



Deutsche Gesellschaft für  
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde,  
Kopf- und Hals-Chirurgie e.V., Bonn

[DGHNO-Geschäftsstelle](#)

Friedrich-Wilhelm-Str. 2  
53113 Berlin  
Tel. 0228 923 922-0  
Fax 0228 923 922-10  
[info@hno.org](mailto:info@hno.org)



[DKMKG-Geschäftsstelle](#)

Schoppastraße 4  
65719 Hofheim  
Tel. 06192 / 206303  
Fax 06192 / 206304  
[info@dgmkg.de](mailto:info@dgmkg.de)  
[www.dgmkg.de](http://www.dgmkg.de)



[Hauptstadtbüro der DGHO](#)

Alexanderplatz 1  
10178 Berlin  
Tel. 030.27 87 60 89 0  
Fax 030 27 87 60 89 18  
[info@dgho.de](mailto:info@dgho.de)

---

## Gemeinsamer Bundesausschuss

Wegelystr. 8  
10623 Berlin

5. Februar 2019

### Gemeinsame Stellungnahme von DGHO, DGHNO und DGMKG zur Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V

## Pembrolizumab (neues Anwendungsgebiet, Plattenepithelkarzinom des Kopf-Hals-Bereichs)

veröffentlicht am 15. Januar 2019  
Vorgangsnummer 2018-10-15-D-396  
IQWiG Bericht Nr. 711

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®) bei Plattenepithelkarzinomen des Kopf-Hals-Bereichs ist die zweite frühe Nutzenbewertung zur systemischen Therapie in dieser onkologischen Indikation. Pembrolizumab ist zugelassen als Monotherapie für Patienten mit rezidiviertem oder refraktärem Plattenepithelkarzinom der Kopf-Hals-Region mit PD-L1 exprimierenden Tumoren (TPS $\geq$ 50%) und einem Fortschreiten der Krebserkrankung während oder nach Platin-basierter Chemotherapie. Der G-BA hat das IQWiG 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**

G-BA	Pharmazeutischer Unternehmer		IQWiG	
ZVT	Zusatznutzen	Ergebnis-sicherheit	Zusatznutzen	Ergebnis-sicherheit
Patientenindividuelle Therapie nach Maßgabe des Arztes (vornehmlich Methotrexat aus der Gruppe Chemotherapeutika, Strahlentherapie und / oder Operation)	erheblich	Hinweis	nicht quantifizierbar	Anhaltspunkt

Unsere Anmerkungen sind:

- Die Prognose von Patienten mit Plattenepithelkarzinom des Kopf-Hals-Bereichs im Progress während oder nach einer Platin-basierter Chemotherapie ist schlecht.
- Die vom G-BA festgelegte, zweckmäßige Vergleichstherapie entspricht nicht mehr dem Stand des Wissens, zumal in der Zweitlinienbehandlung bislang kein Standard in Leitlinien definiert wurde. Durch die Zulassung von Nivolumab im Mai 2017 hat sich der Therapiestandard verändert.
- Grundlage der Nutzenbewertung ist KEYNOTE 040, eine internationale, multizentrische, randomisierte Phase-III-Studie zum Vergleich von Pembrolizumab versus einer patientenindividuellen Therapie.
- Pembrolizumab führt bei der Zulassungspopulation von Patienten mit einer PD-L1-Expression  $\geq$ 50% der Tumorzellen (Tumor Positive Score) gegenüber einer Therapie mit Cetuximab, Docetaxel oder Methotrexat zu einer Steigerung der Remissionsrate, zur Verlängerung des progressionsfreien Überlebens, zur Verlängerung der Überlebenszeit und zu einer Erhöhung der Überlebensrate nach einem Jahr.
- Die Rate schwerer unerwünschter Ereignisse ist in beiden Studienarmen etwa gleich hoch.
- In der Bewertung des klinischen Nutzens auf der ESMO-Magnitude of Clinical Benefit Scale v1.1 erhält Pembrolizumab den Grad 5 (Skala 1 (niedrig) – 5 (hoch)).

Pembrolizumab ist ein wirksames Arzneimittel bei Patienten mit Plattenepithelkarzinom des Kopf-Hals-Bereichs im Progress während oder nach einer Platin-basierter Chemotherapie. Die Wirksamkeit scheint vergleichbar mit Nivolumab. Die Beschränkung der Zulassung auf Patienten mit einer hohen Expression von PD-L1 und die Beschränkung der frühen Nutzenbewertung auf eine Vergleichstherapie mit Methotrexat führt schlussendlich zu einer sehr kleinen Gruppe auswertbarer Patienten aus der Gesamtzulassungsstudie. Dadurch ist der Zusatznutzen von Pembrolizumab in dieser Indikation nicht zuverlässig quantifizierbar.

## 2. Einleitung

Unter dem Begriff „Kopf-Hals-Tumore“ wird eine Vielzahl sehr unterschiedlicher Malignome im Bereich des Kopfes (unter Ausschluss des Gehirns) und des Halses zusammengefasst. Dazu gehören Krebserkrankungen von Lippen, Mundboden, Mundhöhle, Zahnfleisch, Zunge, Gaumen, Speicheldrüsen, Rachen, Nasenhöhle und Nasennebenhöhle, Kehlkopf sowie Mittelohr. Über 90% der Malignome sind Plattenepithelkarzinome, etwa 5% Adenokarzinome. Weitere histologische Diagnosen sind Lymphome, Sarkome u. a.

Bösartige Tumore des Kopf-Hals-Bereichs sind häufig und stehen weltweit an 6. Stelle in der Krebshäufigkeit. In Deutschland erkranken im Jahr etwa 14.000- 15.000 Patienten [1]. Männer sind häufiger betroffen. Ihr mittleres Erkrankungsalter liegt bei 62 Jahren, für Frauen bei 66 Jahren. Die Erkrankungs- und Sterberaten für Krebserkrankungen von Mundhöhle und Rachen haben sich seit dem Jahr 2000 nicht wesentlich verändert. Die Sterblichkeit ist bei Männern leicht rückläufig, während bei den Frauen die Inzidenz geringfügig ansteigt. Hauptrisikofaktoren sind Rauchen und Alkoholabusus, ein weiterer Risikofaktor ist die Infektion mit dem Human Papillomvirus (HPV), identifizierbar durch Nachweis einer p16-Expression im Tumorgewebe.

Die Therapie erfolgt stadienabhängig. Bei den meisten Patienten wird der Primärtumor operativ entfernt. Alternativ und ergänzend steht die Radiatio als lokale Therapiemaßnahme zur Verfügung [2]. Die medikamentöse Tumorthherapie ist bei lokal fortgeschrittenen Karzinomen indiziert.

## 3. Stand des Wissens

Trotz optimaler Lokalthherapie erleiden viele Patienten mit Plattenepithelkarzinomen im Kopf-Hals-Bereich ein Rezidiv oder werden primär im metastasierten Stadium diagnostiziert. Basis der medikamentösen Erstlinientherapie sind Platinderivate. Die Kombination mit dem Anti-EGFR-Antikörper Cetuximab verlängert die Überlebenszeit gegenüber alleiniger Chemotherapie.

Patienten im frühem Rezidiv nach einer Platin-basierten Chemotherapie oder Platinrefraktärität haben eine ungünstige Prognose mit einer medianen Überlebenszeit von 6 Monaten oder kürzer.

Eine neue Therapieoption ist die Immuntherapie mit Checkpoint-Inhibitoren. Pembrolizumab ist ein monoklonaler Anti-PD-1 Antikörper. Pembrolizumab blockiert die PD-1/PD-L1 vermittelte Inhibition aktivierter T-Zellen und verstärkt die autologe Immunreaktion. Klinische Studien zeigen Wirksamkeit bei vielen Tumorentitäten. Mögliche Prädiktoren für ein Ansprechen auf die Therapie mit Anti-PD-1-Antikörpern sind die Expression von PD-L1 und die Anzahl genetischer Aberrationen mit Bildung von immunogenen Neoantigenen.

Daten von Studien in der Zweitlinientherapie von Patienten mit Plattenepithelkarzinom des Kopf-Hals-Bereichs sind in Tabelle 2 zusammengestellt.

**Tabelle 2: Randomisierte Studien zur Zweitlinientherapie mit Immuncheckpoint-Inhibitoren bei Patienten mit Plattenepithelkarzinom des Kopf-Hals-Bereichs**

Erstautor / Jahr	Patienten- gruppe	Kontrolle	Neue Therapie	N <sup>1</sup>	RR <sup>2</sup>	PFÜ <sup>4</sup> (HR <sup>3</sup> )	ÜLZ <sup>5</sup> (HR <sup>3</sup> )
Ferris, 2016 [3], Dossier	Progress innerhalb von 6 Monaten nach Vortherapie	Monotherapie (Methotrexat, Docetaxel, Cetuximab)	Nivolumab	361	5,8 vs 13,3	2,3 vs 2,0 n. s.	5,1 vs 7, 5 0,70 p = 0,01
	Progress	Methotrexat	Nivolumab	171			4,4 vs 7, 5 0,62 p = 0,008
Cohen, 2019 [4], Dossier	alle	Monotherapie (Methotrexat, Docetaxel, Cetuximab)	Pembrolizumab	495	10,1 vs 14,6	2,3 vs 2,1 n. s.	6,9 vs 8,4 0,80 p = 0,0161
	PD-L1 ≥50%			109	9,3 vs 27,3 p = 0,007	2,2 vs 4,0 0,60 p = 0,019	7,9 vs 11,6 0,54 p = 0,008

<sup>1</sup> N - Anzahl Patienten; <sup>2</sup> RR - Remissionsrate in %; <sup>3</sup> HR - Hazard Ratio; <sup>4</sup> PFÜ - progressionsfreie Überlebenszeit, in Monaten; <sup>5</sup> ÜLZ - Gesamtüberlebenszeit, in Monaten; <sup>6</sup> Ergebnis für Kontrolle, Ergebnis für neue Therapie; <sup>7</sup> Hazard Ratio für Kontrolle; <sup>8</sup> n.s. – nicht signifikant;

Aufgrund dieser Studiendaten wurden Pembrolizumab von der EMA im Oktober 2018 für die Therapie von Gruppe von Patienten mit Plattenepithelkarzinom des Kopf-Hals-Bereichs und einer hohen PD-L1-Expression zugelassen, siehe Tabelle 3.

**Tabelle 3: Zulassung von Immuncheckpoint-Inhibitoren bei Patienten mit Plattenepithelkarzinom des Kopf-Hals-Bereichs**

Arzneimittel	Handelsname	Zulassung	Applikation	Dosis	Intervall
Nivolumab	Opdivo®	FDA 11/2016 EMA 5/2017	intravenös	3 mg/kg KG	alle 2 Wochen
Pembrolizumab	Keytruda®	FDA 8/2016 EMA 10/2018	intravenös	200 mg	alle 3 Wochen

#### 4. Dossier und Bewertung von Pembrolizumab

##### 4. 1. Zweckmäßige Vergleichstherapie (ZVT)

Vom G-BA wurde eine patientenindividuelle Therapie als zweckmäßige Vergleichstherapie mit besonderer Erwähnung von Methotrexat definiert. Hintergrund ist die Zulassungssituation in

Deutschland: von den drei in der Zulassungsstudie vorgesehenen Arzneimitteln ist nur Methotrexat als Monotherapie in dieser Indikation zugelassen. Docetaxel und Cetuximab sind nur in Kombination zugelassen, werden aber in der täglichen Praxis als Monotherapie im „off-label use“ dem Methotrexat vorgezogen. Das Pharmazeutische Unternehmen begegnet diesem Umstand mit der aus unserer Sicht sinnvollen Einführung des „treatment of physicians choice (TPC)“.

In der Praxis hat sich die Behandlungssituation durch die Zulassung von Nivolumab geändert. Nivolumab ist jetzt die angemessene ZVT. Für Patienten mit Progress innerhalb von 6 Monaten nach einer Platin-basierter Chemotherapie hat der G-BA für Nivolumab im November 2017 einen beträchtlichen Zusatznutzen festgelegt.

#### 4. 2. Studien

Grundlage der frühen Nutzenbewertung ist KEYNOTE 040, eine multizentrische, randomisierte, offene Phase III-Studie zum Vergleich von Pembrolizumab versus einer Monotherapie. Die Vergleichstherapie verteilt sich sehr gleichmäßig auf die zugelassenen Vergleichstherapien:

- Methotrexat 33,9%
- Docetaxel 33,0%
- Cetuximab 33,0%

Deutsche Zentren waren an der Studie beteiligt. Primärer Endpunkt war das Gesamtüberleben. Der pharmazeutische Unternehmer beschränkt sich auf die Subgruppen-Analyse der Patienten einer PD-L1-Expression  $\geq 50\%$ .

Die Ergebnisse wurden in einem Peer-Review-Journal publiziert [4].

#### 4. 3. Endpunkte

##### 4. 3. 1. Überlebenszeit

Die Gesamtüberlebenszeit ist ein relevanter Parameter bei Patienten mit Plattenepithelkarzinom des Kopf-Hals-Bereichs nach Therapie mit Platin-basierter Chemotherapie. Die mediane Gesamtüberlebenszeit war mit **8,4** Monaten unter Pembrolizumab versus **6,9** Monaten im Kontroll-Arm statistisch signifikant verlängert (Hazard Ratio 0,80). In der Gruppe der Patienten mit hoher PD-L1-Expression ist der Unterschied deutlich mit **11,6** Monaten unter Pembrolizumab versus **7,9** Monaten im Kontroll-Arm statistisch signifikant verlängert (Hazard Ratio 0,54).

Perspektivisch ist besonders relevant, dass eine klinisch relevante Gruppe von **46,9%** der Patienten unter Pembrolizumab nach 1 Jahr lebt, verglichen mit **26,9%** im Kontrollarm.

##### 4. 3. 2. Morbidität

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

Das progressionsfreie Überleben wurde durch Pembrolizumab in der Gesamtstudie nicht signifikant verlängert, lag im Median sogar unterhalb dem Kontroll-Arm. In der Gruppe der Patienten mit hoher PD-L1-Expression ist der Unterschied signifikant mit **4,0** Monaten unter Pembrolizumab versus **2,2** Monaten im Kontroll-Arm (Hazard Ratio 0,60).

Auch die Remissionsrate ist höher im Pembrolizumab-Arm mit **27,3%** vs **9,3%** im Kontrollarm. Die Remissionsrate im Verum-Arm ist exzeptionell hoch für die Zweitlinientherapie bei Plattenepithelkarzinomen des Kopf-Hals-Bereichs.

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

Krankheitsbezogene Symptome wurden mittels des allgemeinen Fragebogens EORTC QLQ-C30, des organbezogenen Fragebogens EORTC QLQ-H&N35 und mittels der visuellen Analog-Skala EQ-5D VAS erhoben. Allerdings lagen die Rücklaufquoten im Kontrollarm nur bei etwa 40%.

In keiner Symptomskala zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Studienarmen.

#### 4. 3. 3. Nebenwirkungen

Nebenwirkungen im CTCAE Grad 3/4 traten in der Gesamtstudie in beiden Studienarmen etwa gleich häufig auf (44,7% versus 39,3%). Die häufigsten schweren Nebenwirkungen unter Pembrolizumab, die häufiger als im Vergleichsarm auftraten, waren Pneumonie (8,1%), Tumor-Hämorrhagie (3,7%), Appetitlosigkeit (2,9%), Pneumonitis (2,4%), Diarrhöe (2,4%) und Anämie (2,0%). Immunvermittelte Reaktionen aller Schweregrade traten bei 30,9% der Patienten im Pembrolizumab- und bei 6,0% der Patienten im Placebo-Arm auf.

In der Zulassungspopulation war die Rate von Therapieabbrüchen aufgrund unerwünschter Ereignisse in den beiden Studienarmen etwa gleich (12,7% versus 14,0%).

#### 4. 4. Bericht des IQWiG

Der Bericht des IQWiG ist ausführlich. Der Bericht zieht nur die Gruppe der Patienten aus der Gesamtstudie heran, für die vor Therapiebeginn ein Vergleich mit Methotrexat (entsprechend der deutschen Zulassung) festgelegt worden war. Diese Gruppe umfasst nur 37 Patienten.

### 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 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 [5, 6].

ESMO-MCBS v1.1 Pembrolizumab 5

### 6. Ausmaß des Zusatznutzens

Die Prognose von Patienten mit fortgeschrittenen Plattenepithelkarzinomen des Kopf-Hals-Bereichs im Therapieversagen während oder nach einer Platin-basierter Chemotherapie ist sehr schlecht. Hier besteht ein großer, ungedeckter, medizinischer Bedarf.

Die Ergebnisse von KEYNOTE 040 zur Wirksamkeit von Pembrolizumab bestätigen die vorherigen Ergebnisse von CheckMate 141 zur Wirksamkeit von Nivolumab [3]. Die Zulassungsstudien sind nicht komplett identisch, aber in vielen Aspekten vergleichbar. Von der ähnlich konzipierten Studie EAGLE zum Vergleich von Durvalumab Monotherapie bzw. Durvalumab + Tremelimumab versus Standard of Care wurde kürzlich seitens des pharmazeutischen Unternehmers ein negatives Ergebnis angekündigt [8].

In CheckMate 141 hatte eine exploratorische Subgruppenanalyse für Patienten mit einer PD-L1-Expression  $\geq 1\%$  bei der Verlängerung der Gesamtüberlebenszeit einen Hazard Ratio von 0,55 ergeben. Bei Pembrolizumab hat die EMA auf der Basis der Subgruppenanalysen die Zulassung auf Patienten mit einer PD-L1 Expression  $\geq 50\%$  beschränkt. Hier liegt der Hazard Ratio zugunsten von Pembrolizumab bei 0,54.

Diese Grenzziehung mit einem Cut-Off innerhalb einer kontinuierlichen Variablen wie der Expression von PD-L1 ist immer schwierig. Sie schließt möglicherweise Patienten von einer wirksamen Therapie aus, z. B. Patienten mit Score von 49%.

Erfreulicherweise beschränkten sich die Einschlusskriterien der Studie nicht auf Patienten mit einem Rezidiv oder einem Progress innerhalb von 6 Monaten, so dass sich diese schwierige Diskussion der frühen Nutzenbewertung von Nivolumab hier nicht wiederholt.

Problematisch ist die Begrenzung der IQWiG-Methodik auf formal zugelassene Arzneimittel. Damit stehen die mit den häufig verwandten und gleich wirksamen Arzneimitteln Docetaxel und Cetuximab behandelten Studienpatienten für den Bericht nicht zur Verfügung. Der in der Zulassungsstudie verwendete Kontrollarm mit einer Behandlung nach Maßgabe des behandelnden Arztes bildet die „Real Life“-Situation besser ab.

## 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. Diagnostik und Therapie des Mundhöhlenkarzinoms., AWMF 2012. [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/007\\_100OLI\\_S3\\_Mundhoehlenkarzinom\\_122012-verlaengert.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/007_100OLI_S3_Mundhoehlenkarzinom_122012-verlaengert.pdf)
3. Ferris RL, Blumenschein G Jr, Fayette J et al.: Nivolumab for recurrent squamous-cell carcinoma of the head and neck. N Engl J Med 375:1856-1867, 2016. DOI: [10.1056/NEJMoa1602252](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1602252)
4. Cohen EEW, Soulieres D, Le Tourneau C et al.: Pembrolizumab versus methotrexate, docetaxel, or cetuximab for recurrent or metastatic head-and-neck squamous cell carcinoma (KEYNOTE-040): a randomised, open-label, phase 3 study. Lancet 393:156-167, 2019. DOI: [10.1016/S0140-6736\(18\)31999-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31999-8)
5. 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)
6. 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)
7. Update on the phase III EAGLE trial of Imfinzi® and tremelimumab in advanced head and neck cancer. <https://www.astrazeneca.com/media-centre/press-releases/2018/update-on-the-phase-iii-eagle-trial-of-imfinzi-and-tremelimumab-in-advanced-head-and-neck-cancer-07122018.html>

*Die Stellungnahme wurde von Prof. Dr. Bernhard Wörmann in Kooperation mit Prof. Dr. Thomas Deitmer (Klinikum Dortmund, Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Dortmund), Prof. Dr. Andreas Dietz (Universitätsklinikum Leipzig, Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Leipzig), Prof. Dr. Michael Ehrenfeld (Klinikum der Universität München, Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, München), Prof. Dr. Dr. Max Heiland (Charité Universitätsmedizin, Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Berlin), Prof. Dr. Dr. Jürgen Hoffmann (Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Heidelberg), Prof. Dr. Ulrich*



Keilholz, (Charité Comprehensive Cancer Center, Universitätsmedizin Berlin), Prof. Dr. Georg Maschmeyer (Klinikum Ernst von Bergmann, Klinik für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin, Potsdam) und Prof. Dr. N. I. Cherny (Shaare Zedek Medical Center, Department of Medical Oncology, Jerusalem, Israel) erarbeitet.

Mit freundlichen Grüßen

Für die DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie



Prof. Dr. med. Michael Hallek  
Geschäftsführender Vorsitzender



Prof. Dr. med. Carsten Bokemeyer  
Vorsitzender



Prof. Dr. med. Diana Lüttner  
Mitglied im Vorstand

Prof. Dr. med. Florian Weißinger  
Mitglied im Vorstand

Für die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie



Prof. Dr. med. Andreas Dietz

Prof. Dr. med. Andreas Dietz  
Stellvertretender Präsident

Für die Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie



Prof. Dr. Dr. Max Heiland  
Mitglied des Vorstands