

Gemeinsamer Bundesausschuss

Gutenbergstraße 13

10623 Berlin

23. März 2020

**Stellungnahme zur
Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V**

**Pembrolizumab in Kombination mit Axitinib
(Nierenzellkarzinom)**

veröffentlicht am 2. März 2020

Vorgangsnummer 2020-12-01-D-502

IQWiG Bericht Nr. 887

1. Zusammenfassung
2. Einleitung
3. Stand des Wissens
4. Dossier und Bewertung von Pembrolizumab (Keytruda®)
 4. 1. Zweckmäßige Vergleichstherapie
 4. 2. Studien
 4. 3. Endpunkte
 4. 3. 1. Überlebenszeit
 4. 3. 2. Morbidität
 4. 3. 2. 1. Progressionsfreies Überleben / Remissionsrate
 4. 3. 2. 2. Lebensqualität / Patient-Reported Outcome
 4. 3. 3. Nebenwirkungen
 4. 4. IQWiG Bericht
5. Ausmaß des Zusatznutzens
6. Literatur

1. Zusammenfassung

Die frühe Nutzenbewertung von Pembrolizumab (Keytruda®) in Kombination mit Axitinib (Inlyta®) ist ein weiteres Verfahren in der Erstlinientherapie von Patienten mit fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom (RCC). Pembrolizumab in Kombination mit Axitinib ist zugelassen für die Erstlinientherapie von Patienten aller Risikogruppen. Der G-BA hat zwei Subgruppen gebildet. Das IQWiG wurde mit dem Bericht beauftragt. Pharmazeutischer Unternehmer und IQWiG kommen zu unterschiedlichen Bewertungen. Einen Überblick über Vergleichstherapie und Bewertungsvorschläge gibt Tabelle 1.

Tabelle 1: Berechnung des Zusatznutzens durch pU und IQWiG

Subpopulationen	G-BA	Pharmazeutischer Unternehmer		IQWiG	
	ZVT	Zusatznutzen	Ergebnissicherheit	Zusatznutzen	Ergebnissicherheit
nicht vorbehandelte Patienten mit günstigem oder intermediärem Risikoprofil (IMDC-Score 0-2)	IFN- α + Bevacizumab oder Pazopanib oder Sunitinib	erheblich	Hinweis	beträchtlich	Hinweis
nicht vorbehandelte Patienten mit ungünstigem Risikoprofil (IMDC-Score ≥ 3)	Temsirolimus oder Sunitinib	erheblich	Hinweis	beträchtlich	Hinweis

Unsere Anmerkungen sind:

- Die vom G-BA festgelegte und vom pharmazeutischen Unternehmer ausgewählte ZVT ist eine zugelassene, häufig eingesetzte und anerkannte Therapie im Anwendungsgebiet dar. Sie entspricht dennoch nicht mehr vollständig den aktualisierten Empfehlungen zur Erstlinientherapie. Diese sind:
 - günstig IFN- α + Bevacizumab, Pazopanib, Sunitinib oder Tivozanib
 - intermediär Nivolumab + Ipilimumab
 - ungünstig Nivolumab + Ipilimumab
- Basis der frühen Nutzenbewertung ist KEYNOTE 426, eine internationale, multizentrische, randomisierte, offene Phase-III-Studie bei 861 Patienten mit fortgeschrittenem, klarzelligem Nierenzellkarzinom.
- Pembrolizumab/Axitinib führt gegenüber Sunitinib bei Patienten aller Risikogruppen zur Steigerung der Remissionsrate, zur Verlängerung des progressionsfreien Überlebens und zur Gesamtüberlebenszeit.
- Die Rate von Nebenwirkungen im CTCAE Grad 3/4 ist in beiden Studienarmen mit 70-75% etwa gleich hoch. Die Nebenwirkungen sind substanzen klassenspezifisch.
- In der Bewertung des klinischen Nutzens auf der ESMO-Magnitude of Clinical Benefit Scale v1.1 erhält Pembrolizumab/Axitinib in der Erstlinientherapie den Grad 4 (Skala 1 (niedrig) – 5 (hoch)).

Die Wirksamkeit von Pembrolizumab + Axitinib beim fortgeschrittenen Nierenzellkarzinom ist sehr gut. Wir haben damit jetzt die „Luxussituation“ einer Auswahl zwischen mehreren, hochwirksamen Therapieoptionen. Die Kombination Pembrolizumab/Axitinib gehört in allen Risikogruppen zur Therapie der ersten Wahl.

2. Einleitung

Das Nierenzellkarzinom gehört zu den häufigeren malignen Tumoren des Erwachsenen. In Europa sind Männer mit einer Inzidenz von ca. 26/100.000 deutlich häufiger als Frauen mit einer Inzidenz von ca. 12/100.000 betroffen. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei Männern zwischen 65 und 70 Jahren, bei Frauen über 70 Jahre. In den letzten Jahren werden Nierenzellkarzinome zunehmend häufig inzidentell im Rahmen abdomineller Diagnostik aus anderer Indikation mittels Sonographie oder Schnittbildverfahren entdeckt. Die altersstandardisierten Inzidenz- und Mortalitätsraten sinken in den letzten Jahren leicht.

3. Stand des Wissens

Die Therapie des metastasierten Nierenzellkarzinoms ist fast immer palliativ. Einen deutlichen Fortschritt mit signifikanter Verlängerung des progressionsfreien Überlebens gegenüber dem früheren Standard Interferon alpha konnte mit Angiogenese-hemmenden Multikinase-Inhibitoren (TKI), mTOR – Inhibitoren, der Kombination Interferon alpha und dem VEGF-Antikörper Bevacizumab erreicht werden [2, 3].

Eine neue Therapieoption ist die Immuntherapie mit Immuncheckpoint-Inhibitoren. In der Erstlinientherapie führt die Kombination Nivolumab + Ipilimumab bei Patienten mit intermediärem und ungünstigem Risikoscore [4] zur Verlängerung der Überlebenszeit und zur Steigerung der Überlebensrate.

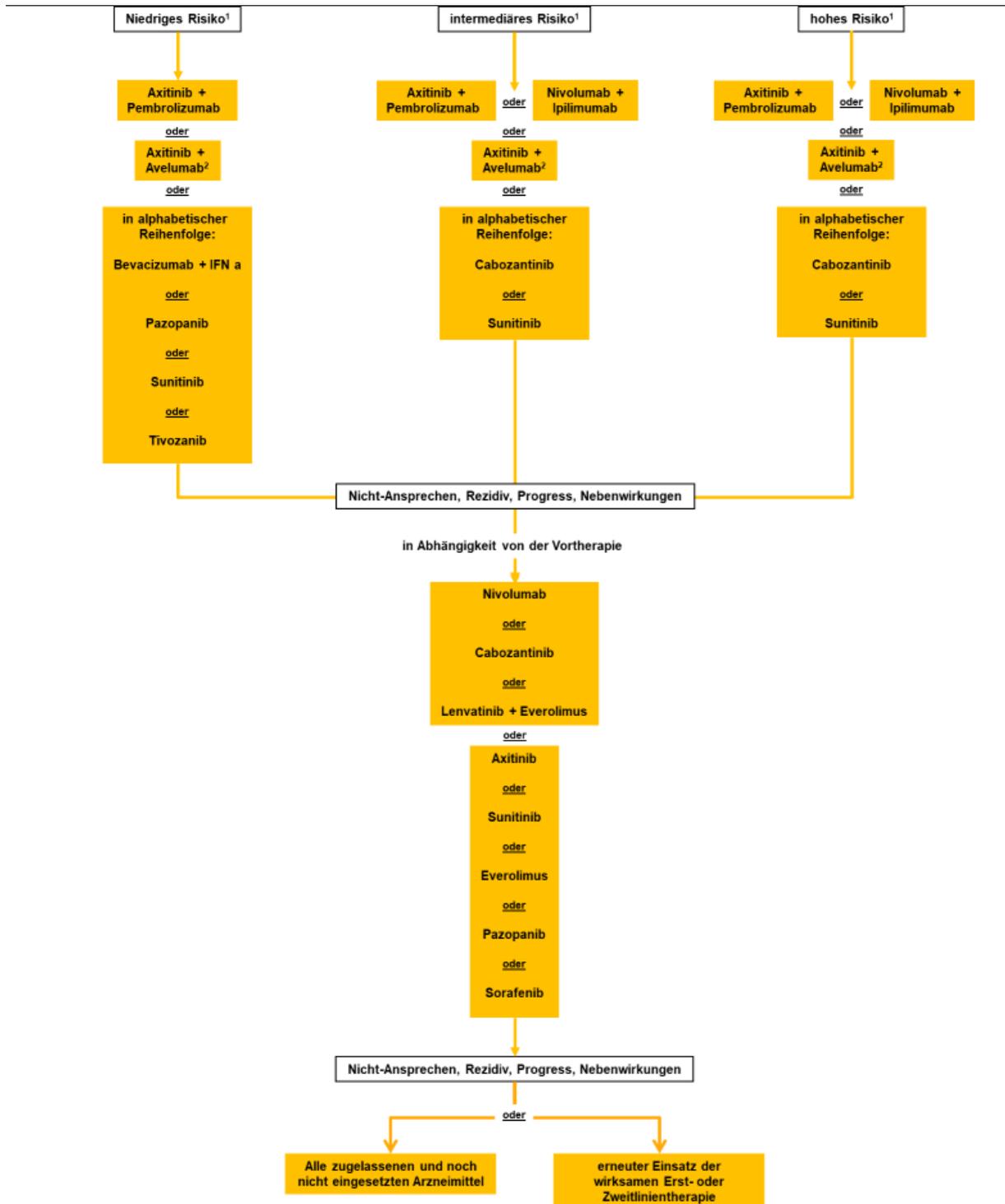
Jetzt liegen neue Daten zur Kombination von Immuncheckpoint-Inhibitoren und Multikinase-Inhibitoren vor.

Pembrolizumab ist ein Anti-PD-1-Antikörper und gehört zur Substanzklasse der Immuncheckpoint-Inhibitoren. Pembrolizumab war der zweite, von der EMA zugelassene Immuncheckpoint-Inhibitor. Inzwischen umfasst die Zulassung 6 verschiedene Tumorentitäten.

Axitinib ist ein oraler Multikinase-Inhibitor. Durch die Hemmung der Signalübertragung von VEGFR1, VEGFR2, VEGFR3 und PDGFR beeinflusst es die Neoangiogenese. Axitinib ist zugelassen zur Therapie von Patienten mit fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom nach Vorbehandlung mit Zytokinen oder mit Sunitinib.

Der aktuelle Therapiealgorithmus für Patienten mit fortgeschrittenem und metastasiertem Nierenzellkarzinom ist in Abbildung 1 dargestellt.

Abbildung 1: Algorithmus für die medikamentöse Therapie des Nierenzellkarzinoms [2]



Legende: kurative Intention; palliative Intention;

1 Risiko-Scores nach IMDC

2 OS Vorteil ist bisher nur für die Kombination mit Pembrolizumab gezeigt

Daten randomisierter Studien zur Erstlinientherapie sind in [Tabelle 2](#) zusammengestellt.

Tabelle 2: Erstlinientherapie bei Patienten mit fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom

Erstautor / Jahr	Risikogruppe	Kontrolle	Neue Therapie	N ¹	RR ²	PFÜ ⁴ (HR ³)	ÜLZ ⁵ (HR ³)
Hudes et al., 2007 [5]	Erstlinie, ungünstige Prognose	Interferon	Temsirolimus	416	4,8 vs 8,6	1,9 vs 3,8	7,3 vs 10,9 0,73 p = 0,008
Motzer et al., 2013, TIVO-1 [6] Dossier	Erstlinie, klar-zellig	Sorafenib	Tivozanib	517	23 vs 33 p = 0,014	9,1 vs 11,5 0,795 ⁷ p = 0,039	30,8 vs 28,2 n. s.
Choueiri et al., 2017, 2018 [7,8] Dossier	Erstlinie, intermediäre / ungünstige Prognose	Sunitinib	Cabozantinib	157	9 vs 20	5,3 vs 8,6 0,48 ⁷ p = 0,0008	21,2 vs 26,6 n. s.
Motzer et al., 2018 [9] Dossier	Erstlinie, günstige Prognose	Sunitinib	Nivolumab + Ipilimumab	249	52 vs 29 p < 0,001	25,1 vs 15,3 2,18 p < 0,001	n.e. vs n.e. 1,45 P = 0,27
	Erstlinie, intermediäre Prognose	Sunitinib	Nivolumab + Ipilimumab	667	30 vs 42 p = 0,0014	9,8 vs 12,5 0,89 n. s.	34,8 vs n.e. 0,697 p = 0,0025
	Erstlinie, ungünstige Prognose	Sunitinib	Nivolumab + Ipilimumab	180	15 vs 42 p < 0,0001	5,4 vs 9,8 0,53 p = 0,0002	9,7 vs 21,5 0,582 p = 0,0028
Motzer et al., 2019 [10] Dossier	Erstlinie, alle	Sunitinib	Avelumab + Axitinib	886	27 vs 53 p < 0,0001	5,6 vs 8,6 0,69 p < 0,0001	n.e. vs n.e. 0,80 p = 0,0784
	Erstlinie, günstige/intermediäre Prognos	Sunitinib	Avelumab + Axitinib	737	30 vs 57 p < 0,001	6,9 vs 11,1 0,72 p = 0,0016	n.e. vs n.e. 0,87 p = 0,3777
	Erstlinie, ungünstige Prognose	Sunitinib	Avelumab + Axitinib	143	13 vs 32 p = 0,0049	2,8 vs 5,4 0,54 p = 0,0049	9,5 vs 14,8 0,50 p = 0,0045
Rini et al., 2019 [11] Dossier	Erstlinie, alle	Sunitinib	Pembrolizumab + Axitinib	861	39 vs 60 p < 0,001	11,1 vs 17,1 0,69 p < 0,001	n.e. vs n.e. 0,59 p < 0,001

	Erstlinie, günstige/inter- mediäre Prog- nose	Sunitinib	Pembrolizumab + Axitinib	753	42 vs 63 p < 0,001	12,5 vs 18,0 0,70 p < 0,001	n.e. vs n.e. 0,57 p = 0,001
	Erstlinie, ungünstige Prognose	Sunitinib	Pembrolizumab + Axitinib	108	14 vs 39 p = 0,006	2,9 vs 4,9 0,57 p = 0,022	10,1 vs 21,8 0,50 p = 0,015

¹ N - Anzahl Patienten; ² RR - Remissionsrate in %; ³ PFÜ - progressionsfreie Überlebenszeit oder TTP – Zeit bis zum Progress, in Monaten; ⁴ HR - Hazard Ratio; ⁵ ÜLZ - Gesamtüberlebenszeit, in Monaten; ⁶ Ergebnis für Kontrolle, Ergebnis für neue Therapie; ⁷ n.s. – nicht signifikant; ⁷ Hazard Ratio für neue Therapie;

Aufgrund dieser Studiendaten wurde die Kombination Pembrolizumab + Axitinib von der FDA im April 2019, von der EMA im September 2019 zugelassen.

4. Dossier und Bewertung von Pembrolizumab + Axitinib

4.1. Zweckmäßige Vergleichstherapie (ZVT)

Der G-BA hat mehrere Arzneimittel als mögliche ZVT identifiziert, entsprechend den Therapieempfehlungen aus früheren Leitlinien. Ein gemeinsamer Nenner ist Sunitinib, entsprechend dem Kontrollarm der Zulassungsstudie. Das entsprach auch unserem vorherigen Standard. Derzeit ist allerdings Sunitinib nur noch eine Standardtherapie bei Patienten mit günstiger Prognose. Die aktuellen Empfehlungen sind:

- Günstige Prognose IFN- α + Bevacizumab, Pazopanib, Sunitinib oder Tivozanib
- Intermediäre Prognose Nivolumab + Ipilimumab
- Ungünstige Prognose Nivolumab + Ipilimumab

4.2. Studien

Grundlage der frühen Nutzenbewertung ist die multizentrische, randomisierte, offene Phase III-Studie KEYNOTE 426 zum Vergleich von Pembrolizumab + Axitinib versus Sunitinib beim fortgeschrittenen Nierenzellkarzinom. Die Studie schloss 861 Patienten aller Risikogruppen ein.

Die Aufteilung der Patienten nach dem IMDC Score ist:

- günstig 31%
- intermediär 56%
- ungünstig 13%

Die Studie war offen. Dieses Studiendesign ist sinnvoll, da es sich bei Pembrolizumab um intravenöse Infusionen mit Infusionsdauern von 30 Minuten handelt. Es ist nicht vertretbar, den Patienten im Placebo-Arm eine solche Scheininfusion regelmäßig über einen längeren Zeitraum zu geben. Dazu kommt, dass die charakteristischen Nebenwirkungen häufig auftreten, und auch eine Verblindung nicht möglich ist.

Zugelassen wurde Nivolumab/Ipilimumab für Patienten mit intermediärem und ungünstigem Risiko. Deutsche Zentren waren an der Studie beteiligt. Die Ergebnisse wurden in einem Peer-Review-Journal publiziert [11].

Für das Dossier wurde der Datenschnitt vom 2. Januar 2019 verwendet.

4. 3. Endpunkte

4. 3. 1. Überlebenszeit

Die Gesamtüberlebenszeit ist ein relevanter Parameter bei Patienten mit metastasiertem Nierenzellkarzinom. Er war einer der primären Endpunkte der Zulassungsstudie.

In der Gesamtgruppe und in der Gruppe der Patienten mit günstiger und intermediärer Prognose war der Median der Überlebenszeit zum Datenschnitt nicht erreicht. Bis zum Datenschnitt waren 15% der Patienten im Pembrolizumab + Axitinib- und 23% der Patienten im Sunitinib-Arm verstorben, der Unterschied ist signifikant (HR 0,57). Bei Patienten mit ungünstiger Prognose wurde die mediane Überlebenszeit um 11,7 Monate verlängert, der Unterschied ist signifikant (HR 0,50).

Bei der Folgetherapie im Progress zeigt sich eine deutliche Imbalance. Im Sunitinib-Arm erhielten 37,5% der Patienten eine Folgetherapie, etwa 18% einen Immuncheckpoint-Inhibitor. Im Pembrolizumab/Axitinib-Arm erhielten nur 23,4% der Patienten eine Folgetherapie, etwa 2% einen Immuncheckpoint-Inhibitor.

4. 3. 2. Morbidität

4. 3. 2. 1. Progressionsfreies Überleben/Remissionsrate

Die progressionsfreie Überlebenszeit war einer der beiden primären Endpunkte der Zulassungsstudie. Sowohl in der Gesamtpopulation als auch in den beiden Subpopulationen wurde die progressionsfreie Überlebenszeit signifikant verlängert. Der Unterschied war relativ stärker bei Patienten mit ungünstiger Prognose ausgeprägt (Hazard Ratio 0,57).

Die Remissionsrate wurde durch Pembrolizumab + Axitinib in der Gesamtpopulation und in den beiden Subpopulationen signifikant gesteigert.

4. 3. 2. 2. Lebensqualität / Patient-Reported Outcome

Daten zum Endpunkt Lebensqualität / Patient-Reported Outcome wurden mittels der Fragebögen E-ORTC QLQ-C30, FKSI-DRS (aus dem Kidney Symptom Index (FKSI-19)) und EQ-5D VAS erfasst. Diese Instrumente sind validiert. Die Rücklaufquoten waren hoch.

Insgesamt zeigen sich nur wenige Unterschiede zwischen den beiden Studienarmen. Im EORTC QLQ-C30 zeigt sich eine Verschlechterung der Lebensqualität für die Kombinationstherapie aufgrund der Diarrhoe.

4. 3. 3. Nebenwirkungen

Insgesamt tragen Nebenwirkungen in beiden Studienarmen häufig auf, Nebenwirkungen im CTCAE Grad 3/4 waren etwas häufiger im Pembrolizumab/Axitinib- (75,8%) als im Sunitinib-Arm (70,6%). Die Rate an Dosisreduktionen lag für Sunitinib bei 30 und für Axitinib bei 20%. Nebenwirkungen im CTCAE Grad 3/4, die bei mehr als 5% der Patienten und häufiger im Pembrolizumab/Axitinib-Arm auftraten, waren Hypertonie (22,1%), Diarrhoe (9,1%), Erhöhung der SGOT (13,3%), Erhöhung der SGPT (7,0%) und Hand-Fuß-Syndrom (5,1%) [11]. Substanzklassenspezifische, immunvermittelte Ereignisse führten bei 4 Patienten (0,9%) im Pembrolizumab/Axitinib-Arm zum Tod (Myastenia gravis, Myokarditis, nekrotisierende Fasciitis, Pneumonitis). Dysphonie trat bei 25,4% der Patienten im Pembrolizumab/Axitinib-Arm auf, fast immer im Grad 1-2.

Häufiger unter Sunitinib traten vor allem hämatologische Nebenwirkungen auf. Aufgrund von Nebenwirkungen wurde die Therapie im Pembrolizumab/Axitinib bei 10,7%, im Sunitinib-Arm bei 13,9% der Patienten abgebrochen.

Insgesamt wurde die vor allem durch die Multikinase-Inhibitoren bedingte Nebenwirkungsrate durch die Kombination mit dem Immuncheckpoint-Inhibitor nicht verstärkt.

4. 4. Bericht des IQWiG

Der Bericht des IQWiG wurde unter Einbindung eines externen Sachverständigen und ohne Beteiligung von Patienten erstellt. Das IQWiG übernimmt die vom G-BA festgelegten Subgruppen und die ZVT.

Die Daten zur Lebensqualität wurden aus methodischen Gründen nicht ausgewertet.

5. Klinische Bewertung des Nutzens

Wissenschaftliche medizinische Fachgesellschaften haben in den letzten Jahren validierte Instrumente für eine Bewertung des klinischen Nutzens neuer Arzneimittel unter Patienten-orientierten Gesichtspunkten entwickelt. In Kooperation mit der European Society for Medical Oncology (ESMO) ergänzen wir unsere Stellungnahme mit der Bewertung von Pembrolizumab/Axitinib anhand der ESMO-Magnitude of Clinical Benefit Scale (ESMO-MCBS) Version 1.1. Diese sieht bei Arzneimitteln für die nicht-kurative Therapie eine Einteilung von 1 (niedrig) bis 5 (hoch) vor [11, 12].

ESMO-MCBS v1.1 Pembrolizumab/Axitinib: 4

6. Ausmaß des Zusatznutzens

Die Kombination eines Multikinase-Inhibitors in Kombination mit einem Immuncheckpoint-Inhibitor ist eine konsequente Weiterentwicklung der gezielten Therapien der letzten 20 Jahre beim Nierenzellkarzinom. Das Nierenzellkarzinom gehört seit mehr als 30 Jahren zu den Zielen der Immuntherapie. Im Kontext von KEYNOTE 426 sind verschiedene Aspekte zu diskutieren:

Histologie

Die Zulassungsstudie schloss nur Patienten mit klarzelligem Nierenzellkarzinom ein. Die Zulassung umfasst alle histologischen Entitäten. Bei Patienten mit nicht-klarzelligem Nierenzellkarzinom können sowohl Multikinase-Inhibitoren als auch Immuncheckpoint-Inhibitoren zu Remissionen führen. Formal ist der Zusatznutzen von Pembrolizumab + Axitinib bei Patienten mit nicht-klarzelligem Nierenzellkarzinom nicht belegt.

Kombinationstherapie

Die Kombinationstherapie Pembrolizumab + Axitinib führt beim fortgeschrittenen Nierenzellkarzinom zu einer Steigerung der Remissionsrate, einer Verlängerung des progressionsfreien und des Gesamtüberlebens. Die Nebenwirkungsrate ist hoch, sie liegt insgesamt bei fast 100%. Auch die Rate schwerer Nebenwirkungen ist hoch, häufig sind Dosisreduktionen erforderlich.

In der Behandlungssituation können wir jetzt wählen. Direkte Vergleiche zwischen Pembrolizumab/Axitinib, Avelumab/Axitinib und Nivolumab/Ipilimumab fehlen. Das Nebenwirkungsspektrum bei den Kombinationen mit den Multikinase-Inhibitoren liegt mehr bei Hypertonie, Hand-Fuß-Syndrom, Dysphonie u. a. Bei Nivolumab/Ipilimumab steht die Rate schwerer immunvermittelter Nebenwirkungen im Vordergrund. Auch fehlen vor allem bei Pembrolizumab + Axitinib Daten zur Langzeiteffektivität und zu Sequenztherapien.

Die Wirksamkeit von Pembrolizumab + Axitinib beim fortgeschrittenen Nierenzellkarzinom ist sehr gut. Wir haben damit jetzt die „Luxussituation“ einer Auswahl zwischen mehreren, hochwirksamen Therapieoptionen.

7. Literatur

1. Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. Atlas der Krebsinzidenz und -mortalität in Deutschland (GEKID-Atlas). Verfügbar über: <http://www.gekid.de>
2. Bergmann L et al.: Nierenzellkarzinom. Leitlinien von DGHO, OeGHO, SGMO und SGH+SSH, Status 2019. <https://www.onkopedia.com/de/onkopedia/guidelines/nierenzellkarzinom-hypernephrom/@@view/html/index.html>
3. S3 Leitlinie Nierenzellkarzinom: Diagnostik, Therapie und Nachsorge. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/043-017OL.html>
4. Heng DY, Xie W, Regan MM, et al.: External validation and comparison with other models of the International Metastatic Renal-Cell Carcinoma Database Consortium prognostic model: a population-based study. *Lancet Oncol* 14:141-148, 2013. DOI: [10.1016/S1470-2045\(12\)70559-4](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(12)70559-4)
5. Hudes G, Carducci M, Tomczak P et al.: Temozolomid, Interferon Alfa, or Both for Advanced Renal-Cell Carcinoma. *N Engl J Med* 356:2271-2281, 2007. DOI: [10.1056/NEJMoa066838](https://doi.org/10.1056/NEJMoa066838)
6. Motzer RJ, Nosov D, Eisen D et al.: Tivozanib Versus Sorafenib As Initial Targeted Therapy for Patients With Metastatic Renal Cell Carcinoma: Results From a Phase III Trial *J Clin Oncol* 31:3791-3799, 2013. DOI: [10.1200/JCO.2012.47.4940](https://doi.org/10.1200/JCO.2012.47.4940)
7. Choueiri TK, Halabi S, Sanford BL et al.: Cabozantinib Versus Sunitinib As Initial Targeted Therapy for Patients With Metastatic Renal Cell Carcinoma of Poor or Intermediate Risk: The Alliance A031203 CABOSUN Trial. *J Clin Oncol* 35:591-597, 2017. DOI: [10.1200/JCO.2016.70.7398](https://doi.org/10.1200/JCO.2016.70.7398)
8. Choueiri TK, Hessel C, Halabi S et al.: Cabozantinib versus sunitinib as initial therapy for metastatic renal cell carcinoma of intermediate or poor risk (Alliance A031203 CABOSUN randomised trial): Progression-free survival by independent review and overall survival update. *Eur J Cancer* 94:115-125, 2018. DOI: [10.1016/j.ejca.2018.02.012](https://doi.org/10.1016/j.ejca.2018.02.012)
9. Motzer RJ, Tannir NM, McDermott DF et al.: Nivolumab plus ipilimumab versus sunitinib in advanced renal-cell carcinoma. *N Engl J Med* 378:1277-1290, 2018. DOI: [10.1056/NEJMoa1712126](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1712126)
10. Motzer RJ, Penkov K, Haanen J et al.: Avelumab Plus Axitinib Versus Sunitinib for Advanced Renal-Cell Carcinoma. *N Engl J Med* 380:1103-1115, 2019. DOI: [10.1056/NEJMoa1816047](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1816047)
11. Cherny NI, Sullivan R, Dafni U et al.: A standardised, generic, validated approach to stratify the magnitude of clinical benefit that can be anticipated from anti-cancer therapies: the European Society for Medical Oncology Magnitude of Clinical Benefit Scale (ESMO-MCBS). *Ann Oncol* 26:1547-1573, 2015. DOI: [10.1093/annonc/mdv249](https://doi.org/10.1093/annonc/mdv249)
12. Cherny NI, Dafni U, Bogaerts J et al.: ESMO-Magnitude of Clinical Benefit Scale version 1.1. *Ann Oncol* 28:2340-2366, 2017. DOI: [10.1093/annonc/mdx310](https://doi.org/10.1093/annonc/mdx310)

Diese Stellungnahme wurde von Prof. Dr. B. Wörmann in Kooperation mit Prof. Dr. Lothar Bergmann (Universitätsklinik Frankfurt, Medizinische Klinik II, Frankfurt), Prof. Dr. Carsten Bokemeyer (Universitätsklinikum Eppendorf, II. Medizinische Klinik und Poliklinik, Onkologisches Zentrum, Hamburg), Prof. Dr. Marc-Oliver Grimm (Universitätsklinikum Jena, Urologische Klinik und Poliklinik, Jena), Prof. Dr. Viktor Grünwald (Universitätsklinikum Essen, Innere Klinik, Tumorforschung, Essen) und Prof. Dr. Gunhild von Amsberg (Universitätsklinikum Eppendorf, II. Medizinische Klinik und Poliklinik, Onkologisches Zentrum, Hamburg) erarbeitet.

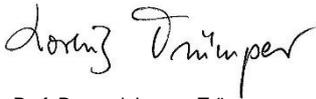
Mit freundlichen Grüßen

Für die Deutsche Gesellschaft für Urologie



Prof. Dr. med. Marc-Oliver Grimm
Mitglied des Vorstands

Für die DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie



Prof. Dr. med. Lorenz Trümper
Geschäftsführender Vorsitzender



Prof. Dr. med. Hermann Einsele
Vorsitzender



Prof. Dr. med. Maïke de Wit
Mitglied im Vorstand



PD Dr. med. Ingo Tamm
Mitglied im Vorstand