

Dokumentvorlage, Version vom 16.03.2018

# Dossier zur Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V

*Nivolumab (OPDIVO®)*

Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA

**Modul 2 Y**

Allgemeine Angaben zum Arzneimittel,  
zugelassene Anwendungsgebiete

Stand: 19.06.2024

# Inhaltsverzeichnis

	Seite
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>2</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>3</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis.....</b>	<b>4</b>
<b>2 Modul 2 – allgemeine Informationen .....</b>	<b>5</b>
2.1 Allgemeine Angaben zum Arzneimittel .....	5
2.1.1 Administrative Angaben zum Arzneimittel .....	5
2.1.2 Angaben zum Wirkmechanismus des Arzneimittels.....	6
2.2 Zugelassene Anwendungsgebiete .....	10
2.2.1 Anwendungsgebiete, auf die sich das Dossier bezieht.....	10
2.2.2 Weitere in Deutschland zugelassene Anwendungsgebiete .....	11
2.3 Beschreibung der Informationsbeschaffung für Modul 2 .....	15
2.4 Referenzliste für Modul 2 .....	16

**Tabellenverzeichnis**

	<b>Seite</b>
Tabelle 2-1: Allgemeine Angaben zum zu bewertenden Arzneimittel .....	5
Tabelle 2-2: Pharmazentralnummern und Zulassungsnummern für das zu bewertende Arzneimittel.....	6
Tabelle 2-3: Zugelassene Anwendungsgebiete, auf die sich das Dossier bezieht .....	11
Tabelle 2-4: Weitere in Deutschland zugelassene Anwendungsgebiete des zu bewertenden Arzneimittels .....	11

## Abbildungsverzeichnis

	<b>Seite</b>
Abbildung 2-1: Wirkmechanismus von Nivolumab (PD-1-inhibierender Antikörper).....	8
Abbildung 2-2: Chemotherapie beeinflusst die Immunantwort.....	10

**Abkürzungsverzeichnis**

<b>Abkürzung</b>	<b>Bedeutung</b>
ALK	<i>Anaplastic Lymphoma Kinase</i>
APC	Antigen-präsentierende Zelle ( <i>Antigen-Presenting Cell</i> )
ASCT	Autologe Stammzelltransplantation ( <i>Autologous Stem Cell Transplantation</i> )
ATC-Code	Anatomisch-Therapeutisch-Chemischer Code
BMS	Bristol Myers Squibb
cHL	Klassisches Hodgkin-Lymphom ( <i>Classical Hodgkin Lymphoma</i> )
CPS	<i>Combined Positive Score</i>
EGFR	<i>Epidermal Growth Factor Receptor</i>
EMA	<i>European Medicines Agency</i>
EU	Europäische Union
HER2	<i>Human Epidermal Growth Factor Receptor 2</i>
IASLC	<i>International Association for the Study of Lung Cancer</i>
IgG4	Immunglobulin G4
MHC	<i>Major Histocompatibility Complex</i>
MIUC	Muskelinvasives Urothelkarzinom ( <i>Muscle-Invasive Urothelial Cancer</i> )
NSCLC	Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom ( <i>Non-small Cell Lung Cancer</i> )
OS	Gesamtüberleben ( <i>Overall Survival</i> )
PD-1	<i>Programmed Cell Death Protein-1</i>
PD-L1	<i>Programmed Death-Ligand-1</i>
PD-L2	<i>Programmed Death-Ligand-2</i>
PFS	Progressionsfreies Überleben ( <i>Progression-Free Survival</i> )
PZN	Pharmazentralnummer
SCCHN	Plattenepithelkarzinom des Kopf-Hals-Bereichs ( <i>Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck</i> )
SGB	Sozialgesetzbuch
TCR	T-Zell-Rezeptor ( <i>T-Cell Receptor</i> )
T <sub>reg</sub>	Regulatorische T-Zelle

## 2 Modul 2 – allgemeine Informationen

Modul 2 enthält folgende Informationen:

- Allgemeine Angaben über das zu bewertende Arzneimittel (Abschnitt 2.1)
- Beschreibung der Anwendungsgebiete, für die das zu bewertende Arzneimittel zugelassen wurde (Abschnitt 2.2); dabei wird zwischen den Anwendungsgebieten, auf die sich das Dossier bezieht, und weiteren in Deutschland zugelassenen Anwendungsgebieten unterschieden.

Alle in den Abschnitten 2.1 und 2.2 getroffenen Aussagen sind zu begründen. Die Quellen (z. B. Publikationen), die für die Aussagen herangezogen werden, sind in Abschnitt 2.4 (Referenzliste) eindeutig zu benennen. Das Vorgehen zur Identifikation der Quellen ist im Abschnitt 2.3 (Beschreibung der Informationsbeschaffung) darzustellen.

Im Dokument verwendete Abkürzungen sind in das Abkürzungsverzeichnis aufzunehmen. Sofern Sie für Ihre Ausführungen Tabellen oder Abbildungen verwenden, sind diese im Tabellen- bzw. Abbildungsverzeichnis aufzuführen.

### 2.1 Allgemeine Angaben zum Arzneimittel

#### 2.1.1 Administrative Angaben zum Arzneimittel

Geben Sie in Tabelle 2-1 den Namen des Wirkstoffs, den Handelsnamen und den ATC-Code für das zu bewertende Arzneimittel an.

Tabelle 2-1: Allgemeine Angaben zum zu bewertenden Arzneimittel

<b>Wirkstoff:</b>	<b>Nivolumab</b>
<b>Handelsname:</b>	<b>OPDIVO®</b>
<b>ATC-Code:</b>	<b>L01FF01</b>

Geben Sie in der nachfolgenden Tabelle 2-2 an, welche Pharmazentralnummern (PZN) und welche Zulassungsnummern dem zu bewertenden Arzneimittel zuzuordnen sind, und benennen Sie dabei die zugehörige Wirkstärke und Packungsgröße. Fügen Sie für jede Pharmazentralnummer eine neue Zeile ein.

Tabelle 2-2: Pharmazentralnummern und Zulassungsnummern für das zu bewertende Arzneimittel

Pharmazentralnummer (PZN)	Zulassungsnummer	Wirkstärke	Packungsgröße
11024601	EU/1/15/1014/001	10 mg/ml	4 ml
11024618	EU/1/15/1014/002	10 mg/ml	10 ml
17197047	EU/1/15/1014/004	10 mg/ml	12 ml

### 2.1.2 Angaben zum Wirkmechanismus des Arzneimittels

*Beschreiben Sie den Wirkmechanismus des zu bewertenden Arzneimittels. Begründen Sie Ihre Angaben unter Nennung der verwendeten Quellen.*

Nivolumab ist ein monoklonaler Antikörper, der über eine Aktivierung des Immunsystems wirkt [1, 2].

Eine wesentliche Aufgabe des Immunsystems ist die Erkennung und Eliminierung von entarteten Zellen. Das Immunsystem umfasst ein interagierendes Netzwerk von unterschiedlichen Zellen, Geweben und Organen, die koordiniert zusammenarbeiten [3].

Bei der sogenannten zellulären Immunantwort spielen T-Zellen eine Hauptrolle, da sie physiologischerweise Tumorzellen anhand atypischer Oberflächenmoleküle, sogenannter Tumorantigene, als fremdartig erkennen. Eine Tumorantigenerkennung führt zu einer Aktivierung und Vermehrung (Proliferation) eines auf dieses Antigen spezialisierten T-Zell-Klons. Die aktivierten T-Zellen erkennen den Tumor, gegen den sie gerichtet sind, und sind idealerweise in der Lage, diesen zu infiltrieren und die Tumorzellen zu zerstören [4].

Trotz der effektiven Mechanismen des Immunsystems zur Tumorkontrolle können Tumorzellen nicht selten über sogenannte Escape-Mechanismen diesem Verteidigungssystem entgehen [5, 6]. Teilweise reduzieren die Tumorzellen die Antigenpräsentation, oder hemmen die Antwort der T-Zellen über inhibitorische Zytokine und verschiedene Checkpoint-Moleküle wie *Programmed Cell Death Protein-1* (PD-1) an den T-Zellen [7]. In der Folge erhalten die T-Zellen vom Tumor das Signal zur eigenen Inaktivierung statt zur Zerstörung der Krebszellen. Dadurch können die T-Zellen keine effektive Anti-Tumoraktivität mehr entwickeln und die Tumorzellen entkommen ihrer Erkennung und Elimination.

Aktuell setzt die Immunonkologie zur Überwindung dieser Escape-Mechanismen vor allem auf die Wiederherstellung und Erhaltung der T-Zell-basierten Immunantwort. Dabei muss man wissen, dass die aktivierten T-Zellen einer strengen körpereigenen Regulation unterliegen, da eine unkontrollierte Aktivität und Vermehrung dazu führen könnte, dass sich das Immunsystem gegen gesunde Zellen des eigenen Körpers richtet [8].

Eine besondere Rolle in diesem Prozess spielt daher die Modulation der sogenannten Immun-Checkpoints, die physiologischerweise eine überschießende Immunreaktion und damit eine Schädigung des Organismus (Autoimmunreaktion) verhindern sollen [8]. Tumorzellen können bestimmte Immun-Checkpoints zusätzlich aktivieren oder deaktivieren und verstärken so die Hemmung der Immunantwort [9]. Checkpoint-Inhibitoren wie Nivolumab greifen in diesen Signalweg ein, können die „Immunbremse“ lösen und auf diese Weise das Immunsystem reaktivieren.

Immunonkologische Therapien mit Checkpoint-Inhibitoren stellen mittlerweile neben Chemotherapien und zielgerichteten Therapien einen zusätzlichen Therapieansatz dar und haben sich als weitere tragende Säule in der medikamentösen Behandlung bestimmter Tumorerkrankungen etabliert [10-13].

### **Wirkmechanismus von Nivolumab**

Wirkstoffe wie der bereits seit 2015 zugelassene PD-1-Checkpoint-Inhibitor Nivolumab beeinflussen über eine kompetitive Blockade an PD-1 die Immunantwort.

Nivolumab ist ein humaner monoklonaler Immunglobulin-G4-(IgG4-)Antikörper, der an den PD-1-Rezeptor bindet und die Interaktion des Rezeptors mit den Liganden PD-L1 (*Programmed Death-Ligand-1*) und PD-L2 (*Programmed Death-Ligand-2*) blockiert. Der PD-1-Rezeptor ist ein negativer Regulator der T-Zellaktivität, der erwiesenermaßen an der Kontrolle der T-Zellreaktionen beteiligt ist [1]. Der Wirkmechanismus von Nivolumab (PD-1-Signalweg) ist schematisch in Abbildung 2-1 dargestellt.



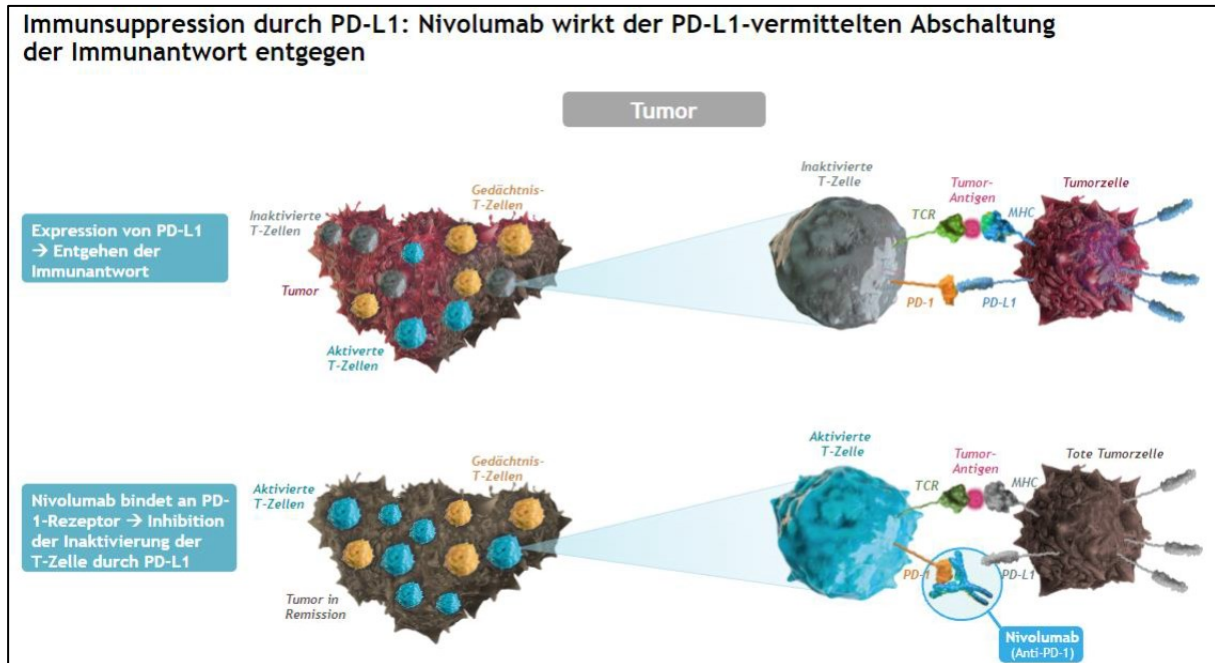


Abbildung 2-1: Wirkmechanismus von Nivolumab (PD-1-inhibierender Antikörper)

Quelle: Adaptiert nach [14-17]

Abbildung oben: Durch die Bindung des PD-1-Rezeptors der T-Zelle mit PD-L1 auf der Tumorzelle wird die T-Zelle inaktiviert.

Abbildung unten: Nivolumab ist ein humaner monoklonaler Antikörper, der gegen den Immun-Checkpoint-Rezeptor gerichtet ist und mit der Bindung an PD-1 die Interaktion zwischen Tumorzelle und T-Zelle im Mikromilieu des Tumors verhindert. Die PD-1-vermittelte Immunbremse kann gelöst und die anti-tumorale Immunantwort reaktiviert werden.

MHC: Major Histocompatibility Complex; PD-1: Programmed Cell Death Protein-1; PD-L1: Programmed Death Ligand-1; TCR: T-Zell-Rezeptor (T-Cell Receptor)

Aufgrund des Wirkmechanismus unterscheiden sich immunonkologische Substanzen in Muster und Kinetik des klinischen Ansprechens von konventionellen Therapien.

Unter anderem kann es initial durch therapiebedingte Infiltration von Immunzellen in den Tumor zu einer temporären Größenzunahme kommen. Eine Größenzunahme des Tumors wird klassischerweise als Progress gewertet, in diesem Fall würde es sich jedoch um eine sogenannte Pseudoprogression handeln [18].

Der sich grundsätzlich von konventionellen Therapien unterscheidende Wirkmechanismus immunonkologischer Therapien erfordert zudem eine neue Gewichtung der bestehenden Effektivitätsmaße. Bisher lag der Fokus bei der Interpretation der Effektivität onkologischer Therapien neben dem Hazard Ratio für das Gesamtüberleben auf dem medianen Überleben. Um das teilweise verzögerte Ansprechen und vor allem das verbesserte Gesamtüberleben für einen Teil der Patient:innen, welches sich durch immunonkologische Therapien erreichen lässt, präziser abzubilden, sollten nach Ansicht von Bristol Myers Squibb (BMS) für die Bewertung der Immunonkologie weitere Ergebnismaße ergänzt werden [19, 20]. Überlebensraten zu bestimmten Zeitpunkten (1-Jahres-, 2-Jahres-, 3-Jahresüberlebensraten etc.) können das

verbesserte Überleben für einen Teil der Patient:innen darstellen und sollten daher neben der Hazard Ratio für das Gesamtüberleben eine wichtige Rolle bei der Bewertung spielen. Zum anderen können, insbesondere bei verzögertem Ansprechen, Landmarkanalysen [21] – trotz der teilweise mit ihnen einhergehenden höheren Unsicherheit – wichtige Aussagen zur Effektivität von Immunonkologika treffen.

Auch das Nebenwirkungsprofil von PD-1-Inhibitoren wie Nivolumab unterscheidet sich von dem konventioneller Therapieansätze: sie zeigen spezifische immunvermittelte Nebenwirkungen, die sich durch eine erhöhte bzw. übermäßig starke Immunaktivität erklären lassen. Dabei rufen Autoimmunprozesse entzündliche Reaktionen hervor, die unter anderem den Magen-Darm-Trakt, die Haut, die Leber, die Lunge, aber auch endokrine Drüsen oder das Nervensystem betreffen können. Klassische, mit zytotoxischen Chemotherapien assoziierte Nebenwirkungen, wie Erbrechen, Alopezie oder hämatologische Veränderungen, treten hingegen üblicherweise kaum auf.

### **Wirkmechanismus der cisplatinbasierten Chemotherapie**

Die cisplatinbasierte Chemotherapie, der bisherige Standard im vorliegenden Anwendungsgebiet, schädigt maligne Zellen direkt durch Störung der Zellteilung. Chemotherapeutika können auch die körpereigene Immunantwort stimulieren, indem sie Antigen-präsentierende Zellen durch Freisetzung von Tumorzellfragmenten aktivieren oder regulatorische T-Zellen inhibieren (siehe Abbildung 2-2) [22-25]. Die zusätzliche Gabe von Chemotherapeutika in einer Kombinationstherapie mit einem Immunonkologikum wie Nivolumab kann eine schnelle Kontrolle der anfänglichen Krankheitssymptome und des Tumorwachstums ermöglichen und zu einem anhaltenden Ansprechen auf die Therapie beitragen [26, 27]. Die cisplatinbasierte Chemotherapie alleine führt bei Patient:innen mit nicht resezierbarem oder metastasiertem Urothelkarzinom lediglich zu einem medianen Gesamtüberleben von wenig mehr als einem Jahr [28]. Insbesondere um eine Verlängerung der Überlebenszeit zu erreichen, wird die Chemotherapie im vorliegenden Anwendungsgebiet initial mit Nivolumab kombiniert und Nivolumab als Monotherapie nach Beendigung der Chemotherapie fortgeführt. Für die cisplatinbasierte Chemotherapie ist somit von einer zusätzlich komplementären Wirkung zum immunonkologischen Effekt von Nivolumab auszugehen.

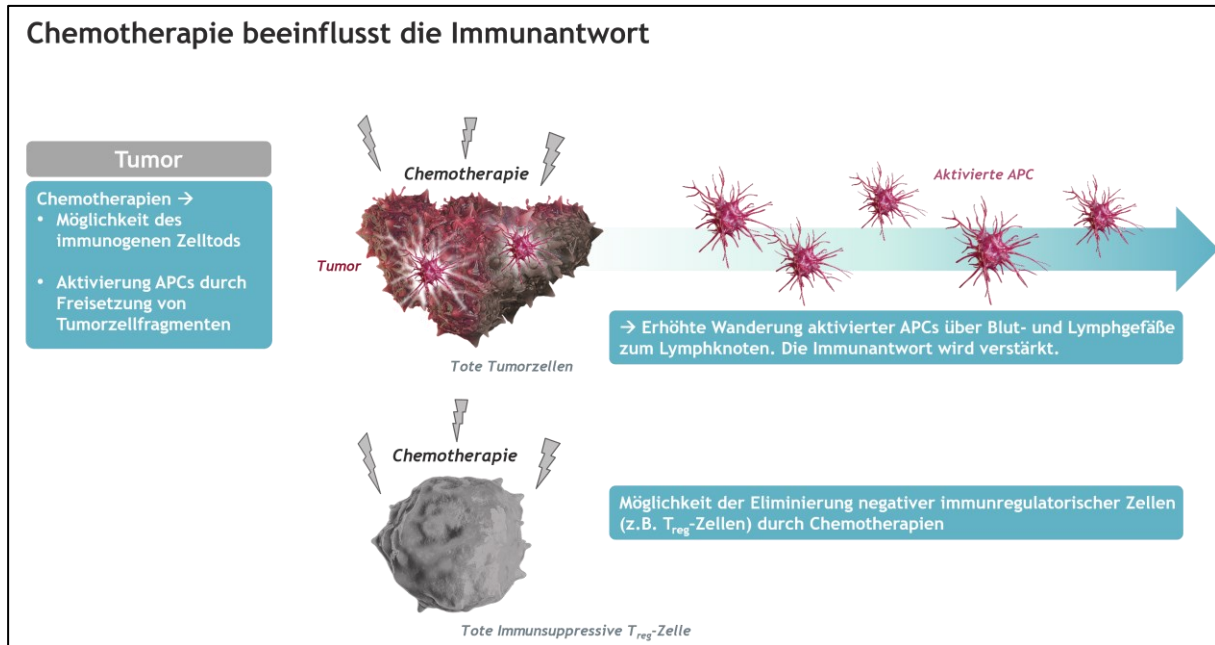


Abbildung 2-2: Chemotherapie beeinflusst die Immunantwort

Quelle: Adaptiert nach [23-25, 29-31]

Chemotherapien können durch Zelltodinduktion in Krebszellen zu einer gegen den Tumor gerichteten Immunantwort führen (immunogener Zelltod). Durch Freisetzung von Tumorzellfragmenten kommt es zur Aktivierung von APCs. Diese wandern über Blut- und Lymphgefäße zum Lymphknoten und verstärken somit die Immunantwort. Weiterhin besteht die Möglichkeit der Eliminierung negativer immunregulatorischer Zellen durch Chemotherapien.

APC: Antigen-präsentierende Zelle (*Antigen-Presenting Cell*);  $T_{reg}$ : Regulatorische T-Zelle

## 2.2 Zugelassene Anwendungsgebiete

### 2.2.1 Anwendungsgebiete, auf die sich das Dossier bezieht

Benennen Sie in der nachfolgenden Tabelle 2-3 die Anwendungsgebiete, auf die sich das vorliegende Dossier bezieht. Geben Sie hierzu den Wortlaut der Fachinformation an. Sofern im Abschnitt „Anwendungsgebiete“ der Fachinformation Verweise enthalten sind, führen Sie auch den Wortlaut an, auf den verwiesen wird. Fügen Sie für jedes Anwendungsgebiet eine neue Zeile ein, und vergeben Sie eine Kodierung (fortlaufende Bezeichnung von „A“ bis „Z“) [Anmerkung: Diese Kodierung ist für die übrigen Module des Dokuments entsprechend zu verwenden].

## Allgemeine Angaben zum Arzneimittel, zugelassene Anwendungsgebiete

Tabelle 2-3: Zugelassene Anwendungsgebiete, auf die sich das Dossier bezieht

Anwendungsgebiet (Wortlaut der Fachinformation inkl. Wortlaut bei Verweisen)	orphan (ja / nein)	Datum der Zulassungserteilung	Kodierung im Dossier <sup>a</sup>
OPDIVO ist in Kombination mit Cisplatin und Gemcitabin für die Erstlinientherapie des nicht resezierbaren oder metastasierten Urothelkarzinoms bei Erwachsenen indiziert.	Nein	23.05.2024	Y
a: Fortlaufende Angabe „A“ bis „Z“.			

Benennen Sie die den Angaben in Tabelle 2-3 zugrunde gelegten Quellen.

Die Informationen entsprechen den Angaben in der Fachinformation von OPDIVO<sup>®</sup> mit Stand vom Mai 2024 [1].

### 2.2.2 Weitere in Deutschland zugelassene Anwendungsgebiete

Falls es sich um ein Dossier zu einem neuen Anwendungsgebiet eines bereits zugelassenen Arzneimittels handelt, benennen Sie in der nachfolgenden Tabelle 2-4 die weiteren in Deutschland zugelassenen Anwendungsgebiete des zu bewertenden Arzneimittels. Geben Sie hierzu den Wortlaut der Fachinformation an; sofern im Abschnitt „Anwendungsgebiete“ der Fachinformation Verweise enthalten sind, führen Sie auch den Wortlaut an, auf den verwiesen wird. Fügen Sie dabei für jedes Anwendungsgebiet eine neue Zeile ein. Falls es kein weiteres zugelassenes Anwendungsgebiet gibt oder es sich nicht um ein Dossier zu einem neuen Anwendungsgebiet eines bereits zugelassenen Arzneimittels handelt, fügen Sie in der ersten Zeile unter „Anwendungsgebiet“ „kein weiteres Anwendungsgebiet“ ein.

Tabelle 2-4: Weitere in Deutschland zugelassene Anwendungsgebiete des zu bewertenden Arzneimittels

Anwendungsgebiet (Wortlaut der Fachinformation inkl. Wortlaut bei Verweisen)	Datum der Zulassungserteilung
OPDIVO ist als Monotherapie bei Erwachsenen für die Behandlung des fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanoms indiziert.	19. Juni 2015
Nivolumab BMS ist zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) mit plattenepithelialer Histologie nach vorheriger Chemotherapie bei Erwachsenen indiziert.	20. Juli 2015
Zusammengeführt unter dem Handelsnamen OPDIVO <sup>®</sup> mit Beschluss der Europäischen Kommission <sup>a</sup> :	28. Oktober 2015

## Allgemeine Angaben zum Arzneimittel, zugelassene Anwendungsgebiete

<b>Anwendungsgebiet (Wortlaut der Fachinformation inkl. Wortlaut bei Verweisen)</b>	<b>Datum der Zulassungserteilung</b>
<p>OPDIVO ist als Monotherapie bei Erwachsenen für die Behandlung des fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanoms indiziert.</p> <p>OPDIVO ist zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) mit plattenepithelialer Histologie nach vorheriger Chemotherapie bei Erwachsenen indiziert.</p>	
<p>OPDIVO ist als Monotherapie<sup>b</sup> zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) nach vorheriger Chemotherapie bei Erwachsenen indiziert.<sup>c</sup></p>	4. April 2016
<p>OPDIVO ist als Monotherapie bei Erwachsenen zur Behandlung des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms nach Vortherapie indiziert.</p>	4. April 2016
<p>OPDIVO ist in Kombination<sup>d</sup> mit Ipilimumab bei Erwachsenen für die Behandlung des fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanoms indiziert.</p> <p>Im Vergleich zur Nivolumab Monotherapie wurde in der Kombination Nivolumab mit Ipilimumab nur bei Patienten mit niedriger Tumor-PD-L1-Expression ein Anstieg des progressionsfreien Überlebens (PFS) und des Gesamtüberlebens (OS)<sup>e</sup> gezeigt (siehe Abschnitte 4.4 und 5.1).<sup>f</sup></p>	11. Mai 2016
<p>OPDIVO ist als Monotherapie<sup>b</sup> zur Behandlung des rezidivierenden oder refraktären klassischen Hodgkin-Lymphoms (cHL) bei Erwachsenen nach einer autologen Stammzelltransplantation (ASCT) und Behandlung mit Brentuximab Vedotin indiziert.</p>	21. November 2016
<p>OPDIVO ist als Monotherapie zur Behandlung des rezidivierten oder metastasierten Plattenepithelkarzinoms des Kopf-Hals-Bereichs bei Erwachsenen mit einer Progression während oder nach einer platinbasierten Therapie indiziert (siehe Abschnitt 5.1).<sup>f</sup></p>	28. April 2017
<p>OPDIVO ist als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen nicht resezierbaren oder metastasierten Urothelkarzinoms bei Erwachsenen nach Versagen einer vorherigen platinhaltigen Therapie indiziert.</p>	2. Juni 2017
<p>OPDIVO ist als Monotherapie bei Erwachsenen zur adjuvanten Behandlung des Melanoms mit Lymphknotenbeteiligung oder Metastasierung nach vollständiger Resektion indiziert (siehe Abschnitt 5.1).<sup>f</sup></p>	30. Juli 2018
<p>OPDIVO ist in Kombination mit Ipilimumab für die Erstlinientherapie des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms bei</p>	11. Januar 2019

## Allgemeine Angaben zum Arzneimittel, zugelassene Anwendungsgebiete

<b>Anwendungsgebiet (Wortlaut der Fachinformation inkl. Wortlaut bei Verweisen)</b>	<b>Datum der Zulassungserteilung</b>
Erwachsenen mit intermediärem/ungünstigem Risikoprofil indiziert (siehe Abschnitt 5.1). <sup>f</sup>	
OPDIVO ist in Kombination mit Ipilimumab und 2 Zyklen platinbasierter Chemotherapie für die Erstlinientherapie des metastasierten nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) bei Erwachsenen, deren Tumoren keine sensitivierende EGFR-Mutation oder ALK-Translokation aufweisen, indiziert.	5. November 2020
OPDIVO ist als Monotherapie zur Behandlung des nicht resezierbaren fortgeschrittenen, rezidivierten oder metastasierten Plattenepithelkarzinoms des Ösophagus bei Erwachsenen nach vorheriger fluoropyrimidin- und platinbasierter Kombinationschemotherapie indiziert.	20. November 2020
OPDIVO ist in Kombination mit Cabozantinib für die Erstlinientherapie des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms bei Erwachsenen indiziert (siehe Abschnitt 5.1). <sup>f</sup>	13. April 2021
OPDIVO ist in Kombination mit Ipilimumab für die Erstlinientherapie des nicht-resezierbaren malignen Pleuramesothelioms bei Erwachsenen indiziert.	1. Juni 2021
OPDIVO ist in Kombination mit Ipilimumab zur Behandlung des metastasierten Kolorektalkarzinoms mit Mismatch-Reparatur-Defizienz oder hoher Mikrosatelliteninstabilität bei Erwachsenen nach vorheriger fluoropyrimidinbasierter Kombinationschemotherapie indiziert (siehe Abschnitt 5.1). <sup>f</sup>	24. Juni 2021
OPDIVO ist als Monotherapie zur adjuvanten Behandlung der Karzinome des Ösophagus oder des gastroösophagealen Übergangs bei Erwachsenen mit pathologischer Resterkrankung nach vorheriger neoadjuvanter Chemoradiotherapie indiziert (siehe Abschnitt 5.1). <sup>f</sup>	28. Juli 2021
OPDIVO ist in Kombination mit fluoropyrimidin- und platinbasierter Kombinationschemotherapie für die Erstlinienbehandlung der HER2-negativen fortgeschrittenen oder metastasierten Adenokarzinome des Magens, des gastroösophagealen Übergangs oder des Ösophagus bei Erwachsenen indiziert, deren Tumoren PD-L1 ( <i>Combined Positive Score</i> [CPS] $\geq 5$ ) exprimieren.	19. Oktober 2021
OPDIVO ist als Monotherapie zur adjuvanten Behandlung des muskelinvasiven Urothelkarzinoms (MIUC) mit Tumorzell-PD-L1-Expression $\geq 1$ % bei Erwachsenen mit hohem Rezidivrisiko nach radikaler Resektion des MIUC indiziert (siehe Abschnitt 5.1). <sup>f</sup>	1. April 2022

## Allgemeine Angaben zum Arzneimittel, zugelassene Anwendungsgebiete

<b>Anwendungsgebiet (Wortlaut der Fachinformation inkl. Wortlaut bei Verweisen)</b>	<b>Datum der Zulassungserteilung</b>
OPDIVO ist in Kombination mit Ipilimumab für die Erstlinienbehandlung des nicht resezierbaren fortgeschrittenen, rezidivierten oder metastasierten Plattenepithelkarzinoms des Ösophagus mit Tumorzell-PD-L1-Expression $\geq 1$ % bei Erwachsenen indiziert (siehe Abschnitt 5.1). <sup>f</sup>	1. April 2022
OPDIVO ist in Kombination mit fluoropyrimidin- und platinbasierter Kombinationschemotherapie für die Erstlinienbehandlung des nicht resezierbaren fortgeschrittenen, rezidivierten oder metastasierten Plattenepithelkarzinoms des Ösophagus mit Tumorzell-PD-L1-Expression $\geq 1$ % bei Erwachsenen indiziert (siehe Abschnitt 5.1). <sup>f</sup>	1. April 2022
OPDIVO ist als Monotherapie bei Jugendlichen ab 12 Jahren <sup>g</sup> zur adjuvanten Behandlung des Melanoms mit Lymphknotenbeteiligung oder Metastasierung nach vollständiger Resektion indiziert (siehe Abschnitt 5.1). <sup>f</sup>	31. Mai 2023
OPDIVO ist als Monotherapie oder in Kombination mit Ipilimumab bei Jugendlichen ab 12 Jahren <sup>g</sup> für die Behandlung des fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanoms indiziert.  Im Vergleich zur Nivolumab Monotherapie wurde in der Kombination Nivolumab mit Ipilimumab nur bei Patienten mit niedriger Tumor-PD-L1-Expression ein Anstieg des progressionsfreien Überlebens (PFS) und des Gesamtüberlebens (OS) gezeigt (siehe Abschnitte 4.4 und 5.1). <sup>f</sup>	31. Mai 2023
OPDIVO ist in Kombination mit platinbasierter Chemotherapie für die neoadjuvante Behandlung des resezierbaren NSCLC mit Tumorzell-PD-L1-Expression $\geq 1$ % bei Erwachsenen mit hohem Rezidivrisiko indiziert (Auswahlkriterien siehe Abschnitt 5.1). <sup>h</sup>	26. Juni 2023
OPDIVO ist als Monotherapie bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren zur adjuvanten Behandlung des Melanoms im Stadium IIB oder IIC <sup>i</sup> oder des Melanoms mit Lymphknotenbeteiligung oder Metastasierung nach vollständiger Resektion indiziert (siehe Abschnitt 5.1). <sup>f</sup>	21. August 2023
<p>ALK: <i>Anaplastic Lymphoma Kinase</i>; ASCT: Autologe Stammzelltransplantation (<i>Autologous Stem Cell Transplantation</i>); BMS: Bristol Myers Squibb; cHL: Klassisches Hodgkin-Lymphom (<i>Classical Hodgkin Lymphoma</i>); CPS: <i>Combined Positive Score</i>; EGFR: <i>Epidermal Growth Factor Receptor</i>; HER2: <i>Human Epidermal Growth Factor Receptor 2</i>; IASLC: <i>International Association for the Study of Lung Cancer</i>; MIUC: Muskelinvasives Urothelkarzinom (<i>Muscle-Invasive Urothelial Cancer</i>); NSCLC: Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom (<i>Non-small Cell Lung Cancer</i>); OS: Gesamtüberleben (<i>Overall Survival</i>); PD-L1: <i>Programmed Death Ligand-1</i>; PFS: progressionsfreies Überleben (<i>Progression-Free Survival</i>); SCCHN: Plattenepithelkarzinom des Kopf-Hals-Bereichs (<i>Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck</i>)</p> <p>a: Nivolumab BMS wurde daraufhin zum 1. Dezember 2015 außer Vertrieb gemeldet.</p>	

## Allgemeine Angaben zum Arzneimittel, zugelassene Anwendungsgebiete

<b>Anwendungsgebiet (Wortlaut der Fachinformation inkl. Wortlaut bei Verweisen)</b>	<b>Datum der Zulassungserteilung</b>
<p>b: Im Rahmen der Zulassung für das Plattenepithelkarzinom des Kopf-Hals-Bereichs (SCCHN) wurde „als Monotherapie“ in den ursprünglichen Indikationstext eingefügt.</p> <p>c: Durch Zulassung der Indikation des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) mit nicht-plattenepithelialer Histologie entfällt die Spezifikation der Histologie.</p> <p>d: Der Text „zur Kombination mit Ipilimumab“ wurde in der Fachinformation in den ursprünglichen Abschnitt zur Behandlung (Monotherapie) des fortgeschrittenen Melanoms bei Erwachsenen eingefügt.</p> <p>e: Der Abschnitt „und des Gesamtüberlebens (OS)“ wurde erst mit Entscheidung der Europäischen Kommission vom 19. Oktober 2017 eingefügt.</p> <p>f: Der Wortlaut der Abschnitte 4.4 und 5.1, auf den in der Fachinformation im Abschnitt „Anwendungsgebiete“ verwiesen wird, wird aufgrund des Umfangs des Abschnitts nicht angegeben. Der Wortlaut ist der Fachinformation zu OPDIVO® zu entnehmen.</p> <p>g: Der Text „und Jugendlichen ab 12 Jahren“ wurde in der Fachinformation in den ursprünglichen Abschnitt zur adjuvanten Behandlung des Melanoms bzw. zur Behandlung des fortgeschrittenen Melanoms bei Erwachsenen eingefügt.</p> <p>h: Im Abschnitt 5.1 werden Patienten mit hohem Rezidivrisiko definiert als Patienten mit einer Erkrankung im Stadium II bis IIIA nach IASLC 7. Auflage.</p> <p>i: Der Text ‚im Stadium IIB oder IIC‘ wurde in der Fachinformation in den ursprünglichen Abschnitt zur adjuvanten Behandlung des Melanoms mit Lymphknotenbeteiligung oder Metastasierung eingefügt.</p>	

*Benennen Sie die den Angaben in Tabelle 2-4 zugrunde gelegten Quellen. Falls es kein weiteres zugelassenes Anwendungsgebiet gibt oder es sich nicht um ein Dossier zu einem neuen Anwendungsgebiet eines bereits zugelassenen Arzneimittels handelt, geben Sie „nicht zutreffend“ an.*

Die Informationen entsprechen den Angaben in der deutschen Fachinformation von OPDIVO® mit Stand vom Mai 2024 [1]. Die Angaben zur Zulassungshistorie wurden der Homepage der European Medicines Agency (EMA) entnommen [32].

### 2.3 Beschreibung der Informationsbeschaffung für Modul 2

*Erläutern Sie an dieser Stelle das Vorgehen zur Identifikation der im Abschnitt 2.1 und im Abschnitt 2.2 genannten Quellen (Informationsbeschaffung). Sofern erforderlich, können Sie zur Beschreibung der Informationsbeschaffung weitere Quellen benennen.*

Die Informationen zum Wirkmechanismus und Zulassungsstatus von Nivolumab wurden der deutschen Fachinformation von OPDIVO® entnommen. Die Angaben zur Zulassungshistorie von Nivolumab wurden der Homepage der EMA entnommen ([www.ema.europa.eu](http://www.ema.europa.eu)). Ergänzende Informationen wurden verschiedenen Publikationen aus wissenschaftlichen Zeitschriften entnommen. Die Artikel wurden mit Hilfe einer orientierenden Literaturrecherche in PubMed ([www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed)) identifiziert.



## 2.4 Referenzliste für Modul 2

Listen Sie nachfolgend alle Quellen (z. B. Publikationen), die Sie in den vorhergehenden Abschnitten angegeben haben (als fortlaufend nummerierte Liste). Verwenden Sie hierzu einen allgemein gebräuchlichen Zitierstil (z. B. Vancouver oder Harvard). Geben Sie bei Fachinformationen immer den Stand des Dokuments an.

1. Bristol-Myers Squibb Pharma EEIG (2015): OPDIVO® 10 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung; Fachinformation. Stand: Mai 2024 [Zugriff: 06.06.2024]. URL: <http://www.fachinfo.de>.
2. Buchbinder EI, Desai A (2016): CTLA-4 and PD-1 Pathways: Similarities, Differences, and Implications of Their Inhibition. *American Journal of Clinical Oncology*; 39(1):98-106.
3. Finn OJ (2008): Cancer Immunology. *New England Journal of Medicine*; 358(25):2704-15.
4. Gajewski TF, Schreiber H, Fu Y-X (2013): Innate and adaptive immune cells in the tumor microenvironment. *Nature Immunology*; 14(10):1014-22.
5. Dunn GP, Old LJ, Schreiber RD (2004): The Immunobiology of Cancer Immunosurveillance and Immunoediting. *Immunity*; 21(2):137-48.
6. Guevara-Patiño JA, Turk MJ, Wolchok JD, Houghton AN (2003): Immunity to cancer through immune recognition of altered self: studies with melanoma. *Adv Cancer Res*; 90:157-77.
7. Frumento G, Piazza T, Di Carlo E, Ferrini S (2006): Targeting Tumor-Related Immunosuppression for Cancer Immunotherapy. *Endocrine, Metabolic & Immune Disorders - Drug Targets*; 6(3):223-37.
8. Pardoll D, Drake C (2012): Immunotherapy earns its spot in the ranks of cancer therapy. *Journal of Experimental Medicine*; 209(2):201-9.
9. George S, Pili R, Carducci MA, Kim JJ (2011): Role of Immunotherapy for Renal Cell Cancer in 2011. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*; 9(9):1011-8.
10. Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V (2022): Onkopedia Leitlinien Lungenkarzinom, nicht kleinzellig (NSCLC); Stand November 2022. [Zugriff: 06.11.2023]. URL: <https://www.onkopedia.com/de/onkopedia/guidelines/lungenkarzinom-nicht-kleinzellig-nsclc/@@guideline/html/index.html>.
11. Michielin O, van Akkooi ACJ, Ascierto PA, Dummer R, Keilholz U (2019): Cutaneous melanoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up†. *Annals of Oncology*; 30(12):1884-901.
12. Ljungberg B, Bex A, Albiges L, Bedke A, Capitanio U, Giles R (2024): EAU Guidelines on Renal Cell Carcinoma - 2024. [Zugriff: 22.05.2024]. URL: <https://uroweb.org/guidelines/renal-cell-carcinoma>.
13. Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF (Leitlinienprogramm Onkologie) (2020): S3-Leitlinien zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Melanoms, Langversion 3.3, Juli 2020, AWMF Registernummer: 032/024OL. [Zugriff: 06.11.2023]. URL: [https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user\\_upload/Downloads/Leitlinien/Melanom/Melanom\\_Version\\_3/LL\\_Melanom\\_Langversion\\_3.3.pdf](https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Melanom/Melanom_Version_3/LL_Melanom_Langversion_3.3.pdf).

---

Allgemeine Angaben zum Arzneimittel, zugelassene Anwendungsgebiete

14. Darvin P, Toor SM, Sasidharan Nair V, Elkord E (2018): Immune checkpoint inhibitors: recent progress and potential biomarkers. *Experimental & Molecular Medicine*; 50(12):1-11.
15. Ribas A (2012): Tumor Immunotherapy Directed at PD-1. *New England Journal of Medicine*; 366(26):2517-9.
16. Wei SC, Duffy CR, Allison JP (2018): Fundamental Mechanisms of Immune Checkpoint Blockade Therapy. *Cancer Discovery*; 8(9):1069-86.
17. Pardoll DM (2012): The blockade of immune checkpoints in cancer immunotherapy. *Nature Reviews Cancer*; 12(4):252-64.
18. Ribas A, Chmielowski B, Glaspy JA (2009): Do We Need a Different Set of Response Assessment Criteria for Tumor Immunotherapy? *Clinical Cancer Research*; 15(23):7116-8.
19. Chen T-T (2013): Statistical issues and challenges in immuno-oncology. *Journal for ImmunoTherapy of Cancer*; 1(1):18.
20. Johnson P, Greiner W, Al-Dakkak I, Wagner S (2015): Which Metrics Are Appropriate to Describe the Value of New Cancer Therapies? *BioMed Research International*; 2015:865101.
21. van Houwelingen HC, Putter H (2008): Dynamic predicting by landmarking as an alternative for multi-state modeling: an application to acute lymphoid leukemia data. *Lifetime Data Analysis*; 14(4):447-63.
22. Galluzzi L, Buqué A, Kepp O, Zitvogel L, Kroemer G (2015): Immunological Effects of Conventional Chemotherapy and Targeted Anticancer Agents. *Cancer Cell*; 28(6):690-714.
23. Yan Y, Kumar AB, Finnes H, Markovic SN, Park S, Dronca RS, et al. (2018): Combining Immune Checkpoint Inhibitors With Conventional Cancer Therapy. *Frontiers in Immunology*; 9:1739.
24. Zappasodi R, Merghoub T, Wolchok JD (2018): Emerging Concepts for Immune Checkpoint Blockade-Based Combination Therapies. *Cancer Cell*; 33(4):581-98.
25. Emens LA, Middleton G (2015): The interplay of immunotherapy and chemotherapy: harnessing potential synergies. *Cancer Immunology Research*; 3(5):436-43.
26. Harris SJ, Brown J, Lopez J, Yap TA (2016): Immuno-oncology combinations: raising the tail of the survival curve. *Cancer Biology & Medicine*; 13(2):171-93.
27. Pfirschke C, Engblom C, Rickelt S, Cortez-Retamozo V, Garris C, Pucci F, et al. (2016): Immunogenic Chemotherapy Sensitizes Tumors to Checkpoint Blockade Therapy. *Immunity*; 44(2):343-54.
28. von der Maase H, Hansen SW, Roberts JT, Dogliotti L, Oliver T, Moore MJ, et al. (2000): Gemcitabine and Cisplatin Versus Methotrexate, Vinblastine, Doxorubicin, and Cisplatin in Advanced or Metastatic Bladder Cancer: Results of a Large, Randomized, Multinational, Multicenter, Phase III Study. *Journal of Clinical Oncology*; 17(17):3068-77.
29. Opzooomer JW, Sosnowska D, Anstee JE, Spicer JF, Arnold JN (2019): Cytotoxic Chemotherapy as an Immune Stimulus: A Molecular Perspective on Turning Up the Immunological Heat on Cancer. *Frontiers in Immunology*; 10:1654.
30. Vanmeerbeek I, Sprooten J, De Ruyscher D, Tejpar S, Vandenberghe P, Fucikova J, et al. (2020): Trial watch: chemotherapy-induced immunogenic cell death in immuno-oncology. *OncoImmunology*; 9(1):1703449.
31. Zitvogel L, Apetoh L, Ghiringhelli F, Kroemer G (2008): Immunological aspects of cancer chemotherapy. *Nature Reviews Immunology*; 8(1):59-73.

32. European Medicines Agency (2024): OPDIVO: Procedural steps taken and scientific information after the authorisation. [Zugriff: 12.06.2024]. URL: [https://www.ema.europa.eu/en/documents/procedural-steps-after/opdivo-epar-procedural-steps-taken-scientific-information-after-authorisation\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/procedural-steps-after/opdivo-epar-procedural-steps-taken-scientific-information-after-authorisation_en.pdf).