b>	<b>Kosten pro Packung (Apothekenabgabepreis in Euro nach Wirkstärke, Darreichungsform und Packungsgröße, für nichtmedikamentöse Behandlungen Angaben zu deren Vergütung aus GKV-Perspektive)</b>	<b>Kosten nach Abzug gesetzlich vorgeschriebener Rabatte in Euro*</b>
Carboplatin Carboplatin Kabi (Fresenius Kabi GmbH)	10 mg/ml 600 mg Infusionslösungskonzentrat 292,99 €	277,48 € [1,77 €, 13,74 €]
<p>Ein Zyklus dauert gemäß der Fachinformation drei Wochen (q3w) bzw. 21 Tage. Die Verabreichung der Medikamente erfolgt jeweils an Tag eins des Zyklus. Ausnahme ist hier die Therapie mit Paclitaxel, welche auch wöchentlich (q1w) verabreicht werden kann.</p> <p>Quelle: Lauer-Taxe, Stand 01.09.2020 (25)</p> <p>* Den Kosten pro Packung liegt der gültige Mehrwertsteuersatz zum Zeitpunkt der Erstellung des Dossiers im Jahr 2020 in Höhe von 16 % zugrunde.</p> <p><sup>1</sup> Rabatt nach § 130 Abs. 1 SGB V (Apothekenrabatt)</p> <p><sup>2</sup> Rabatt nach § 130a Abs. 1 SGB V (Rabatt des pharmazeutischen Unternehmers)</p> <p><sup>3</sup> Dieser Wirkstoff unterliegt einem Festbetrag nach § 35 SGB V. Daher wird in der Berechnung der Rabatt nach § 130 Abs. 1 SGB V (Apothekenrabatt) und der fiktive Rabatt nach § 130a Abs. 1 SGB V (Rabatt des pharmazeutischen Unternehmers) abgezogen</p> <p><sup>4</sup> Herleitung des Rabatts nach § 130a Abs. 1 SGB V unter Verwendung des Festbetrags nach § 35 SGB V als fiktiver Apothekenabgabepreis</p> <p><sup>5</sup> Es sind mehrere biosimilare Antikörper zu Trastuzumab auf dem Markt. An dieser Stelle wird der günstigste biosimilare Antikörper Trazimera<sup>®</sup> aufgeführt.</p> <p>GKV: Gesetzliche Krankenversicherung; i.v.: intravenös; PH FDC s.c.: Pertuzumab/Trastuzumab Fixdosiskombination zur subkutanen Gabe; q3w: dreiwöchentlich; s.c.: subkutan; SGB: Sozialgesetzbuch</p>		

*Begründen Sie die Angaben in Tabelle 3-16 unter Nennung der verwendeten Quellen.*

Für die Ermittlung der Kosten aus GKV-Perspektive sind zum einen der Apothekenverkaufspreis (AVP) und zum anderen die gesetzlich vorgeschriebenen Rabatte nach § 130 und § 130a SGB V relevant. Zur Berechnung der Kosten werden, sofern vorhanden, folgende gesetzliche Rabatte vom AVP abgezogen: (24)

- Rabatt nach § 130 Abs. 1 SGB V (Apothekenabschlag von 1,77 €)
- Rabatt nach § 130a Abs. 1 und 1a SGB V (Rabatt des pharmazeutischen Unternehmers)
- Rabatt nach § 130a Abs. 3a SGB V (Preismoratorium)
- Rabatt nach § 130a Abs. 3b SGB V (Rabatt für patentfreie, wirkstoffgleiche Arzneimittel)

Der Kostenberechnung liegen die Preisangaben der Lauer-Taxe (Stand: 01.09.2020) zugrunde. (25) Die hier dargestellten Handelsformen werden entsprechend für die Berechnungen in Abschnitt 3.3.5 herangezogen. Den Berechnungen liegt jeweils die aus GKV-Sicht günstigste

Packung bzw. die zur Berechnung der Jahrestherapiekosten günstigste Packungskombination zugrunde. Den Kosten pro Packung liegt der gültige Mehrwertsteuersatz zum Zeitpunkt der Erstellung des Dossiers im Jahr 2020 in Höhe von 16 % zugrunde.

### 3.3.4 Angaben zu Kosten für zusätzlich notwendige GKV-Leistungen

Bestehen bei Anwendung des zu bewertenden Arzneimittels und der zweckmäßigen Vergleichstherapie entsprechend der Fachinformation regelhaft Unterschiede bei der notwendigen Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung oder bei der Verordnung sonstiger Leistungen zwischen dem zu bewertenden Arzneimittel und der zweckmäßigen Vergleichstherapie, sind diese bei den Krankenkassen tatsächlich entstehenden Kosten zu berücksichtigen. Es werden nur direkt mit der Anwendung des Arzneimittels unmittelbar in Zusammenhang stehende Kosten berücksichtigt. Im nachfolgenden Abschnitt werden die Kosten dieser zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen dargestellt.

*Geben Sie in der nachfolgenden Tabelle 3-17 an, welche zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen (notwendige regelhafte Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung oder Verordnung sonstiger Leistungen zulasten der GKV) bei Anwendung des zu bewertenden Arzneimittels und der zweckmäßigen Vergleichstherapie entsprechend der Fachinformation entstehen. Geben Sie dabei auch an, wie häufig die Verordnung zusätzlich notwendiger GKV-Leistungen pro Patient erforderlich ist: Wenn die Verordnung abhängig vom Behandlungsmodus (Episode, Zyklus, kontinuierlich) ist, soll dies vermerkt werden. Die Angaben müssen sich aber insgesamt auf einen Jahreszeitraum beziehen. Machen Sie diese Angaben sowohl für das zu bewertende Arzneimittel als auch für die zweckmäßige Vergleichstherapie sowie getrennt für die Zielpopulation und die Patientengruppen mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen (siehe Abschnitt 3.2). Fügen Sie für jede Therapie, jede Population bzw. Patientengruppe und jede zusätzlich notwendige GKV-Leistung eine neue Zeile ein. Begründen Sie ihre Angaben zu Frequenz und Dauer.*

Tabelle 3-17: Zusätzlich notwendige GKV-Leistungen bei Anwendung der Arzneimittel gemäß Fachinformation (zu bewertendes Arzneimittel und zweckmäßige Vergleichstherapie)

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr <sup>a</sup>
<b>Zu bewertendes Arzneimittel</b>				
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FEC und Docetaxel</u>  PH FDC s.c. Injektionslösung  Docetaxel 5-Fluoruracil (F) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	Erwachsene Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko (gemäß Abschnitt 5.1 der Fachinformation definiert als nodal-positiv oder Hormonrezeptor-negativ) in adjuvanter Behandlung	Praxisklinische Betreuung 2h	bei jeder FEC-Gabe	4
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	vor, während und nach der Behandlung mit Epirubicin vor Therapie-Beginn und anschließend alle 12 Wochen bei PH FDC s.c. und Docetaxel	8
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	einmalig vor und während der FEC-Gabe wöchentlich einmalig vor und während der Docetaxel-Gabe wöchentlich	25
		Überwachung Leberfunktion	einmalig vor und dann bei jeder FEC-Gabe bei jeder Docetaxel-Gabe	9
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FAC und Docetaxel</u>  PH FDC s.c. Injektionslösung  Docetaxel 5-Fluoruracil (F) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2h	bei jeder FAC-Gabe	4
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	vor und bei jeder Doxorubicin-Gabe und nach der Behandlung mit Doxorubicin vor Therapie-Beginn und anschließend alle 12 Wochen bei PH FDC SC und Docetaxel	10

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr <sup>a</sup>
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	einmalig vor und während der FAC-Gabe wöchentlich einmalig vor und während der Docetaxel-Gabe wöchentlich	25
		Überwachung Leberfunktion	einmalig vor und dann bei jeder FAC-Gabe bei jeder Docetaxel-Gabe	9
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FEC und Paclitaxel</u>  PH FDC s.c. Injektionslösung  Paclitaxel (q1w) 5-Fluoruracil (F) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2h	bei jeder FEC-Gabe bei jeder PH FDC s.c.- und Paclitaxel-Gabe bei jeder alleinigen Paclitaxel-Gabe	16
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	vor, während und nach der Behandlung mit Epirubicin vor Therapie-Beginn und anschließend alle 12 Wochen bei PH FDC s.c. und Paclitaxel	8
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	einmalig vor und während der FEC-Gabe wöchentlich einmalig vor und während der Paclitaxel-Gabe wöchentlich	25
		Überwachung Leberfunktion	einmalig vor und dann bei jeder FEC-Gabe bei jeder Paclitaxel-Gabe	17

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr <sup>a</sup>
		Begleitmedikation Dexamethason (2 x 20 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12
		Begleitmedikation Dimetindenmaleat (2 x 4 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12
		Begleitmedikation Ranitidin (50 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FAC und Paclitaxel</u> PH FDC s.c. Injektionslösung  Paclitaxel (q1w) 5-Fluoruracil (F) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2h	bei jeder FAC-Gabe bei jeder PH FDC s.c.- und Paclitaxel-Gabe bei jeder alleinigen Paclitaxel-Gabe	16
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	vor und bei jeder Doxorubicin-Gabe und nach der Behandlung mit Doxorubicin vor Therapie-Beginn und anschließend alle 12 Wochen bei PH FDC s.c. und Paclitaxel	10
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	einmalig vor und während der FAC-Gabe wöchentlich einmalig vor und während der Paclitaxel-Gabe wöchentlich	25
		Überwachung Leberfunktion	einmalig vor und dann bei jeder FAC-Gabe bei jeder Paclitaxel-Gabe	17

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr <sup>a</sup>
		Begleitmedikation Dexamethason (2 x 20 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12
		Begleitmedikation Dimetindenmaleat (2 x 4 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12
		Begleitmedikation Ranitidin (50 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC und Docetaxel</u>  PH FDC s.c. Injektionslösung  Docetaxel Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2h	bei jeder AC-Gabe	4
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	vor und bei jeder Doxorubicin-Gabe und nach der Behandlung mit Doxorubicin vor Therapie-Beginn und anschließend alle 12 Wochen bei PH FDC s.c. und Docetaxel	10
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	einmalig vor und während der AC-Gabe wöchentlich einmalig vor und während der Docetaxel-Gabe wöchentlich	25
		Überwachung Leberfunktion	einmalig vor und dann bei jeder AC-Gabe bei jeder Docetaxel-Gabe	9

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: EC und Docetaxel</u>  PH FDC s.c. Injektionslösung  Docetaxel Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2h	bei jeder EC-Gabe	4
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	vor, während und nach der Behandlung mit Epirubicin vor Therapie-Beginn und anschließend alle 12 Wochen bei PH FDC s.c.	8
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	einmalig vor und während der EC-Gabe wöchentlich einmalig vor und während der Docetaxel-Gabe wöchentlich	25
		Überwachung Leberfunktion	einmalig vor und dann bei jeder EC-Gabe bei jeder Docetaxel-Gabe	9
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC und Paclitaxel</u>  PH FDC s.c. Injektionslösung  Paclitaxel (q1w) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2h	bei jeder AC-Gabe bei jeder PH FDC s.c.- und Paclitaxel-Gabe Bei jeder alleinigen Paclitaxel-Gabe	16
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	vor und bei jeder Doxorubicin-Gabe und nach der Behandlung mit Doxorubicin vor Therapie-Beginn und anschließend alle 12 Wochen bei PH FDC s.c. und Paclitaxel	10

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr <sup>a</sup>
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	einmalig vor und während der AC-Gabe wöchentlich einmalig vor und während der Paclitaxel-Gabe wöchentlich	25
		Überwachung Leberfunktion	einmalig vor und dann bei jeder AC-Gabe bei jeder Paclitaxel-Gabe	17
		Begleitmedikation Dexamethason (2 x 20 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12
		Begleitmedikation Dimetindenmaleat (2 x 4 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12
		Begleitmedikation Ranitidin (50 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: EC und Paclitaxel</u> PH FDC s.c. Injektionslösung Paclitaxel (q1w) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2h	bei jeder EC-Gabe bei jeder PH FDC s.c.- und Paclitaxel-Gabe Bei jeder alleinigen Paclitaxel-Gabe	16
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	vor, während und nach der Behandlung mit Epirubicin vor Therapie-Beginn und anschließend alle 12 Wochen bei PH FDC s.c. und Paclitaxel	8

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr <sup>a</sup>
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	einmalig vor und während der EC-Gabe wöchentlich einmalig vor und während der Paclitaxel-Gabe wöchentlich	25
		Überwachung Leberfunktion	einmalig vor und dann bei jeder EC-Gabe bei jeder Paclitaxel-Gabe	17
		Begleitmedikation Dexamethason (2 x 20 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12
		Begleitmedikation Dimetindenmaleat (2 x 4 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12
		Begleitmedikation Ranitidin (50 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-halter Chemotherapie: AC und Paclitaxel</u> PH FDC s.c. Injektionslösung  Paclitaxel (q3w) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2h	bei jeder AC-Gabe bei jeder PH FDC s.c.- und Paclitaxel-Gabe	8
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	vor und bei jeder Doxorubicin-Gabe und nach der Behandlung mit Doxorubicin vor Therapie-Beginn und anschließend alle 12 Wochen bei PH FDC s.c. und Paclitaxel	10
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	einmalig vor und während der AC-Gabe wöchentlich einmalig vor und während der Paclitaxel-Gabe wöchentlich	25
		Überwachung Leberfunktion	einmalig vor und dann bei jeder AC-Gabe bei jeder Paclitaxel-Gabe	9
		Begleitmedikation Dexamethason (2 x 20 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	4
		Begleitmedikation Dimetindenmaleat (2 x 4 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	4
		Begleitmedikation Ranitidin (50 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	4

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-freier Chemotherapie: Docetaxel plus Carboplatin (TC)</u>  PH FDC s.c. Injektionslösung  Docetaxel Carboplatin	*	Praxisklinische Betreuung 2h	bei jeder PH FDC s.c.-, Carboplatin- und Docetaxel-Gabe (Initial- und Erhaltungsdosis)	6
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	vor Therapie-Beginn und anschließend alle 12 Wochen bei PH FDC s.c. und Docetaxel	5
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	einmalig vor und während der Docetaxel-/Carboplatin-Gabe wöchentlich	19
		Überwachung Leberfunktion	bei jeder Docetaxel-/Carboplatin-Gabe	6
<b>Zweckmäßige Vergleichstherapie<sup>1</sup></b>				
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FEC und Docetaxel</u>  Trastuzumab Roche i.v.  Docetaxel 5-Fluoruracil (F) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2h	bei jeder FAC-Gabe bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis)	20,4
		Praxisklinische Betreuung 6h	einmalig bei der ersten Trastuzumab- und Docetaxel-Gabe	1
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	vor während und nach der Behandlung mit Epirubicin vor Therapie-Beginn und anschließend alle 12 Wochen bei Trastuzumab und Docetaxel	8

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr <sup>a</sup>
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	einmalig vor und während der FEC-Gabe wöchentlich einmalig vor und während der Docetaxel-Gabe wöchentlich	25
		Überwachung Leberfunktion	einmalig vor und dann bei jeder FEC-Gabe bei jeder Docetaxel-Gabe	9
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FAC und Docetaxel</u>	*	Praxisklinische Betreuung 2h	bei jeder FAC-Gabe bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis)	20,4
Trastuzumab Roche i.v.		Praxisklinische Betreuung 6h	einmalig bei der ersten Trastuzumab- und Docetaxel-Gabe	1
Docetaxel		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	vor und bei jeder Doxorubicin-Gabe und nach der Behandlung mit Doxorubicin vor Therapie-Beginn und anschließend alle 12 Wochen bei Trastuzumab und Docetaxel	10
5-Fluoruracil (F)		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	einmalig vor und während der FAC-Gabe wöchentlich einmalig vor und während der Docetaxel-Gabe wöchentlich	25
Doxorubicin (A)		Überwachung Leberfunktion	einmalig vor und dann bei jeder FAC-Gabe bei jeder Docetaxel-Gabe	9
Cyclophosphamid (C)				

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FEC und Paclitaxel</u>  Trastuzumab Roche i.v.  Paclitaxel (q1w) 5-Fluoruracil (F) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2h	bei jeder FEC-Gabe bei jeder alleinigen Paclitaxel-Gabe bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis)	25,4
		Praxisklinische Betreuung 4h	bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis) in Kombination mit Paclitaxel	3
		Praxisklinische Betreuung 6h	einmalig bei der ersten Trastuzumab- und Paclitaxel-Gabe	1
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	vor, während und nach der Behandlung mit Epirubicin vor Therapie-Beginn und anschließend alle 12 Wochen bei Trastuzumab und Paclitaxel	8
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	einmalig vor und während der FEC-Gabe wöchentlich einmalig vor und während der Paclitaxel-Gabe wöchentlich	25
		Überwachung Leberfunktion	einmalig vor und dann bei jeder FEC-Gabe bei jeder Paclitaxel-Gabe	17
		Begleitmedikation Dexamethason (2 x 20 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12
		Begleitmedikation Dimetindenmaleat (2 x 4 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12
		Begleitmedikation Ranitidin (50 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FAC und Paclitaxel</u>  Trastuzumab Roche i.v.  Paclitaxel (q1w) 5-Fluoruracil (F) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2h	bei jeder FAC-Gabe bei jeder alleinigen Paclitaxel-Gabe bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis)	25,4
		Praxisklinische Betreuung 4h	bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis) in Kombination mit Paclitaxel	3
		Praxisklinische Betreuung 6h	einmalig bei der ersten Trastuzumab- und Paclitaxel-Gabe	1
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	vor und bei jeder Doxorubicin-Gabe und nach der Behandlung mit Doxorubicin vor Therapie-Beginn und anschließend alle 12 Wochen bei Trastuzumab und Paclitaxel	10
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	einmalig vor und während der FAC-Gabe wöchentlich einmalig vor und während der Paclitaxel-Gabe wöchentlich	25
		Überwachung Leberfunktion	einmalig vor und dann bei jeder FAC-Gabe bei jeder Paclitaxel-Gabe	17
		Begleitmedikation Dexamethason (2 x 20 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12
		Begleitmedikation Dimetindenmaleat (2 x 4 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12
		Begleitmedikation Ranitidin (50 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC und Docetaxel</u>  Trastuzumab Roche i.v.  Docetaxel Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2h	bei jeder AC-Gabe bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis)	20,4
		Praxisklinische Betreuung 6h	einmalig bei der ersten Trastuzumab- und Docetaxel-Gabe	1
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	vor und bei jeder Doxorubicin-Gabe und nach der Behandlung mit Doxorubicin vor Therapie-Beginn und anschließend alle 12 Wochen bei Trastuzumab und Docetaxel	10
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	einmalig vor und während der AC-Gabe wöchentlich einmalig vor und während der Docetaxel-Gabe wöchentlich	25
		Überwachung Leberfunktion	einmalig vor und dann bei jeder AC-Gabe bei jeder Docetaxel-Gabe	9

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: EC und Docetaxel</u> Trastuzumab Roche i.v.  Docetaxel Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2h	bei jeder EC-Gabe bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis)	20,4
		Praxisklinische Betreuung 6h	einmalig bei der ersten Trastuzumab- und Docetaxel-Gabe	1
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	vor während und nach der Behandlung mit Epirubicin vor Therapie-Beginn und anschließend alle 12 Wochen bei Trastuzumab und Docetaxel	8
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	einmalig vor und während der EC-Gabe wöchentlich	13
		Überwachung Leberfunktion	einmalig vor und dann bei jeder EC-Gabe EC bei jeder Docetaxel-Gabe	9
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC und Paclitaxel</u> Trastuzumab Roche i.v.  Paclitaxel (q1w) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2h	bei jeder AC-Gabe bei jeder alleinigen Paclitaxel-Gabe bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis)	25,4
		Praxisklinische Betreuung 4h	bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis) in Kombination mit Paclitaxel	3

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr <sup>a</sup>
		Praxisklinische Betreuung 6h	einmalig bei der ersten Trastuzumab- und Paclitaxel-Gabe	1
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	vor und bei jeder Doxorubicin-Gabe und nach der Behandlung mit Doxorubicin vor Therapie-Beginn und anschließend alle 12 Wochen bei Trastuzumab und Paclitaxel	10
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	einmalig vor und während der AC-Gabe wöchentlich einmalig vor, und während der Paclitaxel-Gabe wöchentlich	25
		Überwachung Leberfunktion	einmalig vor und dann bei jeder AC-Gabe bei jeder Paclitaxel-Gabe	17
		Begleitmedikation Dexamethason (2 x 20 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12
		Begleitmedikation Dimetindenmaleat (2 x 4 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12
		Begleitmedikation Ranitidin (50 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: EC und Paclitaxel</u>  Trastuzumab Roche i.v.  Paclitaxel (q1w) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2h	bei jeder EC-Gabe bei jeder alleinigen Paclitaxel-Gabe bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis)	25,4

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr <sup>a</sup>
		Praxisklinische Betreuung 4h	bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis) in Kombination mit Paclitaxel	3
		Praxisklinische Betreuung 6h	einmalig bei der ersten Trastuzumab- und Paclitaxel-Gabe	1
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	vor, während und nach der Behandlung mit Epirubicin vor Therapie-Beginn und anschließend alle 12 Wochen bei Trastuzumab und Paclitaxel	10
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	einmalig vor und während der EC-Gabe wöchentlich einmalig vor und während der Paclitaxel-Gabe wöchentlich	25
		Überwachung Leberfunktion	einmalig vor und dann bei jeder EC-Gabe bei jeder Paclitaxel-Gabe	17
		Begleitmedikation Dexamethason (2 x 20 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12
		Begleitmedikation Dimetindenmaleat (2 x 4 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12
		Begleitmedikation Ranitidin (50 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC und Paclitaxel</u> Trastuzumab Roche i.v.  Paclitaxel (q3w) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2h	bei jeder AC-Gabe bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis)	17,4
		Praxisklinische Betreuung 4h	bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis) in Kombination mit Paclitaxel	3
		Praxisklinische Betreuung 6h	einmalig bei der ersten Trastuzumab- und Paclitaxel-Gabe	1
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	vor und bei jeder Doxorubicin-Gabe und nach der Behandlung mit Doxorubicin vor Therapie-Beginn und anschließend alle 12 Wochen bei Trastuzumab und Paclitaxel	10
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	einmalig vor und während der AC-Gabe wöchentlich einmalig vor und während der Paclitaxel-Gabe wöchentlich	25
		Überwachung Leberfunktion	einmalig vor und dann bei jeder AC-Gabe bei jeder Paclitaxel-Gabe	9
		Begleitmedikation Dexamethason (2 x 20 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	4
		Begleitmedikation Dimetindenmaleat (2 x 4 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	4
		Begleitmedikation Ranitidin (50 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	4

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-freier Chemotherapie: Docetaxel plus Carboplatin (TC)</u>  Trastuzumab Roche i.v.  Docetaxel Carboplatin	*	Praxisklinische Betreuung 2h	bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis)	16,4
		Praxisklinische Betreuung 6h	einmalig bei der ersten Trastuzumab-, Docetaxel- und Carboplatin-Gabe	1
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	vor Therapie-Beginn und anschließend alle 12 Wochen bei Trastuzumab und Docetaxel	5
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	einmalig vor und während der Docetaxel-/Carboplatin-Gabe wöchentlich	19
		Überwachung Leberfunktion	bei jeder Docetaxel-/Carboplatin-Gabe	6
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FEC und Docetaxel</u>  Trastuzumab Roche s.c.  Docetaxel 5-Fluoruracil (F) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2h	bei jeder FEC-Gabe bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis)	20,4
		Praxisklinische Betreuung 6h	einmalig bei der ersten Trastuzumab- und Docetaxel-Gabe	1

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr <sup>a</sup>
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	vor, während und nach der Behandlung mit Epirubicin vor Therapie-Beginn und anschließend alle 12 Wochen bei Trastuzumab und Docetaxel	8
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	einmalig vor und während der FEC-Gabe wöchentlich einmalig vor und während der Docetaxel-Gabe wöchentlich	25
		Überwachung Leberfunktion	einmalig vor und dann bei jeder FEC-Gabe bei jeder Docetaxel-Gabe	9
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FAC und Docetaxel</u>	*			
Trastuzumab Roche s.c.		Praxisklinische Betreuung 2h	bei jeder FAC-Gabe bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis)	20,4
Docetaxel		Praxisklinische Betreuung 6h	einmalig bei der ersten Trastuzumab- und Docetaxel-Gabe	1
5-Fluoruracil (F)		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	vor und bei jeder Doxorubicin-Gabe und nach der Behandlung mit Doxorubicin vor Therapie-Beginn und anschließend alle 12 Wochen bei Trastuzumab und Docetaxel	10
Doxorubicin (A)				
Cyclophosphamid (C)				

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr <sup>a</sup>
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	einmalig vor und während der FAC Gabe wöchentlich einmalig vor und während der Docetaxel-Gabe wöchentlich	25
		Überwachung Leberfunktion	einmalig vor und dann bei jeder FAC-Gabe bei jeder Docetaxel-Gabe	9
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FEC und Paclitaxel</u>	*			
Trastuzumab Roche s.c.		Praxisklinische Betreuung 2h	bei jeder FEC-Gabe bei jeder alleinigen Paclitaxel-Gabe bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis)	25,4
Paclitaxel (q1w)		Praxisklinische Betreuung 4h	bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis) in Kombination mit Paclitaxel	3
5-Fluoruracil (F)		Praxisklinische Betreuung 6h	einmalig bei der ersten Trastuzumab- und Paclitaxel-Gabe	1
Epirubicin (E)		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	vor, während und nach der Behandlung mit Epirubicin vor Therapie-Beginn und anschließend alle 12 Wochen bei Trastuzumab und Paclitaxel	8
Cyclophosphamid (C)				

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr <sup>a</sup>
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	einmalig vor und während der FEC-Gabe wöchentlich einmalig vor und während der Paclitaxel-Gabe wöchentlich	25
		Überwachung Leberfunktion	einmalig vor und dann bei jeder FEC-Gabe bei jeder Paclitaxel-Gabe	17
		Begleitmedikation Dexamethason (2 x 20 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12
		Begleitmedikation Dimetindenmaleat (2 x 4 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12
		Begleitmedikation Ranitidin (50 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FAC und Paclitaxel</u>	*			
Trastuzumab Roche s.c.		Praxisklinische Betreuung 2h	bei jeder FAC-Gabe bei jeder alleinigen Paclitaxel-Gabe bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis)	25,4
Paclitaxel (q1w) 5-Fluoruracil (F)1 Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)		Praxisklinische Betreuung 4h	bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis) in Kombination mit Paclitaxel	3
		Praxisklinische Betreuung 6h	einmalig bei der ersten Trastuzumab- und Paclitaxel-Gabe	1

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr <sup>a</sup>
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	vor und bei jeder Doxorubicin-Gabe und nach der Behandlung mit Doxorubicin vor Therapie-Beginn und anschließend alle 12 Wochen bei Trastuzumab und Paclitaxel	10
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	einmalig vor und während der FAC-Gabe wöchentlich einmalig vor und während der Paclitaxel-Gabe wöchentlich	25
		Überwachung Leberfunktion	einmalig vor und dann bei jeder FAC-Gabe bei jeder Paclitaxel-Gabe	17
		Begleitmedikation Dexamethason (2 x 20 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12
		Begleitmedikation Dimetindenmaleat (2 x 4 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12
		Begleitmedikation Ranitidin (50 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC und Docetaxel</u>  Trastuzumab Roche s.c.  Docetaxel Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2h	bei jeder AC-Gabe bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis)	20,4
		Praxisklinische Betreuung 6h	einmalig bei der ersten Trastuzumab- und Docetaxel-Gabe	1
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	vor und bei jeder Doxorubicin-Gabe und nach der Behandlung mit Doxorubicin vor Therapie-Beginn und anschließend alle 12 Wochen bei Trastuzumab und Docetaxel	10
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	einmalig vor und während der AC Gabe wöchentlich einmalig vor und während der Docetaxel-Gabe wöchentlich	25
		Überwachung Leberfunktion	einmalig vor und dann bei jeder AC-Gabe bei jeder Docetaxel-Gabe	9
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: EC und Docetaxel</u>  Trastuzumab Roche s.c.  Docetaxel Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2h	bei jeder EC-Gabe bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis)	20,4

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr <sup>a</sup>
		Praxisklinische Betreuung 6h	einmalig bei der ersten Trastuzumab- und Docetaxel-Gabe	1
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	vor während und nach der Behandlung mit Epirubicin vor Therapie-Beginn und anschließend alle 12 Wochen bei Trastuzumab und Docetaxel	8
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	einmalig vor und während der EC-Gabe wöchentlich	13
		Überwachung Leberfunktion	einmalig vor und dann bei jeder EC-Gabe EC bei jeder Docetaxel-Gabe	9
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC und Paclitaxel</u>	*			
Trastuzumab Roche s.c.		Praxisklinische Betreuung 2h	bei jeder AC-Gabe bei jeder alleinigen Paclitaxel-Gabe bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis)	25,4
Paclitaxel (q1w)		Praxisklinische Betreuung 4h	bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis) in Kombination mit Paclitaxel	3
Doxorubicin (A)		Praxisklinische Betreuung 6h	einmalig bei der ersten Trastuzumab- und Paclitaxel-Gabe	1
Cyclophosphamid (C)				

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr <sup>a</sup>
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	vor und bei jeder Doxorubicin-Gabe und nach der Behandlung mit Doxorubicin vor Therapie-Beginn und anschließend alle 12 Wochen bei Trastuzumab und Paclitaxel	10
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	einmalig vor und während der AC-Gabe wöchentlich einmalig vor und während der Paclitaxel-Gabe wöchentlich	25
		Überwachung Leberfunktion	einmalig vor und dann bei jeder AC-Gabe bei jeder Paclitaxel-Gabe	17
		Begleitmedikation Dexamethason (2 x 20 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12
		Begleitmedikation Dimetindenmaleat (2 x 4 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12
		Begleitmedikation Ranitidin (50 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: EC und Paclitaxel</u>  Trastuzumab Roche s.c.  Paclitaxel (q1w) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2h	bei jeder EC-Gabe bei jeder alleinigen Paclitaxel-Gabe bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis)	25,4
		Praxisklinische Betreuung 4h	bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis) in Kombination mit Paclitaxel	3
		Praxisklinische Betreuung 6h	einmalig bei der ersten Trastuzumab- und Paclitaxel-Gabe	1
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	vor während und nach der Behandlung mit Epirubicin vor Therapie-Beginn und anschließend alle 12 Wochen bei Trastuzumab und Paclitaxel	10
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	einmalig vor und während der EC-Gabe wöchentlich einmalig vor und während der Paclitaxel-Gabe wöchentlich	25
		Überwachung Leberfunktion	einmalig vor und dann bei jeder EC-Gabe bei jeder Paclitaxel-Gabe	17
		Begleitmedikation Dexamethason (2 x 20 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr <sup>a</sup>
		Begleitmedikation Dimetindenmaleat (2 x 4 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12
		Begleitmedikation Ranitidin (50 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC und Paclitaxel</u> Trastuzumab Roche s.c.  Paclitaxel (q3w) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2h	bei jeder AC-Gabe bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis)	17,4
		Praxisklinische Betreuung 4h	bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis) in Kombination mit Paclitaxel	3
		Praxisklinische Betreuung 6h	einmalig bei der ersten Trastuzumab- und Paclitaxel-Gabe	1
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	vor und bei jeder Doxorubicin-Gabe und nach der Behandlung mit Doxorubicin vor Therapie-Beginn und anschließend alle 12 Wochen bei Trastuzumab und Paclitaxel	10
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	einmalig vor und während der AC-Gabe wöchentlich einmalig vor, und während der Paclitaxel-Gabe wöchentlich	25

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr <sup>a</sup>
		Überwachung Leberfunktion	einmalig vor und dann bei jeder AC-Gabe bei jeder Paclitaxel-Gabe	9
		Begleitmedikation Dexamethason (2 x 20 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	4
		Begleitmedikation Dimetindenmaleat (2 x 4 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	4
		Begleitmedikation Ranitidin (50 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	4
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-freier Chemotherapie: Docetaxel plus Carboplatin (TC)</u>  Trastuzumab Roche s.c.  Docetaxel Carboplatin	*	Praxisklinische Betreuung 2h	bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis)	16,4
		Praxisklinische Betreuung 6h	einmalig bei der ersten Trastuzumab-, Docetaxel- und Carboplatin-Gabe	1
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	vor Therapie-Beginn und anschließend alle 12 Wochen bei Trastuzumab und Docetaxel	5
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	einmalig vor und während der Docetaxel-/Carboplatin-Gabe wöchentlich	19
		Überwachung Leberfunktion	bei jeder Docetaxel-/Carboplatin-Gabe	6

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FEC und Docetaxel</u>  Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>  Docetaxel 5-Fluoruracil (F) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2h	bei jeder FEC-Gabe bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis)	20,4
		Praxisklinische Betreuung 6h	einmalig bei der ersten Trastuzumab- und Docetaxel-Gabe	1
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	vor während und nach der Behandlung mit Epirubicin vor Therapie-Beginn und anschließend alle 12 Wochen bei Trastuzumab und Docetaxel	8
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	einmalig vor und während der FEC-Gabe wöchentlich einmalig vor und während der Docetaxel-Gabe wöchentlich	25
		Überwachung Leberfunktion	einmalig vor und dann bei jeder FEC-Gabe bei jeder Docetaxel-Gabe	9

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FAC und Docetaxel</u>  Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>  Docetaxel 5-Fluoruracil (F) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2h	bei jeder FAC-Gabe bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis)	20,4
		Praxisklinische Betreuung 6h	einmalig bei der ersten Trastuzumab- und Docetaxel-Gabe	1
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	vor und bei jeder Doxorubicin-Gabe und nach der Behandlung mit Doxorubicin vor Therapie-Beginn und anschließend alle 12 Wochen bei Trastuzumab und Docetaxel	10
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	einmalig vor und während der FAC-Gabe wöchentlich einmalig vor und während der Docetaxel-Gabe wöchentlich	25
		Überwachung Leberfunktion	einmalig vor und dann bei jeder FAC-Gabe bei jeder Docetaxel-Gabe	9

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FEC und Paclitaxel</u>  Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>  Paclitaxel (q1w) 5-Fluoruracil (F) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2h	bei jeder FEC-Gabe bei jeder alleinigen Paclitaxel-Gabe bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis)	25,4
		Praxisklinische Betreuung 4h	bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis) in Kombination mit Paclitaxel	3
		Praxisklinische Betreuung 6h	einmalig bei der ersten Trastuzumab- und Paclitaxel-Gabe	1
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	vor, während und nach der Behandlung mit Epirubicin vor Therapie-Beginn und anschließend alle 12 Wochen bei Trastuzumab und Paclitaxel	8
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	einmalig vor, und während der FEC-Gabe wöchentlich einmalig vor und während der Paclitaxel-Gabe wöchentlich	25
		Überwachung Leberfunktion	einmalig vor und dann bei jeder FEC-Gabe bei jeder Paclitaxel-Gabe	17
		Begleitmedikation Dexamethason (2 x 20 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr <sup>a</sup>
		Begleitmedikation Dimetindenmaleat (2 x 4 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12
		Begleitmedikation Ranitidin (50 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FAC und Paclitaxel</u>	*			
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>		Praxisklinische Betreuung 2h	bei jeder FEC-Gabe bei jeder alleinigen Paclitaxel-Gabe bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis)	25,4
Paclitaxel (q1w) 5-Fluoruracil (F) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)				
		Praxisklinische Betreuung 4h	bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis) in Kombination mit Paclitaxel	3
		Praxisklinische Betreuung 6h	einmalig bei der ersten Trastuzumab- und Paclitaxel-Gabe	1
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	vor und bei jeder Doxorubicin-Gabe und nach der Behandlung mit Doxorubicin vor Therapie-Beginn und anschließend alle 12 Wochen bei Trastuzumab und Paclitaxel	10
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	einmalig vor und während der FAC-Gabe wöchentlich einmalig vor und während der Paclitaxel-Gabe wöchentlich	25

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr <sup>a</sup>
		Überwachung Leberfunktion	einmalig vor und dann bei jeder FAC-Gabe bei jeder Paclitaxel-Gabe	17
		Begleitmedikation Dexamethason (2 x 20 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12
		Begleitmedikation Dimetindenmaleat (2 x 4 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12
		Begleitmedikation Ranitidin (50 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC und Docetaxel</u>	*			
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>		Praxisklinische Betreuung 2h	bei jeder AC-Gabe bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis)	20,4
Docetaxel Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)		Praxisklinische Betreuung 6h	einmalig bei der ersten Trastuzumab- und Docetaxel-Gabe	1
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	vor und bei jeder Doxorubicin-Gabe und nach der Behandlung mit Doxorubicin vor Therapie-Beginn und anschließend alle 12 Wochen bei Trastuzumab und Docetaxel	10

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr <sup>a</sup>
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	einmalig vor und während der AC-Gabe wöchentlich einmalig vor und während der Docetaxel-Gabe wöchentlich	25
		Überwachung Leberfunktion	einmalig vor und dann bei jeder AC-Gabe bei jeder Docetaxel-Gabe	9
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: EC und Docetaxel</u>	*			
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>		Praxisklinische Betreuung 2h	bei jeder EC-Gabe bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis)	20,4
Docetaxel		Praxisklinische Betreuung 6h	einmalig bei der ersten Trastuzumab- und Docetaxel-Gabe	1
Epirubicin (E)		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	vor während und nach der Behandlung mit Epirubicin vor Therapie-Beginn und anschließend alle 12 Wochen bei Trastuzumab und Docetaxel	8
Cyclophosphamid (C)		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	einmalig vor und während der EC-Gabe wöchentlich	13
		Überwachung Leberfunktion	einmalig vor und dann bei jeder EC-Gabe EC bei jeder Docetaxel-Gabe	9

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC und Paclitaxel</u>  Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>  Paclitaxel (q1w) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2h	bei jeder AC-Gabe bei jeder alleinigen Paclitaxel-Gabe bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis)	25,4
		Praxisklinische Betreuung 4h	bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis) in Kombination mit Paclitaxel	3
		Praxisklinische Betreuung 6h	einmalig bei der ersten Trastuzumab- und Paclitaxel-Gabe	1
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	vor und bei jeder Doxorubicin-Gabe und nach der Behandlung mit Doxorubicin vor Therapie-Beginn und anschließend alle 12 Wochen bei Trastuzumab und Paclitaxel	10
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	einmalig vor und während der AC-Gabe wöchentlich einmalig vor, und während der Paclitaxel-Gabe wöchentlich	25
		Überwachung Leberfunktion	einmalig vor und dann bei jeder AC-Gabe bei jeder Paclitaxel-Gabe	17
		Begleitmedikation Dexamethason (2 x 20 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr <sup>a</sup>
		Begleitmedikation Dimetindenmaleat (2 x 4 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12
		Begleitmedikation Ranitidin (50 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: EC und Paclitaxel</u>  Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>  Paclitaxel (q1w) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2h	bei jeder EC-Gabe bei jeder alleinigen Paclitaxel-Gabe bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis)	25,4
		Praxisklinische Betreuung 4h	bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis) in Kombination mit Paclitaxel	3
		Praxisklinische Betreuung 6h	einmalig bei der ersten Trastuzumab- und Paclitaxel-Gabe	1
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	vor während und nach der Behandlung mit Epirubicin vor Therapie-Beginn und anschließend alle 12 Wochen bei Trastuzumab und Paclitaxel	10
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	einmalig vor und während der EC-Gabe wöchentlich einmalig vor und während der Paclitaxel-Gabe wöchentlich	25
		Überwachung Leberfunktion	einmalig vor und dann bei jeder EC-Gabe bei jeder Paclitaxel-Gabe	17

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr <sup>a</sup>
		Begleitmedikation Dexamethason (2 x 20 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12
		Begleitmedikation Dimetindenmaleat (2 x 4 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12
		Begleitmedikation Ranitidin (50 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	12
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC und Paclitaxel</u> Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>  Paclitaxel (q3w) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2h	bei jeder AC-Gabe bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis)	17,4
		Praxisklinische Betreuung 4h	bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis) in Kombination mit Paclitaxel	3
		Praxisklinische Betreuung 6h	einmalig bei der ersten Trastuzumab- und Paclitaxel-Gabe	1
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	vor und bei jeder Doxorubicin-Gabe und nach der Behandlung mit Doxorubicin vor Therapie-Beginn und anschließend alle 12 Wochen bei Trastuzumab und Paclitaxel	10
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	einmalig vor und während der AC-Gabe wöchentlich einmalig vor und während der Paclitaxel-Gabe wöchentlich	25
		Überwachung Leberfunktion	einmalig vor und dann bei jeder AC-Gabe bei jeder Paclitaxel-Gabe	9

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr <sup>a</sup>
		Begleitmedikation Dexamethason (2 x 20 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	4
		Begleitmedikation Dimetindenmaleat (2 x 4 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	4
		Begleitmedikation Ranitidin (50 mg)	bei jeder Paclitaxel-Gabe	4
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-freier Chemotherapie: Docetaxel plus Carboplatin (TC)</u> Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup> Docetaxel Carboplatin	*	Praxisklinische Betreuung 2h	bei jeder Trastuzumab-Gabe (Erhaltungsdosis)	16,4
		Praxisklinische Betreuung 6h	einmalig bei der ersten Trastuzumab-, Docetaxel- und Carboplatin-Gabe	1
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	vor Therapie-Beginn und anschließend alle 12 Wochen bei Trastuzumab und Docetaxel	5
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	einmalig vor und während der Docetaxel-/Carboplatin-Gabe wöchentlich	19
		Überwachung Leberfunktion	bei jeder Docetaxel-/Carboplatin-Gabe	6

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr <sup>a</sup>
<p><sup>a</sup> Darstellung der Therapiedauer über ein Kalenderjahr inklusive einer Vortherapie mit dem FEC-/ FAC-Schema über drei bis vier Zyklen oder dem AC-/ EC-Schema über vier Zyklen.</p> <p>Ein Zyklus dauert gemäß der Fachinformation drei Wochen (q3w) bzw. 21 Tage. Die Verabreichung der Medikamente erfolgt jeweils an Tag eins des Zyklus. Ausnahme ist hier die Therapie mit Paclitaxel, welche auch wöchentlich (q1w) verabreicht werden kann.</p> <p>* Erwachsene Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko (gemäß Abschnitt 5.1 der Fachinformation definiert als nodal-positiv oder Hormonrezeptor-negativ) in adjuvanter Behandlung</p> <p><sup>1</sup> <u>Begründung zur ZVT:</u></p> <p>Eine adäquate ZVT im Anwendungsgebiet der adjuvanten Therapie von HER2-positivem frühem Brustkrebs ist gemäß G-BA ein Therapieschema, Trastuzumab, ein Taxan (Paclitaxel oder Docetaxel) und ggf. ein Anthrazyklin (Doxorubicin oder Epirubicin) enthaltend.</p> <p><sup>2</sup> Es sind mehrere biosimilare Antikörper zu Trastuzumab auf dem Markt. An dieser Stelle wird der günstigste biosimilare Antikörper Trazimera<sup>®</sup> aufgeführt.</p> <p>Aus Gründen der Vergleichbarkeit werden hier die maximal anfallenden Kosten dargestellt.</p> <p>A: Doxorubicin; C: Cyclophosphamid; E: Epirubicin; F: 5-Fluorouracil; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; HER2: Humaner epidermaler Wachstumsfaktorrezeptor-2; i.v.: intravenös; PH FDC s.c.: Pertuzumab/Trastuzumab Fixdosiskombination zur subkutanen Gabe; q1w: wöchentlich; q3w: dreiwöchentlich; s.c.: subkutan; T: Taxan; ZVT: Zweckmäßige Vergleichstherapie</p>				

*Begründen Sie die Angaben in Tabelle 3-17 unter Nennung der verwendeten Quellen. Ziehen Sie dabei auch die Angaben zur Behandlungsdauer (wie im Abschnitt 3.3.1 angegeben) heran.*

Die aufgeführten zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen wurden auf Basis der jeweiligen aktuellen Fachinformationen pro Behandlung oder Episode pro Jahr zusammengestellt. Leistungen, die sich auf Behandlungszyklen beziehen, wurden für ein Jahr hochgerechnet. Dabei wurden nur Leistungen berücksichtigt, die für alle Patienten erforderlich sind.

Alle aufgeführten zusätzlichen GKV-Leistungen sind im nachfolgenden Text nicht explizit für das Biosimilar Trazimera<sup>®</sup> beschrieben, da die gleichen zusätzlichen GKV-Leistungen wie bei Trastuzumab intravenös von Roche (Herceptin<sup>®</sup> i.v.) anfallen.

Gemäß Fachinformationen sind sowohl für die Anti-HER2-Therapien Pertuzumab/Trastuzumab Fixdosiskombination zur subkutanen Gabe (PH FDC s.c) als auch Trastuzumab sowie für die unterschiedlichen Chemotherapiepartner Docetaxel bzw. Paclitaxel, EC oder FEC bzw. AC oder FAC und Carboplatin zusätzliche GKV-Leistungen (notwendige Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung oder Verordnung sonstiger Leistungen zulasten der GKV) erforderlich. (6, 9, 10, 12–18) Diese werden im Folgenden dargestellt.

**HER2-Nachweis (Immunhistochemie [ICH] und *In-situ*-Hybridisierung [ISH])**

Der Nachweis des HER2-Status ist für eine Behandlung mit Trastuzumab und Pertuzumab – unabhängig von der Darreichungsform – verpflichtend (1, 6, 9, 10) Gemäß S3-Leitlinie sollen beim invasiven Mammakarzinom „in der Primärdiagnostik der Östrogen- und Progesteronrezeptorstatus sowie der HER2-Status bestimmt werden“. Die Therapieentscheidung basiert auf diesen Ergebnissen. Die HER2-Testung gehört somit zur Routinediagnostik. (2) Daher sind die Kosten des Tests zur Bestätigung des HER2-positiven Tumorstatus nicht dem Arzneimittel Pertuzumab oder Trastuzumab – unabhängig von der Darreichungsform – zuzurechnen und im Dossier nach § 35a SGB V nicht als zusätzliche GKV-Leistung zu berücksichtigen.

**Herzfunktionsprüfung**

Gemäß der Fachinformation der PH FDC s.c. ist die Überprüfung der Herzfunktion vor Beginn und während der Therapie mit PH FDC s.c. verpflichtend. (1) Eine Überwachung vor, während und nach der Behandlung ist auch in der Fachinformation von Epirubicin bzw. Doxorubicin verankert. (16, 17) Bei Trastuzumab Roche i.v., Trastuzumab Roche s.c. und Docetaxel (9, 10, 17) wird eine Überprüfung vor und während der Behandlung und bei 5-Fluoruracil regelmässig nahegelegt. (18) Der Fachinformation von Paclitaxel sind lediglich Angaben zur Prüfung der Herzfunktion in Kombination mit Doxorubicin oder Trastuzumab zur initialen Behandlung eines metastasierenden Mammakarzinoms zu entnehmen. (13) Allerdings weist die Fachinformation von Trastuzumab auf ein erhöhtes Risiko für das Auftreten einer kongestiven Herzinsuffizienz (KHI; New York Heart Association [NYHA] Klasse II-IV) oder einer asymptomatischen kardialen Dysfunktion hin. (9) Deswegen wird konservativ davon ausgegangen, dass – wie bei Trastuzumab und Docetaxel – die Herzfunktion während der Therapie weiter überwacht wird (z.B. in Abständen von 12 Wochen). Für Cyclophosphamid und Caroplatin gibt es in der jeweiligen Fachinformation keine Angaben zur Überwachung der Herzfunktion. (12, 15)

In der Fachinformation zu Trastuzumab Roche i.v. und s.c. werden explizit Elektrokardiogramm (EKG), Echokardiogramm, MUGA-Scan oder Magnetresonanztomographie zur Kontrolle der Herzfunktion erwähnt. (9, 10) In der klinischen Praxis wird die Prüfung der Herzfunktion häufig mittels Echokardiogramm durchgeführt. Daher werden auch für die Berechnung der zusätzlich notwendigen GKV-Kosten dieses Verfahren zugrunde gelegt, und nicht MUGA-Scan oder Magnetresonanztomographie.

**Praxisklinische Betreuung**

Basis für die Abrechnung der praxisklinischen Betreuung sind die Angaben zur Infusions- und Nachbeobachtungszeit in den Fachinformationen der verschiedenen Arzneimittel. Innerhalb dieser Infusionszeiten werden auch notwendige Tastbefunde durchgeführt, die damit nicht weiter bei sonstigen GKV-Leistungen berücksichtigt werden. Auch die Überwachung der Patienten bezüglich infusionsbedingter Symptome wie Schüttelfrost oder Fieber ist mit der praxisklinischen Betreuung abgegolten.

Für die Ermittlung der zutreffenden Pauschale wurde anhand der Fachinformationen der verabreichten Arzneimittel die benötigte Zeit für Infusion und praxisklinische Betreuung/Nachbeobachtung je Arzneimittel kalkuliert und addiert. (6, 9, 10, 12–18)

***Praxisklinische Betreuung: Zu bewertendes Arzneimittel: Pertuzumab/Trastuzumab Fixdosiskombination zur subkutanen Gabe (PH FDC s.c.) in Kombination mit Docetaxel***

Es muss bei der Fixdosiskombination zwischen der ersten Injektion, welche mit einer längeren Nachbeobachtungszeit verbunden ist und den weiteren Injektionen mit einer kürzeren Nachbeobachtungszeit jeweils in Kombination mit einer Docetaxel Infusion unterschieden werden.

- Erste Injektion von PH FDC s.c. und erste Docetaxel Infusion: PH FDC s.c. wird initial als subkutane Injektion über einen Zeitraum von acht Minuten, mit einer Nachbeobachtungszeit von 30 Minuten verabreicht. Docetaxel wird als einstündige Infusion verabreicht. Bei Docetaxel erwähnt die Fachinformation nicht explizit eine Nachbeobachtungszeit. Dies ergibt in der Summe eine Zeit von maximal einer Stunde und 38 Minuten. Somit greift hier die praxisklinische Betreuungspauschale nicht. (6, 14)
- Weitere Injektionen von PH FDC s.c. und Docetaxel Infusionen (Zyklen 2-4): PH FDC s.c. wird als Erhaltungsdosis (ab zweiter Injektion) über einen Zeitraum von fünf Minuten, mit einer Nachbeobachtungszeit von 15 Minuten subkutan injiziert. Docetaxel wird als einstündige Infusion verabreicht. Dies ergibt in der Summe eine Zeit von maximal einer Stunde und 20 Minuten. Somit fällt keine praxisklinische Betreuungspauschale an. (6, 14)
- Folgezyklen exklusive Docetaxel (Zyklen 5-17,4): PH FDC s.c. wird als Erhaltungsdosis (ab zweiter Injektion) über einen Zeitraum von fünf Minuten mit einer Nachbeobachtungszeit von 15 Minuten subkutan injiziert. Somit fällt hier ebenfalls keine praxisklinische Betreuungspauschale an. (6)

***Praxisklinische Betreuung: Zweckmäßige Vergleichstherapie: Trastuzumab i.v. bzw. Trastuzumab s.c. in Kombination mit Docetaxel***

Es muss zwischen der ersten Infusion, welche mit einer längeren Nachbeobachtungszeit für die intravenöse und subkutane Darreichungsform von Trastuzumab verbunden ist, und den weiteren Infusionen mit Docetaxel unterschieden werden.

- Erster Zyklus: Die intravenöse Darreichungsform von Trastuzumab wird über 90 Minuten, mit sechsständiger Überwachungszeit nach Beginn der ersten Infusion, verabreicht und Docetaxel wird über einen Zeitraum von 60 Minuten verabreicht. Die subkutane Darreichungsform von Trastuzumab wird über zwei bis fünf Minuten verabreicht, eine Initialdosis wird nicht benötigt. Die Überwachungszeit nach der ersten Injektion beträgt sechs Stunden. Bei Docetaxel erwähnt die Fachinformation nicht explizit eine Nachbeobachtungszeit. Da jedoch bereits die intravenöse Infusion bzw. die subkutane Injektion von Trastuzumab mit sechsständiger Überwachungszeit nach

Beginn der ersten Infusion und die 60-minütige Docetaxel Infusion sich zu einer Überwachungszeit von mehr als sechs Stunden addiert, wird die praxisklinische Betreuungspauschale von mehr als sechs Stunden berechnet. (9, 10, 14)

- Folgezyklen (Zyklen 2-4): Gemäß den Fachinformationen wird die intravenöse Darreichungsform von Trastuzumab über 30 Minuten, mit einer zweistündigen Überwachungszeit nach Beginn der Infusion, verabreicht. Trastuzumab in der subkutanen Darreichungsform wird über zwei bis fünf Minuten verabreicht und hat eine Überwachungszeit von zwei Stunden. Docetaxel wird über 60 Minuten verabreicht. Docetaxel kann laut Fachinformation im unmittelbaren Anschluss an Trastuzumab gegeben werden. Dies ergibt somit in der Summe eine Zeit von maximal drei Stunden sowohl für die intravenöse als auch für die subkutane Trastuzumab Applikation. Es kommt die praxisklinische Betreuungspauschale von mehr als zwei Stunden zum Tragen. (9, 10, 14)
- Folgezyklen exklusive Docetaxel (Zyklen 5-17,4): Trastuzumab in der intravenösen Darreichungsform wird über 30 Minuten verabreicht, mit einer zweistündigen Überwachungszeit nach Beginn der Infusion. Trastuzumab in der subkutanen Darreichungsform wird über zwei bis fünf Minuten verabreicht mit zweistündiger Überwachungszeit. Somit fällt eine Betreuungspauschale von mehr als zwei Stunden an. (9, 10)

Im Vergleich zum zu bewertenden Arzneimittel fallen für die zweckmäßige Vergleichstherapie 16,4-mal häufiger die Betreuungspauschale von mehr als zwei Stunden und einmal häufiger die Betreuungspauschale von mehr als sechs Stunden an.

***Praxisklinische Betreuung: Zu bewertendes Arzneimittel: PH FDC s.c. in Kombination mit Paclitaxel (q3w)***

Es muss bei der Fixdosiskombination zwischen der ersten Injektion, welche mit einer längeren Nachbeobachtungszeit verbunden ist, und den weiteren Injektionen mit einer kürzeren Nachbeobachtungszeit jeweils in Kombination mit einer Paclitaxel Infusion unterschieden werden.

- Erste Injektion von PH FDC s.c. und erste Paclitaxel Infusion: PH FDC s.c. wird initial als subkutane Injektion über einen Zeitraum von acht Minuten, mit einer Nachbeobachtungszeit von 30 Minuten verabreicht. Bei Paclitaxel erwähnt die Fachinformation nicht explizit eine Nachbeobachtungszeit, die Infusionszeit beträgt drei Stunden. Allerdings muss bei Paclitaxel die Prämedikation beachtet werden. Vor der Gabe von Paclitaxel muss allen Patienten eine Prämedikation bestehend aus einem Kortikosteroid (z.B. Dexamethason i.v.), einem Antihistaminikum (z.B. Dimetindenmaleat i.v.) und einem H<sub>2</sub>-Antagonisten (z.B. Ranitidin i.v.) verabreicht werden. Dies ergibt in der Summe eine Zeit von maximal vier Stunden und somit greift die praxisklinische Betreuungspauschale von mehr als zwei Stunden. (6, 13)
- Weitere Injektionen von PH FDC s.c. und Paclitaxel Infusionen (Zyklen 2-4): PH FDC s.c. wird als Erhaltungsdosis (ab zweiter Injektion) über einen Zeitraum von fünf Minuten, mit einer Nachbeobachtungszeit von 15 Minuten subkutan injiziert.

Paclitaxel wird über drei Stunden verabreicht. Bei Paclitaxel ist die Prämedikation zu beachten. Dies ergibt somit in der Summe eine Zeit von maximal vier Stunden und somit greift die praxisklinische Betreuungspauschale von mehr als zwei Stunden. (6, 13)

- Folgezyklen exklusive Paclitaxel (Zyklen 5-17,4): PH FDC s.c. wird als Erhaltungsdosis (ab zweiter Injektion) über einen Zeitraum von fünf Minuten, mit einer Nachbeobachtungszeit von 15 Minuten subkutan injiziert. Somit entfällt die praxisklinische Betreuungspauschale. (6)

***Praxisklinische Betreuung: Zweckmäßige Vergleichstherapie: Trastuzumab i.v. bzw. Trastuzumab s.c. in Kombination mit Paclitaxel (q3w)***

- Erster Zyklus: Die intravenöse Darreichungsform von Trastuzumab wird über 90 Minuten, mit sechsständiger Überwachungszeit nach Beginn der ersten Infusion, verabreicht und Paclitaxel über einen Zeitraum von drei Stunden verabreicht. Die subkutane Darreichungsform von Trastuzumab wird über zwei bis fünf Minuten verabreicht, eine Initialdosis wird nicht benötigt. Die Überwachungszeit nach der ersten Injektion beträgt sechs Stunden. Bei Paclitaxel erwähnt die Fachinformation nicht explizit eine Nachbeobachtungszeit. Allerdings muss bei Paclitaxel die Prämedikation beachtet werden. Schon allein die Trastuzumab-Infusion bzw. die Trastuzumab-Injektion mit sechsständiger Überwachungszeit nach Beginn der ersten Infusion und die dreistündige Paclitaxel-Infusion ergibt eine Überwachungszeit von mehr als sechs Stunden und somit greift die praxisklinische Betreuungspauschale von mehr als sechs Stunden. (9, 10, 13)
- Folgezyklen (Zyklen 2-4): Gemäß den Fachinformationen wird die intravenöse Darreichungsform von Trastuzumab über 30 Minuten verabreicht, mit einer zweistündigen Überwachungszeit nach Beginn der Infusion. Trastuzumab in der subkutanen Darreichungsform wird über zwei bis fünf Minuten verabreicht und hat eine Überwachungszeit von zwei Stunden. Paclitaxel wird über drei Stunden verabreicht. Bei Paclitaxel ist die Prämedikation zu beachten. Dies ergibt somit in der Summe eine Zeit von maximal fünf Stunden sowohl für die intravenöse als auch für die subkutane Applikationsform. Es greift also die Pauschale von über vier Stunden. (9, 10, 13)
- Folgezyklen exklusive Paclitaxel (Zyklen 5-17,4): Gemäß den Fachinformationen wird die intravenöse Darreichungsform von Trastuzumab über 30 Minuten verabreicht, mit einer zweistündigen Überwachungszeit nach Beginn der Infusion. Trastuzumab in der subkutanen Darreichungsform wird über zwei bis fünf Minuten verabreicht und hat eine Überwachungszeit von zwei Stunden. Dies ergibt somit in der Summe eine Zeit von mehr als zwei Stunden sowohl für die intravenöse als auch für die subkutane Applikationsform. Somit fällt die Betreuungspauschale von mehr als zwei Stunden an. (9, 10)

Im Vergleich zum zu bewertenden Arzneimittel fallen für die zweckmäßige Vergleichstherapie 9,4-mal häufiger die Betreuungspauschale von mehr als zwei Stunden, dreimal häufiger die

Betreuungspauschale von mehr als vier Stunden und einmal häufiger die Betreuungspauschale von mehr als sechs Stunden an.

***Praxisklinische Betreuung: Zu bewertendes Arzneimittel: PH FDC s.c. in Kombination mit Paclitaxel (q1w)***

Es muss bei der Fixdosiskombination zwischen der ersten Injektion, welche mit einer längeren Nachbeobachtungszeit verbunden ist, und den weiteren Injektionen mit einer kürzeren Nachbeobachtungszeit jeweils in Kombination mit einer Paclitaxel Infusion unterschieden werden.

- Erste Injektion von PH FDC s.c. und erste Paclitaxel Infusion: PH FDC s.c. wird initial als subkutane Injektion über einen Zeitraum von acht Minuten, mit einer Nachbeobachtungszeit von 30 Minuten, verabreicht. Bei Paclitaxel erwähnt die Fachinformation nicht explizit eine Nachbeobachtungszeit, die Infusionszeit beträgt drei Stunden. Allerdings muss bei Paclitaxel die Prämedikation beachtet werden. Vor der Gabe von Paclitaxel muss allen Patienten eine Prämedikation bestehend aus einem Kortikosteroid (z.B. Dexamethason i.v.), einem Antihistaminikum (z.B. Dimetindemmaleat i.v.) und einem H<sub>2</sub>-Antagonisten (z.B. Ranitidin i.v.) verabreicht werden. Dies ergibt in der Summe eine Zeit von maximal vier Stunden und somit greift die praxisklinische Betreuungspauschale von mehr als zwei Stunden. (6, 13)
- Weitere Injektionen von PH FDC s.c. und Paclitaxel Infusionen (Zyklen 2-4): PH FDC s.c. wird als Erhaltungsdosis (ab zweiter Injektion) über einen Zeitraum von fünf Minuten, mit einer Nachbeobachtungszeit von 15 Minuten subkutan injiziert. Paclitaxel wird über drei Stunden verabreicht. Bei Paclitaxel ist die Prämedikation zu beachten. Dies ergibt somit in der Summe eine Zeit von maximal vier Stunden und somit greift die praxisklinische Betreuungspauschale von mehr als zwei Stunden. (6, 13)
- Folgebaben ausschließlich Paclitaxel: Im Falle einer wöchentlichen Gabe von Paclitaxel wird Paclitaxel achtmal ohne Zugabe von Antikörpern verabreicht. Die Infusionszeit beträgt jeweils drei Stunden. Daher ergibt sich eine praxisklinische Betreuungspauschale von mehr als zwei Stunden. (13)
- Folgezyklen exklusive Paclitaxel (Zyklen 5-17,4): PH FDC s.c. wird als Erhaltungsdosis (ab zweiter Injektion) über einen Zeitraum von fünf Minuten, mit einer Nachbeobachtungszeit von 15 Minuten subkutan injiziert. Somit greift hier die praxisklinische Betreuungspauschale nicht. (6)

***Praxisklinische Betreuung: Zweckmäßige Vergleichstherapie: Trastuzumab i.v. bzw. Trastuzumab s.c. in Kombination mit Paclitaxel (q1w)***

- Erster Zyklus: Die intravenöse Darreichungsform von Trastuzumab wird über 90 Minuten, mit sechsständiger Überwachungszeit nach Beginn der ersten Infusion, verabreicht und Paclitaxel über einen Zeitraum von drei Stunden verabreicht. Die subkutane Darreichungsform von Trastuzumab wird über zwei bis fünf Minuten verabreicht, eine Initialdosis wird nicht benötigt. Die Überwachungszeit nach der ersten

Injektion beträgt sechs Stunden. Bei Paclitaxel erwähnt die Fachinformation nicht explizit eine Nachbeobachtungszeit. Allerdings muss bei Paclitaxel die Prämedikation beachtet werden. Schon allein die Trastuzumab-Infusion bzw. die Trastuzumab-Injektion mit sechsständiger Überwachungszeit nach Beginn der ersten Infusion und die dreistündige Paclitaxel-Infusion ergibt eine Überwachungszeit von mehr als sechs Stunden und somit greift die praxisklinische Betreuungspauschale von mehr als sechs Stunden. (9, 10, 13)

- Folgezyklen (Zyklen 2-4): Gemäß den Fachinformationen wird die intravenöse Darreichungsform von Trastuzumab über 30 Minuten verabreicht, mit einer zwei-stündigen Überwachungszeit nach Beginn der Infusion. Trastuzumab in der subkutanen Darreichungsform wird über zwei bis fünf Minuten verabreicht und hat eine Überwachungszeit von zwei Stunden. Paclitaxel wird über drei Stunden verabreicht. Bei Paclitaxel ist die Prämedikation zu beachten. Dies ergibt somit in der Summe eine Zeit von maximal fünf Stunden sowohl für die intravenöse als auch für die subkutane Applikationsform. Es greift also die Pauschale über vier Stunden. (9, 10, 13)
- Folgegaben ausschließlich Paclitaxel: Im Falle einer wöchentlichen Gabe von Paclitaxel wird Paclitaxel achtmal ohne Zugabe von Antikörpern verabreicht. Die Infusionszeit beträgt jeweils drei Stunden. Daher ergibt sich eine praxisklinische Betreuungspauschale von mehr als zwei Stunden. (13)
- Folgezyklen exklusive Paclitaxel (Zyklen 5-17,4): Gemäß den Fachinformationen wird die intravenöse Darreichungsform von Trastuzumab über 30 Minuten verabreicht, mit einer zwei-stündigen Überwachungszeit nach Beginn der Infusion. Trastuzumab in der subkutanen Darreichungsform wird über zwei bis fünf Minuten verabreicht und hat eine Überwachungszeit von zwei Stunden. Dies ergibt somit in der Summe eine Zeit von mehr als zwei Stunden sowohl für die intravenöse als auch für die subkutane Applikationsform. Somit fällt die Betreuungspauschale von mehr als zwei Stunden an. (9, 10)

Im Vergleich zum zu bewertenden Arzneimittel fallen für die zweckmäßige Vergleichstherapie 9,4-mal häufiger die Betreuungspauschale von mehr als zwei Stunden, dreimal häufiger die Betreuungspauschale von mehr als vier Stunden und einmal häufiger die Betreuungspauschale von mehr als sechs Stunden an.

***Praxisklinische Betreuung: Zu bewertendes Arzneimittel: PH FDC s.c. in Kombination mit Carboplatin und Docetaxel***

- Erster Zyklus: Die erste PH FDC s.c. Injektion wird initial über einen Zeitraum von acht Minuten, mit einer Nachbeobachtungszeit von 30 Minuten, verabreicht. Docetaxel wird als einstündige Infusion verabreicht. Carboplatin wird ebenfalls als einstündige Infusion verabreicht. Bei Docetaxel und Carboplatin erwähnt die Fachinformation nicht explizit eine Nachbeobachtungszeit. Dies ergibt in der Summe eine Zeit von maximal zwei Stunden und 38 Minuten. Somit greift die praxisklinische Betreuungspauschale von mehr als zwei Stunden. (6, 12, 14)

- Folgezyklen inklusive Docetaxel und Carboplatin (Zyklus 2-6): PH FDC s.c. wird als Erhaltungsdosis (ab zweiter Injektion) über einen Zeitraum von fünf Minuten, mit einer Nachbeobachtungszeit von 15 Minuten injiziert. Docetaxel und Carboplatin werden als einstündige Infusionen verabreicht. Dies ergibt in der Summe eine Zeit von maximal zwei Stunden und 20 Minuten. Somit greift die praxisklinische Betreuungspauschale von mehr als zwei Stunden. (6, 12, 14)
- Folgezyklen exklusive Docetaxel und Carboplatin (Zyklus 7-17,4): PH FDC s.c. wird als Erhaltungsdosis (ab zweiter Injektion) als subkutane Injektion über einen Zeitraum von fünf Minuten, mit einer Nachbeobachtungszeit von 15 Minuten, injiziert. Somit fällt hier die praxisklinische Betreuungspauschale nicht an. (6)

***Praxisklinische Betreuung: Zweckmäßige Vergleichstherapie: Trastuzumab i.v. bzw. Trastuzumab s.c. in Kombination mit Carboplatin und Docetaxel***

- Erster Zyklus: Die intravenöse Darreichungsform von Trastuzumab wird über 90 Minuten, mit sechsständiger Überwachungszeit nach Beginn der ersten Infusion, und Docetaxel und Carboplatin über 60 Minuten verabreicht. Die subkutane Darreichungsform von Trastuzumab wird über zwei bis fünf Minuten verabreicht, eine Initialdosis wird nicht benötigt. Die Überwachungszeit nach der ersten Injektion beträgt sechs Stunden. Bei Docetaxel und Carboplatin erwähnt die Fachinformation nicht explizit eine Nachbeobachtungszeit. Schon allein die intravenöse Infusion bzw. die subkutane Injektion von Trastuzumab mit sechsständiger Überwachungszeit nach Beginn der ersten Infusion und die 60-minütige Docetaxel-Infusion ergibt eine Überwachungszeit von mehr als sechs Stunden und somit greift die praxisklinische Betreuungspauschale von mehr als sechs Stunden. (9, 10, 12, 14)
- Folgezyklen inklusive Docetaxel und Carboplatin (Zyklus 2-6): Gemäß den Fachinformationen wird die intravenöse Darreichungsform von Trastuzumab über 30 Minuten verabreicht, mit einer zweistündigen Überwachungszeit nach Beginn der Infusion. In der subkutanen Darreichungsform wird Trastuzumab Roche über zwei bis fünf Minuten verabreicht und hat eine Überwachungszeit von zwei Stunden. Docetaxel und Carboplatin werden jeweils über 60 Minuten verabreicht. Dies ergibt somit in der Summe eine Zeit von maximal drei Stunden sowohl für die intravenöse als auch für die subkutane Applikation. Es greift also die Pauschale von mehr als zwei Stunden. (9, 10, 12, 14)
- Folgezyklen exklusive Docetaxel und Carboplatin (Zyklus 7-17,4): Die intravenöse Darreichungsform von Trastuzumab wird über 30 Minuten verabreicht, mit einer zweistündigen Überwachungszeit nach Beginn der Infusion. Trastuzumab Roche in der subkutanen Darreichungsform wird über zwei bis fünf Minuten verabreicht mit zweistündiger Überwachungszeit. Dies ergibt somit in der Summe eine Zeit von mehr als zwei Stunden sowohl für die intravenöse als auch für die subkutane Applikationsform. Somit fällt die Betreuungspauschale von mehr als zwei Stunden an. (9, 10)

Im Vergleich zum zu bewertenden Arzneimittel fällt für die zweckmäßige Vergleichstherapie 10,4-mal häufiger die Betreuungspauschale von mehr als zwei Stunden und einmal häufiger die Betreuungspauschale von mehr als sechs Stunden an.

### ***Praxisklinische Betreuung: Therapieschema mit FEC bzw. FAC und EC bzw. AC***

Da die Therapien mit FEC, EC bzw. FAC, AC der HER2 Antikörpertherapie (PH FDC s.c. oder Trastuzumab i.v./ s.c.) vorgeschaltet sind, und sie sich nicht zwischen dem zu bewertenden Arzneimittel und der zweckmäßigen Vergleichstherapie unterscheiden, werden diese gemeinsam für die ZVT und das zu bewertende Arzneimittel berichtet. Anhand der Fachinformationen wurden für FEC, EC bzw. FAC, AC praxisklinische Betreuungspauschalen von jeweils zwei Stunden kalkuliert. (15–18)

### **Begleitmedikation**

Gemäß Fachinformation von Docetaxel kann eine Begleitmedikation, bestehend aus einem Kortikosteroid wie z.B. Dexamethason verabreicht werden. (14) Dies entspricht der klinischen Praxis. Da es laut Fachinformation aber keine zwingend erforderliche Leistung ist, wird diese nicht als zusätzlich notwendige GKV-Leistung aufgeführt.

Laut der Fachinformation von Paclitaxel ist eine Begleitmedikation mit Dexamethason, Diphenhydramin oder einem entsprechenden Antihistaminikum und Ranitidin explizit gefordert. (13) Mithilfe der Lauer-Taxe wurde jeweils der günstigste Preis pro Tagesdosis für die jeweilige Begleitmedikation ermittelt. (25)

#### *Dexamethason*

Für die Therapie mit Paclitaxel wird Dexamethason als Begleitmedikation zweimal täglich oral à 20 mg verabreicht. Bei vier bzw. zwölf Zyklen ergibt sich somit ein Verbrauch von acht bzw. 24 Tabletten mit je 20 mg Dexamethason. (26)

#### *Dimetindenmaleat*

Die Dosierung erfolgt entsprechend der Fachinformation des verwendeten Präparates. (27) Demzufolge ist eine Dosis von 1 mg/10 kg Körpergewicht angezeigt. Unter der Annahme einer Brustkrebspatientin mit einem durchschnittlichen Körpergewicht von 68,7 kg ergibt sich ein Verbrauch pro Anwendung von 6,9 mg (entspricht 2 Ampullen Histakut Dimetindenmaleat à 4 mg). Bei vier bzw. zwölf Zyklen ergibt sich somit ein Verbrauch von acht bzw. 24 Ampullen je 4 mg Dimetindenmaleat.

#### *Ranitidin*

Für die Therapie mit Paclitaxel wird Ranitidin als Begleitmedikation einmal täglich mit 50 mg intravenös verabreicht. Die Dosierung folgt hierbei der entsprechenden Fachinformation des verwendeten Präparates. (28) Bei vier bzw. zwölf Zyklen ergibt sich somit ein Verbrauch von vier bzw. zwölf Ampullen mit je 50 mg Ranitidin.

### Mechanisierter vollständiger Blutstatus

Aus den Fachinformationen ergibt sich, dass das Blutbild bei der Behandlung mit Docetaxel, Paclitaxel, Epirubicin und Doxorubicin vor Therapiebeginn einmalig und während der Behandlung häufig überprüft werden soll. Die Fachinformation von Carboplatin weist auf eine häufige Blutbildkontrolle hin. (12) Die Fachinformationen spezifizieren nicht näher, was unter „häufig“ zu verstehen ist. (13, 14, 16, 17) Daher wird hier konservativ angenommen, dass das Blutbild während der Chemotherapiegabe wöchentlich überprüft wird. Die Fachinformation von Cyclophosphamid schreibt eine regelmäßige Kontrolle der Leukozytenzahl sowie eine Kontrolle der Thrombozytenzahl und Hämoglobinwert vor jeder Gabe und in angemessenen Abständen nach der Gabe vor. Hier wird ebenfalls von einer wöchentlichen Überprüfung des Blutbildes ausgegangen. (15)

### Überwachung der Leberfunktion

Da die Abgrenzung von Patienten mit Leberfunktionsstörungen im Anwendungsgebiet problematisch ist, werden die Erfordernisse zur Überwachung von Patienten mit Leberfunktionsstörung auf alle Patienten übertragen. Damit ergibt sich eine Überschätzung der Kosten der zusätzlichen GKV-Leistungen.

Die Fachinformationen sind bezüglich der Kontrollfrequenz nicht spezifisch. Es wird angenommen, dass die entsprechenden Werte (Glutamat-Pyruvat-Transaminase [GPT], Glutamat-Oxalacetat-Transaminase [GOT], Bilirubin gesamt, alkalische Phosphatase [ALP]) in der klinischen Praxis bei jeder Gabe von Docetaxel, Paclitaxel, FEC, FAC, EC und AC getestet werden und einmalig auch vor der Epirubicin bzw. Doxorubicin-Gabe. (13, 14, 16, 17)

*Geben Sie in der nachfolgenden Tabelle 3-18 an, wie hoch die Kosten der in Tabelle 3-17 benannten zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Einheit jeweils sind. Geben Sie, so zutreffend, EBM-Ziffern oder OPS Codes an. Fügen Sie für jede zusätzlich notwendige GKV-Leistung eine neue Zeile ein.*

Tabelle 3-18: Zusätzlich notwendige GKV-Leistungen – Kosten pro Einheit (25, 29, 30)

Bezeichnung der zusätzlich notwendigen GKV-Leistung	Kosten pro Leistung in Euro
Praxisklinische Betreuung 2 h (EBM 01510)	48,67 €
Praxisklinische Betreuung 4 h (EBM 01511)	95,81 €
Praxisklinische Betreuung 6 h (EBM 01512)	142,72 €
Duplex-Echokardiographie (Farbduplex) (EBM 33022)	33,73 €
Mechanisierter vollständiger Blutstatus (EBM 32122)	1,10 €
Überwachung Leberfunktion	
GOT (EBM 32069)	0,25 €
GPT (EBM 32070)	0,25 €
Bilirubin gesamt (EBM 32058)	0,25 €
ALP (EBM 32068)	0,25 €

Bezeichnung der zusätzlich notwendigen GKV-Leistung	Kosten pro Leistung in Euro
Prämedikation Paclitaxel	
Dexamethason 2 x 20 mg p.o. (Dexamethason TAD 20 mg Tabletten)	2,28 €x 2 pro Behandlungstag; 18,22 €pro Jahr bei 4 Zyklen 54,65 €pro Jahr bei 12 Zyklen
Dimetindenmaleat: 1 mg/10 kg KG (HISTAKUT Dimetindenmaleat 1 mg/ml Injektionslösung)	2,89 €x 2 pro Behandlungstag; 23,14 €pro Jahr bei 4 Zyklen 69,41 €pro Jahr bei 12 Zyklen
Ranitidin 50 mg i.v. (RANITIC Injekt 50 mg)	2,55 €pro Behandlungstag; 10,19 €pro Jahr bei 4 Zyklen 30,58 €pro Jahr bei 12 Zyklen
Quelle: EBM: <a href="http://www.kbv.de/html/online-ebm.php">http://www.kbv.de/html/online-ebm.php</a> (Stand 3. Quartal 2020) ALP: Alkalische Phosphatase; EBM: Einheitlicher Bewertungsmaßstab; GKV: Gesetzliche Krankenversicherung; GOT: Glutamat-Oxalacetat-Transaminase (= Aspartattransaminase, AST); GPT: Glutamat-Pyruvat-Transaminase (= Alanintransaminase, ALT); p.o.: per os	

Tabelle 3-19: Dexamethason als Begleitmedikation für Paclitaxel

Bezeichnung	Dexamethason TAD 20 mg Tabletten
Inhalt der Packung	50 Tabletten à 20 mg (N2)
Herstellerabgabepreis (ApU)	85,08 €
Festbetrag (Stufe I)	115,62 €
Abzgl. Apothekenrabatt [§ 130 Abs.1 SGB V]	1,77 €
Kosten je Packung abzgl. gesetzlich vorgeschriebener Rabatte	113,85 €
Kosten je Tablette	2,28 €
Quelle: Lauer-Taxe (25) Stand: 01.09.2020 ApU: Herstellerabgabepreis; AVP: Apothekenverkaufspreis; SGB: Sozialgesetzbuch	

Tabelle 3-20: Dimetindenmaleat als Begleitmedikation für Paclitaxel

Bezeichnung	HISTAKUT Dimetindenmaleat 1 mg/ml Injektionslösung
Inhalt der Packung	5 x 4 ml Ampullen
Herstellerabgabepreis (ApU)	5,99 €
Apothekenverkaufspreis (AVP)	18,15 €
Abzgl. Apothekenrabatt [§ 130 Abs.1 SGB V]	1,77 €
Abzgl. Rabatt für nicht festbetragsgebundene Arzneimittel [§ 130a Abs.1 SGB V]	0,42 €
Abzgl. Rabatt durch Preismoratorium [§ 130a Abs.3a SGB V]	1,50 €
Kosten je Packung abzgl. gesetzlich vorgeschriebener Rabatte	14,46 €
Kosten je Ampulle	2,89 €
Quelle: Lauer-Taxe (25) Stand: 01.09.2020 ApU: Herstellerabgabepreis; AVP: Apothekenverkaufspreis; SGB: Sozialgesetzbuch	

Tabelle 3-21: Ranitidin als Begleitmedikation für Paclitaxel

Bezeichnung	RANITIC Injekt (HEXAL) 50 mg
Inhalt der Packung	5 x 5 ml Ampullen
Herstellerabgabepreis (ApU)	3,19 €
Apothekenverkaufspreis (AVP)	14,70 €
Abzgl. Apothekenrabatt [§ 130 Abs.1 SGB V]	1,77 €
Abzgl. Rabatt für nicht festbetragsgebundene Arzneimittel [§ 130a Abs.1 SGB V]	0,19 €
Kosten je Packung abzgl. gesetzlich vorgeschriebener Rabatte	12,74 €
Kosten je Ampulle	2,55 €
Quelle: Lauer-Taxe (25) Stand: 01.09.2020 ApU: Herstellerabgabepreis; AVP: Herstellerabgabepreis; SGB: Sozialgesetzbuch	

*Begründen Sie die Angaben in Tabelle 3-18 unter Nennung der verwendeten Quellen.*

Grundlage für die Kostendarstellung der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen in Tabelle 3-18 stellt die für den ambulanten Bereich maßgebliche Vergütungsregelung, der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für das Jahr 2020 sowie die Lauer-Taxe dar. (25, 30) Die dieser Kostendarstellung zu Grunde liegenden EBM-Kennziffern sind ebenfalls in der Tabelle aufgeführt.

*Geben Sie in Tabelle 3-22 an, wie hoch die zusätzlichen Kosten bei Anwendung der Arzneimittel gemäß Fachinformation pro Jahr pro Patient sind. Führen Sie hierzu die Angaben aus Tabelle 3-17 (Anzahl zusätzlich notwendiger GKV-Leistungen) und Tabelle 3-18 (Kosten für zusätzlich notwendige GKV-Leistungen je Einheit) zusammen. Fügen Sie für jede Therapie und*

Population bzw. Patientengruppe sowie jede zusätzlich notwendige GKV-Leistung eine neue Zeile ein.

Tabelle 3-22: Zusätzlich notwendige GKV-Leistungen – Zusatzkosten für das zu bewertende Arzneimittel und die zweckmäßige Vergleichstherapie pro Jahr (pro Patient)

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Zusatzkosten pro Patient pro Jahr in Euro <sup>a</sup>
<b>Zu bewertendes Arzneimittel</b>			
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FEC, Docetaxel</u>  PH FDC s.c. Injektionslösung  Docetaxel 5-Fluoruracil (F) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	Erwachsene Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko (gemäß Abschnitt 5.1 der Fachinformation definiert als nodal- positiv oder Hormon- rezeptor-negativ) in adjuvanter Behandlung	Praxisklinische Betreuung 2 h	194,68 €
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	269,84 €
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	27,50 €
		Überwachung Leberfunktion	9,00 €
		<b>Summe</b>	<b>501,02 €</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FAC, Docetaxel</u>  PH FDC s.c. Injektionslösung  Docetaxel 5-Fluoruracil (F) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2 h	194,68 €
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	337,30 €
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	27,50 €
		Überwachung Leberfunktion	9,00 €
		<b>Summe</b>	<b>568,48 €</b>

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Zusatzkosten pro Patient pro Jahr in Euro <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FEC, Paclitaxel</u>  PH FDC s.c. Injektionslösung  Paclitaxel (q1w) 5-Fluoruracil (F) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2 h	778,72 €
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	269,84 €
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	27,50 €
		Überwachung Leberfunktion	17,00 €
		Begleitmedikation Dexamethason (2 x 20 mg)	54,65 €
		Begleitmedikation Dimetindenmaleat (2 x 4 mg)	69,41 €
		Begleitmedikation Ranitidin (50 mg)	30,58 €
		<b>Summe</b>	<b>1.247,69 €</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FAC, Paclitaxel</u>  PH FDC s.c. Injektionslösung  Paclitaxel (q1w) 5-Fluoruracil (F) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2 h	778,72 €
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	337,30 €
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	27,50 €
		Überwachung Leberfunktion	17,00 €
		Begleitmedikation Dexamethason (2 x 20 mg)	54,65 €
		Begleitmedikation Dimetindenmaleat (2 x 4 mg)	69,41 €
		Begleitmedikation Ranitidin (50 mg)	30,58 €
		<b>Summe</b>	<b>1.315,15 €</b>

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Zusatzkosten pro Patient pro Jahr in Euro <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC, Docetaxel</u>  PH FDC s.c. Injektionslösung  Docetaxel Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2 h	194,68 €
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	337,30 €
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	27,50 €
		Überwachung Leberfunktion	9,00 €
		<b>Summe</b>	<b>568,48 €</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: EC, Docetaxel</u>  PH FDC s.c. Injektionslösung  Docetaxel Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2 h	194,68 €
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	269,84 €
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	27,50 €
		Überwachung Leberfunktion	9,00 €
		<b>Summe</b>	<b>501,02 €</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC, Paclitaxel</u>  PH FDC s.c. Injektionslösung  Paclitaxel (q1w) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2 h	778,72 €
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	337,30 €
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	27,50 €
		Überwachung Leberfunktion	17,00 €
		Begleitmedikation Dexamethason (2 x 20 mg)	54,65 €
		Begleitmedikation Dimetindenmaleat (2 x 4 mg)	69,41 €
		Begleitmedikation Ranitidin (50 mg)	30,58 €
		<b>Summe</b>	<b>1.315,15 €</b>

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Zusatzkosten pro Patient pro Jahr in Euro <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: EC, Paclitaxel</u>  PH FDC s.c. Injektionslösung  Paclitaxel (q1w) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2 h	778,72 €
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	269,84 €
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	27,50 €
		Überwachung Leberfunktion	17,00 €
		Begleitmedikation Dexamethason (2 x 20 mg)	54,65 €
		Begleitmedikation Dimetindenmaleat (2 x 4 mg)	69,41 €
		Begleitmedikation Ranitidin (50 mg)	30,58 €
		<b>Summe</b>	<b>1.247,69 €</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-halter Chemotherapie: AC, Paclitaxel</u>  PH FDC s.c. Injektionslösung  Paclitaxel (q3w) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2 h	389,36 €
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	337,30 €
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	27,50 €
		Überwachung Leberfunktion	9,00 €
		Begleitmedikation Dexamethason (2 x 20 mg)	18,22 €
		Begleitmedikation Dimetindenmaleat (2 x 4 mg)	23,14 €
		Begleitmedikation Ranitidin (50 mg)	10,19 €
		<b>Summe</b>	<b>814,70 €</b>

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Zusatzkosten pro Patient pro Jahr in Euro <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-freier Chemotherapie: Docetaxel plus Carboplatin (TC)</u>  PH FDC s.c. Injektionslösung  Docetaxel Carboplatin	*	Praxisklinische Betreuung 2 h	292,02 €
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	168,65 €
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	20,90 €
		Überwachung Leberfunktion	6,00 €
		<b>Summe</b>	<b>487,57 €</b>
<b>Zweckmäßige Vergleichstherapie<sup>1</sup></b>			
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FEC, Docetaxel</u>  Trastuzumab Roche i.v.  Docetaxel 5-Fluoruracil (F) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2 h	992,87 €
		Praxisklinische Betreuung 6 h	142,72 €
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	269,84 €
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	27,50 €
		Überwachung Leberfunktion	9,00 €
		<b>Summe</b>	<b>1.441,93 €</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FAC, Docetaxel</u>  Trastuzumab Roche i.v.  Docetaxel 5-Fluoruracil (F) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2 h	992,87 €
		Praxisklinische Betreuung 6 h	142,72 €
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	337,30 €
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	27,50 €
		Überwachung Leberfunktion	9,00 €
		<b>Summe</b>	<b>1.509,39 €</b>

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Zusatzkosten pro Patient pro Jahr in Euro <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FEC, Paclitaxel</u>  Trastuzumab Roche i.v.  Paclitaxel (q1w) 5-Fluoruracil (F) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2 h	1.236,22 €
		Praxisklinische Betreuung 4 h	287,43 €
		Praxisklinische Betreuung 6 h	142,72 €
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	269,84 €
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	27,50 €
		Überwachung Leberfunktion	17,00 €
		Begleitmedikation Dexamethason (2 x 20 mg)	54,65 €
		Begleitmedikation Dimetindenmaleat (2 x 4 mg)	69,41 €
		Begleitmedikation Ranitidin (50 mg)	30,58 €
<b>Summe</b>	<b>2.135,34 €</b>		
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FAC, Paclitaxel</u>  Trastuzumab Roche i.v.  Paclitaxel (q1w) 5-Fluoruracil (F) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2 h	1.236,22 €
		Praxisklinische Betreuung 4 h	287,43 €
		Praxisklinische Betreuung 6 h	142,72 €
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	337,30 €
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	27,50 €
		Überwachung Leberfunktion	17,00 €
		Begleitmedikation Dexamethason (2 x 20 mg)	54,65 €
		Begleitmedikation Dimetindenmaleat (2 x 4 mg)	69,41 €
		Begleitmedikation Ranitidin (50 mg)	30,58 €
<b>Summe</b>	<b>2.202,80 €</b>		

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Zusatzkosten pro Patient pro Jahr in Euro <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC, Docetaxel</u>  Trastuzumab Roche i.v. Docetaxel Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2 h	992,87 €
		Praxisklinische Betreuung 6 h	142,72 €
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	337,30 €
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	27,50 €
		Überwachung Leberfunktion	9,00 €
		<b>Summe</b>	<b>1.509,39</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: EC, Docetaxel</u>  Trastuzumab Roche i.v.  Docetaxel Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2 h	992,87 €
		Praxisklinische Betreuung 6 h	142,72 €
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	269,84 €
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	27,50 €
		Überwachung Leberfunktion	9,00 €
		<b>Summe</b>	<b>1.441,93 €</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC, Paclitaxel</u>  Trastuzumab Roche i.v.  Paclitaxel (q1w) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2 h	1.236,22 €
		Praxisklinische Betreuung 4 h	287,43 €
		Praxisklinische Betreuung 6 h	142,72 €
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	337,30 €
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	27,50 €
		Überwachung Leberfunktion	17,00 €
		Begleitmedikation Dexamethason (2 x 20 mg)	54,65 €
		Begleitmedikation Dimetindenmaleat (2 x 4 mg)	69,41 €
		Begleitmedikation Ranitidin (50 mg)	30,58 €
		<b>Summe</b>	<b>2.202,80 €</b>

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Zusatzkosten pro Patient pro Jahr in Euro <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: EC, Paclitaxel</u>  Trastuzumab Roche i.v.  Paclitaxel (q1w) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2 h	1.236,22 €
		Praxisklinische Betreuung 4 h	287,43 €
		Praxisklinische Betreuung 6 h	142,72 €
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	337,30 €
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	27,50 €
		Überwachung Leberfunktion	17,00 €
		Begleitmedikation Dexamethason (2 x 20 mg)	54,65 €
		Begleitmedikation Dimetindenmaleat (2 x 4 mg)	69,41 €
		Begleitmedikation Ranitidin (50 mg)	30,58 €
<b>Summe</b>	<b>2.202,80 €</b>		
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC, Paclitaxel</u>  Trastuzumab Roche i.v.  Paclitaxel (q3w) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2 h	846,86 €
		Praxisklinische Betreuung 4 h	287,43 €
		Praxisklinische Betreuung 6 h	142,72 €
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	337,30 €
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	27,50 €
		Überwachung Leberfunktion	9,00 €
		Begleitmedikation Dexamethason (2 x 20 mg)	18,22 €
		Begleitmedikation Dimetindenmaleat (2 x 4 mg)	23,14 €
		Begleitmedikation Ranitidin (50 mg)	10,19 €
<b>Summe</b>	<b>1.702,35 €</b>		

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Zusatzkosten pro Patient pro Jahr in Euro <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-freier Chemotherapie: Docetaxel plus Carboplatin (TC)</u>  Trastuzumab Roche i.v.  Docetaxel Carboplatin	*	Praxisklinische Betreuung 2 h	798,19 €
		Praxisklinische Betreuung 6 h	142,72 €
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	168,65 €
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	20,90 €
		Überwachung Leberfunktion	6,00 €
		<b>Summe</b>	<b>1.136,46 €</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FEC, Docetaxel</u>  Trastuzumab Roche s.c.  Docetaxel 5-Fluoruracil (F) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2 h	992,87 €
		Praxisklinische Betreuung 6 h	142,72 €
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	269,84 €
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	27,50 €
		Überwachung Leberfunktion	9,00 €
		<b>Summe</b>	<b>1.441,93 €</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FAC, Docetaxel</u>  Trastuzumab Roche s.c.  Docetaxel 5-Fluoruracil (F) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2 h	992,87 €
		Praxisklinische Betreuung 6 h	142,72 €
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	337,30 €
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	27,50 €
		Überwachung Leberfunktion	9,00 €
		<b>Summe</b>	<b>1.509,39 €</b>

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Zusatzkosten pro Patient pro Jahr in Euro <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FEC, Paclitaxel</u>  Trastuzumab Roche s.c.  Paclitaxel (q1w) 5-Fluoruracil (F) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2 h	1.236,22 €
		Praxisklinische Betreuung 4 h	287,43 €
		Praxisklinische Betreuung 6 h	142,72 €
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	269,84 €
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	27,50 €
		Überwachung Leberfunktion	17,00 €
		Begleitmedikation Dexamethason (2 x 20 mg)	54,65 €
		Begleitmedikation Dimetindenmaleat (2 x 4 mg)	69,41 €
		Begleitmedikation Ranitidin (50 mg)	30,58 €
<b>Summe</b>	<b>2.135,34 €</b>		
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FAC, Paclitaxel</u>  Trastuzumab Roche s.c.  Paclitaxel (q1w) 5-Fluoruracil (F) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2 h	1.236,22 €
		Praxisklinische Betreuung 4 h	287,43 €
		Praxisklinische Betreuung 6 h	142,72 €
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	337,30 €
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	27,50 €
		Überwachung Leberfunktion	17,00 €
		Begleitmedikation Dexamethason (2 x 20 mg)	54,65 €
		Begleitmedikation Dimetindenmaleat (2 x 4 mg)	69,41 €
		Begleitmedikation Ranitidin (50 mg)	30,58 €
<b>Summe</b>	<b>2.202,80 €</b>		

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Zusatzkosten pro Patient pro Jahr in Euro <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC, Docetaxel</u>  Trastuzumab Roche s.c.  Docetaxel Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2 h	992,87 €
		Praxisklinische Betreuung 6 h	142,72 €
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	337,30 €
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	27,50 €
		Überwachung Leberfunktion	9,00 €
		<b>Summe</b>	<b>1.509,39 €</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: EC, Docetaxel</u>  Trastuzumab Roche s.c.  Docetaxel Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2 h	992,87 €
		Praxisklinische Betreuung 6 h	142,72 €
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	269,84 €
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	27,50 €
		Überwachung Leberfunktion	9,00 €
		<b>Summe</b>	<b>1.441,93 €</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC, Paclitaxel</u>  Trastuzumab Roche s.c.  Paclitaxel (q1w) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2 h	1.236,22 €
		Praxisklinische Betreuung 4 h	287,43 €
		Praxisklinische Betreuung 6 h	142,72 €
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	337,30 €
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	27,50 €
		Überwachung Leberfunktion	17,00 €
		Begleitmedikation Dexamethason (2 x 20 mg)	54,65 €
		Begleitmedikation Dimetindenmaleat (2 x 4 mg)	69,41 €
		Begleitmedikation Ranitidin (50 mg)	30,58 €
<b>Summe</b>	<b>2.202,80 €</b>		

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Zusatzkosten pro Patient pro Jahr in Euro <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: EC, Paclitaxel</u>  Trastuzumab Roche s.c.  Paclitaxel (q1w) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2 h	1.236,22 €
		Praxisklinische Betreuung 4 h	287,43 €
		Praxisklinische Betreuung 6 h	142,72 €
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	337,30 €
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	27,50 €
		Überwachung Leberfunktion	17,00 €
		Begleitmedikation Dexamethason (2 x 20 mg)	54,65 €
		Begleitmedikation Dimetindenmaleat (2 x 4 mg)	69,41 €
		Begleitmedikation Ranitidin (50 mg)	30,58 €
<b>Summe</b>	<b>2.202,80 €</b>		
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC, Paclitaxel</u>  Trastuzumab Roche s.c.  Paclitaxel (q3w) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2 h	846,86 €
		Praxisklinische Betreuung 4 h	287,43 €
		Praxisklinische Betreuung 6 h	142,72 €
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	337,30 €
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	27,50 €
		Überwachung Leberfunktion	9,00 €
		Begleitmedikation Dexamethason (2 x 20 mg)	18,22 €
		Begleitmedikation Dimetindenmaleat (2 x 4 mg)	23,14 €
		Begleitmedikation Ranitidin (50 mg)	10,19 €
<b>Summe</b>	<b>1.702,35 €</b>		

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Zusatzkosten pro Patient pro Jahr in Euro <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-freier Chemotherapie: Docetaxel plus Carboplatin (TC)</u>  Trastuzumab Roche s.c.  Docetaxel Carboplatin	*	Praxisklinische Betreuung 2 h	798,19 €
		Praxisklinische Betreuung 6 h	142,72 €
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	168,65 €
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	20,90 €
		Überwachung Leberfunktion	6,00 €
		<b>Summe</b>	<b>1.136,46 €</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FEC, Docetaxel</u>  Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>  Docetaxel 5-Fluoruracil (F) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2 h	992,87 €
		Praxisklinische Betreuung 6 h	142,72 €
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	269,84 €
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	27,50 €
		Überwachung Leberfunktion	9,00 €
		<b>Summe</b>	<b>1.441,93 €</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FAC, Docetaxel</u>  Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>  Docetaxel 5-Fluoruracil (F) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2 h	992,87 €
		Praxisklinische Betreuung 6 h	142,72 €
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	337,30 €
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	27,50 €
		Überwachung Leberfunktion	9,00 €
		<b>Summe</b>	<b>1.509,39 €</b>

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Zusatzkosten pro Patient pro Jahr in Euro <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FEC, Paclitaxel</u>  Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>  Paclitaxel (q1w) 5-Fluoruracil (F) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2 h	1.236,22 €
		Praxisklinische Betreuung 4 h	287,43 €
		Praxisklinische Betreuung 6 h	142,72 €
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	269,84 €
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	27,50 €
		Überwachung Leberfunktion	17,00 €
		Begleitmedikation Dexamethason (2 x 20 mg)	54,65 €
		Begleitmedikation Dimetindenmaleat (2 x 4 mg)	69,41 €
		Begleitmedikation Ranitidin (50 mg)	30,58 €
<b>Summe</b>	<b>2.135,34 €</b>		
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FAC, Paclitaxel</u>  Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>  Paclitaxel (q1w) 5-Fluoruracil (F) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2 h	1.236,22 €
		Praxisklinische Betreuung 4 h	287,43 €
		Praxisklinische Betreuung 6 h	142,72 €
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	337,30 €
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	27,50 €
		Überwachung Leberfunktion	17,00 €
		Begleitmedikation Dexamethason (2 x 20 mg)	54,65 €
		Begleitmedikation Dimetindenmaleat (2 x 4 mg)	69,41 €
		Begleitmedikation Ranitidin (50 mg)	30,58 €
<b>Summe</b>	<b>2.202,80 €</b>		

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Zusatzkosten pro Patient pro Jahr in Euro <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC, Docetaxel</u>  Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>  Docetaxel Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2 h	992,87 €
		Praxisklinische Betreuung 6 h	142,72 €
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	337,30 €
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	27,50 €
		Überwachung Leberfunktion	9,00 €
		<b>Summe</b>	<b>1.509,39 €</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: EC, Docetaxel</u>  Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>  Docetaxel Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2 h	992,87 €
		Praxisklinische Betreuung 6 h	142,72 €
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	269,84 €
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	27,50 €
		Überwachung Leberfunktion	9,00 €
		<b>Summe</b>	<b>1.441,93 €</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC, Paclitaxel</u>  Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>  Paclitaxel (q1w) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2 h	1.236,22 €
		Praxisklinische Betreuung 4 h	287,43 €
		Praxisklinische Betreuung 6 h	142,72 €
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	337,30 €
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	27,50 €
		Überwachung Leberfunktion	17,00 €
		Begleitmedikation Dexamethason (2 x 20 mg)	54,65 €
		Begleitmedikation Dimetindenmaleat (2 x 4 mg)	69,41 €
		Begleitmedikation Ranitidin (50 mg)	30,58 €
		<b>Summe</b>	<b>2.202,80 €</b>

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Zusatzkosten pro Patient pro Jahr in Euro <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: EC, Paclitaxel</u>  Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>  Paclitaxel (q1w) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2 h	1.236,22 €
		Praxisklinische Betreuung 4 h	287,43 €
		Praxisklinische Betreuung 6 h	142,72 €
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	337,30 €
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	27,50 €
		Überwachung Leberfunktion	17,00 €
		Begleitmedikation Dexamethason (2 x 20 mg)	54,65 €
		Begleitmedikation Dimetindenmaleat (2 x 4 mg)	69,41 €
		Begleitmedikation Ranitidin (50 mg)	30,58 €
<b>Summe</b>	<b>2.202,80 €</b>		
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC, Paclitaxel</u>  Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>  Paclitaxel (q3w) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	*	Praxisklinische Betreuung 2 h	846,86 €
		Praxisklinische Betreuung 4 h	287,43 €
		Praxisklinische Betreuung 6 h	142,72 €
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	337,30 €
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	27,50 €
		Überwachung Leberfunktion	9,00 €
		Begleitmedikation Dexamethason (2 x 20 mg)	18,22 €
		Begleitmedikation Dimetindenmaleat (2 x 4 mg)	23,14 €
		Begleitmedikation Ranitidin (50 mg)	10,19 €
<b>Summe</b>	<b>1.702,35 €</b>		

<b>Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)</b>	<b>Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe</b>	<b>Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung</b>	<b>Zusatzkosten pro Patient pro Jahr in Euro<sup>a</sup></b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-freier Chemotherapie: Docetaxel plus Carboplatin (TC)</u>  Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>  Docetaxel Carboplatin	*	Praxisklinische Betreuung 2 h	798,19 €
		Praxisklinische Betreuung 6 h	142,72 €
		Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	168,65 €
		Mechanisierter vollständiger Blutstatus	20,90 €
		Überwachung Leberfunktion	6,00 €
		<b>Summe</b>	<b>1.136,46 €</b>
<p><sup>a</sup> Darstellung der Therapiedauer über ein Kalenderjahr inklusive einer Vortherapie mit dem FEC-/ FAC-Schema über drei bis vier Zyklen oder dem AC-/ EC-Schema über vier Zyklen.            Ein Zyklus dauert gemäß der Fachinformation drei Wochen (q3w) bzw. 21 Tage. Die Verabreichung der Medikamente erfolgt jeweils an Tag eins des Zyklus. Ausnahme ist hier die Therapie mit Paclitaxel, welche auch wöchentlich (q1w) verabreicht werden kann.            Die Zusatzkosten pro Patient pro Jahr in Euro sind auf ganze Zahlen gerundet.            * Erwachsene Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko (gemäß Abschnitt 5.1 der Fachinformation definiert als nodal-positiv oder Hormonrezeptor-negativ) in adjuvanter Behandlung</p> <p><sup>1</sup> <u>Begründung zur ZVT:</u>            Eine adäquate ZVT im Anwendungsgebiet der adjuvanten Therapie von HER2-positivem frühem Brustkrebs ist gemäß G-BA ein Therapieschema, Trastuzumab, ein Taxan (Paclitaxel oder Docetaxel) und ggf. ein Anthrazyklin (Doxorubicin oder Epirubicin) enthaltend.</p> <p><sup>2</sup> Es sind mehrere biosimilare Antikörper zu Trastuzumab auf dem Markt. An dieser Stelle wird der günstigste biosimilare Antikörper Trazimera<sup>®</sup> aufgeführt.            Aus Gründen der Vergleichbarkeit werden hier die maximal anfallenden Kosten dargestellt.            A: Doxorubicin; C: Cyclophosphamid; E: Epirubicin; F: 5-Fluorouracil; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GKV: Gesetzliche Krankenversicherung; HER2: Humaner epidermaler Wachstumsfaktorrezeptor-2; i.v.: intravenös; PH FDC s.c.: Pertuzumab/Trastuzumab Fixdosiskombination zur subkutanen Gabe; q1w: wöchentlich; q3w: dreiwöchentlich; s.c.: subkutan; T: Taxan; ZVT: Zweckmäßige Vergleichstherapie</p>			

**Angaben zu sonstigen GKV-Leistungen**

Tabelle 3-23: Kosten des zu bewertenden Arzneimittels und der zweckmäßigen Vergleichstherapie, sonstige GKV-Leistungen

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der sonstigen GKV-Leistung	Kosten pro Einheit (in Euro)	Anzahl pro Zyklus	Anzahl pro Patient pro Jahr	Kosten pro Patient pro Jahr (in Euro) <sup>a</sup>
<b>Zu bewertendes Arzneimittel</b>					
PH FDC s.c. Injektionslösung  Docetaxel 5-Fluoruracil (F) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	<i>PH FDC s.c.</i>				
	entfällt				
	<i>Docetaxel</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>5-Fluoruracil (F)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Epirubicin (E)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Cyclophosphamid (C)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
<b>Summe</b>					1.296 €

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der sonstigen GKV-Leistung	Kosten pro Einheit (in Euro)	Anzahl pro Zyklus	Anzahl pro Patient pro Jahr	Kosten pro Patient pro Jahr (in Euro) <sup>a</sup>
PH FDC s.c. Injektionslösung  Docetaxel 5-Fluoruracil (F) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	<i>PH FDC s.c.</i>				
	entfällt				
	<i>Docetaxel</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>5-Fluoruracil (F)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Doxorubicin (A)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Cyclophosphamid (C)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<b>Summe</b>				1.296 €
PH FDC s.c. Injektionslösung  Paclitaxel (q1w) 5-Fluoruracil (F) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	<i>PH FDC s.c.</i>				
	entfällt				
	<i>Paclitaxel</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	12	972 €
	<i>5-Fluoruracil (F)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Epirubicin (E)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Cyclophosphamid (C)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<b>Summe</b>				1.944 €

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der sonstigen GKV-Leistung	Kosten pro Einheit (in Euro)	Anzahl pro Zyklus	Anzahl pro Patient pro Jahr	Kosten pro Patient pro Jahr (in Euro) <sup>a</sup>
PH FDC s.c. Injektionslösung  Paclitaxel (q1w) 5-Fluoruracil (F) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	<i>PH FDC s.c.</i>				
	entfällt				
	<i>Paclitaxel</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	12	972 €
	<i>5-Fluoruracil (F)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Doxorubicin (A)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Cyclophosphamid (C)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
<b>Summe</b>					1.944 €
PH FDC s.c. Injektionslösung  Docetaxel Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	<i>PH FDC s.c.</i>				
	entfällt				
	<i>Docetaxel</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Doxorubicin (A)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Cyclophosphamid (C)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
<b>Summe</b>					972 €

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der sonstigen GKV-Leistung	Kosten pro Einheit (in Euro)	Anzahl pro Zyklus	Anzahl pro Patient pro Jahr	Kosten pro Patient pro Jahr (in Euro) <sup>a</sup>
PH FDC s.c. Injektionslösung  Docetaxel Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	<i>PH FDC s.c.</i>				
	entfällt				
	<i>Docetaxel</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Epirubicin (E)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Cyclophosphamid (C)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
<b>Summe</b>					972 €
PH FDC s.c. Injektionslösung  Paclitaxel (q1w) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	<i>PH FDC s.c.</i>				
	entfällt				
	<i>Paclitaxel</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	12	972 €
	<i>Doxorubicin (A)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Cyclophosphamid (C)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
<b>Summe</b>					1.620 €

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der sonstigen GKV-Leistung	Kosten pro Einheit (in Euro)	Anzahl pro Zyklus	Anzahl pro Patient pro Jahr	Kosten pro Patient pro Jahr (in Euro) <sup>a</sup>
PH FDC s.c. Injektionslösung  Paclitaxel (q1w) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	<i>PH FDC s.c.</i>				
	entfällt				
	<i>Paclitaxel</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	12	972 €
	<i>Epirubicin (E)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Cyclophosphamid (C)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
<b>Summe</b>					1.620 €
PH FDC s.c. Injektionslösung  Paclitaxel (q3w) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	<i>PH FDC s.c.</i>				
	entfällt				
	<i>Paclitaxel</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Doxorubicin (A)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Cyclophosphamid (C)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
<b>Summe</b>					972 €

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der sonstigen GKV-Leistung	Kosten pro Einheit (in Euro)	Anzahl pro Zyklus	Anzahl pro Patient pro Jahr	Kosten pro Patient pro Jahr (in Euro) <sup>a</sup>
PH FDC s.c. Injektionslösung  Docetaxel Carboplatin	<i>PH FDC s.c.</i>				
	entfällt				
	<i>Docetaxel</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	6	486 €
	<i>Carboplatin</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	6	486 €
<b>Summe</b>					972 €
<b>Zweckmäßige Vergleichstherapie<sup>1</sup></b>					
Trastuzumab Roche i.v.  Docetaxel 5-Fluoruracil (F) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	<i>Trastuzumab i.v.</i>				
	Herstellung einer parenteralen Lösung mit monoklonalen Antikörpern	71 €	1	17,4	1.235,40 €
	<i>Docetaxel</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>5-Fluoruracil (F)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Epirubicin (E)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Cyclophosphamid (C)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
<b>Summe</b>					2531,40 €
Trastuzumab Roche i.v.  Docetaxel 5-Fluoruracil (F) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	<i>Trastuzumab i.v.</i>				
	Herstellung einer parenteralen Lösung mit monoklonalen Antikörpern	71 €	1	17,4	1.235,40 €
	<i>Docetaxel</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der sonstigen GKV-Leistung	Kosten pro Einheit (in Euro)	Anzahl pro Zyklus	Anzahl pro Patient pro Jahr	Kosten pro Patient pro Jahr (in Euro) <sup>a</sup>
	<i>5-Fluoruracil (F)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Doxorubicin (A)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Cyclophosphamid (C)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<b>Summe</b>				
Trastuzumab Roche i.v.  Paclitaxel (q1w) 5-Fluoruracil (F) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	<i>Trastuzumab i.v.</i>				
	Herstellung einer parenteralen Lösung mit monoklonalen Antikörpern	71 €	1	17,4	1.235,40 €
	<i>Paclitaxel</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	12	972 €
	<i>5-Fluoruracil (F)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Epirubicin (E)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Cyclophosphamid (C)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
<b>Summe</b>					3.179,40 €

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der sonstigen GKV-Leistung	Kosten pro Einheit (in Euro)	Anzahl pro Zyklus	Anzahl pro Patient pro Jahr	Kosten pro Patient pro Jahr (in Euro) <sup>a</sup>
Trastuzumab Roche i.v.  Paclitaxel (q1w) 5-Fluoruracil (F) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	<i>Trastuzumab i.v.</i>				
	Herstellung einer parenteralen Lösung mit monoklonalen Antikörpern	71 €	1	17,4	1.235,40 €
	<i>Paclitaxel</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	12	972 €
	<i>5-Fluoruracil (F)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Doxorubicin (A)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Cyclophosphamid (C)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
<b>Summe</b>					3.179,40 €
Trastuzumab Roche i.v.  Docetaxel Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	<i>Trastuzumab i.v.</i>				
	Herstellung einer parenteralen Lösung mit monoklonalen Antikörpern	71 €	1	17,4	1.235,40 €
	<i>Docetaxel</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Doxorubicin (A)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Cyclophosphamid (C)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
<b>Summe</b>					2.207,40 €

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der sonstigen GKV-Leistung	Kosten pro Einheit (in Euro)	Anzahl pro Zyklus	Anzahl pro Patient pro Jahr	Kosten pro Patient pro Jahr (in Euro) <sup>a</sup>
Trastuzumab Roche i.v.  Docetaxel Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	<i>Trastuzumab i.v.</i>				
	Herstellung einer parenteralen Lösung mit monoklonalen Antikörpern	71 €	1	17,4	1.235,40 €
	<i>Docetaxel</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Epirubicin (E)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Cyclophosphamid (C)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
<b>Summe</b>					2.207,40 €
Trastuzumab Roche i.v.  Paclitaxel (q1w) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	<i>Trastuzumab i.v.</i>				
	Herstellung einer parenteralen Lösung mit monoklonalen Antikörpern	71 €	1	17,4	1.235,40 €
	<i>Paclitaxel</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	12	972 €
	<i>Doxorubicin (A)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Cyclophosphamid (C)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
<b>Summe</b>					2.855,40 €

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der sonstigen GKV-Leistung	Kosten pro Einheit (in Euro)	Anzahl pro Zyklus	Anzahl pro Patient pro Jahr	Kosten pro Patient pro Jahr (in Euro) <sup>a</sup>
Trastuzumab Roche i.v.  Paclitaxel (q1w) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	<i>Trastuzumab i.v.</i>				
	Herstellung einer parenteralen Lösung mit monoklonalen Antikörpern	71 €	1	17,4	1.235,40 €
	<i>Paclitaxel</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	12	972 €
	<i>Epirubicin (E)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Cyclophosphamid (C)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
<b>Summe</b>					2.855,40 €
Trastuzumab Roche i.v.  Paclitaxel (q3w) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	<i>Trastuzumab i.v.</i>				
	Herstellung einer parenteralen Lösung mit monoklonalen Antikörpern	71 €	1	17,4	1.235,40 €
	<i>Paclitaxel</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Doxorubicin (A)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Cyclophosphamid (C)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
<b>Summe</b>					2.207,40 €

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der sonstigen GKV-Leistung	Kosten pro Einheit (in Euro)	Anzahl pro Zyklus	Anzahl pro Patient pro Jahr	Kosten pro Patient pro Jahr (in Euro) <sup>a</sup>
Trastuzumab Roche i.v.  Docetaxel Carboplatin	<i>Trastuzumab i.v.</i>				
	Herstellung einer parenteralen Lösung mit monoklonalen Antikörpern	71 €	1	17,4	1.235,40 €
	<i>Docetaxel</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	6	486 €
	<i>Carboplatin</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	6	486 €
	<b>Summe</b>				
Trastuzumab Roche s.c.  Docetaxel 5-Fluoruracil (F) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	<i>Trastuzumab s.c.</i>				
	entfällt				
	<i>Docetaxel</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>5-Fluoruracil (F)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Epirubicin (E)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Cyclophosphamid (C)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
<b>Summe</b>					1.296 €
Trastuzumab Roche s.c.  Docetaxel 5-Fluoruracil (F) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	<i>Trastuzumab s.c.</i>				
	entfällt				
	<i>Docetaxel</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
<i>5-Fluoruracil (F)</i>					

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der sonstigen GKV-Leistung	Kosten pro Einheit (in Euro)	Anzahl pro Zyklus	Anzahl pro Patient pro Jahr	Kosten pro Patient pro Jahr (in Euro) <sup>a</sup>
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Doxorubicin (A)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Cyclophosphamid (C)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<b>Summe</b>				
Trastuzumab Roche s.c.  Paclitaxel (q1w) 5-Fluoruracil (F) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	<i>Trastuzumab s.c.</i>				
	entfällt				
	Paclitaxel				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	12	972 €
	<i>5-Fluoruracil (F)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Epirubicin (E)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Cyclophosphamid (C)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<b>Summe</b>				

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der sonstigen GKV-Leistung	Kosten pro Einheit (in Euro)	Anzahl pro Zyklus	Anzahl pro Patient pro Jahr	Kosten pro Patient pro Jahr (in Euro) <sup>a</sup>
Trastuzumab Roche s.c.  Paclitaxel (q1w) 5-Fluoruracil (F) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	<i>Trastuzumab s.c.</i>				
	entfällt				
	<i>Paclitaxel</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	12	972 €
	<i>5-Fluoruracil (F)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Doxorubicin (A)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Cyclophosphamid (C)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
<b>Summe</b>				1.944 €	
Trastuzumab Roche s.c.  Docetaxel Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	<i>Trastuzumab s.c.</i>				
	entfällt				
	<i>Docetaxel</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Doxorubicin (A)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Cyclophosphamid (C)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
<b>Summe</b>				972 €	

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der sonstigen GKV-Leistung	Kosten pro Einheit (in Euro)	Anzahl pro Zyklus	Anzahl pro Patient pro Jahr	Kosten pro Patient pro Jahr (in Euro) <sup>a</sup>
Trastuzumab Roche s.c.  Docetaxel Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	<i>Trastuzumab s.c.</i>				
	entfällt				
	<i>Docetaxel</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Epirubicin (E)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Cyclophosphamid (C)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
<b>Summe</b>					972 €
Trastuzumab Roche s.c.  Paclitaxel (q1w) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	<i>Trastuzumab s.c.</i>				
	entfällt				
	<i>Paclitaxel</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	12	972 €
	<i>Doxorubicin (A)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Cyclophosphamid (C)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
<b>Summe</b>					1.620 €

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der sonstigen GKV-Leistung	Kosten pro Einheit (in Euro)	Anzahl pro Zyklus	Anzahl pro Patient pro Jahr	Kosten pro Patient pro Jahr (in Euro) <sup>a</sup>
Trastuzumab Roche s.c.  Paclitaxel (q1w) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	<i>Trastuzumab s.c.</i>				
	entfällt				
	<i>Paclitaxel</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	12	972 €
	<i>Epirubicin (E)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Cyclophosphamid (C)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
<b>Summe</b>					1.620 €
Trastuzumab Roche s.c.  Paclitaxel (q3w) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	<i>Trastuzumab s.c.</i>				
	entfällt				
	<i>Paclitaxel</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Doxorubicin (A)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Cyclophosphamid (C)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
<b>Summe</b>					972 €

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der sonstigen GKV-Leistung	Kosten pro Einheit (in Euro)	Anzahl pro Zyklus	Anzahl pro Patient pro Jahr	Kosten pro Patient pro Jahr (in Euro) <sup>a</sup>
Trastuzumab Roche s.c.  Docetaxel Carboplatin	<i>Trastuzumab s.c.</i>				
	entfällt				
	<i>Docetaxel</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	6	486 €
	<i>Carboplatin</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	6	486 €
	<b>Summe</b>				972 €
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>  Docetaxel 5-Fluoruracil (F) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	<i>Trastuzumab i.v.</i>				
	Herstellung einer parenteralen Lösung mit monoklonalen Antikörpern	71 €	1	17,4	1.235,40 €
	<i>Docetaxel</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>5-Fluoruracil (F)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Epirubicin (E)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Cyclophosphamid (C)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<b>Summe</b>				2531,40 €
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>  Docetaxel 5-Fluoruracil (F) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	<i>Trastuzumab i.v.</i>				
	Herstellung einer parenteralen Lösung mit monoklonalen Antikörpern	71 €	1	17,4	1.235,40 €
	<i>Docetaxel</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>5-Fluoruracil (F)</i>				

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der sonstigen GKV-Leistung	Kosten pro Einheit (in Euro)	Anzahl pro Zyklus	Anzahl pro Patient pro Jahr	Kosten pro Patient pro Jahr (in Euro) <sup>a</sup>
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Doxorubicin (A)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Cyclophosphamid (C)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<b>Summe</b>				
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>  Paclitaxel (q1w) 5-Fluoruracil (F) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	<i>Trastuzumab i.v.</i>				
	Herstellung einer parenteralen Lösung mit monoklonalen Antikörpern	71 €	1	17,4	1.235,40 €
	<i>Paclitaxel</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	12	972 €
	<i>5-Fluoruracil (F)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Epirubicin (E)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Cyclophosphamid (C)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<b>Summe</b>				

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der sonstigen GKV-Leistung	Kosten pro Einheit (in Euro)	Anzahl pro Zyklus	Anzahl pro Patient pro Jahr	Kosten pro Patient pro Jahr (in Euro) <sup>a</sup>	
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>  Paclitaxel (q1w) 5-Fluoruracil (F) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	<i>Trastuzumab i.v.</i>					
	Herstellung einer parenteralen Lösung mit monoklonalen Antikörpern	71 €	1	17,4	1.235,40 €	
	<i>Paclitaxel</i>					
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	12	972 €	
	<i>5-Fluoruracil (F)</i>					
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €	
	<i>Doxorubicin (A)</i>					
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €	
	<i>Cyclophosphamid (C)</i>					
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €	
<b>Summe</b>					3.179,40 €	
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>  Docetaxel Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	<i>Trastuzumab i.v.</i>					
	Herstellung einer parenteralen Lösung mit monoklonalen Antikörpern	71 €	1	17,4	1.235,40 €	
	<i>Docetaxel</i>					
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €	
	<i>Doxorubicin (A)</i>					
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €	
	<i>Cyclophosphamid (C)</i>					
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €	
	<b>Summe</b>					2.207,40 €

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der sonstigen GKV-Leistung	Kosten pro Einheit (in Euro)	Anzahl pro Zyklus	Anzahl pro Patient pro Jahr	Kosten pro Patient pro Jahr (in Euro) <sup>a</sup>
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>  Docetaxel Epirubicin (E) (A) Cyclophosphamid (C)	<i>Trastuzumab i.v.</i>				
	Herstellung einer parenteralen Lösung mit monoklonalen Antikörpern	71 €	1	17,4	1.235,40 €
	<i>Docetaxel</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Epirubicin (E)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Cyclophosphamid (C)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
<b>Summe</b>					2.207,40 €
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>  Paclitaxel (q1w) Doxorubicin (A) Cyclophosphamid (C)	<i>Trastuzumab i.v.</i>				
	Herstellung einer parenteralen Lösung mit monoklonalen Antikörpern	71 €	1	17,4	1.235,40 €
	<i>Paclitaxel</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	12	972 €
	<i>Doxorubicin (A)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Cyclophosphamid (C)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
<b>Summe</b>					2.855,40 €

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der sonstigen GKV-Leistung	Kosten pro Einheit (in Euro)	Anzahl pro Zyklus	Anzahl pro Patient pro Jahr	Kosten pro Patient pro Jahr (in Euro) <sup>a</sup>
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>  Paclitaxel (q1w) Epirubicin (E) Cyclophosphamid (C)	<i>Trastuzumab i.v.</i>				
	Herstellung einer parenteralen Lösung mit monoklonalen Antikörpern	71 €	1	17,4	1.235,40 €
	<i>Paclitaxel</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	12	972 €
	<i>Epirubicin (E)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Cyclophosphamid (C)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
<b>Summe</b>					2.855,40 €
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>  Paclitaxel (q3w) Doxorubicin (A) <sup>1</sup> Cyclophosphamid (C) <sup>1</sup>	<i>Trastuzumab i.v.</i>				
	Herstellung einer parenteralen Lösung mit monoklonalen Antikörpern	71 €	1	17,4	1.235,40 €
	<i>Paclitaxel</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Doxorubicin (A)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
	<i>Cyclophosphamid (C)</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	4	324 €
<b>Summe</b>					2.207,40 €

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der sonstigen GKV-Leistung	Kosten pro Einheit (in Euro)	Anzahl pro Zyklus	Anzahl pro Patient pro Jahr	Kosten pro Patient pro Jahr (in Euro) <sup>a</sup>
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>  Docetaxel Carboplatin	<i>Trastuzumab i.v.</i>				
	Herstellung einer parenteralen Lösung mit monoklonalen Antikörpern	71 €	1	17,4	1.235,40 €
	<i>Docetaxel</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	6	486 €
	<i>Carboplatin</i>				
	Herstellung einer Zytostatika-haltigen, parenteralen Zubereitung	81 €	1	6	486 €
	<b>Summe</b>				
<p><sup>a</sup> Darstellung der Therapiedauer über ein Kalenderjahr inklusive einer Vortherapie mit dem FEC-/ FAC-Schema über drei bis vier Zyklen oder dem AC-/ EC-Schema über vier Zyklen.</p> <p>Ein Zyklus dauert gemäß der Fachinformation drei Wochen (q3w) bzw. 21 Tage. Die Verabreichung der Medikamente erfolgt jeweils an Tag eins des Zyklus. Ausnahme ist hier die Therapie mit Paclitaxel, welche auch wöchentlich (q1w) verabreicht werden kann.</p> <p><sup>1</sup> <u>Begründung zur ZVT:</u></p> <p>Eine adäquate ZVT im Anwendungsgebiet der adjuvanten Therapie von HER2-positivem frühem Brustkrebs ist gemäß G-BA ein Therapieschema, Trastuzumab, ein Taxan (Paclitaxel oder Docetaxel) und ggf. ein Anthrazyklin (Doxorubicin oder Epirubicin) enthaltend.</p> <p><sup>2</sup> Es sind mehrere biosimilare Antikörper zu Trastuzumab auf dem Markt. An dieser Stelle wird der günstigste biosimilare Antikörper Trazimera<sup>®</sup> aufgeführt.</p> <p>A: Doxorubicin; C: Cyclophosphamid; E: Epirubicin; F: 5-Fluorouracil; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GKV: Gesetzliche Krankenversicherung; HER2: Humaner epidermaler Wachstumsfaktorrezeptor-2; i.v.: intravenös; PH FDC s.c.: Pertuzumab/Trastuzumab Fixdosiskombination zur subkutanen Gabe; q1w: wöchentlich; q3w: dreiwöchentlich; s.c.: subkutan; T: Taxan; ZVT: Zweckmäßige Vergleichstherapie</p>					

Entsprechend der bisherigen Vorgehensweise des G-BA werden weitere Kosten, die der GKV über den alleinigen Fertigarzneimittelpreis hinausgehend bezüglich der Arzneimittelzubereitung entstehen, durch pauschale Zuschläge für die Herstellung parenteraler Zubereitungen kalkuliert; siehe u.a. (31).

Zur Erläuterung führt der G-BA dazu an:

„Die Hilfstaxe (Vertrag über die Preisbildung für Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen) wird zur Berechnung der Kosten nicht vollumfänglich herangezogen, da sie a) dynamisch verhandelt wird, b) aufgrund der Vielzahl in der GKV-Versorgung bestehender, größtenteils in nicht öffentlichen Verträgen geregelten Abrechnungsmodalitäten für Zytostatika-Zubereitungen, die nicht an die Hilfstaxe gebunden sind,

für die Versorgung nicht repräsentativ ist, c) ggf. zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht alle relevanten Wirkstoffe umfasst und aus diesen Gründen insgesamt für eine standardisierte Kostenerhebung nicht geeignet ist. Demgegenüber ist der in den Verzeichnisdiensten nach § 131 Abs. 4 SGB V öffentlich zugängliche Apothekenverkaufspreis (AVP) eine für eine standardisierte Berechnung geeignete Grundlage.

Nach der Hilfstaxe (Stand: 12. Ergänzungsvereinbarung zum Vertrag über die Preisbildung für Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen vom 15. August 2020) fallen Zuschläge für die Herstellung bei zytostatikahaltigen parenteralen Zubereitungen von maximal 81 € für die Herstellung bei parenteralen Lösungen mit monoklonalen Antikörpern von maximal 71 € jeweils pro applikationsfertiger Einheit an. Diese Beträge können in Verträgen unterschrieben werden. Diese zusätzlichen sonstigen Kosten fallen nicht additiv zur Höhe des Apothekenverkaufspreises an, sondern folgen den Regularien zur Berechnung in der Hilfstaxe.

Die Kostendarstellung erfolgt aufgrund des AVP und des maximalen Zuschlages für die Herstellung und stellt nur eine näherungsweise Abbildung der Therapiekosten dar. In dieser Darstellung unberücksichtigt sind beispielsweise die Abschläge auf den Apothekeneinkaufspreis des Wirkstoffes, die Abrechnung der Verwürfe sowie die Berechnung der Applikationsgefäße und Trägerlösungen nach den Regularien der Anlage 3 der Hilfstaxe (29).“

In der Kostendarstellung aller Arzneimittel, bei denen nach den Angaben in der Fachinformation in der Regel eine aseptische Zubereitung einer parenteralen Lösung vorgenommen wird, wird daher der entsprechende pauschale Zuschlag von 71 € bzw. 81 € pro applikationsfertige Zubereitung nach der aktuell gültigen Anlage 3 ‚Preisbildung für parenterale Lösungen‘ der Hilfstaxe abgebildet. (29, 32, 33)

### **3.3.5 Angaben zu Jahrestherapiekosten**

*Geben Sie in Tabelle 3-24 die Jahrestherapiekosten für die GKV durch Zusammenführung der in den Abschnitten 3.3.1 bis 3.3.4 entwickelten Daten an, und zwar getrennt für das zu bewertende Arzneimittel und die zweckmäßige Vergleichstherapie sowie getrennt für die Zielpopulation und die Patientengruppen mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen. Weisen sie dabei bitte auch die Arzneimittelkosten pro Patient pro Jahr und Kosten für zusätzlich notwendige GKV-Leistungen pro Jahr sowie Kosten gemäß Hilfstaxe pro Jahr getrennt voneinander aus. Stellen Sie Ihre Berechnungen möglichst in einer Excel Tabelle dar und fügen diese als Quelle hinzu. Fügen Sie für jede Therapie, Behandlungssituation und jede Population bzw. Patientengruppe eine neue Zeile ein. Unsicherheit sowie variierende Behandlungsdauern sollen in Form von Spannen ausgewiesen werden.*

Tabelle 3-24: Jahrestherapiekosten für die GKV für das zu bewertende Arzneimittel und die zweckmäßige Vergleichstherapie (pro Patient)

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Arzneimittelkosten pro Patient pro Jahr in €	Kosten für zusätzlich notwendige GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr in €	Kosten für sonstige GKV-Leistungen (gemäß Hilfstaxe) pro Patient pro Jahr in €	Jahrestherapiekosten pro Patient in Euro <sup>a</sup>
<b>Zu bewertendes Arzneimittel</b>					
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FEC und Docetaxel</u>	Erwachsene Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko (gemäß Abschnitt 5.1 der Fachinformation definiert als nodal-positiv oder Hormonrezeptor-negativ) in adjuvanter Behandlung				
PH FDC s.c. Injektionslösung		88.523,00 €			
Docetaxel		3.748,34 € 5.091,89 €			
5-Fluoruracil (F)		32,40 € 64,80 €			
Epirubicin (E)		1.367,37 € 2.454,64 €			
Cyclophosphamid (C)		69,16 € 138,32 €			
<b>Summe</b>		<b>93.740,27 € 96.272,65 €</b>	<b>501,02 €</b>	<b>1.296,00 €</b>	<b>95.537,29 € 98.069,67 €</b>

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Arzneimittelkosten pro Patient pro Jahr in €	Kosten für zusätzlich notwendige GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr in €	Kosten für sonstige GKV-Leistungen (gemäß Hilfstaxe) pro Patient pro Jahr in €	Jahrestherapiekosten pro Patient in Euro <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FAC und Docetaxel</u>	*				
PH FDC s.c. Injektionslösung		88.523,00 €			
Docetaxel		3.748,34 € 5.091,89 €			
5-Fluoruracil (F)		32,40 € 64,80 €			
Doxorubicin (A)		829,65 € 1.106,20 €			
Cyclophosphamid (C)		69,16 € 138,32 €			
<b>Summe</b>		<b>93.202,55 € 94.924,21 €</b>	<b>568,48 €</b>	<b>1.296,00 €</b>	<b>95.067,03 € 96.788,69 €</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FEC und Paclitaxel</u>	*				
PH FDC s.c. Injektionslösung		88.523,00 €			
Paclitaxel (q1w)		4.992,24 €			
5-Fluoruracil (F)		32,40 € 64,80 €			
Epirubicin (E)		1.367,37 € 2.454,64 €			
Cyclophosphamid (C)		69,16 € 138,32 €			
<b>Summe</b>		<b>94.984,17 € 96.173,00 €</b>	<b>1.247,69 €</b>	<b>1.944,00 €</b>	<b>98.175,86 € 99.364,69 €</b>

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Arzneimittelkosten pro Patient pro Jahr in €	Kosten für zusätzlich notwendige GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr in €	Kosten für sonstige GKV-Leistungen (gemäß Hilfstaxe) pro Patient pro Jahr in €	Jahrestherapiekosten pro Patient in Euro <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FAC und Paclitaxel</u>	*				
PH FDC s.c. Injektionslösung		88.523,00 €			
Paclitaxel (q1w)		4.992,24 €			
5-Fluoruracil (F)		32,40 € 64,80 €			
Doxorubicin (A)		829,65 € 1.106,20 €			
Cyclophosphamid (C)		69,16 € 138,32 €			
<b>Summe</b>		<b>94.446,45 € 94.824,56 €</b>	<b>1.315,15 €</b>	<b>1.944,00 €</b>	<b>97.705,60 € 98.083,71 €</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC und Docetaxel</u>	*				
PH FDC s.c. Injektionslösung		88.523,00 €			
Docetaxel		3.748,34 € 5.091,89 €			
Doxorubicin (A)		1.246,96 €			
Cyclophosphamid (C)		105,04 € 138,32 €			
<b>Summe</b>		<b>93.623,34 € 95.000,17 €</b>	<b>568,48 €</b>	<b>972,00 €</b>	<b>95.163,82 € 96.540,65 €</b>

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patienten-gruppe	Arzneimittel-kosten pro Patient pro Jahr in €	Kosten für zusätzlich notwendige GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr in €	Kosten für sonstige GKV-Leistungen (gemäß Hilfstaxe) pro Patient pro Jahr in €	Jahrestherapie kosten pro Patient in Euro <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: EC und Docetaxel</u>	*				
PH FDC s.c. Injektionslösung		88.523,00 €			
Docetaxel		3.748,34 € 5.091,89 €			
Epirubicin (E)		1.823,16 € 2.454,64 €			
Cyclophosphamid (C)		105,04 € 138,32 €			
<b>Summe</b>		<b>94.199,54 €</b> <b>96.207,85 €</b>	<b>501,02 €</b>	<b>972,00 €</b>	<b>95.672,56 €</b> <b>97.680,87 €</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC und Paclitaxel</u>	*				
PH FDC s.c. Injektionslösung		88.523,00 €			
Paclitaxel (q1w)		4.992,24 €			
Doxorubicin (A)		1.246,96 €			
Cyclophosphamid (C)		105,04 € 138,32 €			
<b>Summe</b>		<b>94.867,24 €</b> <b>94.900,52 €</b>	<b>1.315,15 €</b>	<b>1.620,00 €</b>	<b>97.802,39 €</b> <b>97.835,67 €</b>

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patienten-Gruppe	Arzneimittelkosten pro Patient pro Jahr in €	Kosten für zusätzlich notwendige GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr in €	Kosten für sonstige GKV-Leistungen (gemäß Hilfntaxe) pro Patient pro Jahr in €	Jahrestherapiekosten pro Patient in Euro <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: EC und Paclitaxel</u>	*				
PH FDC s.c. Injektionslösung		88.523,00 €			
Paclitaxel (q1w)		4.992,24 €			
Epirubicin (E)		1.823,16 € 2.454,64 €			
Cyclophosphamid (C)		105,04 € 138,32 €			
<b>Summe</b>		<b>95.443,44 € 96.108,20 €</b>	<b>1.247,69 €</b>	<b>1.620,00 €</b>	<b>98.311,13 € 98.975,89 €</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC und Paclitaxel</u>	*				
PH FDC s.c. Injektionslösung		88.523,00 €			
Paclitaxel (q3w)		3.654,44 € 4.415,72 €			
Doxorubicin (A)		1.246,96 €			
Cyclophosphamid (C)		105,04 € 138,32 €			
<b>Summe</b>		<b>93.529,44 € 94.324,00 €</b>	<b>814,70 €</b>	<b>972,00 €</b>	<b>95.316,15 € 96.110,71 €</b>

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patienten-Gruppe	Arzneimittelkosten pro Patient pro Jahr in €	Kosten für zusätzlich notwendige GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr in €	Kosten für sonstige GKV-Leistungen (gemäß Hilfstaxe) pro Patient pro Jahr in €	Jahrestherapiekosten pro Patient in Euro <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-freier Chemotherapie: Docetaxel plus Carboplatin (TC)</u>	*				
PH FDC s.c. Injektionslösung		88.523,00 €			
Docetaxel		6.367,44 €			
Carboplatin		1.848,66 €			
<b>Summe</b>		<b>96.739,10 €</b>	<b>487,57 €</b>	<b>972,00 €</b>	<b>98.198,67 €</b>
<b>Zweckmäßige Vergleichstherapie<sup>1</sup></b>					
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FEC und Docetaxel</u>	*				
Trastuzumab Roche i.v.		43.081,36 €			
Docetaxel		3.748,34 € 5.091,89 €			
5-Fluorouracil (F)		32,40 € 64,80 €			
Epirubicin (E)		1.367,37 € 2.454,64 €			
Cyclophosphamid (C)		69,16 € 138,32 €			
<b>Summe</b>		<b>48.298,63 € 50.831,01 €</b>	<b>1.441,93 €</b>	<b>2.531,40 €</b>	<b>52.271,96 € 54.804,34 €</b>

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Arzneimittelkosten pro Patient pro Jahr in €	Kosten für zusätzlich notwendige GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr in €	Kosten für sonstige GKV-Leistungen (gemäß Hilfstaxe) pro Patient pro Jahr in €	Jahrestherapiekosten pro Patient in Euro <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FAC und Docetaxel</u>	*				
Trastuzumab Roche i.v.		43.081,36 €			
Docetaxel		3.748,34 € 5.091,89 €			
5-Fluoruracil (F)		32,40 € 64,80 €			
Doxorubicin (A)		829,65 € 1.106,20 €			
Cyclophosphamid (C)		69,16 € 138,32 €			
<b>Summe</b>		<b>47.760,91 € 49.482,57 €</b>	<b>1.509,39 €</b>	<b>2.531,40 €</b>	<b>51.801,70 € 53.523,36 €</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FEC und Paclitaxel</u>	*				
Trastuzumab Roche i.v.		43.081,36 €			
Paclitaxel (q1w)		4.992,24 €			
5-Fluoruracil (F)		32,40 € 64,80 €			
Epirubicin (E)		1.367,37 € 2.454,64 €			
Cyclophosphamid (C)		69,16 € 138,32 €			
<b>Summe</b>		<b>49.542,53 € 50.731,36 €</b>	<b>2.135,34 €</b>	<b>3.179,40 €</b>	<b>54.857,27 € 56.046,10 €</b>

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patienten-Gruppe	Arzneimittelkosten pro Patient pro Jahr in €	Kosten für zusätzlich notwendige GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr in €	Kosten für sonstige GKV-Leistungen (gemäß Hilfstaxe) pro Patient pro Jahr in €	Jahrestherapiekosten pro Patient in Euro <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FAC und Paclitaxel</u>	*				
Trastuzumab Roche i.v.		43.081,36 €			
Paclitaxel (q1w)		4.992,24 €			
5-Fluoruracil (F)		32,40 € 64,80 €			
Doxorubicin (A)		829,65 € 1.106,20 €			
Cyclophosphamid (C)		69,16 € 138,32 €			
<b>Summe</b>		<b>49.004,81 € 49.382,92 €</b>	<b>2.202,80 €</b>	<b>3.179,40 €</b>	<b>54.387,01 € 54.765,12 €</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC und Docetaxel</u>	*				
Trastuzumab Roche i.v.		43.081,36 €			
Docetaxel		3.748,34 € 5.091,89 €			
Doxorubicin (A)		1.246,96 €			
Cyclophosphamid (C)		105,04 € 138,32 €			
<b>Summe</b>		<b>48.181,70 € 49.558,53 €</b>	<b>1.509,39 €</b>	<b>2.207,40 €</b>	<b>51.898,49 € 53.275,32 €</b>

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patienten-Gruppe	Arzneimittelkosten pro Patient pro Jahr in €	Kosten für zusätzlich notwendige GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr in €	Kosten für sonstige GKV-Leistungen (gemäß Hilfstaxe) pro Patient pro Jahr in €	Jahrestherapiekosten pro Patient in Euro <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: EC und Docetaxel</u>	*				
Trastuzumab Roche i.v.		43.081,36 €			
Docetaxel		3.748,34 € 5.091,89 €			
Epirubicin (E)		1.823,16 € 2.454,64 €			
Cyclophosphamid (C)		105,04 € 138,32 €			
<b>Summe</b>		<b>48.757,90 € 50.766,21 €</b>	<b>1.441,93 €</b>	<b>2.207,40 €</b>	<b>52.407,23 € 54.415,54 €</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC und Paclitaxel</u>	*				
Trastuzumab Roche i.v.		43.081,36 €			
Paclitaxel (q1w)		4.992,24 €			
Doxorubicin (A)		1.246,96 €			
Cyclophosphamid (C)		105,04 € 138,32 €			
<b>Summe</b>		<b>49.425,60 € 49.458,88 €</b>	<b>2.202,80 €</b>	<b>2.855,40 €</b>	<b>54.483,80 € 54.517,08 €</b>

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patienten-Gruppe	Arzneimittelkosten pro Patient pro Jahr in €	Kosten für zusätzlich notwendige GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr in €	Kosten für sonstige GKV-Leistungen (gemäß Hilfstaxe) pro Patient pro Jahr in €	Jahrestherapiekosten pro Patient in Euro <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: EC und Paclitaxel</u>	*				
Trastuzumab Roche i.v.		43.081,36 €			
Paclitaxel (q1w)		4.992,24 €			
Epirubicin (E)		1.823,16 € 2.454,64 €			
Cyclophosphamid (C)		105,04 € 138,32 €			
<b>Summe</b>		<b>50.001,80 € 50.666,56 €</b>	<b>2.202,80 €</b>	<b>2.855,40 €</b>	<b>55.060,00 € 55.724,76 €</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC und Paclitaxel</u>	*				
Trastuzumab Roche i.v.		43.081,36 €			
Paclitaxel (q3w)		3.654,44 € 4.415,72 €			
Doxorubicin (A)		1.246,96 €			
Cyclophosphamid (C)		105,04 € 138,32 €			
<b>Summe</b>		<b>48.087,80 € 48.882,36 €</b>	<b>1.702,35 €</b>	<b>2.207,40 €</b>	<b>51.997,55 € 52.792,11 €</b>

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patienten-Gruppe	Arzneimittelkosten pro Patient pro Jahr in €	Kosten für zusätzlich notwendige GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr in €	Kosten für sonstige GKV-Leistungen (gemäß Hilfstaxe) pro Patient pro Jahr in €	Jahrestherapiekosten pro Patient in Euro <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-freier Chemotherapie: Docetaxel plus Carboplatin (TC)</u>	*				
Trastuzumab Roche i.v.		43.081,36 €			
Docetaxel		6.367,44 €			
Carboplatin		2.032,44 €			
<b>Summe</b>		<b>51.481,24 €</b>	<b>1.136,46 €</b>	<b>2.207,40 €</b>	<b>54.825,10 €</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FEC und Docetaxel</u>	*				
Trastuzumab Roche s.c.		42.564,23 €			
Docetaxel		3.748,34 € 5.091,89 €			
5-Fluoruracil (F)		32,40 € 64,80 €			
Epirubicin (E)		1.367,37 € 2.454,64 €			
Cyclophosphamid (C)		69,16 € 138,32 €			
<b>Summe</b>		<b>47.781,50 € 50.313,88 €</b>	<b>1.441,93 €</b>	<b>1.296,00 €</b>	<b>50.519,43 € 53.051,81 €</b>

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Arzneimittelkosten pro Patient pro Jahr in €	Kosten für zusätzlich notwendige GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr in €	Kosten für sonstige GKV-Leistungen (gemäß Hilfstaxe) pro Patient pro Jahr in €	Jahrestherapiekosten pro Patient in Euro <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FAC und Docetaxel</u>	*				
Trastuzumab Roche s.c.		42.564,23 €			
Docetaxel		3.748,34 € 5.091,89 €			
5-Fluoruracil (F)		32,40 € 64,80 €			
Doxorubicin (A)		829,65 € 1.106,20 €			
Cyclophosphamid (C)		69,16 € 138,32 €			
<b>Summe</b>		<b>47.243,78 € 48.965,44 €</b>	<b>1.509,39 €</b>	<b>1.296,00 €</b>	<b>50.049,17 € 51.770,83 €</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FEC und Paclitaxel</u>	*				
Trastuzumab Roche s.c.		42.564,23 €			
Paclitaxel (q1w)		4.992,24 €			
5-Fluoruracil (F)		32,40 € 64,80 €			
Epirubicin (E)		1.367,37 € 2.454,64 €			
Cyclophosphamid (C)		69,16 € 138,32 €			
<b>Summe</b>		<b>49.025,40 € 50.214,23 €</b>	<b>2.135,34 €</b>	<b>1.944,00 €</b>	<b>53.104,74 € 54.293,57 €</b>

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patienten-Gruppe	Arzneimittelkosten pro Patient pro Jahr in €	Kosten für zusätzlich notwendige GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr in €	Kosten für sonstige GKV-Leistungen (gemäß Hilfstaxe) pro Patient pro Jahr in €	Jahrestherapiekosten pro Patient in Euro <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FAC und Paclitaxel</u>	*				
Trastuzumab Roche s.c.		42.564,23 €			
Paclitaxel (q1w)		4.992,24 €			
5-Fluoruracil (F)		32,40 € 64,80 €			
Doxorubicin (A)		829,65 € 1.106,20 €			
Cyclophosphamid (C)		69,16 € 138,32 €			
<b>Summe</b>		<b>48.487,68 € 48.865,79 €</b>	<b>2.202,80 €</b>	<b>1.944,00 €</b>	<b>52.634,48 € 53.012,59 €</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC und Docetaxel</u>	*				
Trastuzumab Roche s.c.		42.564,23 €			
Docetaxel		3.748,34 € 5.091,89 €			
Doxorubicin (A)		1.246,96 €			
Cyclophosphamid (C)		105,04 € 138,32 €			
<b>Summe</b>		<b>47.664,57 € 49.041,40 €</b>	<b>1.509,39 €</b>	<b>972,00 €</b>	<b>50.145,96 € 51.522,79 €</b>

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patienten-Gruppe	Arzneimittelkosten pro Patient pro Jahr in €	Kosten für zusätzlich notwendige GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr in €	Kosten für sonstige GKV-Leistungen (gemäß Hilfntaxe) pro Patient pro Jahr in €	Jahrestherapiekosten pro Patient in Euro <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: EC und Docetaxel</u>	*				
Trastuzumab Roche s.c.		42.564,23 €			
Docetaxel		3.748,34 € 5.091,89 €			
Epirubicin (E)		1.823,16 € 2.454,64 €			
Cyclophosphamid (C)		105,04 € 138,32 €			
<b>Summe</b>		<b>48.240,77 € 50.249,08 €</b>	<b>1.441,93 €</b>	<b>972,00 €</b>	<b>50.654,70 € 52.663,01 €</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC und Paclitaxel</u>	*				
Trastuzumab Roche s.c.		42.564,23 €			
Paclitaxel (q1w)		4.992,24 €			
Doxorubicin (A)		1.246,96 €			
Cyclophosphamid (C)		105,04 € 138,32 €			
<b>Summe</b>		<b>48.908,47 € 48.941,75 €</b>	<b>2.202,80 €</b>	<b>1.620,00 €</b>	<b>52.731,27 € 52.764,55 €</b>

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patienten-Gruppe	Arzneimittelkosten pro Patient pro Jahr in €	Kosten für zusätzlich notwendige GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr in €	Kosten für sonstige GKV-Leistungen (gemäß Hilfstaxe) pro Patient pro Jahr in €	Jahrestherapiekosten pro Patient in Euro <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: EC und Paclitaxel</u>	*				
Trastuzumab Roche s.c.		42.564,23 €			
Paclitaxel (q1w)		4.992,24 €			
Epirubicin (E)		1.823,16 € 2.454,64 €			
Cyclophosphamid (C)		105,04 € 138,32 €			
<b>Summe</b>		<b>49.484,67 € 50.149,43 €</b>	<b>2.202,80 €</b>	<b>1.620,00 €</b>	<b>53.307,47 € 53.972,23 €</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC und Paclitaxel</u>	*				
Trastuzumab Roche s.c.		42.564,23 €			
Paclitaxel (q3w)		3.654,44 € 4.415,72 €			
Doxorubicin (A)		1.246,96 €			
Cyclophosphamid (C)		105,04 € 138,32 €			
<b>Summe</b>		<b>47.570,67 € 48.365,23 €</b>	<b>1.702,35 €</b>	<b>972,00 €</b>	<b>50.245,02 € 51.039,58 €</b>

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patienten-Gruppe	Arzneimittelkosten pro Patient pro Jahr in €	Kosten für zusätzlich notwendige GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr in €	Kosten für sonstige GKV-Leistungen (gemäß Hilfstaxe) pro Patient pro Jahr in €	Jahrestherapiekosten pro Patient in Euro <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-freier Chemotherapie: Docetaxel plus Carboplatin (TC)</u>	*				
Trastuzumab Roche s.c.		42.564,23 €			
Docetaxel		6.367,44 €			
Carboplatin		2.032,44 €			
<b>Summe</b>		<b>50.964,11 €</b>	<b>1.136,46 €</b>	<b>972,00 €</b>	<b>53.072,57 €</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FEC und Docetaxel</u>	*				
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>		35.288,56 €			
Docetaxel		3.748,34 € 5.091,89 €			
5-Fluoruracil (F)		32,40 € 64,80 €			
Epirubicin (E)		1.367,37 € 2.454,64 €			
Cyclophosphamid (C)		69,16 € 138,32 €			
<b>Summe</b>		<b>40.505,83 € 43.038,21 €</b>	<b>1.441,93 €</b>	<b>2.531,40 €</b>	<b>44.479,16 € 47.011,54 €</b>

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patienten-gruppe	Arzneimittel-kosten pro Patient pro Jahr in €	Kosten für zusätzlich notwendige GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr in €	Kosten für sonstige GKV-Leistungen (gemäß Hilfstaxe) pro Patient pro Jahr in €	Jahrestherapie kosten pro Patient in Euro <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FAC und Docetaxel</u>	*				
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>		35.288,56 €			
Docetaxel		3.748,34 € 5.091,89 €			
5-Fluoruracil (F)		32,40 € 64,80 €			
Doxorubicin (A)		829,65 € 1.106,20 €			
Cyclophosphamid (C)		69,16 € 138,32 €			
<b>Summe</b>		<b>39.968,11 € 41.689,77 €</b>	<b>1.509,39 €</b>	<b>2.531,40 €</b>	<b>44.008,90 € 45.730,56 €</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FEC und Paclitaxel</u>	*				
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>		35.288,56 €			
Paclitaxel (q1w)		4.992,24 €			
5-Fluoruracil (F)		32,40 € 64,80 €			
Epirubicin (E)		1.367,37 € 2.454,64 €			
Cyclophosphamid (C)		69,16 € 138,32 €			
<b>Summe</b>		<b>41.749,73 € 42.938,56 €</b>	<b>2.135,34 €</b>	<b>3.179,40 €</b>	<b>47.064,47 € 48.253,30 €</b>

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patienten-Gruppe	Arzneimittelkosten pro Patient pro Jahr in €	Kosten für zusätzlich notwendige GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr in €	Kosten für sonstige GKV-Leistungen (gemäß Hilfstaxe) pro Patient pro Jahr in €	Jahrestherapiekosten pro Patient in Euro <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: FAC und Paclitaxel</u>	*				
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>		35.288,56 €			
Paclitaxel (q1w)		4.992,24 €			
5-Fluoruracil (F)		32,40 € 64,80 €			
Doxorubicin (A)		829,65 € 1.106,20 €			
Cyclophosphamid (C)		69,16 € 138,32 €			
<b>Summe</b>		<b>41.212,01 € 41.590,12 €</b>	<b>2.202,80 €</b>	<b>3.179,40 €</b>	<b>46.594,21 € 46.972,32 €</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC und Docetaxel</u>	*				
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>		35.288,56 €			
Docetaxel		3.748,34 € 5.091,89 €			
Doxorubicin (A)		1.246,96 €			
Cyclophosphamid (C)		105,04 € 138,32 €			
<b>Summe</b>		<b>40.388,90 € 41.765,73 €</b>	<b>1.509,39 €</b>	<b>2.207,40 €</b>	<b>44.105,69 € 45.482,52 €</b>

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patienten-Gruppe	Arzneimittelkosten pro Patient pro Jahr in €	Kosten für zusätzlich notwendige GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr in €	Kosten für sonstige GKV-Leistungen (gemäß Hilfntaxe) pro Patient pro Jahr in €	Jahrestherapiekosten pro Patient in Euro <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: EC und Docetaxel</u>	*				
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>		35.288,56 €			
Docetaxel		3.748,34 € 5.091,89 €			
Epirubicin (E)		1.823,16 € 2.454,64 €			
Cyclophosphamid (C)		105,04 € 138,32 €			
<b>Summe</b>		<b>40.965,10 € 42.973,41 €</b>	<b>1.441,93 €</b>	<b>2.207,40 €</b>	<b>44.614,43 € 46.622,74 €</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC und Paclitaxel</u>	*				
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>		35.288,56 €			
Paclitaxel (q1w)		4.992,24 €			
Doxorubicin (A)		1.246,96 €			
Cyclophosphamid (C)		105,04 € 138,32 €			
<b>Summe</b>		<b>41.632,80 € 41.666,08 €</b>	<b>2.202,80 €</b>	<b>2.855,40 €</b>	<b>46.691,00 € 46.724,28 €</b>

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Arzneimittelkosten pro Patient pro Jahr in €	Kosten für zusätzlich notwendige GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr in €	Kosten für sonstige GKV-Leistungen (gemäß Hilfstaxe) pro Patient pro Jahr in €	Jahrestherapiekosten pro Patient in Euro <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: EC und Paclitaxel</u>	*				
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>		35.288,56 €			
Paclitaxel (q1w)		4.992,24 €			
Epirubicin (E)		1.823,16 € 2.454,64 €			
Cyclophosphamid (C)		105,04 € 138,32 €			
<b>Summe</b>		<b>42.209,00 € 42.873,76 €</b>	<b>2.202,80 €</b>	<b>2.855,40 €</b>	<b>47.267,20 € 47.931,96 €</b>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-haltiger Chemotherapie: AC und Paclitaxel</u>	*				
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>		35.288,56 €			
Paclitaxel (q3w)		3.654,44 € 4.415,72 €			
Doxorubicin (A)		1.246,96 €			
Cyclophosphamid (C)		105,04 € 138,32 €			
<b>Summe</b>		<b>40.295,00 € 41.089,56 €</b>	<b>1.702,35 €</b>	<b>2.207,40 €</b>	<b>44.204,75 € 44.999,31 €</b>

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Arzneimittelkosten pro Patient pro Jahr in €	Kosten für zusätzlich notwendige GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr in €	Kosten für sonstige GKV-Leistungen (gemäß Hilfstaxe) pro Patient pro Jahr in €	Jahrestherapiekosten pro Patient in Euro <sup>a</sup>
<u>Therapieschema mit Anthrazyklin-freier Chemotherapie: Docetaxel plus Carboplatin (TC)</u>	*				
Trastuzumab i.v. Biosimilar <sup>2</sup>		35.288,56 €			
Docetaxel		6.367,44 €			
Carboplatin		2.032,44 €			
<b>Summe</b>		<b>43.688,44 €</b>	<b>1.136,46 €</b>	<b>2.207,40 €</b>	<b>47.032,30 €</b>
<p><sup>a</sup> Darstellung der Therapiedauer über ein Kalenderjahr inklusive einer Vortherapie mit dem FEC-/ FAC-Schema über drei bis vier Zyklen oder dem AC-/ EC-Schema über vier Zyklen. Ein Zyklus dauert gemäß der Fachinformation drei Wochen (q3w) bzw. 21 Tage. Die Verabreichung der Medikamente erfolgt jeweils an Tag eins des Zyklus. Ausnahme ist hier die Therapie mit Paclitaxel, welche auch wöchentlich (q1w) verabreicht werden kann.</p> <p>* Erwachsene Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko (gemäß Abschnitt 5.1 der Fachinformation definiert als nodal-positiv oder Hormonrezeptor-negativ) in adjuvanter Behandlung</p> <p><sup>1</sup> <u>Begründung zur ZVT:</u> Eine adäquate ZVT im Anwendungsgebiet der adjuvanten Therapie von HER2-positivem frühem Brustkrebs ist gemäß G-BA ein Therapieschema, Trastuzumab, ein Taxan (Paclitaxel oder Docetaxel) und ggf. ein Anthrazyklin (Doxorubicin oder Epirubicin) enthaltend.</p> <p><sup>2</sup> Es sind mehrere biosimilare Antikörper zu Trastuzumab auf dem Markt. An dieser Stelle wird der günstigste biosimilare Antikörper Trazimera<sup>®</sup> aufgeführt.</p> <p>A: Doxorubicin; C: Cyclophosphamid; E: Epirubicin; F: 5-Fluorouracil; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GKV: Gesetzliche Krankenversicherung; HER2: Humaner epidermaler Wachstumsfaktorrezeptor-2; i.v.: intravenös; PH FDC s.c.: Pertuzumab/Trastuzumab Fixdosiskombination zur subkutanen Gabe; q1w: wöchentlich; q3w: dreiwöchentlich; s.c.: subkutan; T: Taxan; ZVT: Zweckmäßige Vergleichstherapie</p> <p>Quelle zur Berechnung: (34)</p>					

### 3.3.6 Angaben zu Versorgungsanteilen

*Beschreiben Sie unter Bezugnahme auf die in Abschnitt 3.2.3 dargestellten Daten zur aktuellen Prävalenz und Inzidenz, welche Versorgungsanteile für das zu bewertende Arzneimittel innerhalb des Anwendungsgebiets, auf das sich das vorliegende Dokument bezieht, zu erwarten sind. Nehmen Sie bei Ihrer Begründung auch Bezug auf die derzeit gegebene Versorgungssituation mit der zweckmäßigen Vergleichstherapie. Beschreiben Sie insbesondere auch, welche Patientengruppen wegen Kontraindikationen nicht mit dem zu bewertenden Arzneimittel behandelt werden sollten. Weiterhin ist zu erläutern, welche Raten an Therapieabbrüchen in den Patientengruppen zu erwarten sind. Im Weiteren sollen bei dieser Abschätzung auch der Versorgungskontext und Patientenpräferenzen berücksichtigt werden. Differenzieren Sie nach ambulantem und stationärem Versorgungsbereich. Benennen Sie die zugrunde gelegten Quellen.*

Wie schon im Rahmen des epidemiologischen Modells diskutiert, stellt die Schätzung der Patientenzahl eine Überschätzung dar, da angenommen wird, dass alle Patienten, die für eine systemische Therapie in Frage kommen, eine solche auch erhalten. Im folgenden Abschnitt wird erläutert, warum diese Zahl geringer ausfallen wird.

Im Abschnitt 3.2.4 wird die GKV-Zielpopulation für das Jahr 2021 mit 1.972 bis 3.197 Patienten abgeleitet. Die Anzahl der Patienten, welche die PH FDC s.c. im Versorgungsalltag verordnet bekommen werden, wird deutlich geringer sein. Ausgehend von der GKV-Zielpopulation werden Patientengruppen bgezogen, die im klinischen Alltag voraussichtlich nicht für die PH FDC s.c. in Frage kommen bzw. stationär behandelt werden. Es ist zu erwarten, dass eine Therapie mit PH FDC s.c. überwiegend im ambulanten Bereich durchgeführt wird. (35)

Mit der Zulassung der Pertuzumab/Trastuzumab Fixdosiskombination zur subkutanen Gabe (PH FDC s.c.) steht neben der bereits im Markt verfügbaren freien i.v.-Kombination aus Pertuzumab Roche und Trastuzumab Roche die gleich wirksame Therapie in einer alternativen Darreichungsform für Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko (gemäß Abschnitt 5.1 der Fachinformation definiert als nodal-positiv oder Hormonrezeptor-negativ) zur Verfügung. (6) Das Anwendungsgebiet der PH FDC s.c. ist identisch zu dem der freien i.v.-Kombination. Damit gibt es hinsichtlich der Patientenpopulation in der Indikation keinen Unterschied im Vergleich zur freien intravenösen Kombination aus Pertuzumab Roche und Trastuzumab Roche. Es werden damit keine zusätzlichen Patienten generiert, sondern es wird lediglich eine Umverteilung der Patienten anteilig von der freien i.v.- zur fixen s.c.-Darreichungsform geben.

Die PH FDC s.c bietet somit eine Behandlungsalternative zur i.v. Applikation. Eine Studie zur Patientenpräferenz mit 160 Patienten bestätigt die hohe Akzeptanz für die subkutane Applikationsform. (36) Die Patienten in der Studie gaben an die PH FDC s.c. zu bevorzugen, da sie durch die subkutane Applikation weniger Zeit in der Klinik verbringen müssen und weil die s.c.-Administration für die Patienten komfortabler ist. Weitere Gründe waren eine geringere

emotionale Belastung durch die s.c.-Applikation und geringere Schmerzen an der Injektionsstelle. Die Mehrheit der Patienten gab an, durch die PH FDC s.c. Zeit gewonnen zu haben. (36)

Die PH FDC s.c. ist, wie die intravenös verabreichten Antikörper Pertuzumab Roche und Trastuzumab Roche, nur in Kombination mit einer Standardchemotherapie zugelassen. Standardmäßige Chemotherapien als Kombinationspartner sind Anthrazyklin-haltige Chemotherapien wie FEC/FAC (5-Fluorouracil, Epirubicin, Cyclophosphamid/ 5-Fluorouracil, Doxorubicin, Cyclophosphamid), EC/AC (Epirubicin, Cyclophosphamid/ Anthrazyklin, Cyclophosphamid) mit Taxan (Docetaxel, Paclitaxel) oder Anthrazyklin-freie Schemata mit Taxan und Carboplatin. Daher sind Überempfindlichkeiten gegen alle genannten Wirkstoffe oder einer der sonstigen Bestandteile dieser Arzneimittel bei der adjuvanten Anwendung der PH FDC s.c. zu berücksichtigen. Weiterhin liegen für die genannten Chemotherapien spezifische Kontraindikationen vor, wie schwere Veränderungen des Blutbildes, schwere Funktionsstörungen von Leber oder Niere, schwere Knochenmarksdepressionen oder vorherige oder bestehende kardiale Erkrankungen. (12–18) Diese Faktoren schränken die tatsächliche Zielpopulation in der deutschen Versorgung weiter ein.

Therapieabbrüche aufgrund unerwünschter Ereignisse werden an dieser Stelle nicht berücksichtigt. Zum einen haben Patienten mit vorzeitigem Therapieabbruch dennoch einen Teil der Behandlung erhalten, sodass der Versorgungsanteil mit PH FDC s.c. unterschätzt würde, wenn diese Patienten komplett aus der Zielpopulation herausgerechnet würden. Zum anderen wurden viele Patienten mit erhöhtem Risiko für einen Therapieabbruch bereits dadurch ausgeschlossen, dass die Zielpopulation auf Patienten mit Eignung für eine Anti-HER2-Therapie und Chemotherapie eingeschränkt wurde.

*Beschreiben Sie auf Basis der von Ihnen erwarteten Versorgungsanteile, ob und, wenn ja, welche Änderungen sich für die in Abschnitt 3.3.5 beschriebenen Jahrestherapiekosten ergeben. Benennen Sie die zugrunde gelegten Quellen.*

Aufgrund der genannten Faktoren, insbesondere, dass keine zusätzlichen Patienten behandelt werden, sondern es lediglich zu einer Umverteilung der bestehenden Patienten zwischen i.v.- und s.c.-Applikation kommt, ist davon auszugehen, dass der Versorgungsanteil geringer ausfallen wird, als in Abschnitt 3.2 angegeben. Dies hat zur Folge, dass auch die Jahrestherapiekosten für die GKV insgesamt für PH FDC s.c. von den Angaben in Abschnitt 3.3.5 abweichen und geringer ausfallen werden.

### **3.3.7 Beschreibung der Informationsbeschaffung für Abschnitt 3.3**

*Erläutern Sie das Vorgehen zur Identifikation der in den Abschnitten 3.3.1 bis 3.3.6 genannten Quellen (Informationsbeschaffung). Im Allgemeinen sollen deutsche Quellen bzw. Quellen, die über die epidemiologische Situation in Deutschland Aussagen erlauben, herangezogen werden. Weiterhin sind bevorzugt offizielle Quellen zu nutzen. Aktualität und Repräsentativität sind bei der Auswahl zu berücksichtigen und ggf. zu diskutieren. Sofern erforderlich können Sie zur Beschreibung der Informationsbeschaffung weitere Quellen nennen.*

*Wenn eine Recherche in offiziellen Quellen oder in bibliografischen Datenbanken durchgeführt wurde, sollen Angaben zu den Suchbegriffen, den Datenbanken/ Suchoberflächen, dem Datum der Recherche nach den üblichen Vorgaben gemacht werden. Die Ergebnisse der Recherche sollen dargestellt werden, damit nachvollziehbar ist, welche Daten bzw. Publikationen berücksichtigt bzw. aus- und eingeschlossen wurden. Sofern erforderlich, können Sie zur Beschreibung der Informationsbeschaffung weitere Quellen benennen.*

*Wenn eine (hier optionale) systematische bibliografische Literaturrecherche durchgeführt wurde, soll eine vollständige Dokumentation erfolgen. Die entsprechenden Anforderungen an die Informationsbeschaffung sollen nachfolgend analog den Vorgaben in Modul 4 (siehe Abschnitte 4.2.3.2 Bibliografische Literaturrecherche, 4.3.1.1.2 Studien aus der bibliografischen Literaturrecherche, Anhang 4-A, 4-C) umgesetzt werden.*

#### **Beschreibung für Abschnitt 3.3.1**

Die Angaben zur Dosierung und den Behandlungsmodi wurden der jeweiligen Fachinformation in der aktuellen Fassung entnommen, wie sie im FachInfo-Service ([www.fachinfo.de](http://www.fachinfo.de)) bzw. auf der Homepage des jeweiligen Herstellers zu finden ist. (6, 9, 10, 12, 13, 15–18)

#### **Beschreibung für Abschnitt 3.3.2**

Es wurden die im Anwendungsgebiet gebräuchlichen Verbrauchsmaße Dosierung pro Zyklus, pro kg und pro m<sup>2</sup> verwendet. Zur Definition der ‚Durchschnittspatientin‘ wird auf die Daten des Statistischen Bundesamtes sowie auf die darauf basierende Formel von Dubois & Dubois zurückgegriffen (22, 23)

#### **Beschreibung für Abschnitt 3.3.3**

Grundlage für die Berechnung der Arzneimittelkosten sind die aktuell veröffentlichten Angaben zum Apothekenabgabepreis in der Lauer-Taxe (finaler Stand: 01.09.2020). (25) Den Kosten pro Packung liegt der gültige Mehrwertsteuersatz zum Zeitpunkt der Erstellung des Dossiers im Jahr 2020 in Höhe von 16 % zugrunde. Zudem wurden alle gesetzlich notwendigen, derzeit gültigen Rabatte (gemäß § 130 und 130a SGB V, mit Ausnahme der in § 130a SGB V Abs. 8 genannten Rabatte) angerechnet, um die tatsächlichen Kosten der Vergütung für die GKV exakt zu bestimmen. Für den Rabatt durch Apotheken für verschreibungspflichtige Arzneimittel gemäß § 130 Abs. 1 SGB V wird der in der Lauer-Taxe vom 01.09.2020 gelistete Wert zu Grunde gelegt (1,77 €). (25)

**Beschreibung für Abschnitt 3.3.4**

Zur Ermittlung der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen wurden die jeweiligen Fachinformationen in der aktuellen Fassung im Hinblick auf ärztlich notwendige Interventionen im Rahmen der Behandlung mit der Pertuzumab/Trastuzumab Fixdosiskombination zur subkutanen Gabe (PH FDC s.c.), Trastuzumab i.v. und s.c. und Docetaxel bzw. Paclitaxel sowie FEC oder EC bzw. FAC oder AC und Carboplatin durchsucht. (6, 9, 10, 12–14, 16–18) Anhand der Fachinformationen wurde die Häufigkeit der einzelnen Leistungen bestimmt. Wenn spezifische Angaben sowohl in den Fachinformationen als auch in den Leitlinien fehlten, wurden basierend auf dem klinischen Studienbericht (CSR) der Studie APHINITY Annahmen zur Häufigkeit der zusätzlich notwendigen GKV-Leistung getroffen, um den klinischen Alltag so valide wie möglich darzustellen. (7) Arzneimittelkosten wurden auf Grundlage der Angaben zum Apothekenabgabepreis in der Lauer-Taxe (finaler Stand für die Berechnung: 01.09.2020) berechnet. (25)

Die monetäre Quantifizierung der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen erfolgte anhand des für den ambulanten Bereich maßgeblichen Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen in der aktuell gültigen Fassung für das Jahr 2020. (30)

**Beschreibung für Abschnitt 3.3.5**

Die Jahrestherapiekosten wurden anhand der Angaben aus den Abschnitten 3.3.1 bis 3.3.4 berechnet. Die Jahrestherapiekosten und die möglichen zusätzlich notwendigen medikamentösen GKV-Leistungen wurden unter Berücksichtigung des Verwurfes berechnet.

**Beschreibung für Abschnitt 3.3.6**

Kontraindikationen für PH FDC s.c., Trastuzumab i.v. und s.c. wurden den jeweiligen Fachinformationen entnommen. (6, 9, 10) Angaben zu Kontraindikationen gegen Docetaxel und Paclitaxel, FEC/FAC und EC/AC sowie Carboplatin wurden jeweils aus einer Fachinformation stellvertretend für alle Arzneimittel mit diesem Wirkstoff entnommen. (12–17) Die Einschätzung zur Relevanz der ambulanten Versorgung bei der Behandlung des adjuvanten Mammakarzinoms gründet auf der Patientendokumentation ‚Therapiemonitor Mammakarzinom‘. Diese Quelle enthält Patientendokumentationen sowohl von Gynäkologen als auch von Onkologen, jeweils aus dem niedergelassenen und klinischen Bereich. Somit wird das gesamte Spektrum behandelnder Einrichtungen abgebildet. (35)

### 3.3.8 Referenzliste für Abschnitt 3.3

Listen Sie nachfolgend alle Quellen (z.B. Publikationen), die Sie in den Abschnitten 3.3.1 bis 3.3.7 angegeben haben (als fortlaufend nummerierte Liste). Verwenden Sie hierzu einen allgemein gebräuchlichen Zitierstil (z.B. Vancouver oder Harvard). Geben Sie bei Fachinformationen immer den Stand des Dokuments an.

1. Roche Registration GmbH. Fachinformation Perjeta®: Stand: 04.2020. URL: <https://www.fachinfo.de/suche/fi/014535> [aufgerufen am: 26.09.2020].
2. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF). S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms: Version 4.3, Februar 2020 [AWMF Registernummer: 032-0450L]. URL: [https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user\\_upload/Downloads/Leitlinien/Mammakarzinom\\_4\\_0/Version\\_4.3/LL\\_Mammakarzinom\\_Langversion\\_4.3.pdf](https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Mammakarzinom_4_0/Version_4.3/LL_Mammakarzinom_Langversion_4.3.pdf) [aufgerufen am: 06.10.2020].
3. Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. (DGHO). Mammakarzinom der Frau. Leitlinie: Stand: 01.2018. URL: <https://www.onkopedia.com/de/onkopedia/guidelines/mammakarzinom-der-frau/@@guideline/html/index.html> [aufgerufen am: 06.10.2020].
4. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology - Breast Cancer, Version 6.2020 - Reproduced with permission from the NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) for Breast Cancer V.6.2020 © 2020 National Comprehensive Cancer Network, Inc. All rights reserved. To view the most recent and complete version of the guideline, go online to [www.nccn.org](http://www.nccn.org). NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK®, NCCN®, NCCN GUIDELINES®, and all other NCCN Content are trademarks owned by the National Comprehensive Cancer Network, Inc: Stand: 09.2020. URL: <https://www.nccn.org> [aufgerufen am: 06.10.2020].
5. Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e.V. (AGO). Diagnostik und Therapie früher und fortgeschrittener Mammakarzinome: Stand: 02.03.2020. URL: [https://www.ago-online.de/fileadmin/ago-online/downloads/\\_leitlinien/kommission\\_mamma/2020/Alle\\_aktuellen\\_Empfehlungen\\_2020.pdf](https://www.ago-online.de/fileadmin/ago-online/downloads/_leitlinien/kommission_mamma/2020/Alle_aktuellen_Empfehlungen_2020.pdf) [aufgerufen am: 06.10.2020].
6. Roche Registration GmbH. Fachinformation PHESGO®: Stand: 12.2020. URL: <http://www.fachinfo.de> [aufgerufen am: 05.01.2021].
7. F. Hoffmann- La Roche. Primary Clinical Study Report – BIG 4-11 / BO25126 / TOC4939g - A randomized multicenter, double-blind, placebo-controlled comparison of chemotherapy plus trastuzumab plus placebo versus chemotherapy plus trastuzumab plus pertuzumab as adjuvant therapy in patients with operable HER2-positive primary breast cancer. Report No. 1075429. July 2017; 2017.
8. Roche Pharma AG. Beratungsanforderung zu der Wirkstoffkombination Pertuzumab/Trastuzumab gemäß § 8 AM-NutzenV. Beratungsanforderung 2020-B-035, 2020-B-036 und 2020-B-037; 11.2.2020.

9. Roche Registration GmbH. Fachinformation Herceptin® i.v.: Stand: 07.2020. URL: <https://www.fachinfo.de/suche/fi/004044> [aufgerufen am: 25.09.2020].
10. Roche Registration GmbH. Fachinformation Herceptin® s.c.: Stand: 07.2020. URL: <https://www.fachinfo.de/suche/fi/014882> [aufgerufen am: 25.09.2020].
11. Gemeinsamer Bundesausschuss. Niederschrift (finale Fassung) zum Beratungsgespräch gemäß § 8 AM-NutzenV Beratungsanforderung 2020-B-035 / 2020-B-036 Pertuzumab/Trastuzumab zur Behandlung des HER2-positiven frühen Brustkrebs: Stand: 04.06.2020; 2020.
12. TEVA GmbH. Fachinformation Carboplatin-GRY 10 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung: Stand: 12.2016. URL: <https://www.fachinfo.de/suche/fi/006830> [aufgerufen am: 25.09.2020].
13. onkavis GmbH. Fachinformation Paclitaxel onkavis, 6 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung: Stand: 01.2020. URL: <https://www.fachinfo.de/suche/fi/011956> [aufgerufen am: 25.09.2020].
14. Sanofi Mature IP. Fachinformation TAXOTERE® 20 mg/1 ml, TAXOTERE® 80 mg/4 ml, TAXOTERE® 160 mg/8 ml: Stand: 04.2020. URL: <https://www.fachinfo.de/suche/fi/020118> [aufgerufen am: 25.09.2020].
15. Baxter Oncology GmbH. Fachinformation Endoxan: Stand: 01.2015. URL: <https://www.fachinfo.de/suche/fi/000728> [aufgerufen am: 25.09.2020].
16. onkavis GmbH. Fachinformation Epirubicin onkavis 2 mg/ml Injektionslösung: Stand: 05.2020. URL: <https://www.fachinfo.de/suche/fi/011613> [aufgerufen am: 25.09.2020].
17. TEVA GmbH. Fachinformation Doxorubicinhydrochlorid Teva® 2 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung: Stand: 03.2020. URL: <https://www.fachinfo.de/suche/fi/012535> [aufgerufen am: 25.09.2020].
18. Hikma Farmacêutica (Portugal) SA. Fachinformation Ribofluor®: Stand: 02.2017. URL: <https://www.fachinfo.de/suche/fi/003520> [aufgerufen am: 25.09.2020].
19. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology and Norwegian Institute of Public Health. ATC/DDD Index. L Antineoplastic and Immunomodulating Agents: Stand: 16.12.2019. URL: [https://www.whocc.no/atc\\_ddd\\_index/?code=L&showdescription=yes](https://www.whocc.no/atc_ddd_index/?code=L&showdescription=yes) [aufgerufen am: 01.07.2020].
20. Fricke, U., Günther, J., Niepraschk-von Dollen, K., Zawinell, A., WIdO. Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen für den deutschen Arzneimittelmarkt Methodik der ATC-Klassifikation und DDD-Festlegung. 19. überarbeitete Auflage: Stand: 05.2020.
21. Pfizer Europe MA EEIG. Fachinformation Trazimera® Pulver zur Herstellung eines Infusionslösungskonzentrats: Stand: 02.2020. URL: <https://www.pfizer.de/sites/default/files/FI-22559.pdf> [aufgerufen am: 01.07.2020].
22. Statistisches Bundesamt (DESTATIS). Mikrozensus - Fragen zur Gesundheit - Körpermaße der Bevölkerung: Stand: 02.08.2018. URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft->

- Umwelt/Gesundheit/Gesundheitszustand-Relevantes-Verhalten/Publicationen/Downloads-Gesundheitszustand/koerpermasse-5239003179004.pdf?\_\_blob=publicationFile [aufgerufen am: 01.07.2020].
23. Du Bois D, Du Bois EF. A formula to estimate the approximate surface area if height and weight be known. 1916. Nutrition; 5(5):303-11; discussion 312-3, 1989.
  24. Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz (BMJV). Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 311 der Verordnung vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1328) geändert worden ist): Stand: 19.06.2020. URL: [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/BJNR024820988.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/BJNR024820988.html) [aufgerufen am: 14.10.2020].
  25. Lauer-Fischer. LAUER-Taxe zu Herceptin® i.v. (150 mg), Herceptin® s.c. (600 mg), Docetaxel (20 mg, 140 mg und 160 mg), Paclitaxel (30 mg, 100 mg, 150 mg und 300 mg), Trazimera®(150 mg und 420 mg), Doxorubicin (10 mg und 100 mg), Epirubicin (10 mg, 20 mg, 50 mg, 100 mg und 200 mg), Cyclophosphamid (500 mg und 1000 mg), Fluorouracil (1000 mg), Carboplatin (50 mg und 600 mg), Dimetindenmaleat (1 mg/ml), Dexamethason (20 mg) und Ranitidin (50 mg): Stand: 01.09.2020.
  26. TAD Pharma GmbH. Fachinformation Dexamethason TAD® 20 mg Tabletten, Dexamethason TAD® 40 mg Tabletten: Stand: 06.2019. URL: [https://www.tad.de/media/products/de/rx/gen\\_pdf/2020/Dexamethason\\_TAD\\_20\\_mg\\_40\\_mg\\_Tabletten\\_\\_457593\\_54672\\_\\_Stand\\_Juni\\_2019.pdf](https://www.tad.de/media/products/de/rx/gen_pdf/2020/Dexamethason_TAD_20_mg_40_mg_Tabletten__457593_54672__Stand_Juni_2019.pdf) [aufgerufen am: 09.10.2020].
  27. Gebro Pharma GmbH. Fachinformation Histakut Dimetindenmaleat 1 mg/ml: Stand: 02.2018. URL: <https://www.fachinfo.de> [aufgerufen am: 26.03.2020].
  28. ratiopharm GmbH. Fachinformation Ranitidin-ratiopharm® 50 mg/5 ml Injektionslösung: Stand: 01.04.2019. URL: <https://www.fachinfo.de> [aufgerufen am: 25.09.2020].
  29. GKV-Spitzenverband. Anlage 3 Preisbildung für parenterale Lösungen: Stand: 15.08.2020. URL: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/arzneimittel/rahmenvertrage/hilfstaxe/AM\\_20200815\\_Anlage\\_3\\_i.d.F.\\_12.Ergaenzungsvereinbarung\\_Hilfstaxe.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/arzneimittel/rahmenvertrage/hilfstaxe/AM_20200815_Anlage_3_i.d.F._12.Ergaenzungsvereinbarung_Hilfstaxe.pdf) [aufgerufen am: 08.10.2020].
  30. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM): Stand: 3. Quartal 2020. URL: <https://www.kbv.de/html/online-ebm.php> [aufgerufen am: 01.09.2020].
  31. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage XII - Beschlüsse über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V - Pertuzumab (neues Anwendungsgebiet: Brustkrebs, adjuvante Behandlung) vom 20.12.2018. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3623/2018-12-20\\_AM-RL-XII\\_Pertuzumab\\_D-363\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3623/2018-12-20_AM-RL-XII_Pertuzumab_D-363_BAnz.pdf) [aufgerufen am: 17.11.2020].

32. GKV-Spitzenverband. 12. Ergänzungsvereinbarung zum Vertrag über die Preisbildung von Stoffen und Zubereitungen aus Stoffen vom 01.10.2009: Stand: 15.08.2020. URL: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/arzneimittel/rahmenvertraege/hilfstaxe/AM\\_20200815\\_12.Ergaenzungsvereinbarung\\_zur\\_Hilfstaxe\\_.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/arzneimittel/rahmenvertraege/hilfstaxe/AM_20200815_12.Ergaenzungsvereinbarung_zur_Hilfstaxe_.pdf) [aufgerufen am: 08.10.2020].
33. GKV-Spitzenverband. Vertrag über die Preisbildung für Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen (§§ 4 und 5 der Arzneimittelpreisverordnung): Stand: 01.10.2009. URL: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/arzneimittel/rahmenvertraege/hilfstaxe/20100101\\_Hilfstaxe\\_11521.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/arzneimittel/rahmenvertraege/hilfstaxe/20100101_Hilfstaxe_11521.pdf) [aufgerufen am: 08.10.2020].
34. Roche Pharma AG. Berechnung der Jahrestherapiekosten in der Adjuvanz; 2020.
35. MMF-Marktforschung GmbH. MMF Therapiemonitor Mammakarzinom 2019; 2019.
36. O'Shaughnessy J, Sousa S, Fallowfield L, Auvinen P, Pulido C, Cvetanovic A et al. Patient (pt) preference for the pertuzumab-trastuzumab fixed-dose combination for subcutaneous use (PH FDC SC) in HER2-positive early breast cancer (EBC): Primary analysis of the open-label, randomised crossover PHranceSCa study. *Annals of Oncology*; 31(Supplement 4):306–7, 2020. doi: 10.1016/j.annonc.2020.08.287.

### **3.4 Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung**

#### **3.4.1 Anforderungen aus der Fachinformation**

*Benennen Sie Anforderungen, die sich aus der Fachinformation des zu bewertenden Arzneimittels für eine qualitätsgesicherte Anwendung ergeben. Beschreiben Sie insbesondere Anforderungen an die Diagnostik, die Qualifikation der Ärzte und Ärztinnen und des weiteren medizinischen Personals, die Infrastruktur und die Behandlungsdauer. Geben Sie auch an, ob kurz- oder langfristige Überwachungsmaßnahmen durchgeführt werden müssen, ob die behandelnden Personen oder Einrichtungen für die Durchführung spezieller Notfallmaßnahmen ausgerüstet sein müssen und ob Interaktionen mit anderen Arzneimitteln oder Lebensmitteln zu beachten sind. Benennen Sie die zugrunde gelegten Quellen.*

Die folgende Beschreibung wurde aus dem deutschen European Public Assessment Report – Product Information (EPAR-PI) Anhang I (Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels) bzw. der Fachinformation zu Phesgo entnommen. (1, 2) Dabei wurden die Abschnitte 4.2-4.7, 4.9, 6.2, 6.3, 6.4 und 6.6 berücksichtigt.

#### **Qualifikation der Ärzte und Ärztinnen und des weiteren medizinischen Personals**

Die Behandlung mit Phesgo darf nur unter Aufsicht eines in der Anwendung antineoplastischer Arzneimittel erfahrenen Arztes begonnen werden. Phesgo ist von medizinischem Fachpersonal zu verabreichen, das in der Behandlung einer Anaphylaxie ausgebildet ist und in einer Umgebung, in der eine vollständige Ausrüstung zur Wiederbelebung sofort verfügbar ist (siehe Abschnitt 4.4 der Fachinformation).

#### **Weitere Anforderungen**

Um Behandlungsfehler zu vermeiden, ist es wichtig, das Etikett der Durchstechflasche zu überprüfen, um sicherzustellen, dass das zubereitete und verabreichte Arzneimittel Phesgo ist.

#### **Dosierung**

Patienten, die mit Phesgo behandelt werden, müssen einen HER2-positiven Tumorstatus haben, immunohistochemisch (IHC) definiert durch einen Wert von 3+ und/oder eine *In-situ*-Hybridisierung (ISH) mit einem Verhältnis von  $\geq 2,0$ ; der mit einem validierten Test ermittelt wurde.

Um genaue und reproduzierbare Ergebnisse zu erhalten, müssen die Tests in einem spezialisierten Labor durchgeführt werden, in dem eine Validierung der Testmethoden sichergestellt werden kann. Die vollständige Anleitung zur Durchführung und Auswertung des Tests ist den Packungsbeilagen der validierten HER2-Tests zu entnehmen.

Dosierungsempfehlungen für Phesgo bei frühem und metastasiertem Brustkrebs sind Tabelle 3-25 zu entnehmen.

Tabelle 3-25: Empfohlene Dosierung und Verabreichung von Phesgo

	<b>Dosierung (unabhängig vom Körpergewicht)</b>	<b>Ungefähre Dauer der subkutanen Injektion</b>	<b>Beobachtungszeit<sup>a, b</sup></b>
Initialdosis	1.200 mg Pertuzumab/ 600 mg Trastuzumab	8 Minuten	30 Minuten
Erhaltungsdosis (alle 3 Wochen)	600 mg Pertuzumab/ 600 mg Trastuzumab	5 Minuten	15 Minuten
<sup>a</sup> Die Patienten müssen auf injektionsbedingte Reaktionen und Überempfindlichkeitsreaktionen überwacht werden <sup>b</sup> Die Beobachtung sollte nach Verabreichung von Phesgo beginnen und vor jeder nachfolgenden Anwendung einer Chemotherapie abgeschlossen sein			

Bei Patienten, die ein Taxan erhalten, ist Phesgo vor dem Taxan zu verabreichen.

Wenn Docetaxel zusammen mit Phesgo verabreicht wird, kann mit einer Docetaxel-Dosis von 75 mg/m<sup>2</sup> begonnen und diese nachfolgend bis auf 100 mg/m<sup>2</sup> gesteigert werden, abhängig vom ausgewählten Schema und der Verträglichkeit der Initialdosis. Alternativ kann Docetaxel ab Behandlungsbeginn mit einer Dosis von 100 mg/m<sup>2</sup> alle 3 Wochen verabreicht werden, ebenfalls abhängig vom ausgewählten Schema. Wird ein carboplatinbasiertes Schema angewendet, beträgt die empfohlene Dosis von Docetaxel durchgängig 75 mg/m<sup>2</sup> (keine Dosissteigerung). Wenn im adjuvanten Setting eine Verabreichung zusammen mit Phesgo erfolgt, beträgt die empfohlene Dosis von Paclitaxel 80 mg/m<sup>2</sup> einmal wöchentlich über 12 wöchentliche Zyklen.

Bei Patienten, die eine anthrazyklinbasierte Therapie erhalten, ist Phesgo nach Abschluss der vollständigen Anthrazyklintherapie zu verabreichen (siehe Abschnitt 4.4 der Fachinformation).

## **Dauer der Behandlung**

### *Brustkrebs im Frühstadium*

Im adjuvanten Setting ist Phesgo für insgesamt ein Jahr (bis zu 18 Zyklen oder bis zum Rezidiv oder bis zum Auftreten nicht beherrschbarer Toxizität, je nachdem, was zuerst eintritt) als Teil eines vollständigen Behandlungsschemas bei Brustkrebs im Frühstadium, unabhängig vom Zeitpunkt der Operation, zu verabreichen. Die Behandlung sollte eine anthrazyklin- und/oder eine taxanbasierte Standardchemotherapie einschließen. Phesgo ist an Tag 1 des ersten taxanhaltigen Zyklus zu starten und sollte auch dann weitergeführt werden, wenn die Chemotherapie beendet wird.

## **Verspätete oder versäumte Dosen**

Wenn der Zeitraum zwischen zwei aufeinanderfolgenden Injektionen:

- weniger als 6 Wochen beträgt, ist die Erhaltungsdosis von Phesgo 600 mg/600 mg sobald wie möglich zu verabreichen. Anschließend das 3-wöchentliche Schema fortsetzen.
- 6 Wochen oder mehr beträgt, ist erneut eine Initialdosis von Phesgo 1.200 mg/600 mg zu verabreichen, gefolgt von einer Erhaltungsdosis von Phesgo 600 mg/600 mg alle 3 Wochen.

### **Dosierungsanpassungen**

Eine Dosisreduktion von Phesgo wird nicht empfohlen. Ein Absetzen der Behandlung mit Phesgo kann nach Ermessen des Arztes erforderlich sein.

Patienten können die Therapie bei Auftreten einer reversiblen Chemotherapie-induzierten Myelosuppression fortsetzen, sollen aber während dieser Zeit engmaschig auf Komplikationen einer Neutropenie überwacht werden.

Dosisanpassungen von Docetaxel und anderen Chemotherapeutika sind den entsprechenden Fachinformationen zu entnehmen.

#### Linksventrikuläre Dysfunktion

Phesgo ist für mindestens 3 Wochen abzusetzen, wenn Anzeichen und Symptome auftreten, die auf eine kongestive Herzinsuffizienz hinweisen. Phesgo sollte abgesetzt werden, wenn eine symptomatische Herzinsuffizienz bestätigt wurde (siehe Abschnitt 4.4 der Fachinformation für weitere Details).

#### *Patienten mit Brustkrebs im Frühstadium*

Die Patienten sollen vor Behandlung eine LVEF von  $\geq 55\%$  aufweisen ( $\geq 50\%$  nach Beendigung der Anthrazyklin-Komponente der Chemotherapie, wenn zutreffend).

Phesgo ist für mindestens 3 Wochen abzusetzen bei Rückgang der LVEF auf weniger als 50 % verbunden mit einem Absinken von  $\geq 10\%$ -Punkten unter die Ausgangswerte vor Behandlungsbeginn.

Die Behandlung mit Phesgo kann wieder aufgenommen werden, wenn die LVEF wieder auf  $\geq 50\%$  gestiegen ist oder eine Differenz von  $< 10\%$ -Punkten unter den Ausgangswerten vor Behandlungsbeginn vorliegt.

## **Besondere Patientengruppen**

### Ältere Patienten

Bei Patienten im Alter von  $\geq 65$  und  $< 65$  Jahren wurden keine generellen Unterschiede bezüglich der Wirksamkeit von Phesgo beobachtet. Bei älteren Patienten  $\geq 65$  Jahren ist keine Dosisanpassung von Phesgo erforderlich. Zu Patienten  $> 75$  Jahre liegen nur begrenzte Daten vor.

Siehe Abschnitt 4.8 der Fachinformation zur Bewertung der Sicherheit bei älteren Patienten.

### Nierenfunktionsstörung

Bei Patienten mit leichter oder mäßiger Nierenfunktionsstörung ist keine Dosisanpassung von Phesgo erforderlich. Für Patienten mit schwerer Nierenfunktionsstörung können aufgrund der begrenzten verfügbaren pharmakokinetischen (PK) Daten keine Dosierungsempfehlungen gegeben werden (siehe Abschnitt 5.2 der Fachinformation).

### Leberfunktionsstörung

Die Sicherheit und Wirksamkeit von Phesgo wurde bei Patienten mit Leberfunktionsstörung nicht untersucht. Es ist unwahrscheinlich, dass bei Patienten mit Leberfunktionsstörung eine Dosisanpassung vorgenommen werden muss. Es werden keine spezifischen Dosisanpassungen empfohlen (siehe Abschnitt 5.2 der Fachinformation).

### Kinder und Jugendliche

Die Sicherheit und Wirksamkeit von Phesgo bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren wurde nicht untersucht. Für das Anwendungsgebiet Brustkrebs gibt es in der pädiatrischen Population keinen relevanten Einsatz von Phesgo.

## **Art der Anwendung**

Phesgo sollte nur als subkutane Injektion verabreicht werden. Phesgo ist nicht zur intravenösen Verabreichung vorgesehen.

Als Injektionsstelle sollte nur zwischen dem linken und dem rechten Oberschenkel abgewechselt werden. Neue Injektionen sollten mit einem Mindestabstand von 2,5 cm neben einer alten Injektionsstelle auf gesunder Haut gesetzt werden und niemals an Stellen, an denen die Haut gerötet, verletzt, empfindlich oder verhärtet ist. Die Dosis sollte nicht auf zwei Spritzen oder auf zwei Injektionsstellen aufgeteilt werden. Während der Behandlung mit Phesgo sollten andere Arzneimittel zur subkutanen Anwendung vorzugsweise an anderen Stellen injiziert werden.

Die Initialdosis und die Erhaltungsdosis sollten über 8 bzw. 5 Minuten verabreicht werden.

Zur Beobachtung von injektionsbedingten Reaktionen wird ein Zeitraum von 30 Minuten nach Abschluss der Initialdosis von Phesgo und von 15 Minuten nach Abschluss der Erhaltungsdosis empfohlen (siehe Abschnitte 4.4 und 4.8 der Fachinformation).

### Injektionsbedingte Reaktionen

Wenn der Patient injektionsbedingte Symptome entwickelt, kann die Injektion verlangsamt oder unterbrochen werden (siehe Abschnitt 4.4 und Abschnitt 4.8 der Fachinformation). Behandlungen mit Sauerstoff, Beta-Agonisten, Antihistaminika, schneller intravenöser Flüssigkeitszufuhr und Antipyretika können ebenso zur Linderung der systemischen Symptome beitragen.

### Überempfindlichkeitsreaktionen/ Anaphylaxie

Die Injektion sollte sofort und dauerhaft abgebrochen werden, wenn der Patient eine schwere Reaktion vom Grad 4 gemäß *National Cancer Institute common terminology criteria for adverse events* (NCI-CTCAE)-Kriterien (Anaphylaxie), Bronchospasmus oder ein akutes respiratorisches Distresssyndrom entwickelt (siehe Abschnitt 4.4 und Abschnitt 4.8 der Fachinformation).

Hinweise zum Gebrauch und zur Handhabung des Arzneimittels vor der Verabreichung, siehe Abschnitt 6.6 der Fachinformation.

### **Gegenanzeigen**

Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der in Abschnitt 6.1 der Fachinformation genannten sonstigen Bestandteile.

### **Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung**

#### Rückverfolgbarkeit

Um die Rückverfolgbarkeit biologischer Arzneimittel zu verbessern, müssen die Bezeichnung des Arzneimittels und die Chargenbezeichnung des angewendeten Arzneimittels eindeutig dokumentiert werden.

#### Linksventrikuläre Dysfunktion (inklusive kongestiver Herzinsuffizienz)

Ein Absinken der LVEF wurde bei Arzneimitteln berichtet, die die HER2-Aktivität hemmen, so auch bei Pertuzumab und Trastuzumab. Die Inzidenz symptomatischer linksventrikulärer systolischer Dysfunktion (LVD [kongestive Herzinsuffizienz]) war bei Patienten, die mit Pertuzumab in Kombination mit Trastuzumab und Chemotherapie behandelt wurden, höher als bei Patienten, die mit Trastuzumab und Chemotherapie behandelt wurden. Die Mehrzahl der Fälle symptomatischer Herzinsuffizienz, über die im adjuvanten Setting berichtet wurde, trat bei Patienten mit anthrazyklinbasierter Chemotherapie auf (siehe Abschnitt 4.8 der Fachinformation). Basierend auf Studien mit intravenös verabreichtem Pertuzumab in

Kombination mit Trastuzumab und Chemotherapie können Patienten, die im Vorfeld Anthrazykline oder eine Strahlentherapie des Brusttraums erhalten hatten, ein höheres Risiko für ein Absinken der LVEF haben.

Patienten mit schwerwiegenden Herz- oder anderen Erkrankungen in der Anamnese, ventrikulären Dysrhythmien oder Risikofaktoren für ventrikuläre Dysrhythmien in der Anamnese, wurden von der (neo-)adjuvanten EBC-Zulassungsstudie FEDERICA mit Phesgo ausgeschlossen.

Phesgo wurde bei Patienten mit folgenden Charakteristika nicht untersucht: LVEF-Werte vor der Behandlung von < 55 % (EBC) oder von < 50 % (MBC); kongestiver Herzinsuffizienz (CHF) in der Anamnese; Zustände, die die linksventrikuläre Funktion beeinträchtigen können, wie z. B. nicht kontrollierte Hypertonie, kürzlich erfolgter Myokardinfarkt, schwerwiegende behandlungsbedürftige Herzrhythmusstörungen oder eine vorangegangene kumulative Anthrazyklin-Exposition von > 360 mg/m<sup>2</sup> mit Doxorubicin oder einem Äquivalent. Darüber hinaus wurde Pertuzumab in Kombination mit Trastuzumab und Chemotherapie nicht bei Patienten mit Absinken der LVEF auf < 50 % während einer vorangegangenen adjuvanten Therapie mit Trastuzumab untersucht.

Die LVEF muss vor dem Behandlungsbeginn mit Phesgo und während der Behandlung in regelmäßigen Abständen (z. B. im neoadjuvanten Setting einmal, im adjuvanten und metastasierten Setting alle 12 Wochen) untersucht werden, um sicherzustellen, dass sie im Normalbereich liegt. Wenn die LVEF wie in Abschnitt 4.2 der Fachinformation beschrieben gesunken ist und sich nicht verbessert hat, oder in den nachfolgenden Untersuchungen weiter gesunken ist, sollte ernsthaft erwogen werden, Phesgo abzusetzen, es sei denn, der Nutzen für den einzelnen Patienten überwiegt das Risiko.

Vor der Anwendung von Phesgo mit einem Anthrazyklin sollten Risikofaktoren für ein kardiales Ereignis sorgfältig beachtet und gegen die medizinische Notwendigkeit für den einzelnen Patienten abgewogen werden. Aufgrund der pharmakologischen Wirkungsweise der gegen HER2-gerichteten Wirkstoffe und der Anthrazykline kann ein höheres Risiko kardialer Toxizität bei gleichzeitiger Anwendung von Phesgo und Anthrazyklinen angenommen werden als bei sequenzieller Anwendung.

Die sequenzielle Anwendung von Phesgo (in Kombination mit einem Taxan) nach Behandlung mit der Doxorubicin-Komponente von zwei anthrazyklinbasierten Schemata wurde in der FEDERICA-Studie untersucht, während die sequenzielle Anwendung von intravenös verabreichtem Pertuzumab (in Kombination mit Trastuzumab und einem Taxan) nach einer Behandlung mit der Epirubicin- oder Doxorubicin-Komponente vieler anthrazyklinbasierter Schemata in den Studien APHINITY und BERENICE untersucht wurde. Zur gleichzeitigen Anwendung von intravenös verabreichtem Pertuzumab in Kombination mit Trastuzumab und einem Anthrazyklin liegen nur begrenzt Sicherheitsdaten vor. In der TRYPHAENA-Studie wurde intravenös verabreichtes Pertuzumab in Kombination mit Trastuzumab gleichzeitig mit Epirubicin, als Teil des FEC(5-Fluorouracil, Epirubicin, Cyclophosphamid)-Schemas verabreicht (siehe Abschnitte 4.8 und 5.1 der Fachinformation). Nur Chemotherapie-naive

Patienten wurden behandelt und erhielten niedrige kumulative Dosen von Epirubicin (bis zu 300 mg/m<sup>2</sup>). In dieser Studie war die kardiale Sicherheit vergleichbar mit der von Patienten, die das gleiche Schema, allerdings mit sequenzieller Gabe von Pertuzumab, erhielten (nach FEC-Chemotherapie).

#### Injektionsbedingte Reaktionen/ Infusionsreaktionen

Phesgo wurde mit injektionsbedingten Reaktionen in Verbindung gebracht (siehe Abschnitt 4.8 der Fachinformation). Injektionsbedingte Reaktionen waren definiert als jede systemische Reaktion mit Symptomen wie Fieber, Schüttelfrost, Kopfschmerzen, wahrscheinlich als Folge einer Freisetzung von Zytokinen, die innerhalb von 24 Stunden nach der Verabreichung von Phesgo auftraten. Eine engmaschige Überwachung des Patienten wird während und für 30 Minuten nach Verabreichung der Initialdosis sowie während und für 15 Minuten nach Verabreichung der Erhaltungsdosis von Phesgo empfohlen. Wenn eine bedeutende injektionsbedingte Reaktion auftritt, sollte die Injektion verlangsamt oder unterbrochen und eine angemessene medizinische Behandlung eingeleitet werden. Die Patienten sollten untersucht und bis zum vollständigen Abklingen der Anzeichen und Symptome engmaschig überwacht werden. Bei Patienten mit schweren injektionsbedingten Reaktionen sollte ein dauerhafter Abbruch der Behandlung erwogen werden. Die klinische Beurteilung sollte darauf beruhen, wie schwer die vorangegangene Reaktion und wie das Ansprechen auf die Behandlung der Nebenwirkung war (siehe Abschnitt 4.2 der Fachinformation). Tödliche Ausgänge infolge von injektionsbedingten Reaktionen wurden zwar unter Phesgo nicht beobachtet, dennoch ist Vorsicht geboten, da mit intravenös verabreichtem Pertuzumab in Kombination mit intravenös verabreichtem Trastuzumab und Chemotherapie tödliche infusionsbedingte Reaktionen verbunden waren.

#### Überempfindlichkeitsreaktionen/ Anaphylaxie

Die Patienten sollten engmaschig auf Überempfindlichkeitsreaktionen überwacht werden. Schwere Überempfindlichkeitsreaktionen einschließlich Anaphylaxie und Ereignisse mit tödlichem Ausgang wurden bei Pertuzumab in Kombination mit Trastuzumab und Chemotherapie beobachtet (siehe Abschnitt 4.8 der Fachinformation). Die Mehrzahl der anaphylaktischen Reaktionen trat innerhalb der ersten 6 - 8 Behandlungszyklen auf, wenn Pertuzumab und Trastuzumab in Kombination mit Chemotherapie verabreicht wurden. Arzneimittel zur Behandlung solcher Reaktionen sowie eine Notfallausrüstung sollten zur unmittelbaren Anwendung zur Verfügung stehen. Phesgo muss bei Überempfindlichkeitsreaktionen vom Grad 4 gemäß NCI-CTCAE-Kriterien (Anaphylaxie), Bronchospasmus oder akutem respiratorischem Distresssyndrom dauerhaft abgesetzt werden (siehe Abschnitt 4.2 der Fachinformation). Phesgo ist bei Patienten mit bekannter Überempfindlichkeit gegen Pertuzumab, Trastuzumab oder einen seiner sonstigen Bestandteile kontraindiziert (siehe Abschnitt 4.3 der Fachinformation).

### Febrile Neutropenie

Patienten, die mit Phesgo in Kombination mit einem Taxan behandelt werden, haben ein erhöhtes Risiko für eine febrile Neutropenie.

Patienten, die mit intravenös verabreichtem Pertuzumab in Kombination mit Trastuzumab und Docetaxel behandelt werden, haben im Vergleich zu Patienten, die mit Placebo, Trastuzumab und Docetaxel behandelt werden, vor allem während der ersten 3 Zyklen der Behandlung ein erhöhtes Risiko für eine febrile Neutropenie (siehe Abschnitt 4.8 der Fachinformation). In der CLEOPATRA-Studie bei metastasiertem Brustkrebs war der Nadir der Neutrophilenzahl bei Patienten, die mit Pertuzumab behandelt wurden, und bei Patienten, die mit Placebo behandelt wurden, ähnlich. Bei Patienten, die mit Pertuzumab behandelt wurden, war die höhere Inzidenz febriler Neutropenien mit einer höheren Inzidenz von Mukositis und Diarrhö assoziiert. Eine symptomatische Behandlung der Mukositis und der Diarrhö sollte in Erwägung gezogen werden. Nach Absetzen von Docetaxel wurden keine Ereignisse von febriler Neutropenie berichtet.

### Diarrhö

Phesgo kann schwere Diarrhö hervorrufen. Diarrhö tritt am häufigsten während einer gleichzeitigen Therapie mit Taxanen auf. Ältere Patienten ( $\geq 65$  Jahre) haben ein größeres Risiko für das Auftreten von Diarrhö als jüngere Patienten ( $< 65$  Jahre). Eine Diarrhö sollte gemäß klinischer Praxis und Leitlinien behandelt werden. Eine frühe Intervention mit Loperamid, Flüssigkeit und Elektrolytersatz ist, insbesondere bei älteren Patienten und im Falle von schwerer oder länger andauernder Diarrhö, in Erwägung zu ziehen. Wenn keine Verbesserung des Zustandes des Patienten erreicht werden kann, sollte eine Unterbrechung der Behandlung mit Phesgo in Erwägung gezogen werden. Wenn die Diarrhö unter Kontrolle ist, kann die Behandlung mit Phesgo wieder aufgenommen werden.

### Pulmonale Ereignisse

Über schwerwiegende pulmonale Ereignisse in Zusammenhang mit der Anwendung von Trastuzumab ist nach der Markteinführung berichtet worden. Diese Ereignisse waren gelegentlich tödlich. Zusätzlich wurden Fälle von interstitieller Lungenerkrankung, einschließlich Lungeninfiltraten, akutem respiratorischem Distresssyndrom, Pneumonie, Pneumonitis, Pleuraerguss, Atemnot, akutem Lungenödem und respiratorischer Insuffizienz berichtet. Zu den Risikofaktoren, die mit einer interstitiellen Lungenerkrankung in Zusammenhang stehen, gehört die vorherige oder gleichzeitige Behandlung mit anderen anti-neoplastischen Therapien, die bekanntermaßen mit einer interstitiellen Lungenerkrankung in Verbindung stehen, wie z. B. eine Therapie mit Taxanen, Gemcitabin, Vinorelbin und eine Strahlentherapie. Diese Ereignisse können als Teil einer infusionsbedingten Reaktion oder mit verzögertem Beginn auftreten. Für Patienten mit Ruhedyspnoe aufgrund von Komplikationen der fortgeschrittenen Krebserkrankung und Komorbiditäten kann ein erhöhtes Risiko für das Auftreten pulmonaler Ereignisse bestehen. Daher sind diese Patienten nicht mit Phesgo zu

behandeln. Vorsicht ist bei Pneumonitis geboten, insbesondere bei Patienten, die gleichzeitig mit Taxanen behandelt werden.

### Sonstige Bestandteile

Dieses Arzneimittel enthält weniger als 1 mmol (23 mg) Natrium pro Dosis, d. h. es ist nahezu „natriumfrei“.

### **Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen**

Es wurden keine formalen Studien zur Erfassung von Wechselwirkungen durchgeführt.

#### Pertuzumab

In einer Substudie der randomisierten Zulassungsstudie CLEOPATRA bei metastasiertem Brustkrebs mit 37 Patienten wurden keine pharmakokinetischen Wechselwirkungen zwischen Pertuzumab und Trastuzumab oder zwischen Pertuzumab und Docetaxel beobachtet. Zusätzlich ergab die Analyse zur Populations-Pharmakokinetik keine Anzeichen für Arzneimittelwechselwirkungen zwischen Pertuzumab und Trastuzumab oder zwischen Pertuzumab und Docetaxel. Das Fehlen von Arzneimittelwechselwirkungen wurde durch pharmakokinetische Daten aus den Studien NEOSPHERE und APHINITY bestätigt.

In fünf Studien wurde die Wirkung von Pertuzumab auf die Pharmakokinetik (PK) gleichzeitig verabreichter zytotoxischer Substanzen (Docetaxel, Paclitaxel, Gemcitabin, Capecitabin, Carboplatin und Erlotinib) evaluiert. Sie ergaben keine Hinweise auf pharmakokinetische Wechselwirkungen zwischen Pertuzumab und einer dieser Substanzen. Die PK von Pertuzumab war in diesen Studien mit der in Monotherapie-Studien beobachteten vergleichbar.

#### Trastuzumab

Es wurden keine formalen Studien zur Erfassung von Arzneimittelwechselwirkungen durchgeführt. Klinisch signifikante Wechselwirkungen zwischen Trastuzumab und den in klinischen Studien gleichzeitig angewendeten Arzneimitteln wurden nicht beobachtet.

#### Wirkung von Trastuzumab auf die Pharmakokinetik von anderen antineoplastischen Arzneimitteln

Daten zur PK aus den Studien BO15935 und M77004 bei Frauen mit HER2-positivem metastasiertem Brustkrebs weisen darauf hin, dass die Exposition gegenüber Paclitaxel und Doxorubicin (und deren Hauptmetaboliten 6- $\alpha$ -Hydroxyl-Paclitaxel, POH, und Doxorubicinol, DOL) durch das Vorhandensein von Trastuzumab nicht verändert wird (8 mg/kg oder 4 mg/kg intravenös als Initialdosis, gefolgt von 6 mg/kg 3-wöchentlich bzw. 2 mg/kg wöchentlich intravenös). Dennoch kann Trastuzumab die Gesamtexposition eines Doxorubicin-Metaboliten

erhöhen (7-Desoxy-13-Dihydro-Doxorubicinon, D7D). Die biologische Aktivität von D7D und die klinische Wirkung der Erhöhung dieses Metaboliten blieben ungewiss.

Daten aus der Studie JP16003, einer einarmigen Studie mit Trastuzumab (4 mg/kg intravenös als Initialdosis und 2 mg/kg intravenös wöchentlich) und Docetaxel (60 mg/m<sup>2</sup> intravenös) bei japanischen Frauen mit HER2-positivem metastasiertem Brustkrebs lassen vermuten, dass die gleichzeitige Verabreichung von Trastuzumab keine Auswirkung auf die Pharmakokinetik von Docetaxel bei Einzelgabe hat. Bei der Studie JP19959 handelt es sich um eine Substudie von BO18255 (ToGA), die bei männlichen und weiblichen japanischen Patienten mit fortgeschrittenem Magenkrebs durchgeführt wurde, um die Pharmakokinetik von Capecitabin und Cisplatin bei Anwendung mit oder ohne Trastuzumab zu untersuchen. Die Ergebnisse dieser Substudie lassen vermuten, dass die Exposition gegenüber den biologisch aktiven Metaboliten von Capecitabin (z. B. 5-FU) durch die gleichzeitige Anwendung von Cisplatin oder von Cisplatin plus Trastuzumab nicht beeinträchtigt wird. Capecitabin hat jedoch in Kombination mit Trastuzumab höhere Konzentrationen und eine längere Halbwertszeit aufgewiesen als allein. Diese Daten lassen ebenfalls vermuten, dass die Pharmakokinetik von Cisplatin durch die gleichzeitige Anwendung von Capecitabin oder von Capecitabin plus Trastuzumab nicht beeinträchtigt wird.

Daten zur PK aus der Studie H4613g/GO01305 bei Patienten mit metastasiertem oder lokal fortgeschrittenem, inoperablem HER2-positivem Krebs weisen darauf hin, dass Trastuzumab keinen Einfluss auf die PK von Carboplatin hatte.

#### Wirkung antineoplastischer Arzneimittel auf die Pharmakokinetik von Trastuzumab

Ein Vergleich von simulierten Trastuzumab-Serumkonzentrationen nach Monotherapie mit Trastuzumab (4 mg/kg Initialdosis/2 mg/kg einmal wöchentlich intravenös) und von Serumkonzentrationen, die bei japanischen Frauen mit HER2-positivem metastasiertem Brustkrebs (Studie JP16003) beobachtet wurden, ergab keinen Hinweis darauf, dass die gleichzeitige Verabreichung von Docetaxel eine Wirkung auf die PK von Trastuzumab hat. Der Vergleich von PK-Ergebnissen aus zwei Phase-II-Studien (BO15935 und M77004) und einer Phase-III-Studie (H0648g), in denen Patienten gleichzeitig mit Trastuzumab und Paclitaxel behandelt wurden, und zwei Phase-II-Studien, in denen Trastuzumab als Monotherapie (WO16229 und MO16982) an Frauen mit HER2-positivem MBC verabreicht wurde, weist darauf hin, dass individuelle und mittlere Talspiegel der Serumkonzentration von Trastuzumab innerhalb der Studien und von Studie zu Studie variierten, eine gleichzeitige Verabreichung von Paclitaxel jedoch keine eindeutige Wirkung auf die Pharmakokinetik von Trastuzumab hatte.

Ein Vergleich von Trastuzumab-PK-Daten aus der Studie M77004, in der Frauen mit HER2-positivem metastasiertem Brustkrebs gleichzeitig mit Trastuzumab, Paclitaxel und Doxorubicin behandelt wurden, mit Trastuzumab-PK-Daten aus Studien, in denen Trastuzumab als Monotherapie (Studie H0649g) oder in Kombination mit Anthrazyklinen plus Cyclophosphamid oder Paclitaxel (Studie H0648g) angewendet wurde, lässt vermuten, dass

Doxorubicin und Paclitaxel keine Auswirkung auf die Pharmakokinetik von Trastuzumab haben.

Pharmakokinetik-Daten aus der Studie H4613g/GO01305 weisen darauf hin, dass Carboplatin keine Auswirkung auf die PK von Trastuzumab hatte.

Die gleichzeitige Verabreichung von Anastrozol schien keine Auswirkungen auf die Pharmakokinetik von Trastuzumab zu haben.

### **Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit**

Frauen im gebärfähigen Alter müssen während der Therapie mit Phesgo und für 7 Monate nach der letzten Dosis von Phesgo eine zuverlässige Verhütungsmethode anwenden.

#### Schwangerschaft

In tierexperimentellen Studien hat Pertuzumab eine Reproduktionstoxizität gezeigt. Es gibt nur begrenzte Daten über die Anwendung von Pertuzumab bei schwangeren Frauen.

Aus tierexperimentellen Studien ist nicht bekannt, ob Trastuzumab die Reproduktionsfähigkeit beeinträchtigt (siehe Abschnitt 5.3 der Fachinformation). Jedoch wurde nach der Markteinführung bei schwangeren Frauen, die mit Trastuzumab behandelt wurden, in Zusammenhang mit Oligohydramnien Fälle von Wachstumsstörungen der Niere und/oder Nierenfunktionsstörungen beim Fötus berichtet, von denen manche mit tödlich verlaufender pulmonaler Hypoplasie des Fötus einhergingen.

Auf Grundlage der oben erwähnten tierexperimentellen Studien und der Daten nach der Markteinführung sollte die Anwendung von Phesgo daher während der Schwangerschaft vermieden werden, es sei denn, der potenzielle Nutzen für die Mutter überwiegt das potenzielle Risiko für den Fötus. Frauen, die schwanger werden, sollten auf die Möglichkeit einer Schädigung des Fötus hingewiesen werden. Wenn eine schwangere Frau mit Phesgo behandelt wird, oder wenn eine Patientin während der Einnahme von Phesgo oder innerhalb von 7 Monaten nach der letzten Dosis von Phesgo schwanger wird, wird eine engmaschige Überwachung durch ein multidisziplinäres Team empfohlen.

#### Stillzeit

Da menschliches IgG in die Muttermilch übergeht und das Potenzial zur Resorption und Schädigung des Säuglings nicht bekannt ist, sollten Frauen während einer Therapie mit Phesgo und für mindestens 7 Monate nach der letzten Dosis nicht stillen.

## Fertilität

### Pertuzumab

Es wurden keine spezifischen tierexperimentellen Studien zur Bewertung der Wirkung von Pertuzumab auf die Fertilität durchgeführt. In Studien zur Toxizität von Pertuzumab bei Cynomolgus-Affen wurden bei wiederholter Gabe und einer Dauer von bis zu sechs Monaten keine unerwünschten Wirkungen auf die männlichen und weiblichen Reproduktionsorgane beobachtet (siehe Abschnitt 5.3 der Fachinformation).

### Trastuzumab

An Cynomolgus-Affen mit Trastuzumab durchgeführte Reproduktionsstudien ergaben keine Hinweise auf eine beeinträchtigte Fertilität bei weiblichen Cynomolgus-Affen (siehe Abschnitt 5.3 der Fachinformation).

## **Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen**

Phesgo hat geringen Einfluss auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen (siehe Abschnitt 4.8 der Fachinformation). Patienten mit injektionsbedingten Reaktionen oder Schwindelgefühl (siehe Abschnitt 4.4 der Fachinformation) sollen angewiesen werden, bis zum Abklingen der Symptome kein Fahrzeug zu führen und keine Maschinen zu bedienen.

## **Überdosierung**

Die höchste geprüfte Dosis von Phesgo ist 1.200 mg Pertuzumab/600 mg Trastuzumab. Im Fall einer Überdosierung sollten Patienten engmaschig auf Anzeichen oder Symptome von Nebenwirkungen überwacht und eine geeignete symptomatische Behandlung eingeleitet werden.

## **Inkompatibilitäten**

Phesgo ist eine gebrauchsfertige Lösung, die nicht mit anderen Arzneimitteln gemischt oder verdünnt werden darf.

## **Dauer der Haltbarkeit**

18 Monate

Nach Aufziehen aus der Durchstechflasche in die Spritze ist das Arzneimittel 28 Tage bei 2 °C - 8 °C geschützt vor Licht und 24 Stunden (kumulative Zeit in der Durchstechflasche und der Spritze) bei Zimmertemperatur (max. 30 °C) und diffusem Tageslicht physikalisch und chemisch stabil.

Da Phesgo keine antimikrobiellen Konservierungsstoffe enthält, sollte das Arzneimittel aus mikrobiologischer Sicht sofort verwendet werden. Falls das Arzneimittel nicht umgehend

verwendet wird, liegen die Aufbewahrungsdauer und -bedingungen vor der Anwendung in der Verantwortlichkeit des Anwenders und dürfen 24 Stunden bei 2 °C – 8 °C nicht überschreiten, es sei denn, die Zubereitung der Spritze wurde unter kontrollierten und validierten aseptischen Bedingungen durchgeführt.

### **Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Aufbewahrung**

Im Kühlschrank lagern (2 °C - 8 °C).

Nicht einfrieren.

Die Durchstechflasche im Umkarton aufbewahren, um den Inhalt vor Licht zu schützen.

Aufbewahrungsbedingungen nach Anbruch des Arzneimittels, siehe Abschnitt 6.3 und 6.6 der Fachinformation.

### **Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Beseitigung und sonstige Hinweise zur Handhabung**

Phesgo sollte vor der Anwendung visuell geprüft werden, um sicherzustellen, dass keine Partikel oder Verfärbungen vorhanden sind. Werden Partikel oder Verfärbungen festgestellt, ist die Durchstechflasche gemäß lokaler Richtlinien zu entsorgen.

Durchstechflasche nicht schütteln.

Um Phesgo Lösung aus der Durchstechflasche aufzuziehen und subkutan zu injizieren, werden eine Spritze, eine Transfernadel und eine Injektionsnadel benötigt. Phesgo kann mit hypodermischen Injektionsnadeln mit Gauge-Größen von 25G bis 27G und Längen von 3/8" (10 mm) bis 5/8" (16 mm) injiziert werden. Phesgo ist kompatibel mit Edelstahl, Polypropylen, Polycarbonat, Polyethylen, Polyurethan, Polyvinylchlorid und fluoriertem Ethylen-Polypropylen.

Da Phesgo keine antimikrobiellen Konservierungsstoffe enthält, sollte das Arzneimittel aus mikrobiologischer Sicht sofort verwendet werden. Wenn es nicht sofort verwendet wird, sollte die Vorbereitung unter kontrollierten und validierten aseptischen Bedingungen erfolgen. Nachdem die Lösung mit der Spritze aus der Durchstechflasche aufgezogen wurde wird empfohlen, die Nadel, die für das Aufziehen verwendet wurde, durch eine Verschlusskappe für die Spritze zu ersetzen, um das Austrocknen der Lösung in der Nadel und eine Beeinträchtigung der Qualität des Arzneimittels zu verhindern. Die Spritze mit dem Abziehaufkleber kennzeichnen. Die hypodermische Injektionsnadel darf erst unmittelbar vor der Anwendung auf die Spritze aufgesetzt werden und es muss eine Volumen Anpassung auf 15 ml bei Verwendung von Phesgo 1.200 mg/600 mg oder auf 10 ml bei Verwendung von Phesgo 600 mg/600 mg erfolgen.

Phesgo ist nur zur einmaligen Anwendung bestimmt.

Nicht verwendetes Arzneimittel oder Abfallmaterial ist entsprechend den nationalen Anforderungen zu beseitigen.

*Beschreiben Sie, ob für Patientengruppen mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen abweichende Anforderungen als die zuvor genannten bestehen und, wenn ja, welche dies sind.*

Für die Patientengruppen mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen bestehen keine von den zuvor genannten Anforderungen abweichenden Anforderungen.

### **3.4.2 Bedingungen für das Inverkehrbringen**

*Benennen Sie Anforderungen, die sich aus Annex IIb (Bedingungen der Genehmigung für das Inverkehrbringen) des European Assessment Reports (EPAR) des zu bewertenden Arzneimittels für eine qualitätsgesicherte Anwendung ergeben. Benennen Sie die zugrunde gelegten Quellen.*

Arzneimittel auf eingeschränkte ärztliche Verschreibung (siehe Anhang I: Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels, Abschnitt 4.2).

*Beschreiben Sie, ob für Patientengruppen mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen abweichende Anforderungen als die zuvor genannten bestehen und, wenn ja, welche dies sind.*

Für die Patientengruppen mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen bestehen keine von den zuvor genannten Anforderungen abweichenden Anforderungen.

### **3.4.3 Bedingungen oder Einschränkungen für den sicheren und wirksamen Einsatz des Arzneimittels**

*Sofern im zentralen Zulassungsverfahren für das zu bewertende Arzneimittel ein Annex IV (Bedingungen oder Einschränkungen für den sicheren und wirksamen Einsatz des Arzneimittels, die von den Mitgliedsstaaten umzusetzen sind) des EPAR erstellt wurde, benennen Sie die dort genannten Anforderungen. Benennen Sie die zugrunde gelegten Quellen.*

Die folgende Beschreibung wurde aus Anhang IID (BEDINGUNGEN ODER EINSCHRÄNKUNGEN FÜR DIE SICHERE UND WIRKSAME ANWENDUNG DES ARZNEIMITTELS) zu PH FDC s.c. übernommen.

#### **Risikomanagement-Plan (RMP)**

Der Inhaber der Genehmigung für das Inverkehrbringen (MAH) führt die notwendigen, im vereinbarten RMP beschriebenen und in Modul 1.8.2 der Zulassung dargelegten Pharmakovigilanzaktivitäten und Maßnahmen sowie alle künftigen vereinbarten Aktualisierungen des RMP durch.

Ein aktualisierter RMP ist einzureichen:

- nach Aufforderung durch die Europäische Arzneimittel-Agentur;
- jedes Mal, wenn das Risikomanagement-System geändert wird, insbesondere infolge neuer eingegangener Informationen, die zu einer wesentlichen Änderung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses führen können, oder infolge des Erreichens eines wichtigen Meilensteins (in Bezug auf Pharmakovigilanz oder Risikominimierung).

*Beschreiben Sie, ob für Patientengruppen mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen abweichende Anforderungen als die zuvor genannten bestehen und, wenn ja, welche dies sind.*

Für die Patientengruppen mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen bestehen keine von den zuvor genannten Anforderungen abweichenden Anforderungen.

### 3.4.4 Informationen zum Risk-Management-Plan

*Benennen Sie die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Risikominimierung („proposed risk minimization activities“), die in der Zusammenfassung des EU-Risk-Management-Plans beschrieben und im European Public Assessment Report (EPAR) veröffentlicht sind. Machen Sie auch Angaben zur Umsetzung dieser Maßnahmen. Benennen Sie die zugrunde gelegten Quellen.*

Die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Risikominimierung, die in der Zusammenfassung des EU-Risk-Management-Plans beschrieben und im EPAR veröffentlicht werden, sind in Tabelle 3-26 dargestellt. (3)

Tabelle 3-26: Zusammenfassung des RMP

Sicherheitsbedenken	Maßnahmen zur Risikominimierung	Pharmakovigilanz-Aktivitäten
<b>Wichtige identifizierte Risiken</b>		
Kongestive Herzinsuffizienz/ Linksventrikuläre Dysfunktion	<p><b>Routinemäßige Risikokommunikation:</b> Fachinformation: Abschnitt 4.8 Nebenwirkungen</p> <p><b>Routinemäßige Risikominimierungsaktivitäten mit Empfehlungen für spezifische klinische Maßnahmen, um dieses Risiko zu adressieren:</b></p>	<p><b>Routinemäßige Pharmakovigilanzaktivitäten neben dem Berichten von Nebenwirkungsmeldungen und der Signaldetektion:</b> <i>Weitere Formen von routinemäßigen Pharmakovigilanzaktivitäten:</i> Darstellung kumulierter Daten in PSURs</p> <p><b>Zusätzliche Pharmakovigilanzaktivitäten:</b> Keine</p>

Sicherheitsbedenken	Maßnahmen zur Risikominimierung	Pharmakovigilanz-Aktivitäten
<b>Wichtige identifizierte Risiken</b>		
	<p>Im Abschnitt 4.2 der Fachinformation „Linksventrikuläre Dysfunktion“ und im Abschnitt 4.4 der Fachinformation „Linksventrikuläre Dysfunktion (inklusive kongestiver Herzinsuffizienz)“ werden Empfehlungen zum Risikomanagement bereitgestellt.</p> <p><b>Weitere Risikominimierungsaktivitäten neben der Produktinformation:</b> Keine</p> <p><b>Rechtsstatus:</b> Phesgo unterliegt der ärztlichen Verschreibungspflicht.</p> <p><b>Zusätzliche Risikominimierungsaktivitäten:</b> Keine</p>	
Oligohydramnien	<p><b>Routinemäßige Risikokommunikation:</b> Fachinformation: Abschnitt 4.6 Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit</p> <p><b>Routinemäßige Risikominimierungsaktivitäten mit Empfehlungen für spezifische klinische Maßnahmen, um dieses Risiko zu adressieren:</b> Im Abschnitt 4.6 der Fachinformation „Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit“ werden Empfehlungen zum Risikomanagement bereitgestellt.</p> <p><b>Weitere Risikominimierungsaktivitäten neben der Produktinformation:</b> Keine</p> <p><b>Rechtsstatus:</b></p>	<p><b>Routinemäßige Pharmakovigilanzaktivitäten neben dem Berichten von Nebenwirkungsmeldungen und der Signaldetektion:</b> Global Enhanced Pharmacovigilance Pregnancy Program Fragebogen zu mit der Schwangerschaft assoziierten unerwünschten Ereignissen <i>Weitere Formen von routinemäßigen Pharmakovigilanzaktivitäten:</i> Darstellung kumulierter Daten in PSURs</p> <p><b>Zusätzliche Pharmakovigilanzaktivitäten:</b> Keine</p>

Sicherheitsbedenken	Maßnahmen zur Risikominimierung	Pharmakovigilanz-Aktivitäten
<b>Wichtige identifizierte Risiken</b>		
	<p>Phesgo unterliegt der ärztlichen Verschreibungspflicht.</p> <p><b>Zusätzliche Risikominimierungsaktivitäten:</b> Keine</p>	
Risiko des Wirksamkeitsverlusts aufgrund von Immunogenität	<p><b>Routinemäßige Risikokommunikation:</b> Fachinformation: Abschnitt 4.8 „Immunogenität“</p> <p><b>Routinemäßige Risikominimierungsaktivitäten mit Empfehlungen für spezifische klinische Maßnahmen, um dieses Risiko zu adressieren:</b> Keine</p> <p><b>Weitere Risikominimierungsaktivitäten neben der Produktinformation:</b> Keine</p> <p><b>Rechtsstatus:</b> Phesgo unterliegt der ärztlichen Verschreibungspflicht.</p> <p><b>Zusätzliche Risikominimierungsaktivitäten:</b> Keine</p>	<p><b>Routinemäßige Pharmakovigilanzaktivitäten neben dem Berichten von Nebenwirkungsmeldungen und der Signaldetektion:</b> <i>Weitere Formen von routinemäßigen Pharmakovigilanzaktivitäten:</i> Darstellung kumulierter Daten in PSURs</p> <p><b>Zusätzliche Pharmakovigilanzaktivitäten:</b> Aktualisierter Bericht zur Immunogenität der Studie WO40324 Finaler klinischer Studienbericht (CSR) der Studie WO40324</p>
Verabreichungsbedingte Reaktionen (ARR)	<p><b>Routinemäßige Risikokommunikation:</b> Fachinformation: Abschnitt 4.2 Dosierung und Art der Anwendung Abschnitt 4.4 Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung Abschnitt 4.8 Nebenwirkungen</p>	<p><b>Routinemäßige Pharmakovigilanzaktivitäten neben dem Berichten von Nebenwirkungsmeldungen und der Signaldetektion:</b> Keine <i>Weitere Formen von routinemäßigen Pharmakovigilanzaktivitäten:</i> Darstellung kumulierter Daten in PSURs</p>

Sicherheitsbedenken	Maßnahmen zur Risikominimierung	Pharmakovigilanz-Aktivitäten
<b>Wichtige identifizierte Risiken</b>		
	<p><b>Routinemäßige Risikominimierungsaktivitäten mit Empfehlungen für spezifische klinische Maßnahmen, um dieses Risiko zu adressieren:</b></p> <p>Eine Empfehlung zum zeitlichen Umfang der Beobachtung nach Verabreichung des Medikaments wird in Abschnitt 4.2 der Fachinformationen dargestellt.</p> <p><b>Weitere Risikominimierungsaktivitäten neben der Produktinformation:</b></p> <p>Packungsgröße: Jeder Umkarton enthält eine Durchstechflasche.</p> <p><b>Rechtsstatus:</b></p> <p>Phesgo unterliegt der ärztlichen Verschreibungspflicht.</p> <p><b>Zusätzliche Risikominimierungsaktivitäten:</b></p> <p>Keine</p>	<p><b>Zusätzliche Pharmakovigilanzaktivitäten:</b></p> <p>Keine</p>
Medikationsfehler (veränderte Sicherheit und Wirksamkeit)	<p><b>Routinemäßige Risikokommunikation:</b></p> <p>Fachinformation: Abschnitt 4.2</p> <p><b>Routinemäßige Risikominimierungsaktivitäten mit Empfehlungen für spezifische klinische Maßnahmen, um dieses Risiko zu adressieren:</b></p>	<p><b>Routinemäßige Pharmakovigilanzaktivitäten neben dem Berichten von Nebenwirkungsmeldungen und der Signaldetektion:</b></p> <p>Keine</p> <p><i>Weitere Formen von routinemäßigen Pharmakovigilanzaktivitäten:</i></p> <p>Darstellung kumulierter Daten in PSURs</p> <p><b>Zusätzliche Pharmakovigilanzaktivitäten:</b></p> <p>Keine</p>

Sicherheitsbedenken	Maßnahmen zur Risikominimierung	Pharmakovigilanz-Aktivitäten
<b>Wichtige identifizierte Risiken</b>		
	<p>Am Anfang des Abschnitts 4.2 der Fachinformation wird die Notwendigkeit betont das Etikett der Durchstechflasche zu überprüfen, um sicherzustellen, dass es sich bei dem vorzubereitenden und zu verabreichenden Medikament um Phesgo handelt. Darüber hinaus wird betont, dass Phesgo ausschließlich per subkutaner Injektion verabreicht werden sollte.</p> <p>Unterschiede zwischen innerer und äußerer Verpackung: zwischen jeder Dosierung von Phesgo und zwischen den verschiedenen zugelassenen HER2 Produkten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- abziehbares Etikett</li> <li>- auf die Durchstechflasche und auf die Verpackung ist in fettgedruckter und roter Schrift nur zur subkutanen Anwendung gedruckt</li> <li>- Unterschiede bei den Größen der Durchstechflaschen</li> </ul> <p><b>Weitere Risikominimierungsaktivitäten neben der Produktinformation:</b> Keine</p> <p><b>Rechtsstatus:</b> Phesgo unterliegt der ärztlichen Verschreibungspflicht.</p> <p><b>Zusätzliche Risikominimierungsaktivitäten:</b> Keine</p>	

*Beschreiben Sie, ob für Patientengruppen mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen abweichende Anforderungen als die zuvor genannten bestehen und, wenn ja, welche dies sind.*

Für die Patientengruppen mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen bestehen keine von den zuvor genannten Anforderungen abweichenden Anforderungen.

### 3.4.5 Weitere Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung

*Benennen Sie weitere Anforderungen, die sich aus Ihrer Sicht hinsichtlich einer qualitätsgesicherten Anwendung des zu bewertenden Arzneimittels ergeben, insbesondere bezüglich der Dauer eines Therapieversuchs, des Absetzens der Therapie und ggf. notwendiger Verlaufskontrollen. Benennen Sie die zugrunde gelegten Quellen.*

Hinsichtlich der qualitätsgesicherten Anwendung von PH FDC s.c. ergeben sich keine weiteren Anforderungen.

*Beschreiben Sie, ob für Patientengruppen mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen abweichende Anforderungen als die zuvor genannten bestehen und, wenn ja, welche dies sind.*

Für die Patientengruppen mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen bestehen keine von den zuvor genannten Anforderungen abweichenden Anforderungen.

### 3.4.6 Beschreibung der Informationsbeschaffung für Abschnitt 3.4

*Erläutern Sie das Vorgehen zur Identifikation der in den Abschnitten 3.4.1 bis 3.4.5 genannten Quellen (Informationsbeschaffung). Sofern erforderlich, können Sie zur Beschreibung der Informationsbeschaffung weitere Quellen benennen.*

Den Informationen in den Abschnitten 3.4.1 bis 3.4.5 liegen folgende Dokumente zugrunde: EPAR Product Information (deutsch), Risk-Management-Plan (EU-RMP) und die Fachinformation von Phesgo. (1–3)

### 3.4.7 Referenzliste für Abschnitt 3.4

*Listen Sie nachfolgend alle Quellen (z.B. Publikationen), die Sie in den Abschnitten 3.4.1 bis 3.4.6 angegeben haben (als fortlaufend nummerierte Liste). Verwenden Sie hierzu einen allgemein gebräuchlichen Zitierstil (z.B. Vancouver oder Harvard). Geben Sie bei Fachinformationen immer den Stand des Dokuments an.*

1. Roche Registration GmbH. Fachinformation PHESGO®: Stand: 12.2020. URL: <http://www.fachinfo.de> [aufgerufen am: 05.01.2021].
2. European Medicines Agency (EMA). Anhang I und II der (deutschen) EPAR Product Information Phesgo: Stand: 12.2020 [aufgerufen am: 05.01.2021].
3. F. Hoffmann-La Roche Ltd. EU RISK MANAGEMENT PLAN FOR PHESGO. RMP version number: 2.1. 10 June 2020: Stand: 10.06.2020.1. Roche Registration GmbH. Fachinformation PHESGO®: Stand: 12.2020. URL: <http://www.fachinfo.de> [aufgerufen am: 05.01.2021].

### 3.5 Angaben zur Prüfung der Erforderlichkeit einer Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM) gemäß § 87 Absatz 5b Satz 5 SGB V

Die Angaben in diesem Abschnitt betreffen die Regelung in § 87 Absatz 5b Satz 5 SGB V, nach der der EBM zeitgleich mit dem Beschluss nach § 35a Absatz 3 Satz 1 SGB V anzupassen ist, sofern die Fachinformation des Arzneimittels zu seiner Anwendung eine zwingend erforderliche Leistung vorsieht, die eine Anpassung des EBM erforderlich macht.

*Geben Sie in der nachfolgenden Tabelle 3-27 zunächst alle ärztlichen Leistungen an, die laut aktuell gültiger Fachinformation des zu bewertenden Arzneimittels zu seiner Anwendung angeführt sind. Berücksichtigen Sie auch solche ärztlichen Leistungen, die ggf. nur bestimmte Patientenpopulationen betreffen oder nur unter bestimmten Voraussetzungen durchzuführen sind. Geben Sie für jede identifizierte ärztliche Leistung durch das entsprechende Zitat aus der Fachinformation den Empfehlungsgrad zur Durchführung der jeweiligen Leistung an. Sofern dieselbe Leistung mehrmals angeführt ist, geben Sie das Zitat mit dem jeweils stärksten Empfehlungsgrad an, auch wenn dies ggf. nur bestimmte Patientenpopulationen betrifft. Geben Sie in Tabelle 3-27 zudem für jede ärztliche Leistung an, ob diese aus Ihrer Sicht für die Anwendung des Arzneimittels als zwingend erforderliche und somit verpflichtende Leistung einzustufen ist.*

Tabelle 3-27: Alle ärztlichen Leistungen, die gemäß aktuell gültiger Fachinformation des zu bewertenden Arzneimittels zu seiner Anwendung angeführt sind

Nr.	Bezeichnung der ärztlichen Leistung	Zitat(e) aus der Fachinformation mit dem jeweils stärksten Empfehlungsgrad (kann / sollte / soll / muss / ist etc.) und Angabe der genauen Textstelle (Seite, Abschnitt)	Einstufung aus Sicht des pharmazeutischen Unternehmers, ob es sich um eine zwingend erforderliche Leistung handelt (ja/nein)
1	Subkutane Injektion	Die Behandlung mit Phesgo darf nur unter Aufsicht eines in der Anwendung antineoplastischer Arzneimittel erfahrenen Arztes begonnen werden. Phesgo ist von medizinischem Fachpersonal zu verabreichen, das in der Behandlung einer Anaphylaxie ausgebildet ist und in einer Umgebung, in der eine vollständige Ausrüstung zur Wiederbelebung sofort verfügbar ist (siehe Abschnitt 4.4). (Seite 1, 4.2 Dosierung und Art der Anwendung)	ja
2	Nachbeobachtung	Zur Beobachtung von injektionsbedingten Reaktionen wird ein Zeitraum von 30 Minuten nach Abschluss der Initialdosis von Phesgo und von 15 Minuten nach Abschluss der Erhaltungsdosis empfohlen (siehe Abschnitte 4.4 und 4.8). (Seite 2, 4.2 Dosierung und Art der Anwendung)	ja

Nr.	Bezeichnung der ärztlichen Leistung	Zitat(e) aus der Fachinformation mit dem jeweils stärksten Empfehlungsgrad (kann / sollte / soll / muss / ist etc.) und Angabe der genauen Textstelle (Seite, Abschnitt)	Einstufung aus Sicht des pharmazeutischen Unternehmers, ob es sich um eine zwingend erforderliche Leistung handelt (ja/nein)
3	Untersuchung auf linksventrikuläre Dysfunktion (inklusive kongestiver Herzinsuffizienz)	Die LVEF muss vor dem Behandlungsbeginn mit Phesgo und während der Behandlung in regelmäßigen Abständen (z. B. im neoadjuvanten Setting einmal, im adjuvanten und metastasierten Setting alle 12 Wochen) untersucht werden, um sicherzustellen, dass sie im Normalbereich liegt. (Seite 2, 4.4 Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung)	ja
LVEF: Linksventrikuläre Ejektionsfraktion			

Geben Sie den Stand der Information der Fachinformation an.

Die Fachinformation hat den Stand vom Dezember 2020. (1)

Benennen Sie nachfolgend solche zwingend erforderlichen ärztlichen Leistungen aus Tabelle 3-11, die Ihrer Einschätzung nach bisher nicht oder nicht vollständig im aktuell gültigen EBM abgebildet sind. Begründen Sie jeweils Ihre Einschätzung. Falls es Gebührenordnungspositionen gibt, mittels derer die ärztliche Leistung bei anderen Indikationen und/oder anderer methodischer Durchführung erbracht werden kann, so geben Sie diese bitte an. Behalten Sie bei Ihren Angaben die Nummer und Bezeichnung der ärztlichen Leistung aus Tabelle 3-11 bei.

Nicht zutreffend.

Geben Sie die verwendete EBM-Version (Jahr/Quartal) an.

Es wurde die EBM-Version 2020/3 verwendet. (2)

Legen Sie nachfolgend für jede der zwingend erforderlichen ärztlichen Leistungen, die Ihrer Einschätzung nach bisher nicht (vollständig) im aktuell gültigen EBM abgebildet sind, detaillierte Informationen zu Art und Umfang der Leistung dar. Benennen Sie Indikationen für die Durchführung der ärztlichen Leistung sowie die Häufigkeit der Durchführung für die Zeitpunkte vor, während und nach Therapie. Falls die ärztliche Leistung nicht für alle Patienten gleichermaßen erbracht werden muss, benennen und definieren sie abgrenzbare Patientenpopulationen.

Stellen Sie detailliert Arbeits- und Prozessschritte bei der Durchführung der ärztlichen Leistung sowie die ggf. notwendigen apparativen Anforderungen dar. Falls es verschiedene Verfahren gibt, so geben Sie bitte alle an. Die Angaben sind durch Quellen (z.B. Publikationen, Methodenvorschriften, Gebrauchsanweisungen) zu belegen, so dass die detaillierten Arbeits- und Prozessschritte zweifelsfrei verständlich werden.

Nicht zutreffend.

### 3.5.1 Referenzliste für Abschnitt 3.5

*Listen Sie nachfolgend alle Quellen (z.B. Publikationen, Methodenvorschriften, Gebrauchsanweisungen), die Sie im Abschnitt 3.5 angegeben haben (als fortlaufend nummerierte Liste). Verwenden Sie hierzu einen allgemein gebräuchlichen Zitierstil (z.B. Vancouver oder Harvard). Sämtliche Quellen sind im Volltext beizufügen.*

1. Roche Registration GmbH. Fachinformation PHESGO®: Stand: 12.2020. URL: <http://www.fachinfo.de> [aufgerufen am: 05.01.2021].
2. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM): Stand: 3. Quartal 2020. URL: <https://www.kbv.de/html/online-ebm.php> [aufgerufen am: 01.09.2020].