

# Mündliche Anhörung



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

gemäß 5. Kapitel § 19 Abs. 2 Verfahrensordnung  
des Gemeinsamen Bundesausschusses

**hier: Mirikizumab (D-950)**

Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses  
am 27. November 2023  
von 12:02 Uhr bis 12:25 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll –



Angemeldete Teilnehmende für die Firma **Lilly Deutschland GmbH (Lilly):**

Frau Prof. Dr. Kretschmer  
Herr Dr. Maier  
Herr Bölz  
Frau Dr. Lehmann

Angemeldete Teilnehmende für die **Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ):**

Herr Dr. Klinge  
Herr Dr. Rosien

Angemeldeter Teilnehmender für die **Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS):**

Herr Prof. Dr. Bachmann

Angemeldete Teilnehmende für die Firma **Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG (Takeda):**

Frau Dr. Schmerbach  
Herr Dr. Kudernatsch

Angemeldete Teilnehmende für die Firma **AbbVie Deutschland GmbH & Co. KGaA (AbbVie):**

Frau Dr. Blees  
Frau Sander

Angemeldete Teilnehmende für die Firma **Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. (Boehringer):**

Herr Cöster  
Frau Zalesiak

Angemeldete Teilnehmende für die Firma **MSD Sharp & Dohme GmbH (MSD):**

Herr Dykukha  
Frau Dr. Zeier

Angemeldete Teilnehmende für die Firma **Pfizer Pharma GmbH (Pfizer):**

Frau Kulchytska  
Herr Klaus

Angemeldete Teilnehmende für die Firma **Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA (BMS):**

Frau Schmidt  
Frau Hohmann

Angemeldete Teilnehmende für die Firma **Galapagos Biopharma Germany GmbH (Galapagos):**

Frau Schedel  
Frau Helf

Angemeldete Teilnehmende für die Firma **Dr. Falk Pharma GmbH (Falk):**

Herr Wittmann

Herr Erschig

Angemeldeter Teilnehmender für den **Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. (vfa)**:

Herr Bussilliat



**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich hoffe, Sie verstehen mich jetzt. – Ja, ich sehe Nicken. Wir haben hier leichte technische Probleme.

Herzlich willkommen im Unterausschuss Arzneimittel des G-BA: Montagmorgen, Anhörungstag. Wir sind jetzt bei Mirikizumab, Markteinführung zur Behandlung der mittelschweren bis schweren Colitis ulcerosa. Basis der heutigen Anhörung ist die Dossierbewertung des IQWiG vom 19. Oktober dieses Jahres, zu der zum einen der pharmazeutische Unternehmer Lilly Deutschland GmbH Stellung genommen hat. Zum anderen haben als weitere pUs AbbVie, Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers-Squibb, Dr. Falk Pharma, Galapagos-Biopharma, MSD Sharp & Dohme, Pfizer Pharma und Takeda Stellung genommen, außerdem die Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft als Fachgesellschaften beziehungsweise als AkdÄ sowie als Verbände der Verband forschender Arzneimittelhersteller.

Wir haben heute eine sehr stattliche Teilnehmerliste. Ich muss die Anwesenheit feststellen: Für Lilly ist Frau Kretschmer anwesend, zudem Herr Dr. Maier, Herr Bölz und Frau Dr. Lehmann. Für die AkdÄ sind Herr Dr. Klinge und Herr Dr. Rosien anwesend, für die DGVS ist Herr Professor Dr. Bachmann anwesend. Für Takeda sind Frau Dr. Schmerbach und Herr Dr. Kuderatsch anwesend. Für AbbVie sind Frau Dr. Blees und Frau Sander anwesend. Für Boehringer sind Herr Cöster und Frau Zalesiak anwesend.

Da sich Herr Dykukha und Frau Dr. Zeier nicht melden, machen wir da erst einmal ein Fragezeichen.

Für Pfizer sind Frau Kulchytska und Herr Klaus anwesend, für Bristol sind Frau Schmidt und Frau Hohmann anwesend, für Galapagos sind Frau Schedel und Frau Helf anwesend, für Dr. Falk sind Herr Wittmann und Herr Erschig anwesend, und für den vfa ist Herr Bussilliat anwesend. Ist sonst noch jemand anwesend, der nicht aufgerufen worden ist? – Ist Herr Dykukha jetzt da? – Dann lassen wir ihn mit Fragezeichen; okay, alles klar.

Wer möchte für Lilly einführen? Ich vermute, das machen Sie, Frau Professor Kretschmer.

**Frau Prof. Dr. Kretschmer (Lilly):** Genau, wie gewohnt.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Sie haben das Wort, wie gewohnt.

**Frau Prof. Dr. Kretschmer (Lilly):** Vielen Dank. – Sehr geehrter Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren, guten Morgen! Wir sind heute mit dem Wirkstoff Mirikizumab in der Indikation mittelschwere bis schwere aktive Colitis ulcerosa bei Ihnen, und zwar für Patienten, für die die konventionellen Therapeutika oder die Biologikatherapie nicht mehr ausreichen.

Das Team, das für die Beantwortung Ihrer Fragen da ist, stellt sich jetzt gleich vor, damit Sie wieder Namen und Gesicht zusammenbringen können. Dafür übergebe ich zuerst an meine Kollegin Frau Lehmann.

**Frau Dr. Lehmann (Lilly):** Guten Tag, mein Name ist Tanja Lehmann. Ich arbeite im Bereich Market Access als HTA-Managerin, und ich bin für das Dossier zum Mirikizumab verantwortlich. Ich übergebe an meinen Kollegen Herrn Bölz.

**Herr Bölz (Lilly):** Guten Tag, mein Name ist Sebastian Bölz. Ich bin verantwortlich für die Gesundheitsökonomie bei Mirikizumab. Ich übergebe an meinen Kollegen Herrn Sebastian Maier.

**Herr Dr. Maier (Lilly):** Guten Tag, mein Name ist Sebastian Maier. Ich bin bei Lilly Deutschland medizinischerseits für Mirikizumab verantwortlich. Ich übergebe zurück an meine Kollegin Frau Kretschmer.

**Frau Prof. Dr. Kretschmer (Lilly):** Vielen Dank. – Mein Name ist Beate Kretschmer. Ich leite die Abteilung Market Access.

Bei der Colitis ulcerosa handelt es sich um eine chronisch-entzündliche Erkrankung der Darmschleimhaut des Dickdarms. Die Erkrankung hat einen schubförmigen Verlauf, das heißt, es wechseln sich Phasen mit Symptomen und solche ohne Symptom ab. Verursacht wird diese Entzündung durch die überschießende Immunreaktion, vermittelt über proinflammatorische Zytokine, zum Beispiel Interleukin 23. Das Alter der Patienten liegt beim erstmaligen Auftreten ungefähr bei 15 bis 35 Jahren, was heißt: Die Patienten sind jung, berufstätig und wollen natürlich einen angstfreien Alltag erleben.

Die Hauptsymptome sind blutige, schleimige Durchfälle, eine hohe Stuhlfrequenz, Bauchschmerzen und Fatigue, alles für sich schon sehr belastend und für die Patienten äußerst unangenehm. Durch den imperativen Stuhldrang, die sogenannte Bowel Urgency, werden die Patienten allerdings zusätzlich enorm belastet.

Beim imperativen Stuhldrang handelt es sich um den plötzlichen und nicht aufschiebbaren Drang, den Darm zu entleeren. Ein Einhalten ist für die meisten Patienten nur bedingt möglich. Ist keine Toilette erreichbar, kommt es zu einer unkontrollierten Darmentleerung. Da ist es auch nicht verwunderlich, dass fast drei Viertel der Patienten angeben, Windeln und Einlagen zu tragen, um sich vor dieser Situation ein wenig zu schützen. Sie können sich sicherlich vorstellen, dass sich die Patienten schämen, sich hilflos und ohnmächtig fühlen und auch ausgegrenzt fühlen. Die Patienten sind psychisch hoch belastet und bewegen sich nur mit Angst außerhalb des Umkreises erreichbarer Toiletten – eine tragische Lebenseinschränkung.

Bisher stehen konventionelle Therapeutika wie das 5-ASA, Azathioprin und Glucocorticoide, aber auch Biologika wie Vedolizumab und TNF- $\alpha$ -Inhibitoren und ebenso die JAK-Inhibitoren zur Verfügung. Die Therapieziele werden durch diese Therapeutika leider nur bedingt erreicht. Dadurch erklärt sich auch, dass viele Therapien in der Dosis eskaliert werden, in Einzelfällen bis zu 400 Prozent. Trotzdem gibt es eine hohe Therapieabbruchrate. In den ersten zwei Jahren brechen circa 90 Prozent der Patienten die Therapie ab. Auch weisen einige Therapeutika für einen Teil der Patienten Kontraindikationen auf. Dies gilt insbesondere für die TNF- $\alpha$ -Inhibitoren und für Patienten mit Herzinsuffizienz. Es gibt daher einen großen Bedarf für weitere neue Therapieoptionen.

Mirikizumab ist ein Interleukin-23-Inhibitor und wirkt über die Hemmung des Zytokin-Signalweges. Man reguliert hier die proinflammatorischen Prozesse ein und normalisiert damit den Entzündungsprozess in der Darmschleimhaut. Für die Nutzenbewertung liegen Daten aus dem LUCENT-Phase-3-Studienprogramm vor und zeigen, dass Mirikizumab für Patienten eine hohe Bedeutung hat, indem es die klinischen und histologisch-endoskopischen Remissionsraten deutlich verbessert. Das heißt, die Entzündungsparameter in Blut, Stuhl und Gewebe normalisieren sich. Auch benötigen die Patienten keine Steroide mehr, um Entzündungsspitzen abzufangen. Dadurch kann die zusätzliche Belastung der Patienten mit steroidtypischen Nebenwirkungen wie Gewichtszunahme, Osteoporose und Stimmungsschwankungen vermieden werden.

Die steroidfreie Remission ist *das* Ziel in den Leitlinien und deshalb als Wirksamkeitsendpunkt besonders hervorzuheben. Bisherige Therapien erreichen dies nur unzuverlässig. Auch zeigen Patienten, die mit konventionellen Therapeutika oder vorherigen Biologika austherapiert sind, unter Mirikizumab hierauf eine sehr hohe Ansprechrate von bis zu 80 Prozent. Eine Reinduktion der Therapie ist bei Mirikizumab im Vergleich zu anderen Biologika auch zulassungskonform möglich und erhöht gleichzeitig die Therapieflexibilität.

Zusätzlich wirkt Mirikizumab auch auf besonders emotional belastende Begleiterscheinungen der Erkrankung. Die Stuhlgangfrequenz normalisiert sich, es treten weniger Blutungen, rektale Blutungen und Bauchschmerzen auf, und, was besonders hervorzuheben ist, viele Patienten erreichen eine Remission des imperativen Stuhldrangs. Patienten können deshalb wieder

angstfrei etwas mit Familie und Freunden unternehmen, ohne das Gefühl von Hilflosigkeit und Scham. Sie können ihren Alltag bestreiten, ein Studium abschließen und sich beruflich weiterentwickeln. Einher geht dies alles mit einer besseren Lebensqualität und einem guten Sicherheitsprofil – was für Vorteile für diese psychisch stark belasteten Patienten!

Das heißt, Mirikizumab ist eine wichtige und hochwirksame Ergänzung im Therapieportfolio der Colitis ulcerosa. Es hat einen überzeugenden und beträchtlichen Nutzen für die Patienten, die mit konventionellen oder biologischen Therapeutika nicht mehr ausreichend therapiert werden können. – Vielen Dank.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Frau Professor Kretschmer, für diese Einführung. – Meine erste Frage an die Kliniker, also an Herrn Bachmann und vielleicht auch an die AkdÄ: Wie haben wir uns die normale Versorgung von Personen mit mittelschwerer bis schwerer Colitis ulcerosa in Deutschland vorzustellen, die auf eine konventionelle Therapie oder die Biologikabehandlung unzureichend angesprochen haben, also in dem Bereich, in dem jetzt eben die Zulassung des in Rede stehenden Wirkstoffs vorstößt? Was macht man hier gemeinhin, den jetzt zu bewertenden Wirkstoff hinweggedacht? Wer könnte uns dazu etwas sagen? – Fangen wir mal mit Herrn Professor Bachmann an.

**Herr Prof. Dr. Bachmann (DGVS):** Statistisch geht man davon aus, dass ungefähr die Hälfte der Patienten mit Colitis ulcerosa einen komplizierteren Verlauf nehmen, also rezidivierende Schübe erleiden oder eine chronische Aktivität aufweisen. Ein größerer Teil dieser Patienten wird dann eine fortschrittliche Therapie benötigen, also einen Antikörper oder ein neues kleines Molekül, und wird es als Dauertherapie brauchen, um in eine Ruhephase der Erkrankung einzutreten.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön, Herr Professor Bachmann. – Gibt es Fragen? – Ja, ich sehe eine Wortmeldung von Frau Bickel, KBV. – Frau Bickel, bitte.

**Frau Bickel:** Daran anschließend würde ich gerne noch einmal die Frage bezüglich des Stellenwertes von weiteren Wirkstoffen stellen, die wir bislang nicht in der zweckmäßigen Vergleichstherapie benannt haben. Das sind die Wirkstoffe Filgotinib, Ozanimod und Upadacitinib. Wir haben ja zwei Patientengruppen gebildet, zum einen diejenigen, die auf eine konventionelle Therapie versagt haben, und zum anderen diejenigen, die auf eine biologische Therapie versagt haben. Würde man diese Wirkstoffe Filgotinib, Ozanimod und Upadacitinib mit aufnehmen, und wenn ja, in welche der Patientengruppen?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herr Bachmann.

**Herr Prof. Dr. Bachmann (DGVS):** Ich finde einerseits die Auswahl des G-BA für die zweckmäßigen Vergleichstherapien schlüssig und andererseits auch die Tatsache, dass jetzt im Dossier noch Vergleichstherapien hinzugekommen sind, weil wir in letzter Zeit ja die Zulassung von verschiedenen neuen Therapien hatten. Und ja, diese Therapien ähneln sich sehr stark, was die untersuchten Patienten angeht, also hinsichtlich des Indikationsspektrums, der untersuchten Endpunkte und teilweise auch der Ergebnisse.

Die Auswahl der Therapien ist sehr komplex und richtet sich nach den verschiedensten Gesichtspunkten: Patientenalter, Lebenssituation, Begleiterscheinungen der Darmerkrankung und natürlich auch Wirtschaftlichkeit. Die Leitlinie gibt hierzu keine klare Maßgabe, sondern bietet erst einmal die Möglichkeit an, alle diese Therapien als mögliche Dauertherapie bei entsprechender Indikation einzuleiten.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Frau Bickel, Nachfrage, Ergänzung?

**Frau Bickel:** Mir ging es jetzt wirklich konkret um diese drei Wirkstoffe, die ich genannt habe, also um die Frage, ob es sachgerecht ist, dass wir diese noch nicht in der zweckmäßigen Vergleichstherapie benennen, oder ob man sie aufführen sollte, also wirklich bezogen auf die Wirkstoffe Filgotinib, Ozanimod und Upadacitinib.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herr Professor Bachmann.

**Herr Prof. Dr. Bachmann (DGVS):** Ja, ich finde es sinnvoll, diese Wirkstoffe mit zu berücksichtigen. Die Colitis-ulcerosa-Leitlinie ist ja auch als Living Guideline verfasst. Das heißt, den Neuzulassungen wird jeweils Rechnung getragen, und dementsprechend sind diese neuen Wirkstoffe, die erst vor Kurzem zugelassen wurden, auch an entsprechender Position in der Leitlinie aufgenommen worden.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Frau Bickel?

**Frau Bickel:** Wir haben zum einen die Gruppe der Patienten, die auf konventionelle Therapien versagt haben, und zum anderen diejenigen, die dann quasi nochmals auf biologische Therapien versagt haben. Gilt das also für beide Patientengruppen oder beispielsweise nur für Gruppe 2?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herr Professor Bachmann.

**Herr Prof. Dr. Bachmann (DGVS):** Tatsächlich erscheint mir das für beide Gruppen als sinnvoll, weil die Studien, die mit den jeweiligen Präparaten durchgeführt worden sind, auch jeweils beide Gruppen untersucht haben.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Frau Bickel?

**Frau Bickel:** Okay, vielen Dank. Ich weiß nicht, ob noch ein weiterer Kliniker anwesend ist, der vielleicht noch etwas sagen könnte.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ich habe die AkdÄ; da sehe ich aber keine Wortmeldung. Dann Frau Schiller. – Ach so, ja; Herr Rosin hat sich gemeldet.

**Herr Dr. Rosien (AkdÄ):** Nein, ich wollte eben nur einen ganz kurzen Satz sagen, nämlich dass dem zuzustimmen ist, dass die Leitlinie bewusst offenlässt, dass man nach der individuellen Situation auswählt und das ganze Spektrum zur Verfügung hat. Insofern ist es auch richtig, dass Sie die anderen Substanzen noch erwähnt haben. Das hat Herr Professor Bachmann ja auch gerade ausgeführt.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön, Herr Dr. Rosien. – Jetzt Frau Schiller, GKV-SV.

**Frau Dr. Schiller:** Ich würde gerne mit meiner ersten Frage da kurz anschließen, einerseits, um Folgendes klarzustellen: Upadacitinib ist bisher nicht in der Leitlinie aufgenommen, obwohl sie erst im Frühjahr aktualisiert wurde. Angesichts des Hinweises, dass es eine Living Guideline sei, die ja regelmäßig aktualisiert werde, wollte ich da noch einmal nachhaken. Also, das scheint mir hier noch nicht ganz dem aktuellen Stand zu entsprechen.

Andererseits, um an Frau Bickels Frage noch einmal anzuknüpfen: Sie haben jetzt gesagt, auch ohne vorheriges Versagen auf biologische Therapie haben die JAK-Inhibitoren ebenfalls direkt einen Stellenwert. Aber im Lichte des PRAC-Verfahrens wollte ich gerne auch noch einmal nachhaken und die Kliniker Folgendes fragen: Kann man, klinisch gesehen, hinsichtlich des Stellenwerts absichten? Hat das aktuell in der Versorgung denselben Stellenwert wie eine initiale biologische Therapie, oder sind sie dann doch eher als nachrangiger zu betrachten?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herr Professor Bachmann.

**Herr Prof. Dr. Bachmann (DGVS):** Ich würde sagen, grundsätzlich sind sie von der Wirksamkeit und vom Einsatzgebiet her durchaus sehr vergleichbar. Natürlich gibt es bestimmte Warnhinweise zu den JAK-Inhibitoren, die uns allen bekannt sind und die einen in der klinischen Praxis dazu führen, dass man die Therapie nicht nur nach der Wirksamkeit personalisiert, sondern auch nach dem patientenindividuellen Risiko, und dementsprechend dazu kommen wird, dass ein Teil der Patienten vielleicht nicht so gut für eine primäre Therapie mit neuen kleinen Molekülen geeignet ist.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ergänzung, Herr Rosien oder Herr Klinge? – Ich sehe nichts. Dann Frau Schiller noch mal, oder weitere Fragen, Nachfragen?

**Frau Dr. Schiller:** Danke für die Antwort auf die erste Frage. Ich hätte noch eine weitere Frage. Sie richtet sich aber an den pharmazeutischen Unternehmer.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ja, bitte.

**Frau Dr. Schiller:** Sie hatten im Eingangsstatement auch betont, wie groß die Belastung der Patienten mit dieser typischen Symptomatik ist. Meine Frage richtet sich darauf: Im Studienprogramm LUCENT war ursprünglich auch eine direkt vergleichende Studie vorgesehen, die dann vor Patienteneinschluss abgebrochen wurde. Könnten Sie kurz dazu ausführen, warum dies geschah, und auch, ob noch weitere vergleichende Untersuchungen geplant sind?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Wer möchte das für den pU machen? – Frau Kretschmer.

**Frau Prof. Dr. Kretschmer (Lilly):** Meine Kollegin Frau Lehmann hatte sich gemeldet; aber das scheint durchgegangen zu sein.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Nein.

**Frau Prof. Dr. Kretschmer (Lilly):** Wenn es okay ist, würde sie die Frage beantworten wollen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Okay, bitte schön. Dann geben wir es weiter.

**Frau Dr. Lehmann (Lilly):** Sie sprachen über die LUCENT-ACT-Studie, die wir nicht begonnen haben. Das hatte weder Wirksamkeitsgründe noch Sicherheitsgründe; es wurden auch keine Patienten eingeschlossen. Wir hatten für diese Studie einen innovativen Endpunkt vorgesehen, die histologische Remission, und es haben sich einfach neue wissenschaftliche Daten ergeben, weswegen das Studiendesign nicht mehr adäquat war. Deswegen wurde die Studie nicht durchgeführt, und es sind auch keine weiteren Studien geplant.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dann noch mal eine Nachfrage, Frau Schiller? – Weitere Fragen bzw. Nachfragen? – Keine?

**Frau Dr. Schiller:** Keine weiteren Fragen, danke.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Wer hat Fragen? – Niemand mehr? Dann sind wir durch. – Frau Kretschmer, dann dürfen Sie noch mal.

**Frau Prof. Dr. Kretschmer (Lilly):** Ja, das war ja sehr kurz; so kurz war es noch nie: der Rekord der Kürze, die ich erlebt habe. Aber gut, wir fassen noch einmal zusammen. Herzlichen Dank für die Fragen, die Sie gestellt haben, Frau Bickel, Frau Schiller.

Ich glaube, aus meinen Ausführungen und auch dem, was Herr Professor Bachmann ergänzt hat, ist klar geworden, dass die Behandlung der Patienten mit der mittelschweren bis schweren Colitis ulcerosa sehr patientenindividuell ist. Es hängt von vielen Parametern ab, so von den Entzündungsparametern: Was steht im Vordergrund? Der imperative Stuhldrang ist meines Erachtens ein sehr wichtiger Aspekt, bei dem wir mit Mirikizumab deutlich punkten und den Patienten Erleichterung verschaffen können, sodass sie wieder am Alltag teilnehmen können; denn es ist doch eine sehr, sehr belastende Situation, wenn man sich gar nicht mehr vor die Haustür bewegen kann.

Darüber hinaus haben wir diskutiert, dass weitere zweckmäßige Vergleichstherapien hinzugekommen sind. Auch da ist ausgeführt worden: Das ist ebenfalls sehr individuell. Man kann nicht absichten, was zuerst und was danach kommt. Und meines Erachtens ist es, so wie wir es gerade von Herrn Bachmann gehört haben, auch hierbei wichtig, mit den Patienten in den Austausch zu gehen, zu gucken, wie seine Anamnese ist und welche Faktoren berücksichtigt werden müssen, sodass für beide Gruppen an der Stelle die weiteren neuen Produkte vielleicht als zVT in Frage kommen.

Den Patienten wird durch Mirikizumab eine weitere gute Therapieoption zur Verfügung gestellt, und das bei einem sehr, sehr guten Sicherheitsprofil, was wirklich äußerst selten ist. Damit werden die Patienten in der Zukunft sicherlich von dieser weiteren Therapieoption sehr gut profitieren können. – Vielen Dank.



**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ja, danke schön, Frau Professor Kretschmar, an Sie und Ihr Team, danke an Herrn Professor Bachmann, Herrn Rosien und Herrn Klinge, die Letzteren von der AkdÄ. Wir können an dieser Stelle diese Anhörung beenden. Ich wünsche Ihnen noch einen schönen Resttag.

Bis zur nächsten Anhörung um 13:30 Uhr unterbreche ich die Sitzung. Danke schön.

Schluss der Anhörung: 12:25 Uhr