

Durvalumab (kleinzelliges Lungenkarzinom, nicht fortgeschritten)

Addendum zum Projekt A25-96
(Dossierbewertung)

A horizontal bar composed of 18 squares of varying shades of blue and grey, spanning the width of the page. The text 'ADDENDUM (DOSSIERBEWERTUNG)' is centered within the bar.

ADDENDUM (DOSSIERBEWERTUNG)

Projekt: G25-39

Version: 1.0

Stand: 02.01.2026

IQWiG-Berichte – Nr. 2167

DOI: 10.60584/G25-39

Impressum

Herausgeber

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Thema

Durvalumab (kleinzelliges Lungenkarzinom, nicht fortgeschritten) – Addendum zum Projekt A25-96

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags

09.12.2025

Interne Projektnummer

G25-39

DOI-URL

<https://doi.org/10.60584/G25-39>

Anschrift des Herausgebers

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
Siegburger Str. 237
50679 Köln

Tel.: +49 221 35685-0
Fax: +49 221 35685-1
E-Mail: info@iqwig.de
Internet: www.iqwig.de

ISSN: 1864-2500

Zitiervorschlag

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Durvalumab (kleinzelliges Lungenkarzinom, nicht fortgeschritten); Addendum zum Projekt A25-96 (Dossierbewertung) [online]. 2026 [Zugriff: TT.MM.JJJJ]. URL: <https://doi.org/10.60584/G25-39>.

Schlagwörter

Durvalumab, Kleinzelliges Lungenkarzinom, Epidemiologie

Keywords

Durvalumab, Small Cell Lung Carcinoma, Epidemiology

An dem Addendum beteiligte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des IQWiG

- Christopher Kunigkeit
- Torben Lütkehermölle
- Anja Schwalm

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Tabellenverzeichnis	v
Abkürzungsverzeichnis.....	vi
1 Hintergrund.....	1
2 Patientinnen und Patienten in der GKV-Zielpopulation	2
2.1 Zusätzliche Unterlagen des pU	2
2.2 Zusammenfassung.....	7
3 Literatur	9

Tabellenverzeichnis

	Seite
Tabelle 1: Schritte des pU zur Ermittlung der Anzahl der Patientinnen und Patienten in der GKV-Zielpopulation in der Stellungnahme und im Dossier.....	3
Tabelle 2: Anzahl der Patientinnen und Patienten in der GKV-Zielpopulation	8

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
ECOG-PS	Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
LS-SCLC	kleinzelliges Lungenkarzinom im nicht fortgeschrittenen Stadium
PCI	Prophylactic Cranial Irradiation (prophylaktische kraniale Bestrahlung)
pU	pharmazeutischer Unternehmer
SCLC	kleinzelliges Lungenkarzinom
SGB	Sozialgesetzbuch

1 Hintergrund

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) am 09.12.2025 mit ergänzenden Bewertungen zum Projekt A25-96 (Durvalumab – Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V) [1] beauftragt.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zur Bewertung von Durvalumab wurden vom pharmazeutischen Unternehmer (pU) mit seiner Stellungnahme vom 24.11.2025 [2] ergänzende Ausführungen zur Berechnung der Anzahl der Patientinnen und Patienten in der Zielpopulation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an den G-BA übermittelt, die über die Angaben im Dossier hinausgehen [3].

Der G-BA hat das IQWiG mit der Bewertung der im Stellungnahmeverfahren durch den pU zusätzlich vorgelegten Berechnungen und Angaben zur Anzahl der Patientinnen und Patienten in der GKV-Zielpopulation beauftragt.

Die Verantwortung für die vorliegende Bewertung und das Bewertungsergebnis liegt ausschließlich beim IQWiG. Die Bewertung wird dem G-BA übermittelt. Über die Anzahl der Patientinnen und Patienten in der GKV-Zielpopulation beschließt der G-BA.

2 Patientinnen und Patienten in der GKV-Zielpopulation

Das vorliegende Verfahren zu Durvalumab bezieht sich auf die Anwendung als Monotherapie zur Behandlung des kleinzelligen Lungenkarzinoms bei erwachsenen Patientinnen und Patienten im nicht fortgeschrittenen Stadium (LS-SCLC), deren Erkrankung nach einer platinbasierten Radiochemotherapie nicht progredient ist [4].

Im Dossier [3] hat der pU für die GKV-Zielpopulation eine Anzahl von 588 bis 1620 Patientinnen und Patienten ausgewiesen, die als tendenziell unterschätzt bewertet wurde [1]. Mit seiner Stellungnahme legt der pU eine angepasste Berechnung der Anzahl der Patientinnen und Patienten vor, die im Folgenden zunächst beschrieben und anschließend bewertet wird.

2.1 Zusätzliche Unterlagen des pU

Der pU nimmt, ausgehend von der ursprünglichen Berechnung aus dem Dossier, Anpassungen in mehreren Schritten vor. Dabei versucht er Kritikpunkten aus der zugehörigen Dossierbewertung [1] Rechnung zu tragen. Er stützt sich dabei auf die bereits mit dem Dossier vorgelegten Quellen und legt für eine davon [5] nachträglich angeforderte Daten vor. Insgesamt ermittelt der pU eine im Vergleich zum Dossier geringfügig höhere Anzahl von 755 bis 1753 Patientinnen und Patienten in der GKV-Zielpopulation.

Beschreibung des neuen Vorgehens

Das angepasste Vorgehen des pU aus der Stellungnahme wird in der folgenden Tabelle 1 zusammengefasst und den Angaben aus dem Dossier gegenübergestellt. Die anschließende Beschreibung beschränkt sich auf die Schritte, in denen Anpassungen stattgefunden haben (siehe ab Schritt 5).

Tabelle 1: Schritte des pU zur Ermittlung der Anzahl der Patientinnen und Patienten in der GKV-Zielpopulation in der Stellungnahme und im Dossier

Vorgehen in der Stellungnahme [2]				Vorgehen im Dossier [1,3]			
Schritt	Vorgehen des pU	Anteil [%] ^a	Ergebnis (Patienten-zahl) ^a	Schritt	Vorgehen des pU	Anteil [%] ^a	Ergebnis (Patienten-zahl) ^a
1	Inzidenz Lungenkarzinom 2025	–	57 880	1	Inzidenz Lungenkarzinom 2025	–	57 880
2	Patientinnen und Patienten mit SCLC	17,20–18,27	9955–10 577	2	Patientinnen und Patienten mit SCLC	17,20–18,27	9955–10 577
3	Patientinnen und Patienten im Stadium I bis III	24,30–29,27	2419–3096	3	Patientinnen und Patienten im Stadium I bis III	24,30–29,27	2419–3096
4	Patientinnen und Patienten, die eine Radiochemotherapie erhalten	52,70–76,20	1275–2359	4	Patientinnen und Patienten, die eine Radiochemotherapie erhalten	52,70–76,20	1275–2359
5	Patientinnen und Patienten, die eine platinbasierte Radiochemotherapie abschließen	78,60–85,59	1002–2019	5	Patientinnen und Patienten, die eine Radiochemotherapie abschließen	85,10–85,59	1085–2019
6	Zusammenfassung mit Schritt 5			6	Patientinnen und Patienten mit platinbasierter Chemotherapie	80,75–92,40	876–1865
7	Patientinnen und Patienten, deren Erkrankung nicht progredient ist	85,79–98,81	860–1995	7	Patientinnen und Patienten, deren Erkrankung nicht progredient ist	76,32–98,81	669–1843
8	Patientinnen und Patienten in der GKV-Zielpopulation	87,88	755–1753	8	Patientinnen und Patienten in der GKV-Zielpopulation	87,88	588–1620
a. Angaben des pU. Änderungen aus der Stellungnahme gegenüber dem Dossier sind auf der linken Seite fett markiert. GKV: gesetzliche Krankenversicherung; pU: pharmazeutischer Unternehmer, SCLC: kleinzelliges Lungenkarzinom							

Schritt 5: Patientinnen und Patienten, die eine platinbasierte Radiochemotherapie abschließen

Im Unterschied zu seinem Vorgehen im Dossier bestimmt der pU in seiner Stellungnahme die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die eine platinbasierte Radiochemotherapie abschließen, in einem einzelnen Schritt (siehe Tabelle 1). Er geht insgesamt von einer Anteilsspanne von 78,60 % bis 85,59 % aus, die sich auf die folgende Weise ergibt:

Für die Untergrenze verweist der pU auf die im Dossier ebenfalls herangezogene Analyse von Christopoulos auf Basis von Daten der Thoraxklinik Heidelberg [5]. Von den 395 neu diagnostizierten Patientinnen und Patienten mit LS-SCLC im Stadium I bis III, die im Zeitraum von 2010 bis 2019 eine Erstlinien-Radiochemotherapie erhalten haben, haben der Analyse zufolge 336 (ca. 85,1 %) die Radiochemotherapie abgeschlossen. Gegenüber dem Dossier legt der pU mit der Stellungnahme nachträglich angeforderte Daten zu der Analyse vor, die zeigen, dass Patientinnen und Patienten mit abgeschlossener Radiochemotherapie unabhängig von der Zyklenzahl der Radiochemotherapie einbezogen wurden (Patientinnen und Patienten erhielten zwischen 2 und 6, davon weit überwiegend 4 Zyklen). Der pU berücksichtigt mit Blick auf die untere Grenze zusätzlich, dass in der Analyse nicht alle Patientinnen und Patienten eine platinbasierte Radiochemotherapie erhalten haben. Unter den oben genannten 395 Patientinnen und Patienten trifft dies auf 365 zu, was einem Anteil von ca. 92,4 % entspricht. Durch Multiplikation der beiden aus der Analyse entnommenen Anteilswerte ($85,1 \% \times 92,4 \%$) ermittelt der pU die untere Grenze der Anteilsspanne in Höhe von 78,60 %.

Als obere Grenze zieht der pU, wie im Dossier, den Anteil von 85,59 % auf Grundlage der Analyse zur multizentrischen STIMULI-Studie von Peters et al. [6,7] heran. Dieser bezieht sich bereits explizit auf den Abschluss einer platinbasierten Radiochemotherapie. Im Gegensatz zum Dossier nimmt der pU daher keine weitere Eingrenzung unter Einbezug eines weiteren Anteils für den Erhalt einer platinbasierten Therapie mehr vor.

Mithilfe der beschriebenen Anteilsspanne und der Anzahl aus dem vorhergehenden Schritt 4 ermittelt der pU eine Anzahl von 1002 bis 2019 Patientinnen und Patienten.

Schritt 7: Patientinnen und Patienten, deren Erkrankung nicht progredient ist

Mit Bezug auf den Anteil der Patientinnen und Patienten, deren Erkrankung nach platinbasierter Radiochemotherapie nicht progredient ist, nimmt der pU ebenfalls eine Anpassung gegenüber dem Dossier vor. Er veranschlagt dafür eine Spanne in Höhe von 85,79 % bis 98,81 % auf Basis derselben Quellen wie im Dossier.

Die untere Grenze basiert auf dem Supplement zur Analyse von Peters et al. [7]. Für die Anteilsberechnung im Dossier berücksichtigt der pU im Zähler eine Anzahl von 145 Patientinnen und Patienten, die in der STIMULI-Studie kein Fortschreiten der Erkrankung nach einer platinhaltigen Radiochemotherapie und einer anschließenden abgeschlossenen prophylaktischen kranialen Bestrahlung (PCI) erlitten haben (und demnach für die Randomisierung infrage kamen). In dieser Anzahl wurden demzufolge Patientinnen und Patienten ausgeschlossen, die keine PCI erhalten haben, die jedoch ggf. für eine Therapie mit Durvalumab infrage kommen [1]. In der Zulassungsstudie ADRIATIC von Durvalumab erhielten in beiden Studienarmen 54 % eine PCI, sodass dort sowohl Patientinnen und Patienten mit als auch ohne vorherige PCI enthalten waren. Um Patientinnen und Patienten ohne PCI zu

berücksichtigen, addiert der pU 18 Patientinnen und Patienten, bei denen in der STIMULI-Studie die PCI nicht abgeschlossen werden konnte (und die daher nicht für die Randomisierung infrage kamen), zu den oben genannten 145 Patientinnen und Patienten hinzu. Die in Summe berechnete Patientenzahl (163 Patientinnen und Patienten) entspricht – bezogen auf die 190 Patientinnen und Patienten, die in der STIMULI-Studie eine platinbasierte Radiochemotherapie abgeschlossen haben – einem Anteil von 85,79 %. Diesen setzt der pU in seiner Stellungnahme als neue Untergrenze an.

Als obere Grenze veranschlagt der pU weiterhin den Anteil von 98,81 % aus der Analyse von Christopoulos [5].

Ausgehend von dieser Anteilsspanne und bezogen auf die Anzahl aus dem vorhergehenden Schritt 5 berechnet der pU eine Anzahl von 860 bis 1995 Patientinnen und Patienten.

Schritt 8: Patientinnen und Patienten in der GKV-Zielpopulation

Unter Berücksichtigung eines erwarteten GKV-Anteils unter den Betroffenen von 87,88 % (Anteil aus dem Dossier) [1,3] ermittelt der pU in seiner Stellungnahme eine Anzahl von 755 bis 1753 Patientinnen und Patienten in der GKV-Zielpopulation.

Bewertung

Das vom pU in der Stellungnahme beschriebene aktualisierte Vorgehen ist rechnerisch nachvollziehbar. Im Folgenden werden zunächst die einzelnen Schritte mit Änderungen gegenüber dem ursprünglichen Vorgehen kommentiert. Anschließend findet sich eine Gesamtbewertung.

Der Vollständigkeit halber sei darauf hingewiesen, dass die in der Dossierbewertung [1] geäußerten Kritikpunkte zu den Teilen der Berechnung, die in der Stellungnahme unverändert geblieben sind, weiterhin zu beachten sind.

Zu Schritt 5: Patientinnen und Patienten, die eine platinbasierte Radiochemotherapie abschließen

Die vom pU in Schritt 5 vorgenommenen Änderungen aus der Stellungnahme (Zusammenfassung der Schritte 5 [Abschluss der Radiochemotherapie] und 6 [Einschränkung auf platinbasierte Therapie] aus dem Dossier [1,3] zu einem einzelnen Schritt) sind nachvollziehbar und führen zu einer besseren Annäherung als das ursprüngliche Vorgehen.

Der pU verzichtet in der neuen Herleitung im Rahmen der Untergrenze auf den Einbezug der Daten aus dem CRISP-Register [8] zur Einschränkung auf eine platinbasierte Radiochemotherapie, da deren Übertragbarkeit auf die Anzahl der vorherigen Schritte als nicht gegeben eingeschätzt wurde (siehe Kommentierung zu Schritt 6 in der Dossierbewertung [1]). Stattdessen nutzt der pU für die Untergrenze nun ausschließlich die

Analyse von Christopoulos [5], der sowohl ein Anteil mit Abschluss einer Radiochemotherapie als auch ein Anteil mit platinbasierter Radiochemotherapie zu entnehmen ist. Es liegen zwar keine Daten dazu vor, ob sich der Anteil einer abgeschlossenen Radiochemotherapie zwischen einer platinbasierten und einer nicht-platinbasierten Therapie unterscheidet. Dies ist angesichts des hohen Anteils mit platinbasierter Therapie (92,4 %) aber zu vernachlässigen.

Mit Bezug auf die Obergrenze trägt der pU dem Umstand Rechnung, dass der Anteil in Schritt 4 bereits eine Einschränkung auf eine platinbasierte Radiochemotherapie beinhalten könnte (siehe Kommentierung zu Schritt 6 in der Dossierbewertung [1]). Er veranschlagt demnach im Gegensatz zum Dossier keinen Anteil für eine platinbasierte Therapie im Rahmen der Obergrenze. Dieses Vorgehen ist im Sinne einer Maximalschätzung und auch vor dem Hintergrund, dass sich der für die Obergrenze angesetzte Anteil einer abgeschlossenen Radiochemotherapie [6] ausdrücklich auf Patientinnen und Patienten mit einer platinbasierten Therapie bezieht, nachvollziehbar.

Hinsichtlich des in der Dossierbewertung [1] angesprochenen Aspekts der unklaren Anzahl berücksichtigter Zyklen für den Abschluss einer Radiochemotherapie in der Analyse von Christopoulos hat der pU zusätzliche Daten vorgelegt [5], die diese Unsicherheit, die für die Untergrenze bestand, ausgeräumt haben. Zusätzlich äußert sich der pU zu der Unsicherheit, die sich aus dem Umstand ergibt, dass sich die Analyse [5] auf Daten aus einer einzelnen Klinik bezieht. Es ist darauf hinzuweisen, dass derzeit keine Angaben mit abweichenden Anteilen aus anderen Kliniken vorliegen.

Für die aus Schritt 5 resultierende Obergrenze der Patientenzahl liegen aufgrund der dafür herangezogenen Quelle [6] Unsicherheiten vor. Diese sind vor dem Hintergrund der angepassten Herleitung mit einer Zusammenfassung von Berechnungsschritten und angesichts der nun vorliegenden Details zur Analyse von Christopoulos [5] zu thematisieren. Einerseits ist aufgrund der spezifischen Einschlusskriterien der STIMULI-Studie (z. B. Einschluss nur von Patientinnen und Patienten mit Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status [ECOG-PS] 0 oder 1 und mit adäquater hämatologischer sowie Nieren- und Lungenfunktion) fraglich, inwieweit diese den Versorgungsalltag abbildet. Andererseits wurde in der Studie, wie bereits in der Dossierbewertung angesprochen [1], ausschließlich nach 4 Zyklen vom Abschluss der Radiochemotherapie ausgegangen.

Zu Schritt 7: Patientinnen und Patienten, deren Erkrankung nicht progredient ist

Der pU versucht, im Unterschied zum ursprünglichen Vorgehen, im Anteilswert der unteren Grenze die Patientinnen und Patienten mitzuberücksichtigen, welche die PCI in der STIMULI-Studie nicht erhalten bzw. nicht vollständig abgeschlossen haben [6,7]. Es ist darauf hinzuweisen, dass sich unter den 18 berücksichtigten Patientinnen und Patienten jedoch auch solche befinden könnten, die eine Progression erlitten haben. Im Supplement zur Publikation

[7] ist die Information zum Nichtauftreten einer Progression ausschließlich für die Patientinnen und Patienten vorhanden, die (nach vollständigem Erhalt der PCI) randomisiert werden konnten (siehe oben, $n = 145$). Außerdem ist 1 der vom pU berücksichtigten Patientinnen und Patienten während der PCI verstorben und damit ebenfalls nicht zu berücksichtigen. In der Zulassungsstudie ADRIATIC von Durvalumab musste die PCI zwischen 42 und 1 Tag(en) vor der 1. Dosis Studienmedikation erfolgen [1].

Vor diesem Hintergrund wird der Anteilswert aus dem Dossier (76,32 %, ohne Berücksichtigung der 18 zusätzlichen Patientinnen und Patienten) [1,3] im Sinne einer Untergrenze als bevorzugt angesehen, auch wenn dadurch möglicherweise einige Patientinnen und Patienten unberücksichtigt bleiben, für die Durvalumab grundsätzlich infrage kommt.

Abschließend sei angemerkt, dass die spezifischen Einschlusskriterien der STIMULI-Studie (siehe oben, letzter Absatz der Kommentierung zu Schritt 5) auch mit Bezug auf die Untergrenze in Schritt 7 als Unsicherheitsfaktor zu nennen sind.

Gesamtbewertung

Abgesehen von der Anpassung in Schritt 7, führt die Herleitung des pU aus der Stellungnahme zu einer besseren Annäherung an die Anzahl der Patientinnen und Patienten in der GKV-Zielpopulation als das Vorgehen aus dem Dossier.

Ausgehend von der neuen Herleitung des pU, aber unter Beibehaltung des Anteils von 76,32 % als Untergrenze in Schritt 7 (vgl. Tabelle 1), ergibt sich eine Spanne von ca. 672 bis 1753 Patientinnen und Patienten in der GKV-Zielpopulation. Diese wird trotz bestehender Unsicherheiten als derzeit beste Annäherung angesehen.

2.2 Zusammenfassung

Die folgende Tabelle 2 zeigt die zusammenfassende Bewertung zur vom pU geschätzten Anzahl der Patientinnen und Patienten in der GKV-Zielpopulation unter Berücksichtigung der Dossierbewertung A25-96 [1] und des vorliegenden Addendums.

Tabelle 2: Anzahl der Patientinnen und Patienten in der GKV-Zielpopulation

Bezeichnung der Therapie	Bezeichnung der Patientengruppe	Anzahl der Patientinnen und Patienten ^a	Kommentar
Durvalumab	erwachsene Patientinnen und Patienten mit kleinzelligem Lungenkarzinom im nicht fortgeschrittenen Stadium (LS-SCLC), deren Erkrankung nach einer platinbasierten Radiochemotherapie nicht progredient ist	755–1753	Abgesehen von der Anpassung des pU in Schritt 7 führt die neu vorgelegte Herleitung zu einer besseren Annäherung an die GKV-Zielpopulation als sein ursprüngliches Vorgehen. Ausgehend von der neuen Herleitung, aber unter Beibehaltung des Anteilswertes von 76,32 % als Untergrenze in Schritt 7, ergibt sich eine Spanne von ca. 672 bis 1753 Patientinnen und Patienten in der GKV-Zielpopulation, die als derzeit beste Annäherung angesehen wird.
a. Angabe aus der Stellungnahme des pU GKV: gesetzliche Krankenversicherung; LS-SCLC: kleinzelliges Lungenkarzinom im nicht fortgeschrittenen Stadium; pU: pharmazeutischer Unternehmer			

3 Literatur

Das Literaturverzeichnis enthält Zitate des pU, in denen ggf. bibliografische Angaben fehlen.

1. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Durvalumab (kleinzelliges Lungenkarzinom, nicht fortgeschritten); Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V; Dossierbewertung [online]. 2025 [Zugriff: 03.11.2025]. URL: <https://doi.org/10.60584/A25-96>.
2. AstraZeneca. Stellungnahme zum IQWiG-Bericht Nr. 2125 Durvalumab (kleinzelliges Lungenkarzinom, nicht fortgeschritten); Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V; Dossierbewertung. 2025: Demnächst verfügbar unter <https://www.g-ba.de/informationen/nutzenbewertung/1201/#beschluesse> im Dokument „Zusammenfassende Dokumentation“.
3. AstraZeneca. Durvalumab (IMFINZI); Dossier zur Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V [online]. 2025 [Zugriff: 05.12.2025]. URL: <https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/1201/#dossier>.
4. AstraZeneca. IMFINZI 50 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung [online]. 07.2025 [Zugriff: 08.10.2025]. URL: <https://www.fachinfo.de>.
5. Christopoulos P. Department of Thoracic Oncology, Thoraxklinik at Heidelberg University Hospital. Retrospective Cohort Analysis On The Treatment Reality Of LS-SCLC. Final report of the study. 2025.
6. Peters S, Pujol JL, Dafni U et al. Consolidation nivolumab and ipilimumab versus observation in limited-disease small-cell lung cancer after chemo-radiotherapy - results from the randomised phase II ETOP/IFCT 4-12 STIMULI trial. Ann Oncol 2022; 33(1): 67-79. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2021.09.011>.
7. Peters S, Pujol JL, Dafni U et al. Consolidation nivolumab and ipilimumab versus observation in limited-disease small-cell lung cancer after chemo-radiotherapy – results from the randomised phase II ETOP/IFCT 4-12 STIMULI trial; Supplementary Table S2. Ann Oncol 2022; 33(1): 67-79. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2021.09.011>.
8. iOmedico, AIO Studien. Clinical Research platform Into molecular testing, treatment and outcome of non-Small cell lung carcinoma Patients (CRISP Satellite SCLC); AIO-TRK-0315; Interim analysis 2023; Database cut: 28.02.2023. 2023.