

Mündliche Anhörung



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

hier: Depemokimab (D-1310)

Videokonferenz im Hause des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin
am 10. August 2026
von 14:58 Uhr bis 15:26 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll –

Angemeldete Teilnehmende der Firma **GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG**:

Frau Plesnila-Frank

Herr Westermayer

Frau Dr. Klein

Herr Lukas

Angemeldeter Teilnehmender der **Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (DGP)**:

Herr Bahmer

Angemeldeter Teilnehmender der **Pneumologischen Praxis**:

Herr PD Dr. Geßner

Angemeldeter Teilnehmender des **Universitätsklinikums Heidelberg**:

Herr Prof. Dr. Trinkmann

Angemeldete Teilnehmende der Firma **Sanofi-Aventis Deutschland GmbH**:

Herr Dichtl

Herr Dr. Möcker

Angemeldete Teilnehmende der Firma **AstraZeneca GmbH**:

Frau Nordmeyer

Frau Terzieva

Angemeldete Teilnehmende der Firma **Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG**:

Frau Rehfeld

Herr Völkel

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

Herr Bussilliat

Beginn der Anhörung: 14:58 Uhr

Frau Dr. Optendrenk (Vorsitzende): Meine sehr verehrten Damen und Herren! Herzlich willkommen im Unterausschuss Arzneimittel des Gemeinsamen Bundesausschusses! Wir beschäftigen uns jetzt in der mündlichen Anhörung mit Depemokimab. Ich entschuldige mich dafür, dass wir etwas später unterwegs sind, aber alle bekommen bei uns die Zeit, die für die Diskussion nötig ist. Deshalb wird es ab und zu zwei, drei Minuten später. Herzlich Willkommen. Schön, dass Sie da sind. Ich begrüße die Gäste und alle Mitglieder des Unterausschusses zu dieser Anhörung, Depemokimab im Anwendungsgebiet schweres Asthma. Es handelt sich um eine Nutzenbewertung zur Markteinführung.

Basis der heutigen Anhörung sind das Dossier von GlaxoSmithKline, die Dossierbewertung des IQWiG vom 26. Juni 2026 sowie die schriftlichen Stellungnahmen des pharmazeutischen Unternehmers GlaxoSmithKline, der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, von Herrn PD Dr. Geßner, Herrn Professor Dr. Trinkmann, von weiteren pharmazeutischen Unternehmen, namentlich Boehringer Ingelheim Pharma, Sanofi-Aventis Deutschland, AstraZeneca sowie dem Verband Forschender Arzneimittelhersteller. Das ist die Grundlage unseres heutigen Anhörungstermins.

Ich muss zunächst die Anwesenheit feststellen, da wir heute wieder ein Wortprotokoll führen. Für den pharmazeutischen Unternehmer GlaxoSmithKline müssten anwesend sein Frau Plesnila-Frank, Herr Westermayer, Frau Dr. Klein und Herr Lukas, für die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin Herr Bahmer, für die Pneumologische Praxis Herr PD Dr. Geßner, für das Universitätsklinikum Heidelberg Herr Professor Dr. Trinkmann, für Sanofi-Aventis Deutschland Herr Dichtl und Herr Dr. Möcker, für AstraZeneca Frau Nordmeyer und Frau Terzieva, für Boehringer Ingelheim Pharma Frau Rehfeld und Herr Völkel sowie für den Verband Forschender Arzneimittelhersteller Herr Bussilliat. Ist noch jemand in der Leitung, der nicht aufgerufen wurde? – Das ist erkennbar nicht der Fall.

Ich gebe zunächst dem pU die Möglichkeit, einzuführen. Danach treten wir in die Frage-und-Antwort-Runde ein. Wer macht das für den pU?

Frau Plesnila-Frank (GlaxoSmithKline): Das übernehme ich.

Frau Dr. Optendrenk (Vorsitzende): Ich bitte Sie, zu starten.

Frau Plesnila-Frank (GlaxoSmithKline): Herzlichen Dank, Frau Dr. Optendrenk. Sehr geehrte Damen und Herren! Vielen Dank für die freundliche Begrüßung. Die wenigen Minuten machen nichts. Unsere Kolleginnen aus der Onkologie waren heute schon bei Ihnen, jetzt treffen Sie auf ein anderes Team von GSK. Es geht um andere Indikationen. Diese und die folgende Anhörung sind aus dem Bereich Atemwege. Wir freuen uns über die Möglichkeit, mit Ihnen über Depemokimab zu sprechen, jetzt beim schweren Asthma mit Typ-2-Inflammation.

Mit mir zusammen sind hier im Raum in München Herr Lukas aus dem Market Access, Herr Westermayer, der Leiter unserer Biostatistik, und zugeschaltet aus der Medizin ist Frau Dr. Klein. Mein Name ist Plesnila-Frank, ich leite bei GSK den Bereich Market Access Specialty Care.

Zu Depemokimab: Depemokimab ist ein gezielt an Interleukin-5 bindender monoklonaler Antikörper, der die Zahl eosinophiler Granulozyten im Blut reduziert. Als erster und einziger ultralang wirksamer IL-5-Inhibitor kommt Depemokimab mit nur zwei subkutanen Injektionen pro Jahr aus. Der Wirkstoff ist angezeigt als zusätzliche Erhaltungstherapie bei Erwachsenen und Jugendlichen ab zwölf Jahren mit schwerem Asthma mit Typ-2-Inflammation, die durch die Anzahl der Eosinophilen im Blut gekennzeichnet ist, die trotz hochdosierter inhalativer Kortikosteroide plus einem weiteren Arzneimittel zur Erhaltungstherapie unzureichend

kontrolliert ist. Es handelt sich um eine gezielte Therapie für eine Patientengruppe mit hoher Krankheitslast, die trotz intensiver Vorthherapie weiterhin unter belastenden Symptomen und wiederkehrenden Exazerbationen leidet.

Patienten mit schwerem Asthma erleben wiederholt akute Exazerbationen, teils sogar lebensbedrohlich, die zu Hospitalisierungen führen können und sich stark auf die Lebensqualität und Prognose auswirken. In Deutschland sind etwa 30.000 bis 60.000 Patientinnen und Patienten von schwerem unzureichend kontrolliertem Asthma mit Typ-2-Inflammation betroffen. Besonders kritisch ist dabei, dass ohne dauerhafte Entzündungskontrolle irreversible Lungenschäden drohen. Für eine erfolgreiche Asthmatherapie müssen daher sowohl die akuten Exazerbationen als auch die dauerhaft zugrunde liegende Entzündung adressiert werden.

Trotz der bereits verfügbaren Biologika in diesem Bereich besteht weiterhin ein therapeutischer Bedarf; denn neben der klinischen Wirksamkeit und Sicherheit ist die langfristige Therapietreue ein entscheidender Faktor für die nachhaltigen Behandlungserfolge bei chronischen Erkrankungen wie Asthma. Die GINA-Leitlinie 2026 erkennt die Dosierungsfrequenz explizit als relevantes Auswahlkriterium bei der Wahl zwischen Biologika an. Depemokimab mit der Gabe zweimal im Jahr adressiert genau diesen Bedarf.

Welchen Mehrwert bringt Depemokimab? Die Wirksamkeit wurde in den beiden Phase-III-Studien SWIFT-1 und SWIFT-2 nachgewiesen, beide placebokontrolliert mit optimierter Hintergrundtherapie. Die Metaanalyse zeigt eine klinisch relevante Reduktion der jährlichen Exazerbationsrate um nahezu die Hälfte – ein hochsignifikanter Effekt. Darüber hinaus war die Zeit bis zur ersten Exazerbation deutlich verlängert. Ein weiterer patientenrelevanter Vorteil ist die signifikante Reduktion der OCS-Belastung. Das ist besonders wichtig, da selbst die intermittierende Anwendung von oralen Kortikosteroiden mit erheblichen Nebenwirkungen verbunden ist.

Zur Sicherheit von Depemokimab: Die SWIFT-Studien zeigen ein gutes Verträglichkeitsprofil auf Placeboniveau. Die auftretenden unerwünschten Ereignisse waren überwiegend mild und vorübergehend, und Therapieabbrüche wegen Nebenwirkungen waren sehr selten. Das Sicherheitsprofil entspricht damit dem, was wir von den IL-5-Inhibitoren seit über einem Jahrzehnt kennen. Auch wenn wir aufgrund des Studiendesigns der SWIFT-Studien keinen formellen Zusatznutzen beanspruchen, sehen wir einen erheblichen medizinischen Vorteil für die Patientinnen und Patienten.

Nun kurz: Depemokimab adressiert eine relevante Versorgungslücke für Patienten mit schwerem Asthma und hoher Krankheitslast mit patientenrelevanter Wirksamkeit, einem guten Sicherheitsprofil und dem einzigartigen Dosierungsvorteil von nur zwei Injektionen pro Jahr. – Das war es von unserer Seite. Wir freuen uns auf Ihre Fragen und die Diskussion.

Frau Dr. Optendrenk (Vorsitzende): Herzlichen Dank, Frau Plesnila-Frank, für diese Einführung. – Ich habe zu Beginn eine Frage an die Kliniker: Sie führen in Ihrer Stellungnahme aus, dass in dem zu bewertenden Anwendungsgebiet von Depemokimab eine weitere Biologika-Therapie einen adäquaten Therapievergleich darstellen würde. Könnten Sie bitte ausführen, warum für dieses Patientenkollektiv, um das es hier geht, keine Behandlung mit einem LAMA zusätzlich zu hochdosiertem ICS und LABA angezeigt ist? – Herr Geßner, bitte.

Herr PD Dr. Geßner (Pneumologische Praxis): Ich denke, die Diskussion mit dem LAMA haben wir im Endeffekt, wenn ich zurückschauen, bei all diesen Biologika gehabt. Man muss zu der Therapie mit dem LAMA sagen: Das ist eine Therapie, bei der wir, wenn wir uns das ehrlich anschauen, für alle Patienten die Frage stellen, müssen sie auf ein Biologikum eingestellt werden oder nicht, das auch bei allen Anti-IL-5-Therapien, die wir haben, im Endeffekt vorher geprüft worden ist.

Es ist lebensfremd zu glauben, wenn man diese Therapie vorher schon einmal geprüft und geschaut hat, ob der Patient einen Benefit von dieser gleichen Therapie hat, dass die

Hinzunahme plus dem Biologikum irgendeinen Vorteil bringt oder nicht. Wir wissen, ein Teil der Patienten – aus meiner Erfahrung sind es ungefähr 20 bis 30 Prozent – hat keinerlei Benefit von dem LAMA in der Therapie. Deshalb sehe ich darin keinen großen Zusatznutzen.

Das Zweite, das man diskutieren muss, ist, dass die Therapie mit dem LAMA eine Therapie ist, die bronchial erweiternd ist. Wir haben aber beim Asthma klar dargestellt, dass Asthma eine entzündliche Erkrankung ist. Der Angriffspunkt unserer Anti-IL5-Therapie ist die Bekämpfung der Entzündung, sozusagen des Waldbrandes. Das heißt, was bringt es mir, wenn ich ein Absperrband mache, oder was bringt es mir, wenn ich im Endeffekt die Atemwege erweitere, wenn der eigentliche Effekt, den ich erreichen will, nämlich die Entzündung, damit nicht in dem Maße adressiert wird, wie es im Endeffekt notwendig ist?

Deshalb sehe ich in dieser Diskussion um LAMA etwas, das uns in der Diskussion um das Entzündungsgeschehen nur bedingt weiterbringt. Ich glaube, LAMA ist nicht die Adresse, die wir brauchen, um das Entzündungsgeschehen besser zu kontrollieren.

Frau Dr. Optendrenk (Vorsitzende): Herzlichen Dank. – Herr Bahmer, bitte.

Herr Bahmer (DGP): Noch zwei ergänzende Kommentare: Das eine ist, wie Herr Geßner gesagt hat, dass LAMA eine unspezifische, das heißt nicht auf den biologischen Prozess adressierte Therapie ist, die primär etwas mit der Lungenfunktion zu tun hat und dass man auch mit einer guten Lungenfunktion exazerbieren kann. Diese Reduktion der Exazerbationen ist das, was uns zumindest in der Praxis und in der Klinik für die Patienten besorgt und was zu enormen Kosten und Arztkontakten, stationären Krankenhausaufenthalten führt. Diese Exazerbationsreduktion ist zumindest nach meiner Erfahrung das Behandlungsziel, das man mit einem LAMA häufig nicht erreicht.

Frau Dr. Optendrenk (Vorsitzende): Herr Professor Trinkmann, bitte.

Herr Prof. Dr. Trinkmann (Universitätsklinikum Heidelberg): Das ist der Punkt, den ich unterstreichen wollte, weil wir hier mit einem schwerkranken Patientenkollektiv zu tun haben. Die Exazerbationen, das ist angesprochen worden, stellen einen ganz wesentlichen Teil dieser Krankheitslast dar und sind mit Morbidität, mitunter Mortalität und Hospitalisierung verbunden. Wie schon ausgeführt wurde, geht es beim LAMA um eine lungenfunktionelle Verbesserung. Es gibt einen Teil der Patienten, die davon profitieren, aber die Biologika-Indikation wird man dadurch nicht los. Ich glaube, so kann man es zusammenfassen, dass dieser Vergleich nicht zweckmäßig ist.

Frau Dr. Optendrenk (Vorsitzende): Herzlichen Dank. – Ich schaue in die Runde, ob es Fragen seitens der Teilnehmer aus dem Unterausschuss gibt. Herr Schmidt, bitte.

Herr Schmidt: Ich habe eine Frage an den pharmazeutischen Unternehmer. Ich habe mir den EPAR angeschaut und in den Modulen, die sie eingereicht haben, nachgelesen. Neben den SWIFT-Studien gab es die Studie NIMBLE. Die war zulassungsrelevant gewesen. Sie haben im Dossier gesagt, dass die Studie aufgrund der Einschlusskriterien hier nicht berücksichtigt wird. Wenn ich es recht gesehen habe, waren das Patienten, die vorher ein Biologikum erhalten hatten, allerdings mit einem documented clinical benefit. Vielleicht könnten Sie etwas zum Ausschluss der Studie aus der Nutzenbewertung sagen, worauf Sie konkret bei den Einschlusskriterien abgehoben haben.

Frau Dr. Optendrenk (Vorsitzende): Herzlichen Dank. – Herr Lukas, bitte.

Herr Lukas (GlaxoSmithKline): Vielen Dank für die Frage. Die NIMBLE-Studie haben wir im Dossier bzw. im Modul 4 aufgelistet und aufgrund des Anwendungsgebiets ausgeschlossen. Es ist genau, wie Sie gesagt haben. Die NIMBLE-Studie untersucht Patienten, die schon seit mindestens zwölf Monaten auf Mepolizumab oder Benralizumab gelaufen sind, davon klinisch profitiert haben und dementsprechend kein unkontrolliertes Asthma mehr im Sinne des Anwendungsgebietes aufweisen. Deshalb haben wir die Studie aus der Nutzenbewertung bzw. aus dem Dossier ausgeschlossen. Auch in der IQWiG-Nutzenbewertung konnte keine

relevante Studie für die Bewertung des Zusatznutzens identifiziert werden. Dementsprechend gehen wir davon aus, dass der Ausschluss korrekt erfolgt ist.

Frau Dr. Optendrenk (Vorsitzende): Herzlichen Dank. – Herr Schmidt, ist Ihre Frage beantwortet?

Herr Schmidt: Formal, Herr Lukas, habe ich das auch gesehen. Ich wollte mich nur inhaltlich in der Wahrnehmung von Ihnen bestätigen lassen. Danke schön für die Antwort.

Frau Dr. Optendrenk (Vorsitzende): Herzlichen Dank. – Herr Telchow, bitte.

Herr Telchow: Ich habe eine Frage an die Kliniker. Es gibt einige Biologika in der Indikation. Könnten Sie bitte für uns die Stellenwerte der einzelnen Wirkstoffe einsortieren, die es im Markt gibt, und woraus möglicherweise aus Ihrer Sicht ein Vorteil durch dieses längere Applikationsintervall von Depemokimab resultieren könnte? Oder sagen Sie, das macht in der Praxis keinen Unterschied?

Frau Dr. Optendrenk (Vorsitzende): Herr Professor Trinkmann, bitte.

Herr Prof. Dr. Trinkmann (Universitätsklinikum Heidelberg): Ich kann hier gerne klinischerseits den Aufschlag aus der Praxis machen. Wir haben in Deutschland mittlerweile sieben Biologika zur Verfügung, deren Auswahl sich sehr personalisiert an Patientenmerkmalen gestaltet. Das sind Biomarker, die wir haben. Wir haben die Typ-2-Signatur, auch Komorbiditäten, die damit zu tun haben, die relevant sind. Ich rede jetzt von den Atemwegskomorbiditäten, Nasenpolypen, aber beispielsweise auch von Haut- oder anderen Typ-2-getriebenen Erkrankungen. Auf diese Art und Weise nähern wir uns einer individuellen Therapie, um diese Biologika auf den Patienten zuzuschneiden.

Der Overlap ist durch den Wirkmechanismus bedingt zwischen Depemokimab und den IL-5- bzw. Rezeptor-Therapien am größten und damit auch die Indikation. Da besteht, wie gesagt, einer der Unterschiede im Dosierintervall. Das haben Sie angesprochen. Wir können von der Wirkweise auf zehn Jahre Sicherheit zurückblicken. Das ist, denke ich, wichtig. Wir können auf zehn Jahre Effektivität zurückblicken, was wir für die neue Substanz extrapolieren können. Das ist der eine Punkt.

Der andere Punkt ist, dass es in der Praxis immer wieder vorkommt, dass dieses lange Dosierintervall aus Patientensicht sinnvoll sein kann. Ich habe zum Beispiel Patienten, die viel unterwegs sind, reisen, nicht die Arztkontakte wahrnehmen können. Das kann viele strukturelle Vorteile haben, sowohl aus Patientensicht als auch aus Sicht des Gesundheitssystems. Das sind die zwei Punkte, die ich Ihnen high-level mitgeben kann.

Frau Dr. Optendrenk (Vorsitzende): Herzlichen Dank. – Herr Bahmer, bitte.

Herr Bahmer (DGP): So haben wir es in der Stellungnahme genannt, dass wir zwischen den unterschiedlichen IL-5-Therapien, die zugelassen sind, keinen Unterschied in der Wirkweise zwischen den Präparaten sehen, sondern den Klasseneffekt zwischen diesen Substanzen, aber dass es im Handling, wie es Herr Trinkmann angedeutet hat, einen Unterschied bei einzelnen Patienten machen kann, was das Dosierintervall angeht. Hier können patientenindividuell unterschiedliche Bedürfnisse adressiert werden.

Frau Dr. Optendrenk (Vorsitzende): Herzlichen Dank. – Herr Dr. Geßner, bitte.

Herr PD Dr. Geßner (Pneumologische Praxis): Um es nicht auszuweiten: Vor allem für Patienten aus meinem Praxisalltag, die deutlich weitere Anreisewege haben und kein Fan davon sind, sich selbst eine Spritze geben zu können oder in dem Umfeld niemanden haben, der das machen könnte, ist sicher die Patientenfreundlichkeit einer halbjährlichen Dosierung ein Vorteil und verbessert die Compliance der Patienten. Sicher ist es so, dass das nur ein gewisser Teil der Patienten ist und sich die Möglichkeiten im Spektrum erweitert haben. Aber bei allem, was gesagt wurde, auch bezüglich Anti-IL5 oder Anti-IL5-Rezeptor, besteht aus meiner Sicht Gleichwertigkeit.

Frau Dr. Optendrenk (Vorsitzende): Herzlichen Dank. – Herr Telchow, sind Sie mit den Antworten zufrieden?

Herr Telchow: Wunderbar, vielen Dank.

Frau Dr. Optendrenk (Vorsitzende): Herzlichen Dank. – Herr Schmidt, bitte.

Herr Schmidt: Ich möchte gerne eine Frage an die klinischen Stellungnehmer richten und zunächst auf die Frage von Herrn Telchow hinweisen. Es ist schade, dass wir das datenbasiert so nicht nachvollziehen können. Diese Gleichwertigkeit wäre grundsätzlich schön gewesen. Ich habe aber eine Frage, die in eine andere Richtung geht. Im Rahmen der Patientenzahlen haben wir zur eosinophilen Typ-2-Inflammation diskutiert. Mich interessiert, was die Kliniker dazu sagen, wie sie das schwere Asthma mit einer eosinophilen Typ-2-Inflammation in der Praxis nachweisen. Vielleicht können Sie noch etwas zu Grenzwerten, wiederholter Messung und dem Einfluss von Glukokortikoiden auf die Werte sagen. Das wäre nett. Danke schön.

Frau Dr. Optendrenk (Vorsitzende): Herr Professor Trinkmann, bitte.

Herr Prof. Dr. Trinkmann (Universitätsklinikum Heidelberg): Auch hier kann ich gerne den Aufschlag machen, weil das ein zentraler Punkt meiner Stellungnahme war. Es ist auch vom IQWiG angesprochen worden, dass es wissenschaftlich immer noch in der Diskussion ist bzw. Klärungsbedarf gibt, inwiefern eosinophiles Asthma mit dem Typ-2-Asthma gleichzusetzen ist, auch auf dem Boden der biologischen Variabilität. Das haben Sie angesprochen, Herr Schmidt. Es ist ein Biomarker, den wir verwenden, die Eosinophilen, die wir bestimmen. Wir bestimmen das FeNO. Das ist für das Depemokimab nicht so relevant. Das IgE gehört auch in die Bewertung hinein und die Frage nach den Komorbiditäten, also die atopische Dermatitis beispielsweise als dermatologische Erkrankung. Oder bei den Atemwegen ist ein wichtiger Punkt, weil die entsprechende Zulassung für Depemokimab besteht, die chronische Rhinosinusitis mit Polyposis nasi.

Anhand dieser Werte oder Parameter machen wir uns einen Überblick über die Informationslast, die der Patient hat. Ein sehr wichtiger Punkt, den Sie angesprochen haben, ist die Messung mit den Grenzwerten. Wir haben es hier mit einem variablen Biomarker zu tun. Wir reden von Zellen, die primär gewebeansässig sind, die wir im Blut bestimmen. Die Korrelationen, gerade im kranken Patienten, in der kranken Patientin, können Unterschiede generieren. Das muss nicht notwendigerweise mit Inflammation im Gewebe, mit dem Nachweis im Blut zu tun haben. Das ist der eine Punkt.

Beeinflussung durch Medikamente: Über orale Kortikosteroide braucht man, glaube ich, nicht lange zu reden. Diese Zellen sind hochsteroidresponsiv, was systemische Gaben angeht. Das ist ganz klar. Man kann innerhalb von wenigen Stunden eine komplette Blutdepletion erreichen. Wir wissen auch, dass bei inhalativen Kortikosteroiden, gerade wenn sie in den hoch- oder höchstdosierten Wirkstärken gegeben werden, wie sie mitunter empfohlen werden, insbesondere eine relevante Suppression der Bluteosinophilen stattfindet.

Wir haben, das ist Anfang Juni publiziert worden, Daten gesehen, dass diese Bluteosinophilen übers Jahr schwanken können. Das sind andere Daten. Die beziehen sich auf COPD, aber man sieht daran, dass diese Eosinophilien variabel sind. Man braucht bei COPD-Patienten mindestens drei Messungen, um ein relevantes Signal zu sehen.

Beim Asthma wissen wir, dass die durch Infekte, Medikamente und andere Einflussfaktoren variabel sein können. Deshalb geht es nicht darum, ob man 299 oder 301 Zellen hat, weil es ein Kontinuum ist und, wie gesagt, eigentlich eine Gewebezelle, die wir im Blut sehen. Es ist ein wichtiger Punkt für die Indikationsstellung, dass wir diese Unterscheidung machen, eosinophiles Signal, aber auch Typ-2-Signale, Typ-2-Inflammation, und das gedanklich entsprechend bewerten.

Frau Dr. Optendrenk (Vorsitzende): Herzlichen Dank. – Herr Bahmer, bitte.

Herr Bahmer (DGP): Ergänzend: Diese Einflussfaktoren, zum Beispiel Uhrzeit der Blutentnahme oder Dauer des Transports ins Labor, können die Messwerte niedrig machen. Alle diese genannten Faktoren führen zu falsch niedrigen Werten. Es gibt wenige oder keine mir bekannten Werte, die es falsch hoch machen. Das heißt, man muss sich, wenn man mehrfach abnimmt, letztlich am höchsten Wert orientieren und dokumentieren oder sich zumindest Gedanken machen, warum die anderen Werte niedriger gewesen sein und welche Einflussfaktoren eine Rolle gespielt haben können.

Zur Ergänzung vielleicht noch: Es gibt zum Thema Typ-2-Inflammation und deren Messung ein Positionspapier der DGP, in dem der Stellenwert der FeNO-Messung herausgehoben wird, die aktuell keine GKV-Leistung, aber ein zusätzlicher Marker ist, den wir in der gesamten FeNO-Typisierung für bedeutsam halten.

Frau Dr. Optendrenk (Vorsitzende): Herzlichen Dank. – Herr Dr. Geßner, bitte.

Herr PD Dr. Geßner (Pneumologische Praxis): Ich will mich nicht wiederholen, aber vor allem das Thema Lagerung, Transport ist relativ wichtig, was die Werte nach unten verfälschen und was man nicht sehen kann, wo im Endeffekt durch Abnahme, über Nacht im Kühlschrank liegen lassen, die Werte falsch werden, und deshalb möchte ich das Gesagte unterstreichen.

Frau Dr. Optendrenk (Vorsitzende): Herzlichen Dank. – Herr Schmidt, haben Sie alle Informationen bekommen können?

Herr Schmidt: Ja, danke, das war sehr hilfreich und interessant.

Frau Dr. Optendrenk (Vorsitzende): Wunderbar. – Gibt es weitere Fragen? Das ist nicht der Fall. Damit hat der pharmazeutische Unternehmer abschließend die Möglichkeit, seine Sicht der Dinge mitzuteilen.

Frau Plesnila-Frank (GlaxoSmithKline): Ich möchte mich für die sehr interessanten Fragen bedanken, die zu einer anregenden Diskussion geführt haben. Vor allem von unserer Seite können wir diesen Stellenwert einzelner Biologika, nach denen Sie in der Praxis gefragt haben, unterstützen, obwohl die Frage nicht an uns ging. Ein ultralang wirksames Biologikum hat vor allem im Asthma seine Berechtigung und gerade, wenn man in die Richtung patientenindividuelle, personalisierte Therapie geht, aus unserer Perspektive einen wichtigen Stellenwert. Sehr aufschlussreich war am Ende der Austausch, wie gemessen wird, was die Fallstricke bei der Messung sind. – Herzlichen Dank für diese Ausführungen von unserer Seite.

Frau Dr. Optendrenk (Vorsitzende): Ich darf mich herzlich bei allen bedanken, die an diesem interessanten Austausch und Erkenntnisgewinn teilgenommen haben. Herzlichen Dank für Ihre Stellungnahmen und Antworten. Ich wünsche ich Ihnen einen wunderbaren Nachmittag und weiterhin frohes Schaffen. Auf Wiedersehen.

Schluss der Anhörung: 15:26 Uhr