



# **Mündliche Anhörung**

gemäß § 35 a Abs. 3 Satz 2 SGB V  
**des Gemeinsamen Bundesausschusses**

**hier: Atogepant (D-1158)**

Videokonferenz im Hause des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin  
am 7. Juli 2025  
von 11:47 Uhr bis 12:09 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll –

Angemeldete Teilnehmende der Firma **AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG**:

Frau Musiolik

Frau Lux

Herr Duetting

Frau Haag

Angemeldete Teilnehmende der **Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG)**:

Frau Prof. Dr. Goßrau

Herr PD Dr. Gaul

Angemeldeter Teilnehmender der **European Headache Federation (EHF)**:

Herr Prof. Dr. Reuter

Angemeldeter Teilnehmender der **Uniklinik Brandenburg an der Havel**:

Herr PD Dr. Neeb

Angemeldete Teilnehmende der Firma **Lundbeck GmbH**:

Herr Kessel-Steffen

Herr Dr. Domdey

Angemeldete Teilnehmende der Firma **Lilly Deutschland GmbH**:

Frau Maurer

Herr Menzler

Angemeldete Teilnehmende der Firma **Teva GmbH**:

Frau Dr. Caesar

Frau Matsui

Angemeldete Teilnehmende der Firma **Pfizer Pharma GmbH**:

Frau Noll

Frau Höhne

Angemeldeter Teilnehmender des **Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller e. V. (vfa)**:

Herr Dr. Rasch

Beginn der Anhörung: 11:47 Uhr

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Meine sehr verehrten Damen und Herren! Herzlich willkommen im Unterausschuss Arzneimittel des Gemeinsamen Bundesausschusses! Es ist wieder Anhörmontag. Zunächst einmal Entschuldigung, wir sind 15 Minuten nach der Zeit, aber die vorangegangenen Anhörungen haben jeweils etwas länger gedauert. Wir sprechen jetzt über Atogepant zur Migräneprophylaxe

Basis der heutigen Anhörung sind das Dossier des pharmazeutischen Unternehmers und die Dossierbewertung des IQWiG vom 28. Mai, zu der Stellung genommen haben: zum einen der pharmazeutische Unternehmer AbbVie Deutschland GmbH, als Fachgesellschaften: die Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft und die European Headache Federation, EHF, als weitere pharmazeutische Unternehmen Lilly Deutschland GmbH, Lundbeck GmbH, Pfizer Pharma GmbH und Teva GmbH und als Verband der Verband Forschender Arzneimittelhersteller.

Ich muss zunächst die Anwesenheit feststellen, da wir heute wieder ein Wortprotokoll führen. Für den pharmazeutischen Unternehmer AbbVie Deutschland müssten anwesend sein Frau Musiolik, Frau Lux, Herr Duetting und Frau Haag, für die Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft Frau Professor Dr. Goßrau und Herr PD Dr. Gaul

(Herr PD Dr. Gaul: Ich bin da und vertrete die DMKG und die EHF.)

– wunderbar, dann haben wir beide –, für die Uniklinik Brandenburg an der Havel Herr PD Dr. Neeb, für Lundbeck Herr Kessel-Steffen und Herr Dr. Domdey, für Lilly Deutschland Frau Maurer und Herr Menzler, für Teva Frau Dr. Caesar und Frau Matsui, für Pfizer Pharma Frau Noll und Frau Höhne sowie für den vfa Herr Dr. Rasch. Ist noch jemand in der Leitung, der nicht aufgerufen wurde? – Das ist erkennbar nicht der Fall.

Ich gebe zunächst dem pU die Möglichkeit, einzuführen. Wer macht das für den pharmazeutischen Unternehmer? – Herr Duetting, bitte.

**Herr Duetting (AbbVie):** Vielen Dank. – Herr Professor Hecken! Sehr geehrte Damen und Herren! Vielen Dank für die freundliche Begrüßung. Wie Sie gesagt haben, sprechen wir heute über Atogepant in der Migräneprophylaxe. Zuerst möchten wir uns kurz vorstellen: Mein Name ist Sebastian Duetting. Ich leite den HTA-Bereich für die Neuroscience und Specialty Care bei AbbVie in Deutschland. Mit mir zusammen sind meine Kolleginnen hier, die sich zu Beginn gerne vorstellen möchten.

**Frau Lux (AbbVie):** Hallo. Mein Name ist Tatjana Lux. Ich bin aus dem Bereich Medical Affairs in der Neuroscience bei AbbVie. Ich habe das Dossier aus medizinischer Perspektive betreut.

**Frau Musiolik (AbbVie):** Hallo. Mein Name ist Katharina Musiolik. Ich habe die HTA-Statistik im Dossier betreut und entsprechend die Methodik.

**Frau Haag (AbbVie):** Guten Tag. Mein Name ist Susanne Haag. Ich bin HTA-Managerin bei AbbVie und habe das Dossier aus HTA-Perspektive betreut.

**Herr Duetting (AbbVie):** Danke schön. – Wie gesagt, geht es heute um Atogepant, einen oralen CGRP-Rezeptor-Antagonisten, der zur Prophylaxe von Migräne bei Erwachsenen mit mindestens vier Migränetagen pro Monat zugelassen ist. In meinem Eingangsstatement möchte ich kurz drei Themen besprechen: Erstens Atogepant als neue Behandlungsoption in der Migräneprophylaxe, zweitens die umfangreiche Datenlage, die wir im Dossier präsentiert haben, die generell vom IQWiG akzeptiert wurde und die die positiven Effekte von Atogepant zeigt, und drittens die zusätzlichen Daten, die wir im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens noch eingereicht haben und die die Robustheit unserer Analysen bestätigen.

Beginnen wir mit dem ersten Punkt, Atogepant als neue Behandlungsoption: Wir haben in den letzten Jahren einen medizinischen Fortschritt zur Behandlung von Migräne-Patientinnen und -Patienten erlebt. Aber Migräne bleibt eine Herausforderung, eine herausfordernde und belastende Erkrankung. Gerade die Population, für die eine konventionelle Migräneprophylaxe nicht mehr infrage kommt, leidet besonders stark und häufig an den belastenden Symptomen einer Migräne. Hier besteht weiter ein erheblicher Bedarf an effektiven und sicheren prophylaktischen Therapien, die vor allem einfach anzuwenden sind. Hier setzt Atogepant an.

Atogepant ist ein Gepant und stellt einen innovativen therapeutischen Ansatz im Bereich der gegen CGRP-gerichteten Migräneprophylaktika dar. Atogepant hat eine sehr gute Wirksamkeit, einen schnellen Wirkeintritt und das bei guter Verträglichkeit. Davon profitieren die Patientinnen und Patienten mit episodischer Migräne, die mit chronischer Migräne und auch solche mit multiplern Therapieversagen. Dank seiner einmal täglichen Gabe und der kurzen Halbwertszeit bietet Atogepant eine flexible Anpassung an individuelle Therapiebedürfnisse. Gerade die orale Gabe von Atogepant stellt eine wirkliche Therapiealternative dar.

Kommen wir nun zum zweiten Punkt, der Datenlage im Rahmen der Nutzenbewertung: In unserem Dossier haben wir die bestverfügbare Evidenz für Patientinnen und Patienten, für die eine konventionelle Migräneprophylaxe nicht infrage kommt, vorgelegt, Patientenpopulation B. Wir haben hier indirekte Vergleiche gegenüber den geeigneten Komparatoren dargestellt, sowohl gegen Erenumab als auch Fremanezumab, separat und kombiniert. Damit zeigen wir klar auf, Atogepant ist in seiner Wirksamkeit und Sicherheit mit den CGRP-Antikörpern mindestens vergleichbar.

Zusätzlich zu der guten Wirksamkeit und Sicherheit sehen wir eine statistisch signifikante Überlegenheit in der Lebensqualität, gemessen anhand des HIT-6 und des MSQoL. Gerade die Lebensqualität ist für Migränepatientinnen und -patienten eine besonders wichtige Kategorie. Somit sehen wir in der Gesamtschau einen Anhaltspunkt für einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen.

Zuletzt der dritte Punkt, die zusätzlichen Daten im Rahmen der Stellungnahme: Wir haben unter anderem die Kritik vom IQWiG zu den fehlenden Werten im elektronischen Patiententagebuch aufgegriffen und damit die Bewertung des Patientenpotenzials. Für die Atogepant-Studien haben wir die fehlenden Informationen mit der Stellungnahme nachgeliefert.

In jeder der drei Studien lag eine sehr hohe Dokumentationstreue vor, im Mittel über 90 Prozent. Wir haben uns das auch für die Komparatoren angeschaut. Für Erenumab und Fremanezumab liegen ebenfalls hohe Dokumentationstreuen vor. Wir sehen hier in der Gesamtschau ein niedriges Verzehrungspotenzial für den Endpunkt monatliche Migränetage. Somit ist aus unserer Sicht die Durchführung eines indirekten Vergleichs auch für diesen Endpunkt sachgerecht, wie wir es im Dossier durchgeführt haben.

Zusätzlich haben wir in der Stellungnahme weitere Rechnungen zum Endpunkt monatliche Migränetage für die PROGRESS-Studie sowie für die indirekten Vergleiche nachgeliefert. Hier sehen wir konsistente Ergebnisse zu denen aus dem Nutzendossier. Wir unterstreichen damit die vergleichbare Wirksamkeit von Atogepant gegenüber Erenumab und Fremanezumab und damit auch die Robustheit unserer Analysen.

Zusammenfassend ist mit Atogepant eine weitere wirksame und sichere Migräneprophylaxe verfügbar, die sich zudem durch die orale Gabe und die kurze Halbwertszeit auszeichnet, damit individuelle Therapieanpassungen ermöglicht und somit eine echte Therapiealternative darstellt.

Vielen Dank. Nun stehen wir gerne für Fragen zur Verfügung und freuen uns auf die Diskussion.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank für diese Einführung, Herr Duetting. – Meine erste Frage geht an die Kliniker. Herr Duetting hat uns gerade gesagt, dass der pharmazeutische Unternehmer hier von einer vergleichbaren Wirksamkeit wie bei den CGRP-Antikörpern, die wir kennen, ausgeht. Deshalb meine ganz konkrete Frage an Sie: Wie schätzen Sie den Stellenwert von Atogepant im deutschen Versorgungskontext ein, auch im Gegensatz zu den bisher zur Verfügung stehenden Therapieoptionen und hier, wie gesagt, gegenüber den CGRP-Antikörpern? Vielleicht können Sie beginnen, Frau Professor Goßrau, dann Herr Gaul und Herr Neeb, so wie wir Sie gerade aufgerufen hatten, damit wir dazu eine Einschätzung bekommen. Frau Professor Goßrau, bitte.

**Frau Prof. Dr. Goßrau (DMKG):** Aus dem klinischen Behandlungsalltag sehen wir eine echte Alternative, also eine gute Ergänzung, und dass es sich um ein sicheres und effektives Medikament handelt, das für unsere Patienten durchaus gut einsetzbar ist. Das ist ein realistisch einzusetzendes Medikament mit guter Wirksamkeit und guter Verträglichkeit.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Frau Goßrau. – Herr PD Dr. Gaul, sowohl für DMKG als auch für die European Headache Federation. Herr Gaul.

**Herr PD. Dr. Gaul (DMKG):** Ich möchte mich dem anschließen. Ich würde Ihre Frage – Sie haben gesagt „im Gegensatz zu den Antikörpern“ – ein wenig umstellen wollen: Ich halte es für vergleichbar.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Das war exakt die Frage.

**Herr PD. Dr. Gaul (DMKG):** Das spiegelt auch unsere erste klinische Erfahrung wider. Wir erleben es vor allen Dingen als Vorteil, weil wir Patienten haben, die auf die bisher verfügbaren Therapien, obwohl sie auch den CGRP-Mechanismus adressieren, nicht so ansprechen, wie wir uns das erhoffen, und sehen durchaus, dass es eine Option für Therapieversager ist und würden es im gleichen Stellenwert sehen. Der Vorteil ist das schnelle On-Off. Bei Patienten, die Begleiterkrankungen, die Sorge vor Nebenwirkungen haben, kann man rasch beginnen und gegebenenfalls auch rasch beenden. Das ist gegenüber den Antikörpern noch ein Vorteil.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön, Herr Dr. Gaul. – Herr Dr. Neeb, bitte.

**Herr Prof. Dr. Neeb (Uniklinik Brandenburg an der Havel):** Ich kann mich nur meinen Vorrednern anschließen. Sowohl was die Studienlage angeht, soweit man das vergleicht, als auch, was die bisherige klinische Erfahrung angeht, ist es gleichwertig. Ich glaube, man kann herausstellen, wir sehen auch hier einen schnellen Wirkeintritt, genauso wie bei den Antikörpern, was für viele Patienten wichtig ist. Vielleicht noch als Ergänzung: Neben der kurzen Halbwertszeit gibt es von daher eine Ergänzung, dass einige Patienten die orale Einnahme zusätzlich bevorzugen. Von daher halten wir es für eine wichtige Ergänzung, trotz oder gerade wegen der nachgewiesenen Gleichwertigkeit.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Dr. Neeb. – Ich schaue in die Runde: Wer hat Fragen? IQWiG, Patientenvertretung, Bänke? – Frau Schultz vom GKV-SV.

**Frau Schultz (GKVS-SV):** Ich möchte meine Frage direkt an Herrn Heckens Frage anschließen. Sie sind nur auf die Patientengruppe eingegangen, die bereits ein Therapieversagen auf die bisherigen oder konventionellen Medikamente oder Wirkstoffe hatte. Wie ist es im Vergleich zu den anderen Optionen, die es noch vorher gibt? Könnten Sie dazu ausführen? Das geht an die drei Klinikerinnen bzw. Kliniker.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Wer möchte antworten? Wollen wir wieder in der üblichen Reihenfolge vorgehen? – Frau Goßrau, bitte.

**Frau Prof. Dr. Goßrau (DMKG):** Gerne, ja. – Ganz klar ist, im Vergleich zu den bisher bekannten unspezifischen Prophylaxen erschließt sich an erster Stelle hinsichtlich der besseren Verträglichkeit, was wir aus den indirekten Vergleichen ableiten können. Es liegen Daten zu einem Vergleich zu einem unspezifischen Medikament, zu Topiramaten, vor. Dort sieht man die

bessere Verträglichkeit. Das würden wir dann so extrapolieren. Das ist aus unserer Erfahrung auch so. Das ist ein wichtiger Punkt, weil die Nebenwirkungen dazu führen, dass das Medikament abgesetzt wird, der Patient es nicht weiter einnimmt und der Effekt nicht da ist. Das ist, denke ich, ein wichtiger Punkt, wie auch die Wirksamkeit selbst, also die Effekte. Aber jetzt möchte ich gerne meine weiteren Kollegen zu Wort kommen lassen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön, Frau Goßrau. – Herr Gaul, bitte.

**Herr PD. Dr. Gaul (DMKG):** Dem kann ich umfassend zustimmen. Man würde sich eher wünschen, dass man die ganze Substanzgruppe früher einsetzen kann, weil wir um die Überlegenheit bezüglich der Verträglichkeit und der Wirksamkeit wissen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön. – Herr Neeb, bitte.

**Herr Prof. Dr. Neeb (Uniklinik Brandenburg an der Havel):** Keine weiteren Ergänzungen. Ich kann mich nur meinen Kollegen anschließen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Okay. – Frau Schultz, ist die Frage beantwortet?

**Frau Schultz (GKV-SV):** Ja, ich denke schon. Ich habe mitgenommen, dass es trotzdem nachrangig zu den anderen konventionellen Wirkstoffen eingesetzt wird. Das ist richtig, oder? So habe ich Sie jetzt verstanden. Auch wenn Sie die Verträglichkeit als besser einschätzen, ist es trotzdem nicht die erste Wahl direkt, oder?

**Frau Prof. Dr. Goßrau (DMKG):** Es hat wirtschaftliche Gründe, dass das so eingesetzt wird. Wenn es rein medizinische Gründe wären, würden wir die Reihung sicher anders vornehmen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Okay. – Frau Schultz?

**Frau Schultz (GKV-SV):** Danke, das ist beantwortet.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke. – Frau Janke vom IQWiG, bitte.

**Frau Janke (IQWiG):** Ich möchte gerne auf die vergleichbare Wirksamkeit zurückkommen, auf die gerade abgestellt wurde. Das wurde wiederholt ins Spiel gebracht. Dazu möchte ich gerne auf die Datenlage zurückkommen und klarstellen, dass der Hersteller hier keinerlei Daten vorgelegt hat, die eine vergleichbare Wirksamkeit belegen. Es wurde weder eine Äquivalenz-Fragestellung untersucht, noch liegen Untersuchungen zur Nichtunterlegenheit vor. Das aber nur zur Klarstellung.

Ich habe darüber hinaus eine Frage an den Hersteller. Ich war sehr überrascht, dass bei der Ableitung des Zusatznutzens seitens des Herstellers auf Vorteile von Atogepant bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität abgestellt wurde. Das wurde gerade in der Einleitung erwähnt. So wie ich das sehe, zeigt sich, egal welcher indirekte Vergleich hier betrachtet wird, in keiner der Analysen ein statistisch signifikanter und relevanter Unterschied zwischen Intervention und zweckmäßiger Vergleichstherapie, wobei es egal ist, welchen Wirkstoff man auf der Vergleichsseite betrachtet. Ich war doch sehr erstaunt, dass das langjährig etablierte Vorgehen zur Relevanzbewertung über die standardisierte Mittelwertdifferenz hier nicht angewendet wurde, und habe mich gewundert, ob Sie dieses Vorgehen grundsätzlich infrage stellen möchten. Vielleicht können Sie noch einmal dazu ausführen, warum die Relevanzbewertung mittels standardisierter Mittelwertdifferenz hier weder im Dossier noch in der Stellungnahme thematisiert wurde.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön, Frau Janke. – Frau Haag von AbbVie antwortet darauf. Bitte.

**Frau Haag (AbbVie):** Wir haben mehrere indirekte Vergleiche gegenüber den Komparatoren eingereicht und in zwei der indirekten Vergleiche, sowohl in der metaanalytischen Zusammenfassung gegenüber Erenumab und Fremanezumab, aber auch gegenüber Fremanezumab anhand von zwei etablierten und validierten Lebensqualitätsfragebogen die statistische Signifikanz gesehen. Wir wissen auch um die Bedeutung der Lebensqualität für die

Patienten mit Migräne und fanden, dass es sich hier um einen patientenrelevanten Vorteil handelt, den wir entsprechend abgeleitet haben, allerdings nicht quantifizieren konnten. Wir sehen aber in mehreren Analysen einen signifikanten Vorteil und fanden es daher gerechtfertigt.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön. – Frau Janke, bitte.

**Frau Janke (IQWiG):** Das kann ich nur so zur Kenntnis nehmen, dass hier das etablierte Vorgehen der Relevanzbewertung nicht eingesetzt und unabhängig davon ein relevanter Effekt abgeleitet wurde.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Gibt es weitere Fragen? – Frau Schultz vom GKV-SV, bitte.

**Frau Schultz (GKV-SV):** Ich habe noch eine Frage an den pU. Wir haben gerade kurz über die drei Atogepant-Studien gesprochen. Sie haben die Daten für eine Teilpopulation eingereicht, die auf mindestens zwei der Wirkstoffe, die beiden Betablocker oder Flunarizin, Topiramat, Amitriptylin oder Valproinsäure bzw. manche haben auf Botox nicht angesprochen, nicht vertragen oder kontraindiziert sind.

Können Sie uns Angaben dazu machen, wie viele Patientinnen und Patienten in dieser jetzt eingereichten Teilpopulation auf eine Therapie mit mindestens zwei der Wirkstoffe, die wir in der zVT für Patientengruppe A haben, nicht angesprochen bzw. nicht vertragen haben oder kontraindiziert sind, die mindestens zwei Vortherapien aus dieser Gruppe erhalten haben, ohne Topiramat bzw. Valproinsäure. Haben Sie dazu Angaben?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön, Frau Schultz. – Wer kann dazu etwas sagen? – Frau Haag, bitte.

**Frau Haag (AbbVie):** Wir haben die Zahlen konkret nicht vorliegen. Wir haben uns aber bei der Definition der Teilpopulation dafür entschieden, Topiramat und Valproinsäure als relevante Vortherapie mit zu berücksichtigen, um die Ähnlichkeit in einem indirekten Vergleich herstellen zu können. Es ist allerdings so, dass Topiramat in den vergangenen Jahren immer ein Therapiestandard war und dass wir aus den Studien wissen, dass bis zu 80 Prozent eine Vortherapie mit Topiramat erhalten haben.

Im Sinne der Ähnlichkeit war es aber notwendig, diese Vorbehandlung zu berücksichtigen, was auch im Versorgungsalltag noch stattfindet. Es waren allerdings sehr wenige Patienten, das kann man klar sagen, die mit Valproinsäure vorbehandelt waren. Das war im niedrigen einstelligen Bereich, ich glaube, maximal zwei bis drei Prozent, sodass das keinen Einfluss hat. Genaue Angaben dazu, wie groß die Population gewesen wäre, kann ich Ihnen auch nicht geben.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön, Frau Haag. – Frau Schultz, Nachfrage oder beantwortet?

**Frau Schultz (GKV-SV):** Wir haben gesehen, dass Sie Angaben zu Valproinsäure gemacht haben, aber zum Topiramat-Einsatz können Sie uns auch keine Daten nachliefern, wenn ich das Ihren Aussagen richtig entnommen habe. Korrigieren Sie mich, wenn ich Sie falsch verstanden habe.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Frau Haag.

**Frau Haag (AbbVie):** Ich habe aktuell die Zahlen nicht da, wir könnten diese in Erfahrung bringen und nachliefern. Für den indirekten Vergleich sehen wir das als problematisch an, die Patienten nicht zu berücksichtigen.

**Frau Schultz (GKV-SV):** Wenn Sie die Daten zur Anzahl des Einsatzes von Topiramat nachreichen könnten, wäre das hilfreich. Danke schön.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön, Frau Schultz. – Frau Haag, Sie probieren es?

**Frau Haag (AbbVie):** Wir können das in Erfahrung bringen und nachliefern.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke. – Gibt es weitere Fragen? – Ich sehe keine mehr. Dann übergebe ich Ihnen, Herr Duetting, noch einmal das Wort. Es gibt relativ wenig zusammenzufassen, aber das war erwartbar. Bitte schön.

**Herr Duetting (AbbVie):** Vielen Dank, Herr Hecken. Vielen Dank an alle, die sich an der Diskussion beteiligt haben. Das war heute sehr prägnant. Ich denke, die Daten sprechen für sich. Wir haben über Atogepant gesprochen und von den klinischen Experten gehört, dass wir mit Atogepant in der Tat eine weitere wichtige Therapiealternative in der Migräneprophylaxe haben, da, wo ein therapeutischer Bedarf besteht.

Von daher kann ich nur das zusammenfassen, was wir gesagt und diskutiert haben. Wir sehen die Wirksamkeit und die Sicherheit von Atogepant. Wir haben das anhand von unterschiedlichen indirekten Vergleichen dargestellt. Wir sehen die signifikanten Vorteile in der Lebensqualität, die orale Gabe, und sind daher von dem Stellenwert von Atogepant in der Prophylaxe überzeugt. – Vielen Dank.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank an Sie und Ihr Team. Herzlichen Dank an die klinischen Experten und die Expertin. Wir beenden damit diese Anhörung. Wir werden das selbstverständlich diskutieren, was hier besprochen und vorgetragen wurde. Wir unterbrechen jetzt die Sitzung bis 13 Uhr. Danke schön und bis gleich.

Schluss der Anhörung: 12:09 Uhr