

Dokumentvorlage, Version vom  
16.03.2018/16.08.2018

## **Dossier zur Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V**

*Ciltacabtagene Autoleucel (CARVYKTI®)*

Johnson & Johnson

### **Modul 3A**

*Erwachsene Patienten mit rezidiviertem und refraktärem Multiplen Myelom, die zuvor bereits mindestens eine vorherige Therapie erhalten haben, darunter einen Immunmodulator und einen Proteasom-Inhibitor, und die während der letzten Therapie eine Krankheitsprogression zeigten und gegenüber Lenalidomid refraktär sind*

Zweckmäßige Vergleichstherapie,  
Anzahl der Patienten mit therapeutisch  
bedeutsamem Zusatznutzen,  
Kosten der Therapie für die GKV,  
Anforderungen an eine qualitätsgesicherte  
Anwendung

Stand: 27.11.2024

# Inhaltsverzeichnis

	Seite
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>2</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>4</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>5</b>
<b>3 Modul 3 – allgemeine Informationen</b> .....	<b>10</b>
3.1 Bestimmung der zweckmäßigen Vergleichstherapie .....	10
3.1.1 Benennung der zweckmäßigen Vergleichstherapie .....	11
3.1.2 Begründung für die Wahl der zweckmäßigen Vergleichstherapie.....	12
3.1.3 Beschreibung der Informationsbeschaffung für Abschnitt 3.1 .....	16
3.1.4 Referenzliste für Abschnitt 3.1 .....	16
3.2 Anzahl der Patienten mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen .....	18
3.2.1 Beschreibung der Erkrankung und Charakterisierung der Zielpopulation .....	18
3.2.2 Therapeutischer Bedarf innerhalb der Erkrankung .....	26
3.2.3 Prävalenz und Inzidenz der Erkrankung in Deutschland .....	30
3.2.4 Anzahl der Patienten in der Zielpopulation .....	37
3.2.5 Angabe der Anzahl der Patienten mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen .....	44
3.2.6 Beschreibung der Informationsbeschaffung für Abschnitt 3.2.....	44
3.2.7 Referenzliste für Abschnitt 3.2 .....	46
3.3 Kosten der Therapie für die gesetzliche Krankenversicherung.....	55
3.3.1 Angaben zur Behandlungsdauer.....	55
3.3.2 Angaben zum Verbrauch für das zu bewertende Arzneimittel und die zweckmäßige Vergleichstherapie .....	59
3.3.3 Angaben zu Kosten des zu bewertenden Arzneimittels und der zweckmäßigen Vergleichstherapie.....	61
3.3.4 Angaben zu Kosten für zusätzlich notwendige GKV-Leistungen .....	63
3.3.5 Angaben zu Jahrestherapiekosten.....	70
3.3.6 Angaben zu Versorgungsanteilen.....	71
3.3.7 Beschreibung der Informationsbeschaffung für Abschnitt 3.3.....	73
3.3.8 Referenzliste für Abschnitt 3.3 .....	73
3.4 Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung .....	76
3.4.1 Anforderungen aus der Fachinformation .....	76
3.4.2 Bedingungen für das Inverkehrbringen.....	103
3.4.3 Bedingungen oder Einschränkungen für den sicheren und wirksamen Einsatz des Arzneimittels .....	103
3.4.4 Informationen zum Risk-Management-Plan.....	106
3.4.5 Weitere Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung .....	118
3.4.6 Beschreibung der Informationsbeschaffung für Abschnitt 3.4.....	118
3.4.7 Referenzliste für Abschnitt 3.4 .....	118
3.5 Angaben zur Prüfung der Erforderlichkeit einer Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM) gemäß § 87 Absatz 5b Satz 5 SGB V .....	119
3.5.1 Referenzliste für Abschnitt 3.5 .....	120

**Tabellenverzeichnis**

	Seite
Tabelle 3-1: Kriterien zur Definition eines therapiebedürftigen Multiplen Myeloms (SLiM/CRAB-Kriterien).....	22
Tabelle 3-2: International Staging System und Revised-ISS .....	23
Tabelle 3-3: Prognose nach dem ISS .....	23
Tabelle 3-4: Inzidenz des Multiplen Myeloms für die Jahre 2010 bis 2020 .....	33
Tabelle 3-5: 5- und 10-Jahres-Prävalenz des Multiplen Myeloms (ICD-10 C90) für die Jahre 2015 bis 2020 (Fallzahlen und Rohe Rate pro 100.000 Einwohner) .....	34
Tabelle 3-6: Fortgeschriebene Inzidenz des Multiplen Myeloms für die Jahre 2020-2029.....	36
Tabelle 3-7: Fortgeschriebene Prävalenz des Multiplen Myeloms für die Jahre 2020-2029... ..	36
Tabelle 3-8: Zusammenfassung zur Unsicherheit der Schätzungen in Abschnitt 3.2.3 .....	37
Tabelle 3-9: Anzahl der GKV-Patienten in der Zielpopulation .....	38
Tabelle 3-10: Herleitungsschritte und Zwischenergebnisse zur Berechnung der Zielpopulation unter Angabe der jeweiligen Quellen zur Ermittlung der Anteilswerte, sowie Darstellung der ausführlichen Patientenattrition durch die TriNetX Oncology GmbH (94).....	39
Tabelle 3-11: Anzahl der Patienten, für die ein therapeutisch bedeutsamer Zusatznutzen besteht, mit Angabe des Ausmaßes des Zusatznutzens (zu bewertendes Arzneimittel) .....	44
Tabelle 3-12: Angaben zum Behandlungsmodus (zu bewertendes Arzneimittel und zweckmäßige Vergleichstherapie) .....	56
Tabelle 3-13: Behandlungstage pro Patient pro Jahr (zu bewertendes Arzneimittel und zweckmäßige Vergleichstherapie) .....	59
Tabelle 3-14: Jahresverbrauch pro Patient (zu bewertendes Arzneimittel und zweckmäßige Vergleichstherapie) .....	60
Tabelle 3-15: Kosten des zu bewertenden Arzneimittels und der zweckmäßigen Vergleichstherapie .....	62
Tabelle 3-16: Zusätzlich notwendige GKV-Leistungen bei Anwendung der Arzneimittel gemäß Fachinformation (zu bewertendes Arzneimittel und zweckmäßige Vergleichstherapie).....	63
Tabelle 3-17: Zusätzlich notwendige GKV-Leistungen – Kosten pro Einheit .....	67
Tabelle 3-18: Zusätzlich notwendige GKV-Leistungen – Zusatzkosten für das zu bewertende Arzneimittel und die zweckmäßige Vergleichstherapie pro Jahr (pro Patient) ....	69
Tabelle 3-19: Jahrestherapiekosten für die GKV für das zu bewertende Arzneimittel und die zweckmäßige Vergleichstherapie (pro Patient) .....	70
Tabelle 3-20: Einstufung des CRS-Grades und Empfehlungen zur Behandlung .....	82
Tabelle 3-21: Vorgaben zur Behandlung eines ICANS .....	85
Tabelle 3-22: Bewertung der Immuneffektorzell-assoziierten Enzephalopathie (ICE) .....	86

Tabelle 3-23: Nebenwirkungen bei Patienten mit Multiplem Myelom, die mit Carvykti® behandelt wurden (N = 396).....	93
Tabelle 3-24: Inzidenzen länger anhaltender und rezidivierender Zytopenien nach der Behandlung mit Carvykti® (N = 396).....	99
Tabelle 3-25: Durchführung von Maßnahmen nach der Zulassung .....	106
Tabelle 3-26: Maßnahmen zur Risikominimierung .....	107
Tabelle 3-27: Alle ärztlichen Leistungen, die gemäß aktuell gültiger Fachinformation des zu bewertenden Arzneimittels zu seiner Anwendung angeführt sind.....	119

**Abbildungsverzeichnis**

	Seite
Abbildung 3-1: Altersspezifische Neuerkrankungsraten nach Geschlecht (ICD 10 C90, Deutschland 2019-2020 je 100.000 Einwohner).....	31
Abbildung 3-2: Absolute Zahl der Neuerkrankungs- und Sterbefälle nach Geschlecht, ICD 10 C90, Deutschland 1999-2020/2021 .....	32
Abbildung 3-3: Altersstandardisierte Neuerkrankungs- und Sterberaten nach Geschlecht, ICD 10 C90, Deutschland 1999-2020/2021 (je 100.000 Einwohner) .....	32

**Abkürzungsverzeichnis**

<b>Abkürzung</b>	<b>Bedeutung</b>
AL-Amyloidose	Leichtketten-Amyloidose
AMG	Arzneimittelgesetz
AM-NutzenV	Arzneimittel-Nutzenbewertungsverordnung
Anti-IL 1	Interleukin-1-Antagonist
Anti-TNF $\alpha$	Anti-Tumor Necrosis Factor alpha (Tumornekrosefaktor- $\alpha$ -Antagonist)
AST	Aspartataminotransferase
ASTCT	American Society for Transplantation and Cellular Therapy
AVP	Apothekenverkaufspreis
BCMA	B-Cell Maturation Antigen (B-Zell-Reifungsantigen)
BiPAP	Bilevel Positive Airway Pressure (biphasischer positiver Atemwegsdruck)
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CAR	Chimärer Antigen Rezeptor
CAR-T	Chimärer Antigen Rezeptor T-Zell
CD	Cluster of Differentiation (Oberflächenmarker)
CHMP	Committee for Medicinal Products for Human Use (Ausschuss für Humanarzneimittel)
Ciltacel	Ciltacabtagene Autoleucel
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure (kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck)
CR	Complete Response (vollständiges Ansprechen)
CRAB	hyperCalcaemia Renal failure Anemia Bone lesions (Hyperkälzemie Niereninsuffizienz Anämie Knochenläsionen)
CRP	C-reaktives Protein
CRS	Cytokine Release Syndrome (Zytokin-Freisetzungssyndrom)
CTCAE	Common Terminology Criteria for Adverse Events (Kriterien zur Erfassung unerwünschter Ereignisse)
CVVHD	Continuous Venovenous Hemodialysis (Kontinuierliche Venovenöse Hämodialyse)
d. h.	das heißt

<b>Abkürzung</b>	<b>Bedeutung</b>
DGHO	Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie
DIC	Disseminated Intravascular Coagulation (Disseminierten intravasalen Gerinnung)
dl	Deziliter
DMSO	Dimethylsulfoxid
DNA	Deoxyribonucleic Acid (Desoxyribonukleinsäure)
DPd	Daratumumab, Pomalidomid, Dexamethason
DRd	Daratumumab, Lenalidomid, Dexamethason
DRG	Diagnosis-related group
D-VMP	Daratumumab, Bortezomib, Melphalan und Prednison
EEG	Elektroenzephalogramm
EMA	European Medicines Agency (Europäische Arzneimittel-Agentur)
EPAR	European Public Assessment Report (Europäischer öffentlicher Bewertungsbericht)
ESMO	European Society for Medical Oncology
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EURD	European Union Reference Dates (Stichtage der europäischen Union)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBS	Guillain Barré-Syndrom
GFR	Glomeruläre Filtrationsrate
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	GKV-Spitzenverband
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GM-CSF	Granulocyte-Macrophage Colony-Stimulating Factor (Granulozyten-Makrophagen-Kolonie-stimulierender Faktor)
GvHD	Graft-versus-Host-Disease (Graft-versus-Host-Erkrankung)
HBV	Hepatitis-B-Virus
HCP	Healthcare Professional (Angehöriger der Heilberufe)
HCV	Hepatitis-C-Virus
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus

<b>Abkürzung</b>	<b>Bedeutung</b>
HLH	Hämophagozytische Lymphohistiozytose
HR	Hazard Ratio
i.v.	intravenös
ICANS	Immune effector Cell-Associated Neurotoxicity Syndrome (Immuneffektorzellassoziertes Neurotoxizitätssyndrom)
ICD	International Classification of Diseases (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten)
ICE	Immune effector Cell-associated Encephalopathy (Immuneffektorzell-assoziierte Enzephalopathie)
IgG	Immunglobulin G
IMiD	Immunomodulatory Drug (Immunmodulierende Substanz)
IMWG	International Myeloma Working Group (Internationale Myelom Arbeitsgruppe)
inkl.	inklusive
INR	International Normalized Ratio
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
ISS	International Staging System
IU	International Unit
IVIG	Intravenöses Immunglobulin
kg	Kilogramm
KG	Körpergewicht
KI	Konfidenzintervall
KOF	Körperoberfläche
LDH	Laktatdehydrogenase
LIS	Lot Information Sheet (Chargeninformationsblatt)
mAb	Monoclonal Antibody (monoklonale Antikörper)
MAH	Marketing Authorization Holder (Inhaber der Genehmigung für das Inverkehrbringen)
MedDRA	Medical Dictionary for Regulatory Activities (Medizinisches Wörterbuch im Rahmen der Arzneimittelzulassung)
MGUS	Monoclonal gammopathy of undetermined significance (Monoklonale Gammopathie Unklarer Signifikanz)
mg	Milligramm
ml	Milliliter



<b>Abkürzung</b>	<b>Bedeutung</b>
MRD	Minimal Residual Disease (Minimale Resterkrankung)
MRT	Magnetresonanztomografie
NAT	Nucleic Acid Tests (Nukleinsäuretest)
NCI CTCAE	National Cancer Institute Common Terminology Criteria for Adverse Events
ORR	Overall Response Rate (Gesamtansprechrage)
PBMC	Peripheral blood mononuclear cells (Mononukleare periphere Blutzellen)
PFS	Progression-Free Survival (Progressionsfreies Überleben)
PI	Proteasom-Inhibitor
p.o.	peroral
PSUR	Periodic safety update report (Regelmäßig aktualisierter Unbedenklichkeitsbericht)
PVd	Pomalidomid, Bortezomib, Dexamethason
PZN	Pharmazentralnummer
R-ISS	Revised International Staging System (überarbeitetes ISS)
RKI	Robert Koch-Institut
Rd	Lenalidomid, Dexamethason
RMP	Risk-Management-Plan (Risikomanagement-Plan)
RWE	Real World Evidence
RRMM	Rezidiertes/ refraktäres Multiples Myelom
sCR	Stringent Complete Response (stringentes komplettes Ansprechen)
SGB	Sozialgesetzbuch
SLiM	Myelom-definierende Biomarker
SMM	Smoldering Multiple Myeloma
SmPC	Summary of Product Characteristics (Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels)
VGPR	Very Good Partial Response (sehr gutes partielles Ansprechen)
VHH	Antigen-Bindungsdomänen
VRd	Bortezomib, Lenalidomid, Dexamethason
z. B.	zum Beispiel
ZfKD	Zentrum für Krebsregisterdaten
ZNS	Zentralnervensystem

<b>Abkürzung</b>	<b>Bedeutung</b>
zVT	zweckmäßige Vergleichstherapie

### 3 Modul 3 – allgemeine Informationen

Modul 3 enthält folgende Angaben:

- Bestimmung der zweckmäßigen Vergleichstherapie (Abschnitt 3.1)
- Bestimmung der Anzahl der Patienten mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen (Abschnitt 3.2)
- Bestimmung der Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung (Abschnitt 3.3)
- Beschreibung der Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung (Abschnitt 3.4)

Alle in diesen Abschnitten getroffenen Aussagen und Kalkulationsschritte sind zu begründen. In die Kalkulation eingehende Annahmen sind darzustellen. Die Berechnungen müssen auf Basis der Angaben nachvollziehbar sein und sollen auch Angaben zur Unsicherheit enthalten.

Die Abschnitte enthalten jeweils einen separaten Abschnitt zur Beschreibung der Informationsbeschaffung sowie eine separate Referenzliste.

Für jedes zu bewertende Anwendungsgebiet ist eine separate Version des vorliegenden Dokuments zu erstellen. Die Kodierung der Anwendungsgebiete ist in Modul 2 hinterlegt. Sie ist je Anwendungsgebiet einheitlich für die übrigen Module des Dossiers zu verwenden.

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

#### 3.1 Bestimmung der zweckmäßigen Vergleichstherapie

Zweckmäßige Vergleichstherapie ist diejenige Therapie, deren Nutzen mit dem Nutzen des zu bewertenden Arzneimittels verglichen wird. Näheres hierzu findet sich in der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Die zweckmäßige Vergleichstherapie ist regelhaft zu bestimmen nach Maßstäben, die sich aus den internationalen Standards der evidenzbasierten Medizin ergeben. Die zweckmäßige Vergleichstherapie muss eine nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zweckmäßige Therapie im Anwendungsgebiet sein, vorzugsweise eine Therapie, für die Endpunktstudien vorliegen und die sich in der praktischen Anwendung bewährt hat, soweit nicht Richtlinien oder das Wirtschaftlichkeitsgebot dagegen sprechen.

Bei der Bestimmung der Vergleichstherapie sind insbesondere folgende Kriterien zu berücksichtigen:

1. Sofern als Vergleichstherapie eine Arzneimittelanwendung in Betracht kommt, muss das Arzneimittel grundsätzlich eine Zulassung für das Anwendungsgebiet haben.

2. Sofern als Vergleichstherapie eine nichtmedikamentöse Behandlung in Betracht kommt, muss diese im Rahmen der GKV erbringbar sein.
3. Als Vergleichstherapie sollen bevorzugt Arzneimittelanwendungen oder nichtmedikamentöse Behandlungen herangezogen werden, deren patientenrelevanter Nutzen durch den G-BA bereits festgestellt ist.
4. Die Vergleichstherapie soll nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zur zweckmäßigen Therapie im Anwendungsgebiet gehören.

Für Arzneimittel einer Wirkstoffklasse ist unter Berücksichtigung der oben genannten Kriterien die gleiche zweckmäßige Vergleichstherapie heranzuziehen, um eine einheitliche Bewertung zu gewährleisten.

Zur zweckmäßigen Vergleichstherapie kann ein Beratungsgespräch mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss stattfinden. Näheres dazu findet sich in der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses.

### 3.1.1 Benennung der zweckmäßigen Vergleichstherapie

*Benennen Sie die zweckmäßige Vergleichstherapie für das Anwendungsgebiet, auf das sich das vorliegende Dokument bezieht.*

Ciltacabtagene Autoleucel (Ciltacel) ist gemäß Fachinformation indiziert für die Behandlung erwachsener Patienten mit rezidiviertem und refraktärem multiplem Myelom, die zuvor bereits mindestens eine vorherige Therapie erhalten haben, darunter einen Immunmodulator und einen Proteasom-Inhibitor, und die während der letzten Therapie eine Krankheitsprogression zeigten und gegenüber Lenalidomid refraktär sind (1).

Aus Sicht von Johnson & Johnson (J&J) ergibt sich für das vorliegende Anwendungsgebiet folgende zweckmäßige Vergleichstherapie (zVT):

Eine patientenindividuelle Therapie unter Auswahl von

- Elotuzumab in Kombination mit Pomalidomid und Dexamethason (nur für Personen mit mindestens zwei Vortherapien)
- Daratumumab in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason
- Daratumumab in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason
- Daratumumab in Kombination mit Pomalidomid und Dexamethason
- Isatuximab in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason
- Isatuximab in Kombination mit Pomalidomid und Dexamethason (nur für Personen mit mindestens zwei Vortherapien)
- Pomalidomid in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason (nur für Personen, die auf einen CD38-Antikörper refraktär sind)

- Carfilzomib in Kombination mit Dexamethason
- Panobinostat in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason
- Pomalidomid in Kombination mit Dexamethason (nur für mind. doppelt-refraktäre Personen, die für eine Triplet- oder Duplett-Therapie nicht geeignet sind und mindestens vier Vortherapien erhalten haben)
- Bortezomib in Kombination mit pegyliertem liposomalen Doxorubicin (nur für mindestens doppelt-refraktäre Personen, die für eine Triplet- oder Duplett-Therapie nicht geeignet sind und mindestens vier Vortherapien erhalten haben)
- Bortezomib in Kombination mit Dexamethason (nur für mindestens doppelt-refraktäre Personen, die für eine Triplet- oder Duplett-Therapie nicht geeignet sind und mindestens vier Vortherapien erhalten haben)
- Daratumumab Monotherapie (nur für mind. Dreifach-refraktäre Personen, die für eine Triplet- oder Duplett-Therapie nicht geeignet sind und mindestens vier Vortherapien erhalten haben)
- Cyclophosphamid als Monotherapie oder in Kombination mit Dexamethason (nur für mind. Dreifach-refraktäre Personen, die für eine Triplet- oder Duplett-Therapie nicht geeignet sind und mindestens vier Vortherapien erhalten haben)
- Melphalan als Monotherapie oder in Kombination mit Prednisolon oder Prednison (nur für mind. Dreifach-refraktäre Personen, die für eine Triplet- oder Duplett-Therapie nicht geeignet sind und mindestens vier Vortherapien erhalten haben)

unter Berücksichtigung des Allgemeinzustandes, der in den vorherigen Therapien eingesetzten Wirkstoffe und Wirkstoffkombinationen sowie der Art und Dauer des Ansprechens auf die jeweiligen vorherigen Therapien.

### **3.1.2 Begründung für die Wahl der zweckmäßigen Vergleichstherapie**

*Geben Sie an, ob ein Beratungsgespräch mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss zum Thema „zweckmäßige Vergleichstherapie“ stattgefunden hat. Falls ja, geben Sie das Datum des Beratungsgesprächs und die vom Gemeinsamen Bundesausschuss übermittelte Vorgangsnummer an und beschreiben Sie das Ergebnis dieser Beratung hinsichtlich der Festlegung der zweckmäßigen Vergleichstherapie. Benennen Sie das Beratungsprotokoll als Quelle (auch in Abschnitt 3.1.4).*

J&J nahm am 26.09.2019, 06.10.2023 und 11.09.2024 für den Wirkstoff Ciltacel in der Indikation erwachsener Patienten mit rezidiviertem und Lenalidomid-refraktärem Multiplem Myelom nach § 8 Arzneimittel-Nutzenbewertungsverordnung (AM-NutzenV) drei Beratungsgespräche beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in Anspruch (Vorgangsnummern 2019-B-173, 2023-B-191, 2024-B-173 (2-4)). Eine Übersicht zu den festgelegten zVT findet sich in Modul 5 (5).

Im letzten Beratungsgespräch vom 11.09.2024 hat der G-BA das gegenständliche Anwendungsgebiet in zwei Teilpopulationen unterteilt und hierfür folgende zVT festgelegt (4):

*Teilpopulation a)*

Erwachsene mit rezidiviertem und refraktärem Multiplen Myelom, die ein bis drei vorhergehende Therapien erhalten haben, auf die letzte Therapie eine Krankheitsprogression gezeigt haben und refraktär gegenüber Lenalidomid sind; Vorbehandlung umfasst einen Immunmodulator und einen Proteasom-Inhibitor.

Eine patientenindividuelle Therapie unter Auswahl von

- Elotuzumab in Kombination mit Pomalidomid und Dexamethason (nur für Personen mit mind. 2 Vortherapien)
- Daratumumab in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason
- Daratumumab in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason
- Daratumumab in Kombination mit Pomalidomid und Dexamethason
- Isatuximab in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason
- Isatuximab in Kombination mit Pomalidomid und Dexamethason (nur für Personen mit mind. 2 Vortherapien)
- Pomalidomid in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason (nur für Personen, die auf einen CD38-Antikörper und Lenalidomid refraktär sind)
- Carfilzomib in Kombination mit Dexamethason
- Hochdosistherapie mit autologer Stammzelltransplantation (nur für Personen mit 1 Vortherapie, die für eine autologe Stammzelltransplantation geeignet sind; nach Erreichen einer Remission)
- Hochdosistherapie mit allogener Stammzelltransplantation (nur für Personen mit 1 Vortherapie, die für eine autologe Stammzelltransplantation geeignet sind; nach Erreichen einer Remission)

unter Berücksichtigung der in den vorherigen Therapien eingesetzten Wirkstoffe und Wirkstoffkombinationen, der Art und Dauer des Ansprechens auf die jeweiligen vorherigen Therapien und der Eignung für eine Stammzelltransplantation.

*Teilpopulation b)*

Erwachsene mit rezidiviertem und refraktärem multiplen Myelom, die mindestens 4 vorhergehende Therapien erhalten haben, auf die letzte Therapie eine Krankheitsprogression gezeigt haben und refraktär gegenüber Lenalidomid sind; Vorbehandlung umfasst einen Immunmodulator und einen Proteasom-Inhibitor.

Eine patientenindividuelle Therapie unter Auswahl von

- Elotuzumab in Kombination mit Pomalidomid und Dexamethason
- Daratumumab in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason

- Daratumumab in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason
- Daratumumab in Kombination mit Pomalidomid und Dexamethason
- Isatuximab in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason
- Isatuximab in Kombination mit Pomalidomid und Dexamethason
- Pomalidomid in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason (nur für Personen, die auf einen CD38-Antikörper und Lenalidomid refraktär sind)
- Panobinostat in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason
- Carfilzomib in Kombination mit Dexamethason
- Pomalidomid in Kombination mit Dexamethason (nur für mind. doppelt-refraktäre Personen, die für eine Triplett-Therapie nicht geeignet sind)
- Bortezomib in Kombination mit pegyliertem liposomalen Doxorubicin (nur für mindestens doppelt-refraktäre Personen, die für eine Triplett-Therapie nicht geeignet sind)
- Bortezomib in Kombination mit Dexamethason (nur für mindestens doppelt-refraktäre Personen, die für eine Triplett-Therapie nicht geeignet sind)
- Daratumumab Monotherapie (nur für mind. Dreifach-refraktäre Personen, die für eine Triplett- oder Duplett-Therapie nicht geeignet sind)
- Cyclophosphamid als Monotherapie oder in Kombination mit Dexamethason (nur für mind. Dreifach-refraktäre Personen, die für eine Triplett- oder Duplett-Therapie nicht geeignet sind)
- Melphalan als Monotherapie oder in Kombination mit Prednisolon oder Prednison (nur für mind. Dreifach-refraktäre Personen, die für eine Triplett- oder Duplett-Therapie nicht geeignet sind)

unter Berücksichtigung des Allgemeinzustandes, der in den vorherigen Therapien eingesetzten Wirkstoffe und Wirkstoffkombinationen sowie der Art und Dauer des Ansprechens auf die jeweiligen vorherigen Therapien.

*Falls ein Beratungsgespräch mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss zum Thema „zweckmäßige Vergleichstherapie“ nicht stattgefunden hat oder in diesem Gespräch keine Festlegung der zweckmäßigen Vergleichstherapie erfolgte oder Sie trotz Festlegung der zweckmäßigen Vergleichstherapie in dem Beratungsgespräch eine andere zweckmäßige Vergleichstherapie für die vorliegende Bewertung ausgewählt haben, begründen Sie die Wahl der Ihrer Ansicht nach zweckmäßigen Vergleichstherapie. Benennen Sie die vorhandenen Therapieoptionen im Anwendungsgebiet, auf das sich das vorliegende Dossier bezieht. Äußern Sie sich bei der Auswahl der zweckmäßigen Vergleichstherapie aus diesen Therapieoptionen explizit zu den oben genannten Kriterien 1 bis 4. Benennen Sie die zugrunde gelegten Quellen.*

J&J folgt in weiten Teilen der vom G-BA festgelegten zVT, aber weicht in zwei Punkten ab: Dies betrifft zum einen die Unterteilung des Anwendungsgebietes in zwei Teilpopulationen und zum anderen den Einschluss der Hochdosistherapie mit autologer oder allogener Stammzelltransplantation als zVT-Option.

### Unterteilung des Anwendungsgebietes in zwei Teilpopulationen

Im Kontext der aktuellen Leitlinienempfehlungen erachtet J&J eine Aufteilung des Anwendungsgebietes auf Basis der Anzahl der vorhergehenden Therapien als nicht sachgerecht. Weder die S3-Leitlinie noch die im Oktober 2024 erschienene Onkopedia-Leitlinie richten ihre Therapieempfehlungen hiernach aus. Während die Therapiewahl gemäß S3-Leitlinie von der Anzahl der Rezidive abhängt, sind laut Onkopedia-Leitlinie einzig die Art der in der Vorbehandlung eingesetzten Arzneimittel sowie Refraktärität hierauf entscheidend (6, 7).

Die Empfehlungen der aktualisierten Onkopedia-Leitlinie spiegeln sich bereits in den Aussagen der Fachgesellschaften in den Stellungnahmeverfahren zum Beratungsgespräch von Ciltacel (2024-B-173) sowie des Nutzenbewertungsverfahrens von Idecabtagen vicleucel (Idecel, Vorgangsnummer 2024-04-01-D-1057) wider und werden im entsprechenden Beschluss vom 19.09.2024 reflektiert. In diesem sieht der G-BA von einer Aufteilung nach Teilpopulationen ab und legt eine zVT für das gesamte Anwendungsgebiet fest. Dabei werden Kriterien für den Einsatz von Therapien, die nicht für alle Patienten im Anwendungsgebiet infrage kommen, in Klammern hinter der jeweiligen Therapie genannt (4, 8-10).

Im Einklang mit den aktuellen Leitlinienempfehlungen sowie mit dem zuletzt erfolgten Beschluss zu Idecel wählt J&J eine zVT für das gesamte Anwendungsgebiet. Dieses Vorgehen entspricht nicht nur dem zuvor erläuterten allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse, sondern gewährleistet darüber hinaus eine einheitliche Bewertung gemäß § 6 Abs. 3 AM-NutzenV, wonach für Arzneimittel einer Wirkstoffklasse die gleiche zVT heranzuziehen ist (11).

### Hochdosistherapie mit autologer oder allogener Stammzelltransplantation als zVT-Option

Aus Sicht von J&J stellt eine Hochdosistherapie mit autologer oder allogener Stammzelltransplantation keine zVT im Anwendungsgebiet dar. Zwar ist prinzipiell auch der Einsatz einer Stammzelltransplantation im Rezidiv möglich. Gemäß S3-Leitlinie sollen transplantationsfähige Patienten im ersten Rezidiv über die Chancen und Risiken einer (erneuten) autologen (oder allogenen) Transplantation beraten werden, jedoch erachtet J&J diese als keine regelhafte, sondern nur in Einzelfällen einzusetzende Therapieoption (6). Bestätigt wird dies durch die Onkopedia-Leitlinie, nach der der Einsatz von autologen Stammzelltransplantationen im Rezidiv im Einzelfall erwogen werden kann, beispielsweise bei langem Ansprechen auf die erste Hochdosistherapie oder fehlenden alternativen therapeutischen Optionen. Die Onkopedia-Leitlinie verweist dabei auf die randomisierten Langzeitdaten der ReLApsE Studie der German-Speaking Myeloma Multicenter Group (GMMG) (7). Diese zeigen nach mehr als acht Jahren Beobachtungszeit, dass eine autologe Stammzelltransplantation im rezidierten Myelom selbst gegenüber einer Zweifachkombination weder beim progressionsfreien Überleben noch beim Gesamtüberleben überlegen ist (12). Auch die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) als Herausgeberin der Onkopedia-Leitlinie erwähnt in ihrer Stellungnahme



im Beratungsverfahren 2024-B-173 den Einsatz einer Stammzelltransplantation bei rezidivierten und refraktären Patienten mit Multiplem Myelom unter Berücksichtigung der vorliegenden Evidenz und der deutschen Versorgungspraxis nicht (4). Der Stellenwert der allogenen Stammzelltransplantation im Rezidiv ist laut Onkopedia-Leitlinie unklar und wird derzeit in einer Erprobungsstudie des G-BA untersucht (7).

Im vorliegenden Dossier zieht J&J eine patientenindividuelle Therapie als Komparator für die dargestellten, vergleichenden Analysen heran. Die eingesetzten Therapien entsprechen dabei den aktuellen Leitlinienempfehlungen und den zuletzt beschlossenen zVT im Anwendungsgebiet.

### 3.1.3 Beschreibung der Informationsbeschaffung für Abschnitt 3.1

*Erläutern Sie das Vorgehen zur Identifikation der in Abschnitt 3.1.2 genannten Quellen (Informationsbeschaffung). Sofern erforderlich, können Sie zur Beschreibung der Informationsbeschaffung weitere Quellen benennen.*

Als Quellen wurden maßgeblich die Niederschriften der drei Beratungsgespräche beim G-BA (Vorgangsnummern 2019-B-173, 2023-B-191 und 2024-B-173) am 26.09.2019, 06.10.2023 und 11.09.2024, die Fachinformation von Ciltacel, die S3-Leitlinie und die im Oktober 2024 erschienene Onkopedia-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie (DGHO) sowie der am 19.09.2024 gefasste G-BA Beschluss zum Zusatznutzen von Idecabtagen vicleucel, herangezogen (1-7, 10).

### 3.1.4 Referenzliste für Abschnitt 3.1

*Listen Sie nachfolgend alle Quellen (z. B. Publikationen), die Sie in den Abschnitten 3.1.2 und 3.1.3 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. Janssen-Cilag International N. V. *Fachinformation CARVYKTI® Infusionsdispersion. Stand: Juli 2024.* 2024.
2. G-BA. *Gemeinsamer Bundesausschuss. Niederschrift (finale Fassung) zum Beratungsgespräch gemäß § 8 AM-NutzenV Beratungsanforderung 2019-B-173 (Datum: 19. November 2019) JNJ-68284528 zur Behandlung des multiplen Myeloms.* 2019.
3. G-BA. *Gemeinsamer Bundesausschuss. Niederschrift (finale Fassung) zum Beratungsgespräch gemäß § 8 AM-NutzenV Beratungsanforderung 2023-B-191. (Datum: 22. Januar 2024) Ciltacabtagene Autoleucel zur Behandlung erwachsener Patienten mit multiplem Myelom.* 2024.
4. G-BA. *Gemeinsamer Bundesausschuss. Niederschrift (finale Fassung) zum Beratungsgespräch gemäß § 8 AM-NutzenV Beratungsanforderung 2024-B-173.*

- (Datum: 11. September 2024) Ciltacabtagene Autoleucel zur Behandlung des rezidivierten und refraktären Multiplen Myeloms. 2024.
5. Janssen-Cilag GmbH. *Übersicht zweckmäßiger Vergleichstherapien im rezidivierten und refraktären Multiplen Myelom*. 2024.
  6. Leitlinienprogramm Onkologie. S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge für Patienten mit monoklonaler Gammopathie unklarer Signifikanz (MGUS) oder Multiplem Myelom, Langversion 1.0, 2022.: 2022; [abgerufen am: 24.09.2024]. Verfügbar unter: [https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user\\_upload/Downloads/Leitlinien/Multiples\\_Myelom/LL\\_Multiples\\_Myelom\\_Langversion\\_1.0.pdf](https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Multiples_Myelom/LL_Multiples_Myelom_Langversion_1.0.pdf).
  7. Onkopedia. Multiples Myelom Leitlinie - Empfehlungen der Fachgesellschaft zur Diagnostik und Therapie hämatologischer und onkologischer Erkrankungen. Stand: Oktober 2024. 2024; [abgerufen am: 21.11.2024]. Verfügbar unter: <https://www.onkopedia.com/de/onkopedia/guidelines/multiples-myelom/@@guideline/html/index.html>.
  8. DGHO. Stellungnahme zur Nutzenbewertung des G-BA von Arzneimitteln für seltene Erkrankungen gemäß § 35a SGB V: Idecabtagen Vicleucel, veröffentlicht am 1. Juli 2024, Vorgangsnummer 2024-04-01-D-1057, IQWiG Bericht Nr. 1816. 2024; [abgerufen am: 24.09.2024]. Verfügbar unter: [https://www.dgho.de/publikationen/stellungnahmen/fruehe-nutzenbewertung/idecabtagen\\_vicleucel/idecabtagen-vicleucel-dgho-dsmm-gmmg-20240722.pdf](https://www.dgho.de/publikationen/stellungnahmen/fruehe-nutzenbewertung/idecabtagen_vicleucel/idecabtagen-vicleucel-dgho-dsmm-gmmg-20240722.pdf).
  9. G-BA. *Gemeinsamer Bundesausschuss. Mündliche Anhörung gemäß § 35 a Abs. 3 Satz 2 SGB V des Gemeinsamen Bundesausschusses hier: Idecabtagen vicleucel (D-1057)*. 2024.
  10. G-BA. *Gemeinsamer Bundesausschuss. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie: Anlage XII – Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) Idecabtagen vicleucel (Neubewertung eines Orphan Drugs nach Überschreitung der 30 Millionen Euro-Grenze: Multiples Myelom, mind. 3 Vortherapien; neues Anwendungsgebiet: Multiples Myelom, mind. 2 Vortherapien)*. Stand: 19. September 2024. 2024.
  11. AM-NutzenV. Arzneimittel-Nutzenbewertungsverordnung. Verordnung über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln nach § 35a Absatz 1 SGB V für Erstattungsvereinbarungen nach § 130b SGB V (Arzneimittel-Nutzenbewertungsverordnung - AM-NutzenV). 2023; [abgerufen am: 24.09.2024]. Verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/amnutzenv/BJNR232400010.html>.
  12. Baertsch M, Schlenzka J, Hielscher T, Raab MS, Sauer S, M M. *Salvage Autologous Transplant and Lenalidomide Maintenance Versus Continuous Lenalidomide/Dexamethasone for Relapsed Multiple Myeloma: Long Term Follow up Results of the Randomized GMMG Phase III Multicenter Trial Relapse*. *Blood*. 2023;142(1):782-784.

## 3.2 Anzahl der Patienten mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen

### 3.2.1 Beschreibung der Erkrankung und Charakterisierung der Zielpopulation

*Geben Sie einen kurzen Überblick über die Erkrankung (Ursachen, natürlicher Verlauf), zu deren Behandlung das zu bewertende Arzneimittel eingesetzt werden soll und auf die sich das vorliegende Dokument bezieht. Insbesondere sollen die wissenschaftlich anerkannten Klassifikationsschemata und Einteilungen nach Stadien herangezogen werden. Berücksichtigen Sie dabei, sofern relevant, geschlechts- und altersspezifische Besonderheiten. Charakterisieren Sie die Patientengruppen, für die die Behandlung mit dem Arzneimittel gemäß Zulassung infrage kommt (im Weiteren „Zielpopulation“ genannt). Die Darstellung der Erkrankung in diesem Abschnitt soll sich auf die Zielpopulation konzentrieren. Begründen Sie Ihre Aussagen durch Angabe von Quellen.*

#### **Das Multiple Myelom – eine systemische Erkrankung**

Das Multiple Myelom ist eine von Plasmazellen ausgehende, bösartige und häufig aggressiv verlaufende Krebserkrankung. Das mediane Erkrankungsalter bei Diagnosestellung liegt bei 72 Jahren für Männer und bei 74 Jahren für Frauen (1). Ursächlich für die Erkrankung ist eine unkontrollierte Zellteilung der Plasmazellen, der komplexe genetische Veränderungen zugrunde liegen können. Gemäß der physiologischen Funktion der Plasmazellen produzieren auch Myelomzellen große Mengen von Antikörpern, die allerdings keine immunologische Schutzwirkung haben und häufig von fehlerhafter molekularer Struktur sind. Vorstufen des (symptomatischen) Multiplen Myeloms sind die Monoklonale Gammopathie Unklarer Signifikanz (MGUS) sowie das Smoldering Multiple Myeloma (SMM) (2). Während sowohl MGUS als auch SMM klinisch inapparent sind, ist das Entstehen eines klinisch manifesten MM innerhalb der nächsten 5 Jahre nach Diagnose eines SMM 10-fach erhöht im Gegensatz zum MGUS (3). Die Ursachen für die Transformation eines MGUS/SMM zu einem klinisch manifesten MM sind weitestgehend unbekannt, werden aber mit verschiedenen genetischen und genomischen Veränderungen in Verbindung gebracht. Als Risikofaktoren oder prädiktive Marker lassen sich labordiagnostische Parameter wie das Verhältnis der involvierten zur nicht-involvierten Leichtkette, die Menge an monoklonalem Protein im Serum, der Anteil von Plasmazellen im Knochenmark sowie das Vorliegen von Hochrisikozytogenetik (t(4;14), t(14;16), gain 1q, del[13q]/monosomy 13) verwenden (4-6). Darüber hinaus werden erhöhte Plasmazellen im Blut als mögliches Anzeichen eines Fortschreitens zum MM beschrieben (7).

Die klinische Präsentation des Multiplen Myeloms sowie die damit verbundenen Symptome lassen sich durch die massive Expansion der Myelomzellen im Knochenmark sowie der enormen Produktion von Antikörpern durch die Myelomzellen erklären.

#### **Das klinische Erscheinungsbild des Multiplen Myeloms**

Die klinische Manifestation des Multiplen Myeloms ist sehr heterogen und abhängig von dem Stadium der Erkrankung sowie von Vorerkrankungen des Patienten. Häufig erschweren unspezifische Symptome eine frühzeitige Diagnose. Die Symptome spiegeln dabei das Krankheitsgeschehen verzögert wider und auch ein Therapieansprechen oder eine Krankheitsprogression können nicht allein durch die Symptome charakterisiert werden. Der

Verlauf der Krankheit sowie die Aktivität des Myeloms können genauso wie das Ansprechen auf eine Therapie sehr gut über verschiedene Laborparameter charakterisiert werden, einschließlich sehr sensitiver Methoden zum Nachweis von Myelomzellen oder deren veränderter Desoxyribonukleinsäure (Deoxyribonucleic Acid; DNA) in Blut oder Knochenmark (8, 9).

Pathophysiologische Besonderheiten des Multiplen Myeloms sowie die daraus folgenden symptomatischen Charakteristika sind in der Folge beschrieben.

### ***Myelomzellen stören die Hämatopoese***

Myelomzellen residieren genau wie Plasmazellen überwiegend im Knochenmark. Eine massive Vermehrung der Plasmazellen führt zu einer Verdrängung der sonstigen Zellen im Knochenmark sowie einer Veränderung des Milieus und damit zu einer Störung der Hämatopoese. In der Folge kommt es zur Leukopenie und so zu einer Schwächung der Immunabwehr (10), einer Erythrozytopenie und damit zur Anämie mit Schwäche, Ermüdung und Blässe und zur Thrombozytopenie mit Blutungsneigung (11).

### ***Myelomzellen stören das Gleichgewicht von Knochenabbau und Knochenaufbau***

Die harte Knochensubstanz unterliegt einem ständigen Ab- und Aufbau. Verantwortlich für den Abbau von Knochensubstanz sind Osteoklasten, während Osteoblasten neue Knochensubstanz bilden. Ein Gleichgewicht in deren Aktivität ist entscheidend für einen gesunden Knochen und erlaubt eine ständige Anpassung der Knochensubstanz an die Anforderungen. Die massive Vermehrung von Myelomzellen im Knochenmark führt zu einer Veränderung der Mikroumgebung, zum Beispiel (z. B.) durch die Ausschüttung pro-inflammatorischer Zytokine. In der Folge werden Osteoklasten vermehrt aktiviert und Osteoblasten in ihrer Aktivität gehemmt. Läsionen in der harten Knochensubstanz werden auch als Osteolysen bezeichnet und bei Fortschreiten kann eine pathologische Fraktur resultieren, die auch ohne äußere Krafteinwirkung auftreten kann. Ein massiver Abbau von Knochensubstanz führt zur Freisetzung von Kalzium, welches sich im Blut anreichert und schwerwiegende Komplikationen verursachen kann (12).

### ***M-Proteine lagern sich in Geweben ab und beeinträchtigen damit die Funktion verschiedener Organe***

Myelomzellen produzieren in der Regel große Mengen von Antikörpern oder Antikörperfragmenten, die keinerlei physiologische Funktion erfüllen und oftmals fehlgefaltet sind. Diese auch als M-Protein bezeichneten Eiweiße finden sich in hoher Konzentration im Blut und werden so in viele Gewebe des Organismus getragen. Je nach physikalisch-chemischer Umgebung neigen die M-Proteine zur Ablagerung und können so systemisch Organschädigungen auslösen oder zur Hyperviskosität des Blutes beitragen. Häufig betroffen sind die Niere, das Herz und die Gefäße aber auch Nerven können durch M-Protein Ablagerungen betroffen sein (13-16). Bei einer sehr starken Ausprägung dieser Ablagerungen wird die Leichtketten-Amyloidose (AL-Amyloidose) als eigenständiges Krankheitsbild mit schlechter Prognose vom Multiplen Myelom abgegrenzt (17).

***Eine komplexe Pathophysiologie führt zu vielfältigen Symptomen***

Grundsätzlich lassen sich Patienten in solche mit neu diagnostizierter Erkrankung und solche mit einem Wiederauftreten der Erkrankung (Rezidiv) unterscheiden (4). In beiden Fällen können Symptome auftreten oder auch fehlen, während laborchemische Analysen ein Multiples Myelom oder ein Rezidiv verlässlich anzeigen. In etwa 75% der Fälle sind die Patienten bei Erstdiagnose symptomatisch, wobei die Symptome mitunter unspezifisch sind (4). Ein Großteil der Patienten verspürt eine allgemeine Leistungsschwäche verbunden mit Müdigkeit – eine Folge der Anämie. Ebenfalls kann eine Infektanfälligkeit als Folge des Mangels an Leukozyten oder eine verstärkte Blutungsneigung als Folge der Thrombozytopenie in Erscheinung treten. Auch Gewichtsverlust ist als unspezifisches Symptom möglich.

Osteolysen und pathologische Frakturen bringen Schmerzen mit sich und können zu weiteren Komplikationen führen, wenn sie z. B. im Bereich der Wirbelsäule auftreten (18). Kompressionen der Spinalnerven können mit sensorischen und motorischen Neuropathien einhergehen (12, 19). Bei einer Beeinträchtigung des Spinalkanals und des Rückenmarks kann es zu schwerwiegenden Behinderungen, einschließlich einer Querschnittslähmung oder einer Inkontinenz kommen (20).

Eine durch Knochenabbau bedingte Hyperkalzämie kann zu Herzrhythmusstörungen, psychischer Beeinträchtigung bis hin zur Psychose und zu einer gestörten Nierenfunktion führen und stellt damit ein erhebliches Risiko für Begleiterkrankungen dar (21, 22).

Eine Störung der Nierenfunktion tritt häufig auf und diese kann mitunter erheblich eingeschränkt sein. Neben hohen Kalziumspiegeln im Blut können auch Ablagerungen von M-Protein in den feinen Nierenkanälchen zu einer Einschränkung der Filtrationsleistung führen. Es reichern sich harnpflichtige Stoffe im Blut an und die glomeruläre Filtrationsrate nimmt ab. Gleichzeitig treten Anteile des M-Proteins in den Harn über und können einen schaumigen Urin als weiteres Symptom hervorrufen (23).

Ebenfalls durch Ablagerungen von M-Proteinen betroffen sind Gefäße, sodass es zu Zirkulationsstörungen z. B. im Bereich des Auges, verbunden mit Sehstörungen, kommen kann. Ablagerungen am Herzen führen unter Umständen zu Rhythmusstörungen oder Herzinsuffizienz (24). Ablagerungen von M-Proteinen an Nervengewebe können Neuropathien auslösen (25).

Das klinische Bild des Multiplen Myeloms ist also vielfältig und muss vor allem in Bezug auf eine gewisse Komorbidität in der Population der älteren Patienten als unspezifisch angesehen werden.

***Der Patient mit Multiplem Myelom***

Das Multiple Myelom ist eine Erkrankung des älteren Menschen mit einem Auftreten in einem medianen Alter von über 70 Jahren (1). Insofern sind viele Patienten durch altersbedingte Beschwerden vorbelastet. Einschränkungen von Nieren- und Herzfunktion, Leistungsschwäche, Müdigkeit und Infektanfälligkeit sind in diesem Kollektiv der Bevölkerung häufig, sodass die Diagnose eines Multiplen Myeloms erschwert wird (26, 27).

Andererseits werden Patienten in der Regel hausärztlich versorgt und pathologische Veränderungen werden durch körperliche Untersuchung sowie Laboruntersuchungen regelhaft erkannt (27).

Aus diesem Grund wird ein Multiples Myelom unter Umständen rein zufällig festgestellt – sei es in Folge einer pathologischen Fraktur, einer Veränderung des Blutbildes, einer festgestellten Nierenfunktionsstörung oder häufig auftretenden Infekten. Daneben treten auch schwerwiegendere Symptome wie Knochenschmerzen, Durchblutungsstörungen, Störungen der Herzfunktion oder des Nervensystems auf, die einer zügigen Abklärung bedürfen und Hinweise auf ein Multiples Myelom liefern können.

Eine Besonderheit stellt die MGUS dar. In diesem Stadium werden M-Proteine in der Serumelektrophorese oder Immunfixation nachgewiesen, ohne dass weitere Anzeichen für ein Multiples Myelom in Form von Symptomen oder veränderten Laborwerten bestehen. Die Inzidenz der MGUS steigt mit dem Alter. Die Progressionswahrscheinlichkeit zu einem Multiplen Myelom schwankt individuell und ist abhängig von der Anzahl vorliegender Risikofaktoren. Die wichtigsten Risikofaktoren sind ein monoklonales Protein  $\geq 15$  g/l, ein abnormaler Quotient der freien Kappa- und Lambda-Leichtketten im Serum sowie ein nicht-Immunglobulin G (IgG)-MGUS. Eine Verlaufskontrolle entsprechend der Risikoeinstufung der MGUS ist zum aktuellen Zeitpunkt angeraten, damit bei einem Übergang in ein SMM oder ein klinisch manifestes Multiples Myelom schnell eine entsprechende Therapie eingeleitet werden kann (28).

Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass die Symptomatik des Multiplen Myeloms sehr variabel und komplex ist und mitunter schwerwiegende und auch akut lebensbedrohende Pathologien vorliegen können. Aufgrund dieser Komplexität bedarf es bei der Diagnose eines Multiplen Myeloms der interdisziplinären Zusammenarbeit vor allem zwischen Hausärzten, Nephrologen, Orthopäden und Hämatologen.

Eine wirksame Therapie mit einem schnellen und tiefen Ansprechen ist erforderlich, um einerseits nachhaltige Langzeitremissionen zu erwirken und um andererseits Symptome wie Schmerzen zu lindern, Schäden an den Organen zu minimieren und Begleiterkrankungen zu vermeiden, um letztlich die Lebensqualität der Patienten bestmöglich zu erhalten.

### ***Diagnosekriterien und Stadieneinteilung***

Für die Diagnose eines Multiplen Myeloms müssen formale Kriterien gemäß der deutschen S3-Leitlinie (4) und nach den Kriterien der International Myeloma Working Group (IMWG)

erfüllt werden (29). Der Beginn einer Therapie ist indiziert, wenn mindestens eines der SLiM/CRAB- Kriterien erfüllt ist, siehe Tabelle 3-1 (4).

Tabelle 3-1: Kriterien zur Definition eines therapiebedürftigen Multiplen Myeloms (SLiM/CRAB-Kriterien)

Kriterium	Definition
<b>CRAB</b>	
Hyperkalzämie (C)	Calcium $>2,75$ mmol/l ( $>10,5$ mg/dl) oder $>0,25$ mmol/l oberhalb des oberen Normwertes
Niereninsuffizienz (R)	Kreatinin $\geq 2,0$ mg/dl ( $>173$ $\mu$ mol/l) oder GFR $<40$ ml/min
Anämie (A)	Hämoglobin $<10,0$ g/l ( $<6,21$ mmol/l) oder $\geq 2,0$ g/l ( $>1,24$ mmol/l) unterhalb des unteren Normwertes
Knochenbeteiligung (B)	Nachweis mindestens einer ossären Läsion in der Bildgebung
<b>Myelom-definierende Biomarker (SLiM)</b>	
Knochenmarkinfiltration (S)	Klonaler Plasmazellinhalt im Knochenmark $>60\%$ (zytologisch und histologisch)
Freie Leichtketten (Li)	Freier Leichtkettenquotient im Serum $>100$ (betroffene/nicht betroffene Leichtkette)
Fokale Läsionen im MRT (M)	$>1$ fokale Läsion $>1$ cm in der MRT-Bildgebung
Abkürzungen: CRAB: hyperCalcaemia Renal failure Anemia Bone lesions; cm: Zentimeter; dl: Deziliter; g: Gramm; GFR: Glomeruläre Filtrationsrate; IMWG: International Myeloma Working Group; l: Liter; mg: Milligramm; ml: Milliliter; $\mu$ mol: Mikromol; mmol: Millimol; MRT: Magnetresonanztomografie Quelle: Deutsche S3-Leitlinie 2022 und IMWG 2014 (4), (29).	

Die CRAB-Kriterien berücksichtigen die Parameter Hyperkalzämie C, Niereninsuffizienz R, Anämie A sowie Knochenbeteiligung B, die aussagekräftig für einen weiten Teil des oben dargestellten klinischen Erscheinungsbildes sind. Die international konsentierten Grenzwerte berücksichtigen ein wahrscheinliches Vorliegen von durch die Krankheit ausgelösten Organschäden. Bei Erfüllung der CRAB-Kriterien ist eine Therapieindikation gegeben.

Die SLiM-Kriterien fragen den Anteil klonaler Plasmazellen an allen Knochenmarkszellen ab (S  $\geq$  Sixty percent ( $\geq 60\%$ )), die Erhöhung des Leichtkettenquotienten im Serum (Li=Leichtkettenquotient im Serum  $>100$  (betroffene/nicht betroffene Leichtkette)) sowie das Vorhandensein fokaler Läsionen an den Knochen (M  $\geq 1$  fokale Läsion  $>1$  cm nachgewiesen durch Magnetresonanztomografie (MRT)). Bei den SLiM-Kriterien handelt es sich um Biomarker, die das Vorliegen eines Multiplen Myeloms anzeigen und eine Therapieeinleitung erforderlich machen.

Die Prognose und Wahrscheinlichkeit eines Therapieansprechens sind beim Multiple Myelom von verschiedenen Faktoren abhängig. Neben zytogenetischen Faktoren, dem Allgemeinzustand und Alter des Patienten sind auch explizit der Refraktäritätsstatus und die Anzahl der Vortherapien einzubeziehen (29, 30). Die Unterteilung des Multiplen Myeloms erfolgt anhand des Internationalen Staging Systems (ISS) unter Einbezug der

$\beta$ 2-Mikroglobulin-Konzentration im Serum und des Serum-Albumin-Wertes in drei prognostische Stadien (4, 30-34). Seit 2016 wird zudem im Kontext des überarbeiteten ISS (Revised International Staging System; R-ISS) auch die Laktatdehydrogenase (LDH) und die zytogenetischen Aberrationen zur Stadieneinteilung herangezogen (4). Tabelle 3-2 stellt das ISS dem R-ISS gegenüber.

Tabelle 3-2: International Staging System und Revised-ISS

	ISS	R-ISS
Stadium I	beta 2-Mikroglobulin $\leq$ 3,5 mg/l und Albumin $\geq$ 3,5 g/dl	beta 2-Mikroglobulin $\leq$ 3,5 mg/l und Albumin $\geq$ 3,5 g/dl und Zytogenetik Standardrisiko und LDH $\leq$ oberer Normwert
Stadium II	Weder Stadium I noch Stadium III	Weder Stadium I noch Stadium III
Stadium III	beta 2-Mikroglobulin $\geq$ 5,5 mg/l	beta 2-Mikroglobulin $\geq$ 5,5 mg/l und Zytogenetik Hochrisiko oder LDH $>$ oberer Normwert

Abkürzungen: dl: Deziliter; g: Gramm; ISS: Internationales Staging System (International Staging System)  
l: Liter; LDH: Laktatdehydrogenase; mg: Milligramm; R-ISS: Revised-ISS  
Quelle: modifiziert nach S3-Leitlinie 2022 (4, 31).

Sowohl die Stadieneinteilung des ISS als auch die Einteilung gemäß R-ISS korrespondieren mit unterschiedlichen medianen Überlebenszeiten. Eine Gegenüberstellung der korrespondierenden Überlebenszeiten- und Raten beider Einteilungen wie in Tabelle 3-3 dargestellt, erlaubt die Ableitung eines positiven Entwicklungseffektes durch neu zugelassene Arzneimittel im Überleben seit Implementierung des ISS im Jahr 2005 (4).

Tabelle 3-3: Prognose nach dem ISS

	ISS, 2005	R-ISS, IMWG 2015	
	Überlebenszeit (Median, Monate)	Überlebensrate (5 Jahre, %)	Progressionsfreie Überlebensrate (5 Jahre, %)
Stadium I	62	82	55
Stadium II	44	62	36
Stadium III	29	40	24

Abkürzungen: IMWG: International Myeloma Working Group; ISS: Internationales Staging System (International Staging System); R-ISS: Revised-ISS  
Quelle: Deutsche S3-Leitlinie 2022 (4).

### ***Rückfall und Refraktärität***

Die heute geltenden Therapiestandards in der Erstlinientherapie erreichen mit Hochdosistherapie und Stammzelltransplantation zunehmende Langzeitremissionen, die die ursprünglich rein palliative Therapieintention bei der Behandlung des Multiplen Myeloms infrage stellen (35, 36). Trotz Einführung neuer Therapieoptionen wird das Multiple Myelom in Leitlinien bisher jedoch noch nicht als heilbare Erkrankung aufgeführt, auch wenn



Langzeitremissionen erreichbar sind. Etwa 90% aller Patienten erleiden ein Rezidiv des Multiplen Myeloms, zu dem es sowohl unter Therapie als auch nach längerer therapiefreier Zeit kommen kann (37). Kommt es nach einem initialen Therapieansprechen zu einem Progress, so spricht man von einem Rezidiv. Erfolgt eine Krankheitsprogression bereits während einer laufenden Therapie oder tritt die Krankheitsprogression nach einem Ansprechen der Erkrankung innerhalb von 60 Tagen nach Beendigung der Therapie auf, spricht man von einer rezidierten und refraktären Erkrankung. Spricht ein Patient auf eine Therapie initial nicht an, so ist er primär refraktär.

Der schematische Krankheitsverlauf zeigt den typischen Wechsel aus Remission und Rezidiv (38). Der typische Erkrankungsverlauf des Multiplen Myeloms geht einher mit dem Einsatz verschiedener nacheinander folgender Therapieregime. Im Verlauf der Erkrankung werden die Phasen der Remission und die Zeit bis zum nächsten Rezidiv immer kürzer (39). Ein tiefes Ansprechen bis hin zu einem kompletten Ansprechen (Complete Response, CR) oder sogar stringenten kompletten Ansprechen (Stringent Complete Response, sCR) kann in den späten Therapielinien kaum noch erreicht werden. Dieser typische Verlauf des Multiplen Myeloms ist auf die zunehmende Refraktärität der Patienten auf die eingesetzten therapeutischen Substanzen zurückzuführen: Subklone der Myelomzellen (klonale Evolution) widerstehen den eingesetzten Therapieansätzen und setzen den Erkrankungsverlauf fort. Insbesondere Refraktärität ist mit einer schlechten Prognose verbunden und erfordert neue Wirkmechanismen in weiteren Therapielinien. Für die Beurteilung dieser Krankheitsrezidive gibt es spezifische Kriterien der IMWG (40-42).

Kommt es zu einem Rückfall, der mit erneut auftretenden oder mit zunehmenden CRAB-Kriterien einhergeht, ist eine umgehende Therapieeinleitung zu prüfen, weil zu diesem Zeitpunkt klinische Symptome vorliegen, von ihrem jederzeitigen Eintreten auszugehen ist oder schwerwiegende Komplikationen drohen. Handelt es sich um eine Krankheitsprogression, die sich an Laborwerten oder bildgebenden Verfahren festmachen lässt, muss patientenindividuell die Entscheidung für eine neue Therapie getroffen werden. Dabei ist das generelle Progressionspotential aufgrund der individuellen Zytogenetik, der Dynamik des Rezidivs sowie insbesondere der individuellen Bewertung des Arztes, ob schwerwiegende Komplikationen oder Symptome ohne erneute Therapieaufnahme unmittelbar zu befürchten sind, jeweils maßgeblich. Ein biochemischer Rückfall oder Progress kann somit ebenfalls eine sofortige Therapieeinleitung erfordern, wenn patientenindividuell vom Eintreten schwerwiegender Symptome auszugehen ist, oder er kann im Falle einer indolenten, das heißt (d. h.) asymptomatischen, Erkrankung eine sorgsame monatliche Monitorierung des M-Proteins bis zum signifikanten Progress nach sich ziehen (39). Die Indikatoren für eine Einleitung einer Therapie bei klinischem und/oder biochemischem Rückfall sind in einem Konsensus der IMWG definiert (21).

Innerhalb der letzten 15 Jahre hat sich besonders der Immunmodulator Lenalidomid mit zunehmendem Einsatz als Standardtherapie in der Erstlinie etabliert. Erstmals 2007 zugelassen, wird er heute im neu diagnostizierten Krankheitssetting als Monotherapie und in diversen Regimen wie Lenalidomid + Dexamethason (Rd), Daratumumab + Lenalidomid +

Dexamethason (DRd) sowie Bortezomib + Lenalidomid + Dexamethason (VRd) eingesetzt. Vor allem die Kombination VRd erfährt einen breiten Einsatz in der Erstlinientherapie, da sie sowohl bei nichttransplantierbaren, als auch bei transplantierbaren Patienten die Therapie der ersten Wahl darstellt (43-46). Da Lenalidomid sowohl als Induktions- als auch als Erhaltungstherapie eingesetzt wird, die häufig bis zum Progress verabreicht wird, ist eine Refraktärität gegenüber Lenalidomid in einer frühen Therapielinie ein immer häufiger auftretender Krankheitszustand (47-49). Daten aus verschiedenen Zulassungsstudien im Setting des rezidierten Myeloms zeigen, dass etwa 50-70% der Lenalidomid-exponierten Patienten gleichzeitig auch Lenalidomid-refraktär sind (50). Bei Vorliegen einer Lenalidomid-Refraktärität ist der Einsatz von Lenalidomid-basierten Kombinationen in den nachfolgenden Behandlungslinien ausgeschlossen (48).

### **Therapieziele**

Bei einer Therapieplanung müssen sowohl die individuelle Krankheits- und Lebenssituation des Patienten, die Sicherheit und Verträglichkeit der Therapie sowie eine bestmögliche Erhaltung der Lebensqualität Berücksichtigung finden. Die langfristigen Therapieziele sind die Vermeidung und Hinauszögerung neuer Myelom-bedingter Symptome, die Verlängerung des progressionsfreien Überlebens sowie die Verlängerung des Gesamtüberlebens (4). In erster Linie soll eine Therapie des Multiplen Myeloms akute Symptome lindern, Organbelastungen vermindern und das Wachstum der Myelomzellen inhibieren. Inwieweit entstandene Organschäden reversibel sind, ist von vielen Faktoren abhängig und ggf. ist eine zusätzliche, supportive Therapie erforderlich, um Beeinträchtigungen/Störungen der Organfunktionen zu kompensieren oder wiederherzustellen. In späteren Therapielinien sind alternative Behandlungsoptionen zunehmend ausgeschöpft, zudem verschlechtert sich mit jedem Rezidiv die Prognose im Hinblick auf den Gesundheitszustand und das Gesamtüberleben (29, 40, 41). Die möglichst lange Aufrechterhaltung der Remission unter einer stabilen Therapie stellt daher ein weiteres relevantes Therapieziel dar (51).

Die Kontrolle des Therapieansprechens erfolgt über die regelmäßige Bestimmung der IMWG-Kriterien für Therapieansprechen (29, 40, 41). Anhand von Veränderungen in Laborparametern (M-Protein, freie Leichtkette im Serum und Urin, Albumin) und der Bildgebung von Knochen gegenüber dem Befund vor Therapiebeginn wird das Ansprechen beurteilt und in verschiedene Kategorien eingeteilt. Entsprechend werden ein (stringentes) vollständiges Ansprechen, ein sehr gutes partielles Ansprechen (Very Good Partial Response; VGPR), ein gutes Ansprechen, eine stabile Erkrankung oder ein Progress festgestellt. Bei der Mehrheit der Patienten, bei denen aufgrund der serologischen Untersuchung und der Bildgebung eine vollständige oder auch stringente vollständige Remission erreicht wurde, werden dennoch Tumorzellen detektiert. Neben den im klinischen Alltag etablierten Kriterien könnte daher zukünftig auch die Kontrolle des MRD-Negativitätsstatus (MRD: Minimale Resterkrankung; Minimal Residual Disease), der aktuell vor allem im Rahmen klinischer Studien zur Messung der Tiefe der Remission erhoben wird, als Entscheidungskriterium für den weiteren Verlauf der Therapie eine Rolle in der Patientenversorgung einnehmen (52). Wird ein sehr gutes klinisches Ansprechen (stringentes vollständiges Ansprechen) zusätzlich mit einer weitergehenden Reduktion des Anteils der Myelomzellen an gesunden, kernhaltigen Knochenmarkszellen bis auf ein mit

modernen Methoden nachweisbares Level von heute 1 Myelomzelle unter 1 Mio. kernhaltiger Knochenmarkzellen assoziiert, so kann es zu einer deutlich besseren Prognose führen.

Während moderne Kombinationstherapien in der Erstlinientherapie ein progressionsfreies Überleben von mehreren Jahren und teilweise eine Chronifizierung der Erkrankung ermöglichen (36, 53), ist die Dauer der Progressionsfreiheit in späteren Therapielinien in der Regel deutlich verkürzt. Die Therapierefraktärität ist dabei das zentrale Problem in der Kontrolle des Multiplen Myeloms (54, 55).

### **Charakterisierung der Zielpopulation**

Ciltacel ist indiziert für die Behandlung erwachsener Patienten mit rezidiviertem und refraktärem multiplen Myelom, die zuvor bereits mindestens eine vorherige Therapie erhalten haben, darunter einen Immunmodulator und einen Proteasom-Inhibitor, und die während der letzten Therapie eine Krankheitsprogression zeigten und gegenüber Lenalidomid refraktär sind.

Die frühe Phase der Therapie mit chimärer antigen Rezeptor T-Zell (CAR-T) -Zellen stellt besondere Anforderungen an die Auswahl der für eine CAR-T-Therapie geeigneten Patienten. Vor der Infusion der autologen CAR-T-Zellen wirkt sowohl die Dauer der mit der Produktion der CAR-T-Zellen verbundenen mehrwöchigen Wartezeit als auch die Toxizität der erforderlichen Lymphozytendepletion limitierend. Geeignete Patienten müssen in der Lage sein, sowohl die Tumorlast während der Wartezeit als auch die behandlungsbedingten Toxizitäten insbesondere durch die lymphozytenreduzierende Chemotherapie zu überstehen. Auch das spezifische Nebenwirkungsprofil der CAR-T-Zelltherapie ist bereits bei der Auswahl der Patienten zu berücksichtigen. Aufgrund der besonderen Behandlungsmodalitäten darf Ciltacel nur in qualifizierten und zertifizierten Zentren verabreicht werden. Insgesamt ergeben sich für das gegenständliche Anwendungsgebiet zwei Anforderungen an die Zielpopulation: Erstens bedingt die Eignung für eine CAR-T-Zelltherapie einen guten biologischen Allgemeinzustand. Zweitens erfordert das Anwendungsgebiet mindestens eine vorherige Behandlungslinie mit einer Krankheitsprogression während der letzten Therapie sowie eine Refraktärität gegenüber Lenalidomid. Aus der Kombination dieser beiden Anforderungen resultiert eine Zielpopulation mit spezifischen Charakteristika.

### **3.2.2 Therapeutischer Bedarf innerhalb der Erkrankung**

*Beschreiben Sie kurz, welcher therapeutische Bedarf über alle bereits vorhandenen medikamentösen und nicht medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten hinaus innerhalb der Erkrankung besteht. Beschreiben Sie dabei kurz, ob und wie dieser Bedarf durch das zu bewertende Arzneimittel gedeckt werden soll. An dieser Stelle ist keine datengestützte Darstellung des Nutzens oder des Zusatznutzens des Arzneimittels vorgesehen, sondern eine allgemeine Beschreibung des therapeutischen Ansatzes. Begründen Sie Ihre Aussagen durch die Angabe von Quellen.*

Obwohl sich die Therapielandschaft für das rezidivierte und refraktäre Multiple Myelom (RRMM) in den letzten zwei Jahrzehnten erheblich verändert hat und im Versorgungsalltag

mittlerweile vielfältige Kombinationsmöglichkeiten unter Auswahl von Proteasom-Inhibitoren (PI), Immunmodulatoren (IMiD) und monoklonalen Antikörpern (monoclonal Antibody; mAb) bestehen, existiert bislang kaum Evidenz für die Behandlung Lenalidomid-refraktärer Patienten (48). Angesichts des zunehmenden Einsatzes von Lenalidomid innerhalb der letzten 15 Jahre und des infolgedessen gestiegenen Anteils Lenalidomid-refraktärer Patienten (s. Abschnitt 3.2.1) sowie der im Weiteren erläuterten negativen Prognose innerhalb dieses Patientenkollektivs, ist diese jedoch von höchster Relevanz.

Daratumumab, Pomalidomid und Dexamethason (DPd) und Pomalidomid, Bortezomib und Dexamethason (PVD) stellen die einzigen beiden ab der zweiten Therapielinie zugelassenen Wirkstoffkombinationen dar, deren zugrunde liegende Zulassungsstudien eine Studienpopulation mit mehr als 50% Lenalidomid-refraktären Patienten untersuchen (79% bzw. 71%) (56, 57). Gleichzeitig handelt es sich bei DPd um die einzige Wirkstoffkombination, die explizit für die Therapie des Lenalidomid-refraktären Multiplen Myeloms indiziert ist. Vor allem in den hinteren Therapielinien besteht ein hoher ungedeckter Bedarf an wirksamen Therapien, da mit jeder weiteren Therapielinie die Heterogenität der eingesetzten Therapieoptionen steigt und sich zunehmend Resistenzen und mehrfach-refraktäre Multiple Myelome entwickeln, welche sich durch immer kürzere Remissionszeiten und schlechtere Überlebensprognosen auszeichnen (4, 58, 59).

Die Therapieergebnisse bei Lenalidomid-refraktären Patienten unterliegen denen der Patienten, die nicht refraktär gegenüber Lenalidomid sind. Unter den meisten Behandlungen liegt die mediane progressionsfreie Überlebenszeit (Progression-Free Survival; PFS) bei Lenalidomid-refraktären Patienten bei unter einem Jahr (56, 57, 60, 61). Der hohe ungedeckte Bedarf an neuen Therapieoptionen für diese Patientengruppe spiegelt sich darüber hinaus in einer schlechteren Überlebensprognose wider. Während das mediane Gesamtüberleben von Lenalidomid-exponierten, aber nicht refraktären Patienten mit einer bis drei Vortherapien bei 36,6 Monaten liegt, versterben Lenalidomid-refraktäre Patienten im Median mehr als ein Jahr früher (HR=1,88 (95% Konfidenzintervall (KI): 1,57, 2,06),  $p < 0,001$ ). Dieser Unterschied manifestiert sich bereits in der zweiten Therapielinie mit einem Hazard Ratio (HR) von 1,81 ((95% KI: 1,00, 3,27),  $p = 0,049$ ) (62, 63). In Real World Evidence (RWE)-Studien wurde unter Lenalidomid-refraktären Patienten mit einer bis drei Vortherapien ein medianes PFS von 6 Monaten sowie ein medianes Gesamtüberleben von 21 bis 44 Monaten beobachtet (59, 64). Zudem ist Lenalidomid-Refraktärität mit einem schlechteren Ansprechen auf nachfolgende Therapien assoziiert. Insbesondere nach Progress auf Therapie mit PI, IMiD sowie Anti-CD38-Antikörper ist die Prognose für ein tiefes und langes Ansprechen sehr gering (61).

Insgesamt liegt mit der Indikation des Lenalidomid-refraktären Multiplen Myeloms eine distinkte Patientenpopulation vor, die sich durch eine aggressive Erkrankung mit einem hohen ungedeckten therapeutischen Bedarf charakterisiert. Die derzeitige heterogene Versorgungssituation erfordert ein neues Behandlungsparadigma, das auch bei Patienten mit vielfachen Resistenzen und Lenalidomid-Refraktärität bei guter Verträglichkeit die Lebensqualität aufrechterhält und zu einer Verlängerung der Überlebenszeit führt (61).

Das Erreichen eines tiefen Ansprechens ist mit einem längeren Gesamtüberleben assoziiert und stellt damit den ersten Schritt hin zu einer Verlängerung der Überlebenszeit dar (65). In der Literatur wird das Erreichen eines tiefen und lange anhaltenden Ansprechens als maßgebliche Bedingung für einen kurativen Zustand diskutiert (66, 67). Eine im Journal *Nature* publizierte Untersuchung von Langzeitdaten verschiedener B-Zell-Reifungsantigen- (B-Cell Maturation Antigen, BCMA) und CD19-gerichteter CAR-T-Zelltherapien identifiziert die Tiefe des Ansprechens innerhalb der ersten Monate nach Infusion mit CAR-T-Zellen als den Faktor, der konsistent mit einer dauerhaften Langzeitremission nach einer CAR-T-Zelltherapie assoziiert ist (68). Auch unter anderen Myelomtherapien hat sich die Assoziation zwischen der Tiefe des Ansprechens und Länge der Remission bestätigt (69). Das Erreichen eines vollständigen Ansprechens (complete response; CR) bzw. das Erreichen einer bestätigten CR wird in der S3-Leitlinie als Kriterium genannt, welches mit hoher Wahrscheinlichkeit mit einer langandauernden Remission assoziiert ist (4). In der Literatur werden verschiedene Heilungs-Definitionen und Konzepte wie beispielsweise die Remission in SMM- oder MGUS-artige Zustände und die Chronifizierung oder Langzeitremission diskutiert (35, 36, 70, 71). Damit einher geht die Frage, welche Kriterien in Zukunft geeignet sind, um Patienten als potenziell heilbar klassifizieren zu können. Bereits heute ist das Ansprechen ein für die Therapiesteuerung klinisch relevanter Parameter (4).

Bislang werden im Behandlungsalltag vereinzelt Patienten als klinisch geheilt eingestuft (66). Mit der stetigen Weiterentwicklung der Therapielandschaft wird diskutiert, ob zukünftig ein größerer Anteil an Patienten im Multiplen Myelom als geheilt betrachtet werden kann (51). Es besteht ein Bedarf an kurativen Therapieansätzen im MM.

### **Deckung des therapeutischen Bedarfs durch Ciltacel**

Ciltacel wirkt im Gegensatz zu den etablierten Wirkstoffkombinationen auf das B-Zell-Reifungsantigen (B-Cell Maturation Antigen; BCMA) und kann daher auch bei bereits bestehenden Mehrfachresistenzen wirken. Ciltacel besitzt eine doppelte Bindungsstelle mit zwei Antigen-Bindungsdomänen (VHH), die jeweils unterschiedliche BCMA-Epitope erkennen. BCMA als spezifische Zielstruktur der Myelomzelle und die selektive Bindung von Ciltacel bilden die Grundlage für eine hohe Wirksamkeit und eine vergleichsweise gute Verträglichkeit.

Einzig bislang zur Behandlung des Multiplen Myeloms zugelassene Therapie mit einem vergleichbaren Wirkmechanismus ist Idecabtagene Vicleucel (Idecel). Ein adjustierter indirekter Vergleich beider CAR-T-Zell-Therapien basierend auf den Ergebnissen der jeweiligen Zulassungsstudien zeigt eine statistisch signifikante Überlegenheit von Ciltacel gegenüber Idecel im Hinblick auf sämtliche Wirksamkeitsendpunkte, allen voran auf die Verlängerung des Gesamtüberlebens (HR inklusive (inkl.) 95%-KI: 0,43 [0,22; 0,88]; p-Wert: 0,02) (72). Auch die Europäische Arzneimittel-Agentur (European Medicines Agency; EMA) sieht die überlegene Wirksamkeit von Ciltacel gegenüber Idecel durch diesen indirekten Vergleich als bestätigt an und hat auf Basis dessen den Orphan Drug Status von Ciltacel im Rahmen der Erstzulassung 2022 erneuert (73).

Mit der Studie CARTITUDE-4 liegt erstmals konkrete Evidenz ausschließlich für Patienten mit Lenalidomid-refraktärem Multiplen Myelom vor. Eine Infusion mit Ciltacel führt zu einem signifikanten Überlebensvorteil; das Risiko, nach einer Therapie mit Ciltacel zu versterben ist 45% geringer als mit einer Therapie mit DPd bzw. PVd (95% KI: 0,39; 0,79) (61, 74). Zudem konnte unter Ciltacel eine im Rezidivsetting bisher unerreichte und über verschiedene schwer behandelbare Subgruppen (u. a. Hochrisiko-Zytogenetik, hohe Tumorlast) konsistente Verlängerung des PFS erreicht werden. Das mediane PFS bleibt im Ciltacel-Arm zu Monat 34 (mediane Nachbeobachtungsdauer im Ciltacel-Arm) unerreicht, während das mediane PFS im Kontrollarm bei 11,8 Monaten liegt. Damit reduziert eine einmalige Infusion mit Ciltacel das Risiko einer Progression oder des Todes um 61% gegenüber einer Therapie mit DPd oder PVd, was gemäß der European Society for Medical Oncology (ESMO) das höchste Ausmaß eines klinischen Nutzens darstellt (61, 74, 75). Darüber hinaus konnte in der Studie CARTITUDE-4 ein tiefes und langanhaltendes Ansprechen unter Ciltacel erreicht werden. Die mediane Dauer des Ansprechens wurde im Ciltacel-Arm bislang nicht erreicht und beträgt im Kontrollarm 18,7 Monate. Die Rate der infundierten Studienteilnehmer allein mit mindestens einer CR liegt mit 90,9% selbst über der Gesamtansprechrage (overall response rate; ORR) im Kontrollarm mit 67,3%. Im Hinblick auf die Tiefe des Ansprechens übertrifft die Wirksamkeit von Ciltacel bei Patienten mit mindesten einer vorausgegangenen Therapie selbst die Erstlinientherapie mit Daratumumab in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason bzw. Daratumumab in Kombination mit Bortezomib, Thalidomid und Dexamethason deutlich (Anteil  $\geq$ CR 76,9% für Ciltacel im Vergleich zu ca. 39-48%) (61, 74, 76-78).

Wie zuvor bereits erläutert, ist in der Therapie des Multiplen Myeloms die Tiefe des Ansprechens mit der Länge der Remission assoziiert (4, 68). In der Studie ALCYONE konnte mit der Vierfachkombination Daratumumab, Bortezomib, Melphalan und Prednison (D-VMP) bei 18,9% der Studienteilnehmer in der Erstlinientherapie ein  $\geq$ CR über eine Dauer von mindestens 5 Jahren erreicht werden. Eine solche Langzeitremission durch ein anhaltendes tiefes Ansprechen kann als Erreichen eines kurativen Zustands bezeichnet werden (66, 69). Angesichts der Ergebnisse zur Tiefe des Ansprechens in der Studie CARTITUDE-4 ist zu erwarten, dass sich das kurative Potenzial von Ciltacel ebenso in entsprechenden Langzeitdaten bestätigen wird; während die  $\geq$ CR-Rate von D-VMP in der Studie ALCYONE zum Zeitpunkt der ersten Interimsanalyse zum PFS (mediane Nachbeobachtungszeit 16,5 Monate) bei 43% lag, fällt die Tiefe des Ansprechens unter Ciltacel mit einer  $\geq$ CR-Rate von 86% im ersten Datenschnitt der Studie CARTITUDE-4 (mediane Nachbeobachtungszeit 15,9 Monate) doppelt so hoch aus (78, 79). Im späten Rezidivsetting weisen bereits jetzt erste Langzeitdaten der Studie LEGEND-2 auf das kurative Potenzial Ciltacels hin, in der knapp 20% der Patienten nach fast 5 Jahren eine anhaltende Erkrankungsfreiheit vorweisen konnten (80).

Zudem handelt es sich bei den etablierten Wirkstoffkombinationen um Dauertherapien ohne behandlungsfreie Intervalle, die kontinuierlich bis zum Progress der Erkrankung verabreicht werden. Neben der zunehmenden Krankheitssymptomatik durch das rasche Fortschreiten der Erkrankung sowie den kumulativen Nebenwirkungen mehrerer Therapielinien, die über einen langen Zeitraum verabreicht werden, wird die Lebensqualität der Patienten hierdurch noch weiter beeinträchtigt. Die Therapie mit CAR-T-Zellen erlaubt eine einmalige Infusion gefolgt von einer vollständigen therapiefreien Phase bei Remission. Patienten empfinden die erreichte

Symptomfreiheit bei gleichzeitigem Ausbleiben von therapiebedingten Belastungen und Komplikationen als enorme Erleichterung. Einige Patienten beschreiben, dass die Therapie mit Ciltacel ihnen einen Alltag wie vor ihrer Erkrankung ermöglicht (81). Dies spiegelt sich in einer deutlichen Verbesserung der Lebensqualität wider (82, 83).

### **3.2.3 Prävalenz und Inzidenz der Erkrankung in Deutschland**

*Geben Sie eine Schätzung für die Prävalenz und Inzidenz der Erkrankung bzw. der Stadien der Erkrankung in Deutschland an, für die das Arzneimittel laut Fachinformation zugelassen ist. Geben Sie dabei jeweils einen üblichen Populationsbezug und zeitlichen Bezug (z. B. Inzidenz pro Jahr, Perioden- oder Punktprävalenz jeweils mit Bezugsjahr) an. Bei Vorliegen alters- oder geschlechtsspezifischer Unterschiede oder von Unterschieden in anderen Gruppen sollen die Angaben auch für Altersgruppen, Geschlecht bzw. andere Gruppen getrennt gemacht werden. Weiterhin sind Angaben zur Unsicherheit der Schätzung erforderlich. Verwenden Sie hierzu eine tabellarische Darstellung. Begründen Sie Ihre Aussagen durch Angabe von Quellen. Bitte beachten Sie hierzu auch die weiteren Hinweise unter Kapitel 3.2.6 Beschreibung der Informationsbeschaffung für Abschnitt 3.2.*

Ein flächendeckendes, umfassendes Krebsregister steht in Deutschland momentan nicht zur Verfügung. Zur Bestimmung der Inzidenz und Prävalenz des Multiplen Myeloms (ICD-10 C90) werden daher die durch das Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) des Robert Koch-Instituts (RKI) zur Verfügung gestellten Inzidenz- und Prävalenzschätzungen angeführt.

Die Darstellung erfolgt auf Grundlage der aktuellen, im Jahr 2023 veröffentlichten Fassung des Berichts „Krebs in Deutschland“ des RKI, welcher auf den Daten der Landeskrebsregister aus den Jahren 2019/2020 basiert (1). Weiterhin ermöglicht das ZfKD zum Zeitpunkt der Zulassung von Ciltacel im neuen Anwendungsgebiet am 19.04.2024 eine gezielte Datenbankabfrage der Fallzahlen sowie der rohen Rate pro 100.000 Einwohner der Inzidenz und Prävalenz für die Jahre 2004 bis 2019. Hierbei kann nach verschiedenen, gemäß der internationalen Klassifikation der Krankheiten in der Version 10 (International Classification of Diseases Version 10; ICD-10) kodierten Krebsdiagnosen differenziert werden. Zusätzlich können die erforderlichen Zahlen in Abhängigkeit von Geschlecht und Altersgruppe extrahiert werden.

Die Angaben zum „Multiplen Myelom“ erfolgen in der Datenbank des ZfKD auf Basis der Oberdiagnose mit der ICD-10 Codierung C90 ohne eine Aufteilung in weitere relevante Unterdiagnosen. Die ICD-10 Codierung C90 seinerseits umfasst jedoch neben dem Multiplen Myelom (C90.0) weiterhin die Plasmazellenleukämie (C90.1), das Extramedulläre Plasmozytom (C90.2) sowie das Solitäre Plasmozytom (C90.3). Dabei stellt die weitaus größte Anzahl an der Diagnosegruppe C90 das Multiple Myelom mit der ICD-10 Codierungen C90.0 dar (84). Da zur Bestimmung der spezifischen Prävalenzen und Inzidenzen der ICD-10 Codierung C90.0 nur eine unzureichende Informationsgrundlage hinsichtlich der Anteile an der Oberdiagnose C90 identifiziert wurde, werden für die folgende Darstellung und Prognose der Prävalenz und Inzidenz des Multiplen Myeloms die Daten des RKI aus der ZfKD-Datenbank unverändert herangezogen. Da die Anzahl der Patienten mit einem Multiplen Myelom (C90.0)

nur geringfügig von der durch die Oberdiagnose C90 erfassten Patientenanzahl abweicht, stellt dieses Vorgehen eine adäquate Ableitung der relevanten Patientenpopulation sicher (85).

### Vorbetrachtung des Multiplen Myeloms

An der Gesamtheit der verschiedenen onkologischen Erkrankungen stellen solide Tumore wie Brust-, Prostata-, Lungen-, und Darmkrebs gegenüber den selteneren hämatologischen Neoplasien den Hauptanteil dar (1). Innerhalb der sehr heterogenen und facettenreichen hämatologischen Neoplasien repräsentiert sich das Multiple Myelom hinter den Non-Hodgkin-Lymphomen und den Leukämien als dritthäufigste Erkrankung (1).

Das Multiple Myelom tritt in der Regel im höheren Lebensalter auf. Erkrankungen vor dem 45. Lebensjahr sind eher selten. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen steigt die Rate an Neuerkrankungen mit zunehmendem Alter an (Abbildung 3-1). Das mediane Erkrankungsalter zum Zeitpunkt der Diagnose liegt für Männer bei 72 Jahren und für Frauen bei 74 Jahren (1).

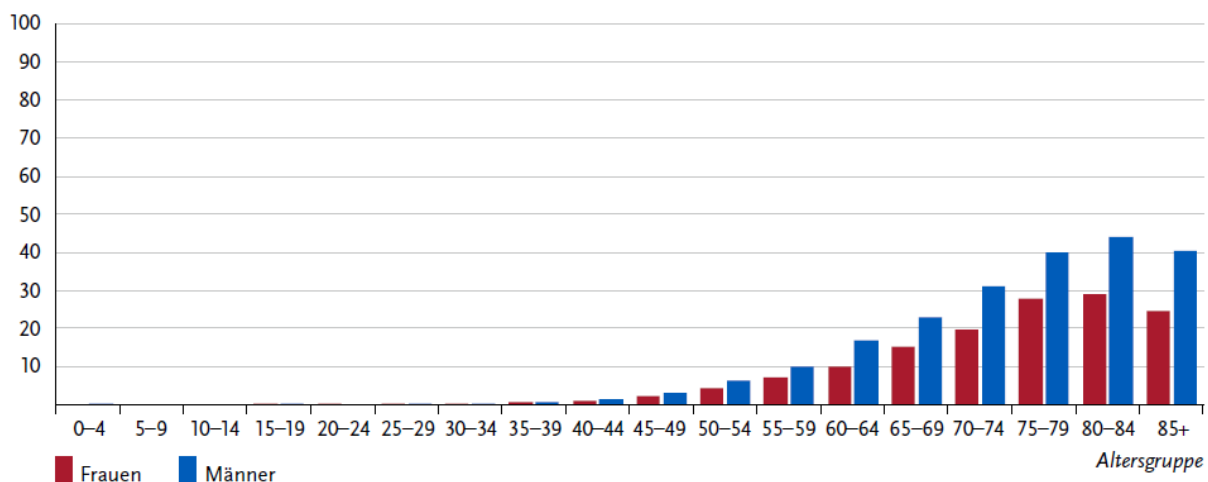


Abbildung 3-1: Altersspezifische Neuerkrankungsraten nach Geschlecht (ICD 10 C90, Deutschland 2019-2020 je 100.000 Einwohner)

Quelle: (1)

Für das Berichtsjahr 2020 beträgt die Zahl der Neuerkrankungen bei Männern 3.700 und bei Frauen 3.010 (1). Diese Angaben decken sich im Wesentlichen mit denen der Datenbankabfrage für die Inzidenzen für das Berichtsjahr 2019 (Männer: 3.741, Frauen: 2.949) (letzte Aktualisierung 13.09.2022 (86)). Ein direkter Vergleich zwischen den Zahlen des Berichtes „Krebs in Deutschland 2019/2020“ und den ZfKD-Daten war zum Zeitpunkt der Datenbankabfrage mangels Datenbankaktualisierung für das Jahr 2020 noch nicht möglich. Die absolute Zahl der Neuerkrankungsfälle und der Sterbefälle zeigt für beide Geschlechter in den letzten zehn Jahren eine leicht steigende Tendenz, in den Jahren 2017 bis 2019 wurde jedoch eine geringere Anzahl an Neuerkrankungen verzeichnet als im jeweiligen Vorjahr (Abbildung 3-2).



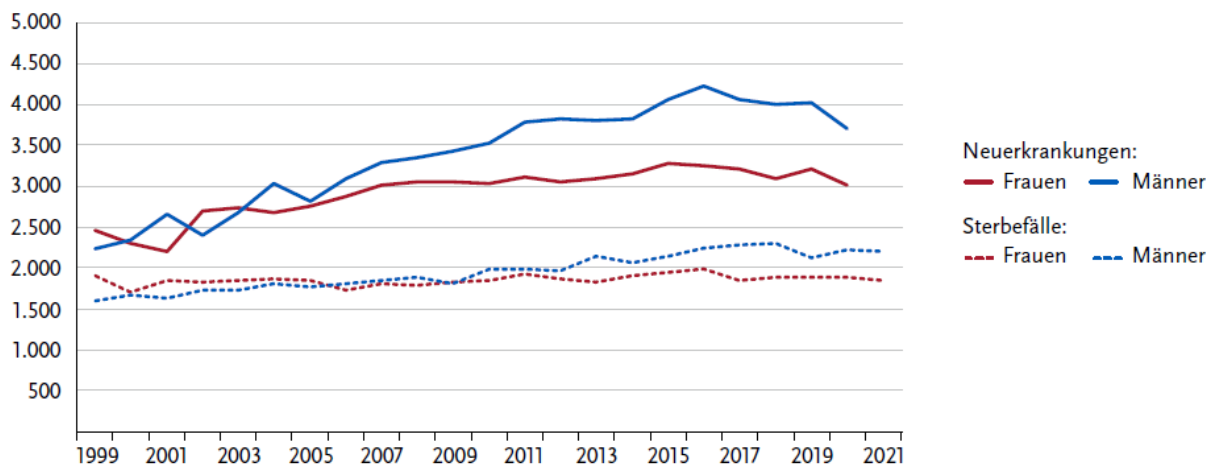


Abbildung 3-2: Absolute Zahl der Neuerkrankungs- und Sterbefälle nach Geschlecht, ICD 10 C90, Deutschland 1999-2020/2021

Quelle: (1)

Die altersstandardisierten Neuerkrankungs- und Sterberaten sind bei beiden Geschlechtern leicht rückläufig.

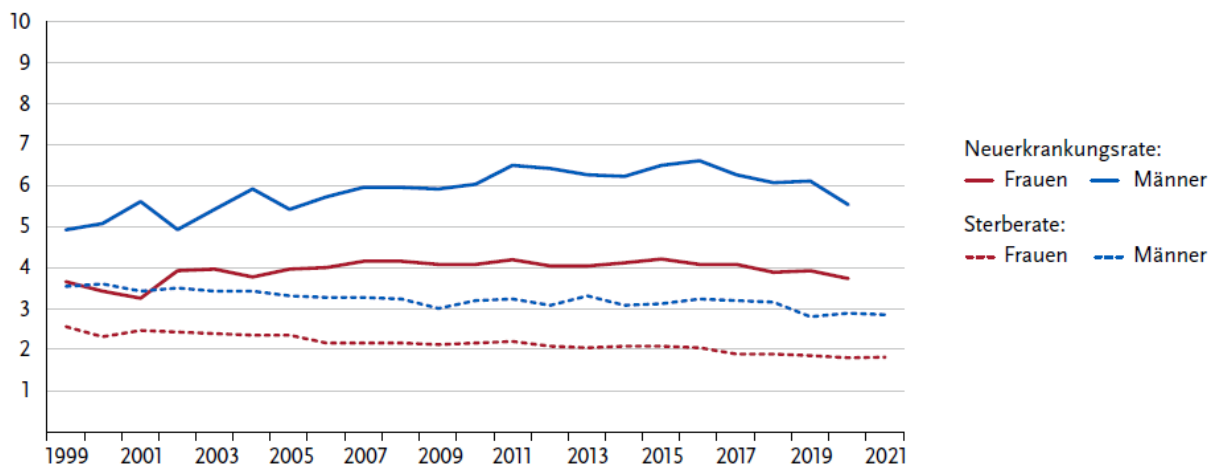


Abbildung 3-3: Altersstandardisierte Neuerkrankungs- und Sterberaten nach Geschlecht, ICD 10 C90, Deutschland 1999-2020/2021 (je 100.000 Einwohner)

Quelle: (1)

### Inzidenz des Multiplen Myeloms

Basierend auf einer Datenbankabfrage des ZfKD für die Jahre 2010 bis 2019 und den Inzidenzzahlen für das Jahr 2020 aus dem aktuellen RKI-Bericht „Krebs in Deutschland für 2019/2020“ ist festzustellen, dass die Anzahl an Neuerkrankungen mit einem Multiplen Myelom über den gesamten Betrachtungszeitraum tendenziell ansteigend ist und in der Gesamtschau mehr Männer als Frauen von dieser hämatologischen Neoplasie betroffen sind. In den Jahren 2017 bis 2019 wurde jedoch eine geringere Anzahl an Neuerkrankungen

verzeichnet als im jeweiligen Vorjahr. Für das Berichtsjahr 2020 beträgt die Anzahl der Neuerkrankungen für Frauen 3.010 und für Männer 3.700, was einer gegenüber dem Vorjahr leicht gestiegenen Gesamtzahl von 6.710 Neuerkrankungen entspricht (1, 86).

Tabelle 3-4: Inzidenz des Multiplen Myeloms für die Jahre 2010 bis 2020

Jahr	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020 (RKI)
<b>Inzidenz, Fallzahlen</b>											
<b>Männer</b>	3.535	3.792	3.778	3.774	3.777	4.063	4.204	3.971	3.770	3.741	3.700
<b>Frauen</b>	3.067	3.109	3.082	3.085	3.166	3.290	3.204	3.184	2.931	2.949	3.010
<b>Gesamt</b>	6.602	6.901	6.860	6.859	6.943	7.353	7.408	7.155	6.701	6.690	6.710
<b>Inzidenz, Rohe Rate pro 100.000 Einwohner</b>											
<b>Männer</b>	8,8	9,7	9,6	9,6	9,5	10,1	10,4	9,7	9,2	9,1	
<b>Frauen</b>	7,4	7,6	7,5	7,5	7,7	7,9	7,7	7,6	7,0	7,0	
<b>Gesamt</b>	8,1	8,6	8,5	8,5	8,6	9,0	9,1	8,7	8,1	8,1	
Abkürzungen: RKI: Robert Koch-Institut; ZfKD: Zentrum für Krebsregisterdaten. Quellen: Datenbankabfrage ZfKD vom 24.09.2024 – Inzidenz; Fallzahl (86) bzw. Rohe Rate (87) pro 100.000 Einwohner in Deutschland; Gewählte Filter: Altersgruppen 0-85+; Diagnose Multiples Myelom (C90); Geschlecht: weiblich und männlich; Jahre 2010-2019 RKI-Bericht „Krebs in Deutschland für 2019/2020“ (1)											

Insgesamt sind über die vergangenen zehn Jahre Schwankungen in der jährlichen Anzahl an Neuerkrankungen erkennbar. In der jährlichen Betrachtung kam es zu einer Steigerung bzw. Minderung um bis zu ca. 6% in beide Richtungen. Gemittelt über den Zeitraum zwischen 2010 bis 2020 ist die Zahl der Neuerkrankungen um jährlich 0,22% gestiegen und somit insgesamt recht konstant geblieben (88). Für die vorhandenen jährlichen Schwankungen können jedoch keine plausiblen Gründe hergeleitet werden.

### Prävalenz des Multiplen Myeloms

*Geben Sie nachfolgend an, ob und, wenn ja, welche wesentlichen Änderungen hinsichtlich Prävalenz und Inzidenz der Erkrankung in Deutschland innerhalb der nächsten 5 Jahre zu erwarten sind. Verwenden Sie hierzu eine tabellarische Darstellung. Begründen Sie Ihre Aussagen durch die Angabe von Quellen.*

Zur Darstellung der Prävalenz wurde sowohl die 5- als auch die 10-Jahres-Prävalenz der Oberdiagnose ICD-10 C90 aus der ZfKD-Datenbank und dem RKI-Bericht „Krebs in Deutschland für 2019/2020“ herangezogen. Die 5- bzw. 10-Jahres-Prävalenz bezeichnet hierbei die Anzahl der zum Ende des jeweiligen angegebenen Jahres noch lebenden Patienten, die innerhalb der vorherigen 5- bzw. 10 Jahre erstmalig erkrankt sind. Für das Berichtsjahr 2020

beläuft sich die Anzahl der innerhalb der vorherigen 5 Jahre erstmalig Erkrankten auf 12.700 Männer und 9.900 Frauen, sodass die Gesamtzahl der Erkrankten insgesamt 22.600 beträgt. Die Anzahl der innerhalb der vorherigen 10 Jahre erstmalig Erkrankten beläuft sich auf 18.800 Männer und 15.000 Frauen, sodass die Gesamtzahl der Erkrankten insgesamt 33.800 beträgt (1). Die erwähnte niedrigere Rate an Neuerkrankungen von Frauen schlägt sich auch in der für Frauen geringeren 5- bzw. 10-Jahres-Prävalenz nieder.

Tabelle 3-5: 5- und 10-Jahres-Prävalenz des Multiplen Myeloms (ICD-10 C90) für die Jahre 2015 bis 2020 (Fallzahlen und Rohe Rate pro 100.000 Einwohner)

Jahr	2015	2016	2017	2018	2019	2020 (RKI)
<b>5-Jahres-Prävalenz, Fallzahlen</b>						
<b>Männer</b>	11.944	12.333	12.384	12.480	12.383	12.700
<b>Frauen</b>	9.879	9.849	9.888	9.861	9.529	9.900
<b>Gesamt</b>	21.823	22.182	22.272	22.341	21.912	22.600
<b>10-Jahres-Prävalenz, Fallzahlen</b>						
<b>Männer</b>	16.782	17.472	17.773	17.980	17.996	18.800
<b>Frauen</b>	13.770	14.032	14.318	14.386	14.164	15.000
<b>Gesamt</b>	30.552	31.504	32.091	32.366	32.160	33.800
<b>5-Jahres-Prävalenz, Rohe Rate pro 100.000 Einwohner</b>						
<b>Männer</b>	29,5	30,3	30,3	30,5	30,2	
<b>Frauen</b>	23,7	23,5	23,6	23,4	22,6	
<b>Gesamt</b>	26,6	26,9	26,9	26,9	26,3	
<b>10-Jahres-Prävalenz, Rohe Rate pro 100.000 Einwohner</b>						
<b>Männer</b>	41,4	42,9	43,5	43,9	43,9	
<b>Frauen</b>	33,1	33,5	34,1	34,2	33,6	
<b>Gesamt</b>	37,2	38,2	38,8	39,0	38,7	
Abkürzungen: RKI: Robert Koch-Institut; ZfKD: Zentrum für Krebsregisterdaten.						
Quellen:						
Datenbankabfrage ZfKD vom 24.09.2024– 5- bzw. 10-Jahres-Prävalenz; Fallzahl (89, 90) bzw. Rohe Rate (91, 92) pro 100.000 Einwohner in Deutschland; Gewählte Filter: Altersgruppen 0-75+; Diagnose Multiples Myelom (C90); Geschlecht: weiblich und männlich; Jahre 2010-2019						
RKI-Bericht „Krebs in Deutschland für 2019/2020“ (1)						

### Prognose der Inzidenz und der 5-Jahres Prävalenz bis zum Jahr 2029

Zur Prognose der Inzidenz und Prävalenz des Multiplen Myeloms für die nächsten 5 Jahre liegen für Deutschland keine aktuellen Quellen wie Krebsregister oder entsprechende Primärliteratur vor. Zur Schätzung der zukünftigen Neuerkrankungen und Erkrankungen

werden aus diesem Grunde die jährlichen Steigerungsraten der Inzidenz und der 5- sowie der 10-Jahres-Prävalenz, basierend auf den Daten des ZfKD bzw. RKI zu den Jahren 2010 bis 2020, ermittelt und zur Prognose herangezogen.

Zur Schätzung der zukünftigen Neuerkrankungen wird die mittlere Steigerungsrate der letzten verfügbaren 10 Jahre (2010 – 2020) bzw. die mittlere Minderungsrate der letzten verfügbaren 5 Jahre (2015 – 2020) aus der Datenbank des ZfKD herangezogen, um eine Spanne zu berechnen. Trotz der zwischenzeitlich gesunkenen Fallzahlen in den Neuerkrankungen für 2017 bis 2019 ist aufgrund der Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung mit einem steigenden Anteil älterer Menschen und somit mit einer tendenziellen Zunahme der Fallzahlen in den nächsten Jahren zu rechnen. Die Steigerungsraten sind jedoch auf Basis der Fallzahlen anzupassen.

Auf Basis der Fallzahlen von 2010 bis 2020 ergibt sich für die Inzidenz eine Steigerungsrate von 0,22% (Tabelle 3-6). Das RKI berichtet für 2020 6.710 Neuerkrankungen. Dies stellt gegenüber der im Rahmen der ZfKD Datenbank Abfrage (Datenstand 13.09.2022) ermittelten Anzahl von 6.690 Neuerkrankungen im Jahr 2019 eine Steigerung dar. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass seit Veröffentlichung des RKI-Berichts im Dezember 2023 insbesondere für das Jahr 2019 einige Nachmeldungen erfolgt sind. So beträgt die im RKI-Bericht genannte Gesamtzahl an Neuerkrankungen im Jahr 2019 7.240 (1). Die Anzahl an Neuerkrankungen von 6.710 im Jahr 2020 stellt somit eine Steigerung gegenüber der in der ZfKD Datenbank berichteten Fallzahl für 2019 dar, jedoch eine Minderung gegenüber der aktuelleren Fallzahl im RKI-Bericht für 2019. Die Prognose der Anzahl an Neuerkrankungen bis 2029 ist daher mit Unsicherheit behaftet. Für die Prognose der Inzidenz bis 2029 wird die mittlere Steigerungsrate von 0,22% der letzten verfügbaren 10 Jahre (2010 bis 2020) als Obergrenze herangezogen. Als Untergrenze wird die mittlere Minderungsrate von -1,78%, die sich aus den Jahren 2015 bis 2020 ergibt, herangezogen (88). Dieses Vorgehen wird gewählt, da nicht abschätzbar ist, ob sich das Sinken der Fallzahlen zwischen 2017 und 2018 bzw. 2019 (je nachdem, ob man sich auf die ZfKD oder RKI Daten bezieht) nach einer kurzzeitigen Steigerung im Jahr 2020 fortsetzen wird oder ob es sich lediglich um eine temporäre Schwankung handelt. Unter Berücksichtigung der dargestellten Schwankungen über 10 Jahre (2010 - 2020) wäre sowohl eine leichte Steigerung als auch eine leichte Minderung der Neuerkrankungen plausibel. Um diese Unsicherheit abzubilden, werden sowohl die Entwicklungen der letzten 5 Jahre als auch 10 Jahre betrachtet und eine Spanne für die Neuerkrankungen bis 2029 hergeleitet (Tabelle 3-6).

Tabelle 3-6: Fortgeschriebene Inzidenz des Multiplen Myeloms für die Jahre 2020-2029

Jahr	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
<b>Inzidenz auf Basis des Jahres 2020 fortgeschrieben</b>										
Steigerungsrate 0,22%	6.710	6.725	6.739	6.754	6.768	6.783	6.798	6.813	6.828	6.842
Minderungsrate -1,78%	6.710	6.591	6.474	6.359	6.246	6.135	6.026	5.919	5.814	5.711
Abkürzungen: RKI: Robert Koch-Institut; ZfKD: Zentrum für Krebsregisterdaten. Quellen: Datenbankabfrage ZfKD vom 24.09.2024 (86) – Inzidenz; Fallzahl; Gewählte Filter: Altersgruppen 0-85+; Diagnose Multiples Myelom (C90); Geschlecht: weiblich und männlich; Jahre 2010-2019 RKI Krebs in Deutschland 2019/2020 (1) Eigene Berechnungen (88)										

Die auf Basis der Minderungs- und Steigerungsrate von -1,78% und 0,22% ermittelte Spanne der Inzidenz für das aktuelle Jahr 2024 liegt, ausgehend vom Berichtsjahr 2020 (RKI-Bericht), bei 6.246 bis 6.768 Neuerkrankungen. Werden die Werte bis ins Jahr 2029 fortgeschrieben, resultiert daraus eine Spanne von 5.711 bis 6.842 Neuerkrankungen.

Zur Herleitung der Zielpopulation in Abschnitt 3.2.4 werden die 5- und die 10-Jahres-Prävalenzen als Unter- bzw. Obergrenze herangezogen. Auf Basis der Fallzahlen von 2015 bis 2020 ergibt sich für die 5-Jahres-Prävalenz eine jährliche Steigerungsrate von 0,72%. Auf Basis der Fallzahlen von 2010 bis 2020 ergibt sich für die 10-Jahres-Prävalenz eine jährliche Steigerungsrate von 2,92%. Da es keine Anzeichen für ein Sinken der 5- bzw. 10-Jahres-Prävalenzen gibt, wird zur Berechnung der Prognose lediglich eine Steigerungsrate herangezogen. Verglichen mit der im Jahr 2023 im Nutzenbewertungsverfahren zu Ciltacel (D-919) ermittelten jährlichen Steigerungsrate der 5-Jahres-Prävalenz von 0,80% ist weiterhin eine Zunahme der Prävalenz festzustellen (93).

Tabelle 3-7: Fortgeschriebene Prävalenz des Multiplen Myeloms für die Jahre 2020-2029

Jahr	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
<b>Steigerung</b>	<b>5-Jahres-Prävalenz auf Basis des Jahres 2020 fortgeschrieben</b>									
0,72%	22.600	22.762	22.925	23.089	23.254	23.421	23.588	23.757	23.928	24.099
<b>Steigerung</b>	<b>10-Jahres-Prävalenz auf Basis des Jahres 2020 fortgeschrieben</b>									
2,92%	33.800	34.787	35.803	36.848	37.924	39.032	40.171	41.344	42.552	43.794
Abkürzungen: RKI: Robert Koch-Institut; ZfKD: Zentrum für Krebsregisterdaten. Quellen: Datenbankabfrage ZfKD vom 24.09.2024 (89, 90) – 5- bzw. 10.-Jahres-Prävalenz; Fallzahl; Gewählte Filter: Altersgruppen 0-75+; Diagnose Multiples Myelom (C90); Geschlecht: weiblich und männlich; Jahre 2010-2019 RKI Krebs in Deutschland 2019/2020 (1) Eigene Berechnungen (88)										

Auf Basis der für die 5-Jahres-Prävalenz berechneten Steigerungsrate von 0,72% ergibt sich für das aktuelle Jahr 2024 eine 5-Jahres-Prävalenz von 23.254. Eine Fortschreibung dieser Berechnung ergibt für das Jahr 2029 eine Prognose von 24.099 Patienten. Auf Basis der für die 10-Jahres-Prävalenz berechneten Steigerungsrate von 2,92% ergibt sich für das aktuelle Jahr 2024 eine 10-Jahres-Prävalenz von 37.924. Eine Fortschreibung dieser Berechnung ergibt für das Jahr 2029 eine Prognose von 43.794 Patienten (Tabelle 3-7).

Grundsätzlich bestehen bei der Herleitung einer Steigerungs- bzw. Minderungsrate Unsicherheiten, die sowohl zu einer Über- als auch zu einer Unterschätzung führen können (Tabelle 3-8). In der vorliegenden Berechnung ergeben sich vor allem Unsicherheiten aufgrund jährlicher Schwankungen in den vom ZfKD berichteten Neuerkrankungen, die sich auch in Anpassungen der RKI-Zahlen niederschlagen (vergl. (86) und (1)). Diesem Umstand wird Rechnung getragen, indem, wie beschrieben, eine Spanne für die Inzidenz dargestellt wird. Ausgehend von den verfügbaren Datenquellen kann davon ausgegangen werden, dass die ermittelte Spanne die Entwicklung der Fallzahlen adäquat abbildet (Tabelle 3-6). Um potenziellen Unter- bzw. Überschätzungen entgegenzuwirken, wird auch für die Prävalenz eine Spanne auf Basis der 5- und der 10-Jahres-Prävalenz ermittelt (Tabelle 3-7).

Tabelle 3-8: Zusammenfassung zur Unsicherheit der Schätzungen in Abschnitt 3.2.3

1-Jahres-Inzidenz	<p><b>Sowohl Unter- als auch Überschätzung möglich</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angaben beruhen auf den Daten des RKI und des ZfKD</li> <li>• Schätzung, keine Zählung</li> <li>• Mangelnde Vollzähligkeit der Krebsregistermeldungen</li> <li>• Datenstand aus dem Jahr 2020 erfordert Hochrechnung auf das aktuelle Jahr</li> </ul>
5-Jahres-Prävalenz	<p><b>Sowohl Unter- als auch Überschätzung möglich</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angaben beruhen auf den Daten des ZfKD</li> <li>• Schätzung, keine Zählung</li> <li>• Mangelnde Vollzähligkeit der Krebsregistermeldungen</li> <li>• Datenstand aus dem Jahr 2020 erfordert Hochrechnung auf das aktuelle Jahr</li> </ul>
Prognose der Inzidenz bis zum Jahr 2028	<p><b>Sowohl Unter- als auch Überschätzung möglich</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortschreibung beruht auf Zahlen, die ihrerseits unter- oder überschätzt sein können</li> <li>• Für den Rückgang der Inzidenz Fallzahlen in den Jahren 2017-2019 wird vom RKI keine Begründung angeboten</li> </ul>
Prognose der Prävalenz bis zum Jahr 2028	<p><b>Sowohl Unter- als auch Überschätzung möglich</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Berechnungen beruhen auf Basis der Annahme einer Steigerungsrate errechnet aus den Prävalenzen aus 2014-2019</li> <li>• Fortschreibung beruht auf Zahlen, die ihrerseits unter- oder überschätzt sein können</li> </ul>
Abkürzungen: RKI: Robert Koch-Institut; ZfKD: Zentrum für Krebsregisterdaten	

### 3.2.4 Anzahl der Patienten in der Zielpopulation

Geben Sie in der nachfolgenden Tabelle 3-9 die Anzahl der Patienten in der GKV an, für die eine Behandlung mit dem zu bewertenden Arzneimittel in dem Anwendungsgebiet, auf das sich das vorliegende Dokument bezieht, gemäß Zulassung infrage kommt (Zielpopulation). Die Angaben sollen sich auf einen Jahreszeitraum beziehen. Berücksichtigen Sie auch, dass das zu

*bewertende Arzneimittel ggf. an bisher nicht therapierten Personen zur Anwendung kommen kann; eine lediglich auf die bisherige Behandlung begrenzte Beschreibung der Zielpopulation kann zu einer Unterschätzung der Zielpopulation führen. Bitte beachten Sie hierzu auch die weiteren Hinweise unter Kapitel 3.2.6 Beschreibung der Informationsbeschaffung für Abschnitt 3.2 Stellen Sie Ihre Berechnungen möglichst in einer Excel Tabelle dar und fügen diese als Quelle hinzu.*

*Generell sollen für die Bestimmung des Anteils der Versicherten in der GKV Kennzahlen der Gesetzlichen Krankenversicherung basierend auf amtlichen Mitgliederstatistiken verwendet werden ([www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)).*

Tabelle 3-9: Anzahl der GKV-Patienten in der Zielpopulation

<b>Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel)</b>	<b>Anzahl der Patienten in der Zielpopulation (inklusive Angabe der Unsicherheit)</b>	<b>Anzahl der GKV-Patienten in der Zielpopulation (inklusive Angabe der Unsicherheit)</b>
Ciltacabtagene Autoleucel (Carvykti®)	2.681 – 4.039	2.359 – 3.554
Abkürzung: GKV: Gesetzliche Krankenversicherung Quelle: Eigene Berechnungen (88)		

*Begründen Sie die Angaben in Tabelle 3-9 unter Nennung der verwendeten Quellen. Ziehen Sie dabei auch die Angaben zu Prävalenz und Inzidenz (wie oben angegeben) heran. Stellen Sie Ihre Berechnungen möglichst in einer Excel-Tabelle dar und fügen diese als Quelle hinzu. Alle Annahmen und Kalkulationsschritte sind darzustellen und zu begründen. Die Berechnungen müssen auf Basis dieser Angaben nachvollzogen werden können. Machen Sie auch Angaben zur Unsicherheit, z. B. Angabe einer Spanne.*

Ciltacel ist gemäß Fachinformation indiziert für die Behandlung erwachsener Patienten mit rezidiviertem und refraktärem multiplen Myelom, die zuvor bereits mindestens eine Therapie erhalten haben, darunter einen Immunmodulator und einen Proteasom-Inhibitor, und die während der letzten Therapie eine Krankheitsprogression zeigten und gegenüber Lenalidomid refraktär sind (16).

Zur Quantifizierung dieser Patientenpopulation sind keine direkten, publizierten Zahlen verfügbar. Daher wird die Anzahl der Patienten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in der jeweiligen Teilpopulation unter Verwendung der verfügbaren Daten aus den Krebsregistern, orientierenden Literaturrecherchen sowie aus einer Sekundärdatenanalyse in mehreren Schritten hergeleitet (siehe Tabelle 3-10). Die Basis zur Herleitung bildet die Spanne aus der 5- und 10-Jahres-Prävalenz der Diagnosegruppe ICD-10 C90, hochgerechnet für das Jahr 2024 auf Basis der Daten des ZfKD wie im vorherigen Abschnitt 3.2.3 erfolgt. Daran anschließend wird in Schritt 2 die Prävalenz von Patienten mit der Diagnose ICD-10 C90.0 berechnet. In Schritt 3 wird auf Basis von orientierenden Literaturrecherchen die Population auf die Patienten eingegrenzt, die aufgrund ihres Multiplen Myeloms therapiebedürftig sind.

Schritt 4 basiert auf einer Sekundärdatenanalyse von der TriNetX Oncology GmbH (94) und beruht auf Daten aus dem Therapiemonitor Multiples Myelom, der eine repräsentative Stichprobe von Patienten mit Multiplem Myelom unter Behandlung in Deutschland enthält. Auf Basis von inzidenten Fällen aus dem Therapie Monitor im Berichtszeitraum Q3 2022 bis Q2 2023 wird die Patientenpopulation schrittweise auf die Zielpopulation eingegrenzt. Im letzten Herleitungsschritt (Schritt 5) wird der Anteil der GKV-Patienten ermittelt.

Tabelle 3-10: Herleitungsschritte und Zwischenergebnisse zur Berechnung der Zielpopulation unter Angabe der jeweiligen Quellen zur Ermittlung der Anteilswerte, sowie Darstellung der ausführlichen Patientenattrition durch die TriNetX Oncology GmbH (94).

Schritt		Anteil an der Prävalenz aus dem vorangegangenen Herleitungsschritt			Prävalenz
1	Prävalenz C90 (RKI/ZfKD)	100%			<b>23.254 - 37.924</b>
2	Prävalenz C90.0 (Landeskrebsregister)	96,39%			<b>22.415 – 36.555</b>
3	Prävalenz C90.0 mit Behandlung (Literaturrecherche)	85 – 92%			<b>20.622 – 31.072</b>
4	Zielpopulation: Patientenattrition zur Herleitung des Anwendungsgebiets (TriNetX Oncology GmbH)	Prävalente MM Patienten unter Behandlung im Berichtszeitraum 01.10.2022-30.09.2023	4.446	100,0%	<b>2.681 – 4.039</b>
		Anteil Patienten mit Start einer neuen Therapielinie im Berichtszeitraum	2.101	47,3%	
		Anteil dieser Patienten mit mindestens einer Vortherapie und vorheriger Behandlung mit PI und IMiD	935	21,0%	
		Anteil dieser Patienten, die refraktär gegenüber Lenalidomid (in irgendeiner Linie), sowie refraktär gegenüber ihrer unmittelbar vorherige Therapielinie sind	581	13,0%	
5	Anteil GKV (Statistisches Bundesamt/BMG)	88,00%			<b>2.359 – 3.554</b>
Abkürzung: BMG: Bundesministerium für Gesundheit; GKV: Gesetzliche Krankenversicherung; IMiD: Immunmodulator; MM: Multiples Myelom; PI: Proteasom-Inhibitor; RKI: Robert Koch-Institut; ZfKD: Zentrum für Krebsregisterdaten Referenzen: ZfKD/RKI (1, 89, 90)					



Schritt	Anteil an der Prävalenz aus dem vorangegangenen Herleitungsschritt	Prävalenz
Daten der Landeskrebsregister (85)		
TriNetX Oncology GmbH (94)		
Statistisches Bundesamt (95, 96)		
BMG (97)		
Eigene Berechnungen (88)		

### Schritt 1: Patienten mit Plasmozytom (ICD-10 C 90)

In Abschnitt 3.2.3 wurde die 5-Jahresprävalenz auf Basis der aktuellen Schätzungen des RKI bereits auf das Jahr 2024 hochgerechnet. Diese wird in der folgenden Herleitung der Zielpopulation als untere Grenze der Ausgangspopulation angesehen. Analog wurde in Abschnitt 3.2.3 auch die 10-Jahres-Prävalenz für das Jahr 2024 berechnet und für die weiteren Herleitungsschritte als obere Grenze der Ausgangspopulation festgelegt. Demnach beträgt die Ausgangspopulation im Jahr 2024 23.254 - 37.924 Patienten mit C90 Diagnose in Deutschland (88).

Die Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA hat in Modul 3 ihres Dossiers zur Nutzenbewertung von Idecabtagen vicleucel<sup>1</sup> mit Stand 28.12.2021 angegeben, dass die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie (DGHO) es gemäß der Referenz „DGHO 2018“<sup>2</sup> als sinnvoll erachtet, die 10-Jahres-Prävalenz für die Ermittlung der Anzahl von Patienten mit Multiplem Myelom zu betrachten (98). Dieses Zitat lässt sich allerdings über den in der Referenz angegebenen Link nicht mehr wiederfinden. Dennoch erscheint es aufgrund des Vorgehens des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in der entsprechenden Bewertung der Patientenzahlen als anerkannte Praxis, im Multiplen Myelom die 10-Jahres-Prävalenz zur Herleitung der Zielpopulation zugrunde zu legen (99).

Allerdings birgt vor allem Schritt 3 der folgenden Herleitung der Zielpopulation das Risiko der Überschätzung, weil das Verhältnis an Patienten mit therapiebedürftigem Multiplem Myelom gegenüber Patienten, die keiner Behandlung bedürfen, mit zunehmendem Betrachtungszeitraum für die Prävalenz stetig abnehmen dürfte. Das Hinzuziehen der 5-Jahres-Prävalenz als untere Spanne dient dazu, dieser und weiterer etwaiger Überschätzungen in der Herleitung zu entgegenen.

<sup>1</sup> zur Behandlung des rezidivierten und refraktären multiplen Myeloms bei erwachsenen Patienten, die mindestens 3 vorausgegangene Therapien, einschließlich eines Immunmodulators, eines Proteasominhibitors und eines Anti-CD38-Antikörpers, erhalten und unter der letzten Therapie eine Krankheitsprogression gezeigt haben

<sup>2</sup> Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie (DGHO) 2018. Multiples Myelom: Leitlinie: Empfehlungen der Fachgesellschaft zur Diagnostik und Therapie hämatologischer und onkologischer Erkrankungen. Verfügbar unter: <https://www.onkopedia.com/de/onkopedia/guidelines/multiplesmyelom/@@guideline/html/index.html>, abgerufen am: 12.11.2021.

Obwohl das Anwendungsgebiet von Ciltacel ausschließlich erwachsene Patienten mit Multiplem Myelom umfasst, wird kein separater Schritt zum Ausschluss von Patienten unter 18 Jahren durchgeführt, da Myelom-Erkrankungen vor dem 45. Lebensjahr äußerst selten und damit für die weiteren Berechnungen vernachlässigbar sind.

### **Schritt 2: Patienten mit Multiplem Myelom (ICD-10 C90.0)**

Basierend auf den Datenbanken der Landeskrebsregister Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Saarland und Schleswig-Holstein, die eine detaillierte Abfrage sowohl der Oberdiagnose ICD-10 C90 als auch der Unterdiagnosen ICD-10 C90.0, ICD-10 C90.1, ICD-10 C90.2 und ICD-10 C90.3 ermöglichen, beträgt der Anteil der Unterdiagnose ICD-10 C90.0 96,39%. Die Daten zur Unterdiagnose ICD-10 C90.0 bilden ca. zwei Fünftel ( $\approx 38,06\%$ ) aller Neuerkrankungen der Jahre 2015-2022 im Verhältnis zur deutschen Gesamtbevölkerung ab. Dieses wird als ausreichend repräsentativ angesehen, sodass die Hochrechnung die Annahme beinhaltet, dass die ermittelte Zahl der Unterdiagnose ICD-10 C90.0 auf andere Regionen in Deutschland übertragbar ist. Demnach beträgt die Prävalenz an Patienten mit C90.0 Diagnose 22.415 – 36.555 (88).

### **Schritt 3: Patienten mit therapiebedürftigem Multiplem Myelom**

Für eine Behandlung mit Ciltacel kommen nur Patienten mit Multiplem Myelom in Frage, die auch therapiebedürftig sind. Zusätzlich ist die Einschränkung der Population auf therapiebedürftige Patienten erforderlich, da im Therapiemonitor Multiples Myelom, der die Datengrundlage für den folgenden Herleitungsschritt bildet, ausschließlich Patienten unter Behandlung eingeschlossen werden. In diesem dritten Herleitungsschritt soll darum der Anteil an Patienten identifiziert werden, die keiner Behandlung bedürfen.

Zunächst ist es denkbar, dass es Patienten gibt, die keine Therapie wünschen. Auf Basis einer Publikation von Raab et al. lässt sich jedoch folgern, dass der Anteil dieser Patienten in der Gesamtschau zu vernachlässigen ist (100). Weiterhin könnte die Population aus Herleitungsschritt 2 auch noch Patienten umfassen, die sich in einer ggf. längeren Therapiepause befinden, wie das IQWiG auch in anderen Nutzenbewertungsverfahren angemerkt hat, die zur Herleitung der Zielpopulation Daten aus dem Therapiemonitor verwendet haben (99, 101). Dadurch könnte es zu einer Überschätzung der Zielpopulation kommen, da im Folgenden Anteilswerte von inzidenten Fällen unter einer Anti-Myelom-Behandlung auf diese Prävalenz übertragen werden. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass das aktuelle Therapiekonzept des Multiplen Myeloms es vorsieht, eine möglichst durchgängige, ggf. sequenzielle Therapie zu erzielen, mit Verabreichung von Erhaltungs- bzw. kontinuierlichen Therapien bis zum Progress (4, 102). Bereits in einer im Jahr 2016 publizierten retrospektiven Auswertung von Patientenakten aus mehreren europäischen Ländern, darunter Deutschland, lag das mediane therapiefreie Intervall im Multiplen Myelom in einem Zeitraum von unter einem Jahr mit Ausnahme der Patientenpopulation nach einer autologen Stammzelltransplantation in der Erstlinie, wobei diese Publikation vor Zulassung von Lenalidomid als Erhaltungstherapie für genau diese Patienten datiert ist (39). Demnach ist davon auszugehen, dass der Anteil an Patienten in Therapiepause kein relevantes Ausmaß

erreicht. Es ist daher sachgerecht, dieser Unsicherheit zu entgegnen, indem zur Herleitung der Zielpopulation als unterer Wert der Spanne die 5-Jahres-Prävalenz zugrunde gelegt wird. Weiterhin gibt es Patienten mit SMM-Diagnose, die vielfach über eine lange Zeit hinweg keiner Therapie bedürfen. Der Anteil der Patienten mit einem SMM ist bereits in verschiedenen Nutzenbewertungsverfahren mit einer Spanne von 8% (103) bis 15% (104) quantifiziert worden (105-108). Wie in Schritt 1 bereits erläutert, wird der Anteil an Patienten, die keiner Behandlung bedürfen, innerhalb der 10-Jahres-Prävalenz höher sein als innerhalb der 5-Jahres-Prävalenz. Demnach scheint es gerechtfertigt, den Anteilswert von 8% von der unteren Spanne und 15% von der oberen Spanne abzuziehen, um die Prävalenz therapiebedürftiger Patienten mit Multiplem Myelom zu erhalten. Folglich beträgt die Prävalenz an Patienten mit therapiebedürftigem Multiplem Myelom 20.622 – 31.072 (88). In einigen Herstellerdossiers wurde zusätzlich ermittelt, wie hoch der Anteil an Patienten mit SMM ist, die innerhalb eines Jahres therapiebedürftig werden. Dieser zusätzliche Schritt ist an dieser Stelle nicht erforderlich, weil in der Patientenattrition auf Basis des Therapiemonitors Patienten mit SMM, die während des Berichtszeitraums tatsächlich eine Therapie erhalten, von der Grundgesamtheit abgezogen werden.

#### **Schritt 4: Datenbankabfrage Therapiemonitor**

Das Versorgungsforschungsprojekt TherapieMonitor Multiples Myelom von TriNetX Oncology GmbH (früher OncologyInformationService e.K. - OIS) ist eine deutschlandweite Datenerhebung von Patienten mit Multiplem Myelom (MM), die seit 2004 mehrfach und seit 2016 kontinuierlich durchgeführt wird (94). Der TherapieMonitor umfasst die retrospektive anonymisierte Dokumentation von Therapieverläufen von Patienten mit MM in einer repräsentativen Stichprobe von Behandlungszentren inkl. Universitätskliniken, nichtuniversitären Krankenhäusern, sowie niedergelassenen Hämato-Onkologen. Basierend auf den Daten in der Patientenakte werden retrospektiv über den gesamten Therapieverlauf für die einzelnen anonymisierten Patienten die demographischen Daten, Daten zur Diagnose, Klassifikation und Prognose, sowie zu Therapiemaßnahmen erhoben. Der TherapieMonitor MM stellt eine geeignete, repräsentative Basis für die Bestimmung und Analyse der Patienten in der GKV-Zielpopulation von Ciltacel in Deutschland dar (94).

Anhand der Daten aus dem TherapieMonitor MM sowie definierter Einschlusskriterien wird die Größe der Zielpopulation von Ciltacel für den Zeitraum eines Jahres (1.10.2022-30.9.2023) schrittweise deskriptiv ausgewertet (94). Die Daten aus dem Jahreszeitraum 1.10.2022-30.9.2023 liefern aufgrund der Aktualität eine gute Basis zur Abschätzung des Anteils der Patienten in der Zielpopulation von Ciltacel an der gesamten Prävalenz von Patienten mit MM in Deutschland. Zu den Einschlusskriterien gehören: eine MM-Diagnose (ICD-10 C90.0), ein Alter von mindestens 18 Jahren, mindestens eine vorausgegangene Therapie (einschließlich eines IMiD (Thalidomid, Pomalidomid, Lenalidomid) und eines PI (Bortezomib, Carflizomib, Ixazomib)), Refraktärität gegenüber Lenalidomid in einer der vorausgegangenen Therapielinien und Refraktärität auf die letzte Therapielinie (94). Tabelle 3-10 gibt das Ergebnis dieser Sekundärdatenanalyse wieder und enthält gleichzeitig die Hochrechnung auf

die Prävalenz in Deutschland. Diese beträgt für erwachsene Patienten mit rezidiviertem und refraktärem Multiplen Myelom, die mindestens eine vorherige Therapie erhalten haben, darunter einen Immunmodulator und einen Proteasom-Inhibitor, und die während der letzten Therapie eine Krankheitsprogression zeigten und gegenüber Lenalidomid refraktär sind, 2.681-4.039 (88).

### **Schritt 5: Anteil der Patienten in der GKV**

Abschließend wird der Anteil an Patienten in der GKV an der im vorausgegangenen Schritt erhaltenen Zielpopulation berechnet. Basierend auf einer Bevölkerungszahl in der Bundesrepublik Deutschland von 84,67 Mio. (Stand 09.07.2024) (95) und 74,51 Mio. Versicherten in der GKV im August 2024 (Stand: 02.09.2024) (97) ergibt sich ein Anteil der Versicherten in der GKV an der Gesamtbevölkerung von 88,00%. Demnach beträgt die Prävalenz von Patienten der Zielpopulation, die in der GKV versichert sind 2.359–3.554 (88).

### **Gegenüberstellung der Zielpopulation mit der Patientenzahl aus einem G-BA Beschluss im Multiplen Myelom mit ähnlichem Anwendungsgebiet**

Die Prävalenz der Zielpopulation für das gegenwärtige Anwendungsgebiet lässt sich am ehesten der Prävalenz aus dem Nutzenbewertungsverfahren zu Pvd gegenüberstellen.

Der G-BA legte in seinem Beschluss eine Patientenzahl von ca. 3.060 bis 3.450 Patienten fest (109) und merkte in den Tragenden Gründen dazu an, dass davon ausgegangen wird, dass es sich bei der angegebenen Patientenzahl um eine Unterschätzung handelt (110). Pvd ist zugelassen für die Behandlung des Multiplen Myeloms bei erwachsenen Patienten, die mindestens eine vorausgegangene Therapie, darunter Lenalidomid, erhalten haben (111). Dementsprechend umfasst die Zielpopulation, die für eine Behandlung mit Pvd in Frage kommt, mehr Patienten als die Zielpopulation für die Ciltacel-Behandlung; letztere umfasst zwar ebenfalls Patienten, die mindestens eine Therapie erhalten haben müssen, die zusätzlich aber a) zuvor einen IMiD und einen PI erhalten haben-, b) eine Krankheitsprogression während der letzten Therapie gezeigt haben- und c) *refraktär* gegenüber Lenalidomid sein müssen. Vor dem Hintergrund, dass die Zielpopulation von Ciltacel durch das spezifischere Anwendungsgebiet nochmals deutlich gegenüber der Zielpopulation von Pvd reduziert sein sollte und die Zielpopulation im damaligen Verfahren als unterschätzt angesehen wurde, liegt für die Zielpopulation, die für eine Behandlung mit Ciltacel in Frage kommt, die Spanne von 2.359 – 3.554 in einem plausiblen Bereich.

### **Zusammenfassung und Ergebnis**

In diesem Abschnitt wurde erstmals die Prävalenz von erwachsenen Patienten mit rezidiviertem und refraktärem Multiplen Myelom in Deutschland ermittelt, die zuvor bereits mindestens eine vorherige Therapie erhalten haben, darunter einen Immunmodulator und einen Proteasom-Inhibitor, und die während der letzten Therapie eine Krankheitsprogression zeigten und gegenüber Lenalidomid refraktär sind. Zur Quantifizierung dieser Patientenpopulation wurden die verfügbaren Daten aus den Krebsregistern, orientierende Literaturrecherchen sowie eine Sekundärdatenanalyse herangezogen. Auf Unsicherheiten, die bei der Herleitung entstehen,

wurde hingewiesen und sie wurden durch das Heranziehen einer Spanne hinreichend adressiert. Die Gegenüberstellung mit Patientenzahlen aus einem G-BA Beschluss für ein ähnliches Anwendungsgebiet zeigt, dass die hier ermittelte Spanne für die Zielpopulation von 2.359 – 3.554 im plausiblen Bereich liegt.

### 3.2.5 Angabe der Anzahl der Patienten mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen

Geben Sie in der nachfolgenden Tabelle 3-11 die Anzahl der Patienten an, für die ein therapeutisch bedeutsamer Zusatznutzen besteht, und zwar innerhalb des Anwendungsgebiets, auf das sich das vorliegende Dokument bezieht. Die hier dargestellten Patientengruppen sollen sich unmittelbar aus der Nutzenbewertung in Modul 4 ergeben. Ziehen Sie hierzu die Angaben aus Modul 4, Abschnitt 4.4.3 heran und differenzieren Sie ggf. zwischen Patientengruppen mit unterschiedlichem Ausmaß des Zusatznutzens. Fügen Sie für jede Patientengruppe eine neue Zeile ein.

Tabelle 3-11: Anzahl der Patienten, für die ein therapeutisch bedeutsamer Zusatznutzen besteht, mit Angabe des Ausmaßes des Zusatznutzens (zu bewertendes Arzneimittel)

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel)	Bezeichnung der Patientengruppe mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen	Ausmaß des Zusatznutzens	Anzahl der Patienten in der GKV
Ciltacabtagene Autoleucel (Carvykti®)	Erwachsene Patienten mit rezidiviertem und refraktärem Multiplem Myelom, die zuvor bereits mindestens eine Therapie erhalten haben, darunter einen Immunmodulator und einen Proteasom-Inhibitor, und die während der letzten Therapie eine Krankheitsprogression zeigten und gegenüber Lenalidomid refraktär sind.	Beträchtlicher Zusatznutzen	2.359 – 3.554
Abkürzung: GKV: Gesetzliche Krankenversicherung Quelle: Eigene Berechnungen (88)			

Begründen Sie die Angaben in Tabelle 3-11 unter Nennung der verwendeten Quellen. Ziehen Sie dabei auch die Angaben zu Prävalenz und Inzidenz (wie im Abschnitt 3.2.3 angegeben) heran.

Die Anzahl der GKV-Patienten in der Zielpopulation von Ciltacel wurde in Abschnitt 3.2.3 und Abschnitt 3.2.4 hergeleitet.

### 3.2.6 Beschreibung der Informationsbeschaffung für Abschnitt 3.2

Erläutern Sie das Vorgehen zur Identifikation der in den Abschnitten 3.2.1 bis 3.2.5 genannten Quellen (Informationsbeschaffung). Im Allgemeinen sollen deutsche Quellen bzw. Quellen, die

*über die epidemiologische Situation in Deutschland Aussagen erlauben, herangezogen werden. Weiterhin sind bevorzugt offizielle Quellen zu nutzen. Sollten keine offiziellen Quellen verfügbar sein, sind umfassende Informationen zum methodischen Vorgehen bei der Datengewinnung und Auswertung erforderlich (u. a. Konkretisierung der Fragestellung, Operationalisierungen, Beschreibung der Datenbasis [u. a. Umfang und Ursprung der Datenbasis, Erhebungsjahr/e, Ein- und Ausschlusskriterien], Patientenrekrutierung, Methode der Datenauswertung, Repräsentativität), die eine Beurteilung der Qualität und Repräsentativität der epidemiologischen Informationen erlauben. Bitte orientieren Sie sich im Falle einer Sekundärdatenanalyse an den aktuellen Fassungen der Leitlinien Gute Praxis Sekundärdatenanalyse und Guter Epidemiologischer Praxis sowie an STROSA, dem Berichtsformat für Sekundärdatenanalysen.*

*Wenn eine Recherche in offiziellen Quellen oder in bibliografischen Datenbanken durchgeführt wurde, sollen Angaben zu den Suchbegriffen, den Datenbanken/ Suchoberflächen, dem Datum der Recherche nach den üblichen Vorgaben gemacht werden. Die Ergebnisse der Recherche sollen dargestellt werden, damit nachvollziehbar ist, welche Daten bzw. Publikationen berücksichtigt bzw. aus- und eingeschlossen wurden. Sofern erforderlich, können Sie zur Beschreibung der Informationsbeschaffung weitere Quellen benennen.*

*Wenn eine (hier optionale) systematische bibliografische Literaturrecherche durchgeführt wurde, soll eine vollständige Dokumentation erfolgen. Die entsprechenden Anforderungen an die Informationsbeschaffung sollen nachfolgend analog den Vorgaben in Modul 4 (siehe Abschnitte 4.2.3.2 Bibliografische Literaturrecherche, 4.3.1.1.2 Studien aus der bibliografischen Literaturrecherche, Anhang 4-A, 4-C) umgesetzt werden.*

Um die zu bewertende Erkrankung und die Zielpopulation zu charakterisieren sowie den therapeutischen Bedarf darzulegen, werden für die Informationsbeschaffung des Abschnitts 3.2.1 und 3.2.2 und sowohl medizinische Leitlinien und Handbücher als auch Publikationen in wissenschaftlichen Zeitschriften herangezogen.

Für die in Abschnitt 3.2.3 abgeleitete Prävalenz und Inzidenz des zu bewertenden Anwendungsgebietes werden die im ZfKD am RKI zusammengefassten Landesdaten herangezogen. Sowohl Prävalenz als auch Inzidenz für die Diagnose ICD-10 C90 sind öffentlich aus der Datenbank abrufbar. Die Prognose der 5- bzw. 10-Jahres-Prävalenz für das Multiple Myelom bis zum Jahr 2029 basiert auf den Daten der Datenbank des ZfKD und für das Jahr 2020 den Angaben aus dem Bericht „Krebs in Deutschland“ (1), genauso wie auch die Prognose für die 1-Jahres-Inzidenz für das Multiple Myelom bis zum Jahr 2029.

Die Anzahl der Patienten in der Zielpopulation wurde auf Basis der verfügbaren Daten aus den Krebsregistern, orientierenden Literaturrecherchen sowie aus einer Sekundärdatenanalyse der TriNetX Oncology GmbH (94) in mehreren Schritten hergeleitet (siehe Tabelle 3-10).

### 3.2.7 Referenzliste für Abschnitt 3.2

Listen Sie nachfolgend alle Quellen (z. B. Publikationen), die Sie in den Abschnitten 3.2.1 bis 3.2.6 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. RKI.Robert Koch-Institut. *Krebs in Deutschland 2019/2020*. 2023;14. Ausgabe.
2. Landgren O, Kyle RA, Pfeiffer RM, Katzmann JA, Caporaso NE, Hayes RB, et al. *Monoclonal gammopathy of undetermined significance (MGUS) consistently precedes multiple myeloma: a prospective study*. *Blood*. 2009;113(22):5412-5417.
3. Rajkumar SV, Landgren O, Mateos MV. *Smoldering multiple myeloma*. *Blood*. 2015;125(20):3069-3075.
4. Leitlinienprogramm Onkologie DKDKA. S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge für Patienten mit monoklonaler Gammopathie unklarer Signifikanz (MGUS) oder Multiplem Myelom, Langversion 1.0, 2022, AWMF-Registernummer: 018/035OL. 2022; [abgerufen am: 24.09.2024]. Verfügbar unter: [https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user\\_upload/Downloads/Leitlinien/Multiples\\_Myelom/LL\\_Multiples\\_Myelom\\_Langversion\\_1.0.pdf](https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Multiples_Myelom/LL_Multiples_Myelom_Langversion_1.0.pdf).
5. Mateos MV, Kumar S, Dimopoulos MA, Gonzalez-Calle V, Kastritis E, Hajek R, et al. *International Myeloma Working Group risk stratification model for smoldering multiple myeloma (SMM)*. *Blood Cancer J*. 2020;10(10):102.
6. Blum A, Bazou D, O'Gorman P. *Smoldering multiple myeloma: prevalence and current evidence guiding treatment decisions*. *Blood Lymphat Cancer*. 2018;8:21-31.
7. Bianchi G, Kyle RA, Larson DR, Witzig TE, Kumar S, Dispenzieri A, et al. *High levels of peripheral blood circulating plasma cells as a specific risk factor for progression of smoldering multiple myeloma*. *Leukemia*. 2013;27(3):680-685.
8. Bertamini L, D'Agostino M, Gay F. *MRD Assessment in Multiple Myeloma: Progress and Challenges*. *Curr Hematol Malig Rep*. 2021;16(2):162-171.
9. Mack EKM, Hartmann S, Ross P, Wollmer E, Mann C, Neubauer A, et al. *Monitoring multiple myeloma in the peripheral blood based on cell-free DNA and circulating plasma cells*. *Ann Hematol*. 2022;101(4):811-824.
10. Pratt G, Goodyear O, Moss P. *Immunodeficiency and immunotherapy in multiple myeloma*. *Br J Haematol*. 2007;138(5):563-579.
11. Eby CS. *Bleeding and thrombosis risks in plasma cell dyscrasias*. *American Society of Hematology Education Program*. 2007:158-164.
12. Mukkamalla SKR, Malipeddi D. *Myeloma Bone Disease: A Comprehensive Review*. *Int J Mol Sci*. 2021;22(12).
13. Girard LP, Soekojo CY, Ooi M, Poon LM, Chng WJ, de Mel S. *Immunoglobulin M Paraproteinaemias*. *Cancers (Basel)*. 2020;12(6).
14. Kwaan HC. *Hyperviscosity in plasma cell dyscrasias*. *Clin Hemorheol Microcirc*. 2013;55(1):75-83.
15. Leavell Y, Shin SC. *Paraproteinemias and Peripheral Nerve Disease*. *Clin Geriatr Med*. 2021;37(2):301-312.
16. Janssen-Cilag International N. V. *Fachinformation CARVYKTI® Infusionsdispersion*. Stand: Juli 2024. 2024.
17. DGHO. Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V.. *Onkopedia Leitlinien Amyloidose (Leichtketten (AL) – Amyloidose)*. Stand: November

2022. 2022; [abgerufen am: 24.09.2024]. Verfügbar unter: <https://www.onkopedia.com/de/onkopedia/guidelines/amyloidose-leichtketten-al-amyloidose/@@guideline/html/index.html>.
18. Blade J, Rosinol L. *Complications of multiple myeloma*. Hematology/Oncology Clinics of North America. 2007;21:1231-1246.
  19. Terpos E, Berenson J, Raje N, Roodman GD. *Management of bone disease in multiple myeloma*. Expert Rev Hematol. 2014;7(1):113-125.
  20. Dispenzieri A, Kyle RA. *Neurological aspects of multiple myeloma and related disorders*. Best Practice & Research Clinical Haematology. 2005;18:673-688.
  21. Palumbo A, Rajkumar SV, San Miguel JF, Larocca A, Niesvizky R, Morgan G, et al. *International Myeloma Working Group consensus statement for the management, treatment, and supportive care of patients with myeloma not eligible for standard autologous stem-cell transplantation*. J Clin Oncol. 2014;32(6):587-600.
  22. Sternlicht H, Glezerman IG. *Hypercalcemia of malignancy and new treatment options*. Therapeutics and Clinical Risk Management. 2015;11:1779-1788.
  23. Menè P, Moioli A, Stoppacciaro A, Lai S, Festuccia F. *Acute Kidney Injury in Monoclonal Gammopathies*. J Clin Med. 2021;10(17).
  24. Shah N, Rochlani Y, Pothineni NV, Paydak H. *Burden of arrhythmias in patients with multiple myeloma*. Int J Cardiol. 2016;203:305-306.
  25. Snowden JA, Ahmedzai SH, Ashcroft J, D'Sa S, Littlewood T, Low E, et al. *Guidelines for supportive care in multiple myeloma 2011*. Br J Haematol. 2011;154:76-103.
  26. Antoine-Pepeljuginoski C, Braunstein MJ. *Management of Newly Diagnosed Elderly Multiple Myeloma Patients*. Curr Oncol Rep. 2019;21(7):64.
  27. Willan J, Eyre TA, Sharpley F, Watson C, King AJ, Ramasamy K. *Multiple myeloma in the very elderly patient: challenges and solutions*. Clin Interv Aging. 2016;11:423-435.
  28. DGHO. Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V., Onkopedia Leitlinien Monoklonale Gammopathie unklarer Signifikanz (MGUS). Stand: Dezember 2023. 2023; [abgerufen am: 24.09.2024]. Verfügbar unter: <https://www.onkopedia.com/de/onkopedia/guidelines/monoklonale-gammopathie-unklarer-signifikanz-mgus/@@guideline/html/index.html>.
  29. Rajkumar SV, Dimopoulos MA, Palumbo A, Blade J, Merlini G, Mateos MV, et al. *International Myeloma Working Group updated criteria for the diagnosis of multiple myeloma*. Lancet Oncol. 2014;15(12):e538-548.
  30. Rajkumar SV. *Multiple myeloma: 2013 update on diagnosis, risk-stratification, and management*. Am J Hematol. 2013;88(3):226-235.
  31. Greipp PR, San Miguel J, Durie BG, Crowley JJ, Barlogie B, Blade J, et al. *International staging system for multiple myeloma*. Journal of Clinical Oncology. 2005;23(15):3412-3420.
  32. Kumar SK, Therneau TM, Gertz MA, Lacy MQ, Dispenzieri A, Rajkumar SV, et al. *Clinical course of patients with relapsed multiple myeloma*. Mayo Clin Proc. 2004;79(7):867-874.
  33. Kumar SK, Lee JH, Lahuerta JJ, Morgan G, Richardson PG, Crowley J, et al. *Risk of progression and survival in multiple myeloma relapsing after therapy with IMiDs and bortezomib: a multicenter international myeloma working group study*. Leukemia. 2012;26(1):149-157.
  34. Moreau P, Joshua D, Chng WJ, Palumbo A, Goldschmidt H, Hájek R, et al. *Impact of prior treatment on patients with relapsed multiple myeloma treated with carfilzomib*



- and dexamethasone vs bortezomib and dexamethasone in the phase 3 ENDEAVOR study.* Leukemia. 2017;31(1):115-122.
35. Mateos M-V, Nooka AK, Larson SM. *Moving Toward a Cure for Myeloma.* American Society of Clinical Oncology Educational Book. 2022;42:643-654.
  36. Goldschmidt H. *[Multiple myeloma-soon curable?]*. Internist (Berl). 2021;62(5):562-570.
  37. Goldschmidt H, Raab MS, Neben K, Weisel K, Schmidt-Wolf IGH. *Strategien beim rezidivierten/refraktären multiplen Myelom.* Der Onkologe. 2014;20:250-256.
  38. Borrello I. *Can we change the disease biology of multiple myeloma?* Leuk Res. 2012;36 Suppl 1(0 1):S3-12.
  39. Yong K, Delforge M, Driessen C, Fink L, Flinois A, Gonzalez-McQuire S, et al. *Multiple myeloma: patient outcomes in real-world practice.* Br J Haematol. 2016;175(2):252-264.
  40. Durie BG, Harousseau JL, Miguel JS, Blade J, Barlogie B, Anderson K, et al. *International uniform response criteria for multiple myeloma.* Leukemia. 2006;20:1467-1473.
  41. Kumar S, Paiva B, Anderson KC, Durie B, Landgren O, Moreau P, et al. *International Myeloma Working Group consensus criteria for response and minimal residual disease assessment in multiple myeloma.* The Lancet Oncology. 2016;17(8):e328-e346.
  42. Rajkumar SV, Harousseau JL, Durie B, Anderson KC, Dimopoulos M, Kyle R, et al. *Consensus recommendations for the uniform reporting of clinical trials: report of the International Myeloma Workshop Consensus Panel 1.* Blood. 2011;117:4691-4695.
  43. Dimopoulos MA, Moreau P, Terpos E, Mateos MV, Zweegman S, Cook G, et al. *Multiple myeloma: EHA-ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up.* Annals of Oncology. 2021;32(3):309-322.
  44. DGHO. *Stellungnahme zur Nutzenbewertung des G-BA von Arzneimitteln gemäß § 35a SGB V Daratumumab (neues Anwendungsgebiet, Multiples Myelom, für Stammzelltransplantation geeignet, Erstlinie).* 2020.
  45. Rajkumar SV. *Multiple myeloma: 2022 update on diagnosis, risk stratification, and management.* Am J Hematol. 2022;97(8):1086-1107.
  46. Der Arzneimittelbrief. *Daratumumab in der medikamentösen Kombinationstherapie des Multiplen Myeloms bei Patientennach autologer Blutstammzell-Transplantation [CME].* Der Arzneimittelbrief. 2024;58(13):1-4.
  47. Bristol-Myers Squibb Pharma EEIG. *Fachinformation/Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels - REVLIMID Hartkapsel.* 2023.
  48. de Arriba de la Fuente F, Montes Gaisán C, de la Rubia Comos J. *How to Manage Patients with Lenalidomide-Refractory Multiple Myeloma.* Cancers. 2023;15(1):1-20.
  49. Moreau P, Zamagni E, Mateos M-V. *Treatment of patients with multiple myeloma progressing on frontline-therapy with lenalidomide.* Blood Cancer Journal. 2019;38(9):1-8.
  50. Botta C, Martino EA, Conticello C, Mendicino F, Vigna E, Romano A, et al. *Treatment of Lenalidomide Exposed or Refractory Multiple Myeloma: Network Meta-Analysis of Lenalidomide-Sparing Regimens.* Front Oncol. 2021;11(643490).
  51. Ghandili S, Weisel KC, Bokemeyer C, Leyboldt LB. *Current Treatment Approaches to Newly Diagnosed Multiple Myeloma.* Oncol Res Treat. 2021;44(12):690-699.
  52. Ding H, Xu J, Lin Z, Huang J, Wang F, Yang Y, et al. *Minimal residual disease in multiple myeloma: current status.* Biomark Res. 2021;9(1):75.

53. Facon T, Kumar SK, Plesner T, Orłowski RZ, Moreau P, Bahlis N, et al. *Daratumumab, lenalidomide, and dexamethasone versus lenalidomide and dexamethasone alone in newly diagnosed multiple myeloma (MAIA): overall survival results from a randomised, open-label, phase 3 trial*. *Lancet Oncol.* 2021;22(11):1582-1596.
54. McCarthy PL, Holstein SA, Petrucci MT, Richardson PG, Hulin C, Tosi P, et al. *Lenalidomide Maintenance After Autologous Stem-Cell Transplantation in Newly Diagnosed Multiple Myeloma: A Meta-Analysis*. *J Clin Oncol.* 2017;35(29):3279-3289.
55. Jackson GH, Davies FE, Pawlyn C, Cairns DA, Striha A, Collett C, et al. *Lenalidomide maintenance versus observation for patients with newly diagnosed multiple myeloma (Myeloma XI): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 trial*. *The Lancet Oncology.* 2019;20(1):57-73.
56. Dimopoulos MA, Terpos E, Boccadoro M, Delimpasi S, Beksac M, Katodritou E, et al. *Daratumumab plus pomalidomide and dexamethasone versus pomalidomide and dexamethasone alone in previously treated multiple myeloma (APOLLO): an open-label, randomised, phase 3 trial*. *Lancet Oncol.* 2021;22(6):801-812.
57. Richardson PG, Oriol A, Beksac M, Liberati AM, Galli M, Schjesvold F, et al. *Pomalidomide, bortezomib, and dexamethasone for patients with relapsed or refractory multiple myeloma previously treated with lenalidomide (OPTIMISM): a randomised, open-label, phase 3 trial*. *Lancet Oncology.* 2019;20(6):781-794.
58. Einsele H, Dhakal B, Potluri R, Schechter J, Deraedt W, Lendvai N, et al. *P46 SEER-Medicare Database: Real-World treatments and outcomes in patients with lenalidomide-refractory relapsed Multiple Myeloma treated with 1-3 prior lines of therapy, including A PI and IMiD*. *HemaSphere.* 2023;7(Suppl):36.
59. Dhakal B, Einsele H, Potluri R, Schechter J, Deraedt W, Lendvai N, et al. *P899 Real-World assessment of treatment patterns and outcomes in patients with lenalidomide-refractory relapsed/refractory multiple myeloma from the OPTUM database*. *HemaSphere.* 2022;6(S3):1513-1514.
60. Richardson PG, Harrison SJ, Bringhen S, Schjesvold F, Yong K, Campana F, et al. *Isatuximab for relapsed/refractory multiple myeloma: review of key subgroup analyses from the Phase III ICARIA-MM study*. *Future Oncology.* 2021;17(34).
61. EMA. European Medicines Agency. Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP). EMEA/H/C/005095/II/0021. Assessment report. CARVYkTi. International non-proprietary name: Ciltacabtagene autoleucl. 22 Februar 2024. 2024; [abgerufen am: 24.09.2024]. Verfügbar unter: [https://www.ema.europa.eu/en/documents/variation-report/carvykti-h-c-005095-ii-0021-epar-assessment-report-variation\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/variation-report/carvykti-h-c-005095-ii-0021-epar-assessment-report-variation_en.pdf).
62. Hajek R, Sliwka H, Stork M, Spicka I, Jelínek T, Radocha J, et al. *Patient Characteristics and Survival Outcomes of Lenalidomide Exposed non- Refractory vs. Lenalidomide Refractory Multiple Myeloma Patients in the HONEUR Federated Data Network*. *Blood.* 2022;140(1):7200–7202.
63. Spicka I, Lapidot I, Merz M, Radocha J, Stork M, Jelínek T, et al. *P944 Real-World patient characteristics and survival outcomes of lenalidomide refractory vs. lenalidomide exposed RRMM patients in the Honeur Federation database network*. *HemaSphere.* 2023;7(S3):1785-1787.
64. Dhakal B, Einsele H, Schechter J, Deraedt W, Lendvai N, Slaughter A, et al. *P-241 Real-world assessment of treatment patterns and outcomes in patients with lenalidomide refractory relapsed multiple myeloma from the Flatiron database*. *International Myeloma Society Annual Meeting.* 2022.

65. Lehnert N, Becker N, Benner A, Pritsch M, Löprrich M, Mai EK, et al. *Analysis of long-term survival in multiple myeloma after first-line autologous stem cell transplantation: impact of clinical risk factors and sustained response*. *Cancer Med*. 2017;7(2):307-316.
66. Engelhardt M, Kortüm KM, Goldschmidt H, Merz M. *Functional cure and long-term survival in multiple myeloma: how to challenge the previously impossible*. *Haematologica*. 2024.
67. Engelhardt M. *Overview: insights into cure options in MM*. In: Gengenbach S, Tonnar, Karantzelis, Greil, Miething, Wäsch, editor. Workshop: Universitätsklinikum Freiburg; 2023.
68. Cappell KM, Kochenderfer JN. *Long-term outcomes following CAR T cell therapy: what we know so far*. *Nature Reviews Clinical Oncology*. 2023;20:359–371.
69. Janssen-Cilag GmbH. *Dossier zur Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V: Daratumumab (Darzalex®) Modul 4 A: Daratumumab in Kombination mit Bortezomib, Melphalan und Prednison für die Behandlung erwachsener Patienten mit neu diagnostiziertem Multiplen Myelom, die für eine autologe Stammzelltransplantation nicht geeignet sind*. 2023.
70. Universitätsklinikum Freiburg. *14th Multiple Myeloma Meeting 2023: Is cure possible in MM?* Multiple Myeloma Meeting 2023.
71. DGHO. *Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V., Programm zur Jahrestagung 2023 der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaften für Hämatologie und Medizinischer Onkologie*. DGHO Service GmbH. 2023.
72. Martin T, Usmani SZ, Schechter JM, Rocca T, Jackson CC, Deraedt W, et al. *Updated results from a matching-adjusted indirect comparison of efficacy outcomes for ciltacabtagene autoleucl in CARTITUDE-1 versus idecabtagene vicleucl in KarMMa for the treatment of patients with relapsed or refractory multiple myeloma*. *Curr Med Res Opin*. 2023;39(1):81-89.
73. EMA. European Medicines Agency. Orphan Maintenance Assessment Report: Carvykti (ciltacabtagene autoleucl, autologous human T-cells genetically modified ex-vivo with a lentiviral vector encoding a chimeric antigen receptor for B-cell maturation antigen). 2022; [abgerufen am: 24.09.2024]. Verfügbar unter: [https://www.ema.europa.eu/system/files/documents/orphan-maintenance-report/carvykti\\_-\\_orphan\\_maintenance\\_assessment\\_report\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/system/files/documents/orphan-maintenance-report/carvykti_-_orphan_maintenance_assessment_report_en.pdf).
74. Janssen-Cilag GmbH. *Janssen Zusatzanalysen (CARTITUDE-4; 2. Datenschnitt)*. 2024.
75. ESMO. European Society for Medical Oncology. Evaluation Form 2B: For therapies that are not likely to be curative with primary endpoint PFS. 2024; [abgerufen am: 24.09.2024]. Verfügbar unter: <https://www.esmo.org/content/download/759070/17862972/1/ESMO-MCBS-H-Evaluation-Form-2b-6-12-months.pdf>.
76. Moreau P, Attal M, Hulin C, Arnulf B, Belhadj K, Benboubker L, et al. *Bortezomib, thalidomide, and dexamethasone with or without daratumumab before and after autologous stem-cell transplantation for newly diagnosed multiple myeloma (CASSIOPEIA): a randomised, open-label, phase 3 study*. *Lancet*. 2019;394(10192):29-38.

77. Facon T, Kumar S, Plesner T, Orlowski RZ, Moreau P, Bahlis N, et al. *Daratumumab plus Lenalidomide and Dexamethasone for Untreated Myeloma*. N Engl J Med. 2019;380(22):2104-2115.
78. Janssen Research & Development. *Primary Analysis Clinical Study Report: A Phase 3 Randomized Study Comparing JNJ-68284528, a Chimeric Antigen Receptor T cell (CAR-T) Therapy Directed Against BCMA, versus Pomalidomide, Bortezomib and Dexamethasone (PVd) or Daratumumab, Pomalidomide and Dexamethasone (DPd) in Subjects with Relapsed and Lenalidomide-Refractory Multiple Myeloma (CARTITUDE-4)*. 2023.
79. Mateos M-V, Dimopoulos MA, Cavo M, Suzuki K, Jakubowiak A, Knop S, et al. *Daratumumab plus Bortezomib, Melphalan, and Prednisone for Untreated Myeloma*. N Engl J Med. 2018;378(6):518-528.
80. Mi J-Q, Zhao W-H, Chen L-J, Fu W-J, Wang B-J, Xu J, et al. *8010 Long-term remission and survival in patients with relapsed or refractory multiple myeloma after treatment of LCAR-B38M CAR-T: At least 5-year follow-up in LEGEND-2*. Hematologic Malignancies 2023.
81. RTI Health Solutions. *Qualitative Interviews to Evaluate Subject Expectations and Treatment Experiences in a Multiple Myeloma Clinical Study: Final Summary Report*. 2021.
82. Mina R, Mylin AK, Yokoyama H, Magen H, Alsdorf W, Minnema MC, et al. *Patient-Reported Outcomes in the Phase 3 CARTITUDE-4 Study of Ciltacabtagene Autoleucl Vs Standard of Care in Patients with Lenalidomide-Refractory Multiple Myeloma after 1-3 Lines of Therapy*. Blood. 2023;142(1):1063–1065.
83. Weisel K, Mateos M-V, Vincent L, Martin T, Berdeja JG, Jakubowiak A, et al. *P971 Adjusted comparison of patient reported outcomes from CARTITUDE-1 and LOCOMOTION comparing ciltacabtagene autoleucl versus real world clinical practice in triple-class exposed multiple myeloma*. HemaSphere. 2022;6(S3):1653-1654.
84. Janssen-Cilag GmbH. Dossier zur Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V Daratumumab (Darzalex®) Modul 3 A Daratumumab in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason für die Behandlung erwachsener Patienten mit neu diagnostiziertem Multiplen Myelom, die für eine autologe Stammzelltransplantation nicht geeignet sind. Stand: 14.02.2020. 2020; [abgerufen am: 24.09.2024]. Verfügbar unter: [https://www.g-ba.de/downloads/92-975-3530/2020-02-14\\_Modul3A\\_Daratumumab.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/92-975-3530/2020-02-14_Modul3A_Daratumumab.pdf).
85. Landeskrebsregister Nordrhein-Westfalen. Online-Jahresbericht. 2023; [abgerufen am: 19.03.2024]. Verfügbar unter: <https://www.gekid.de/uebersicht>.
86. ZfKD. Zentrum für Krebsregisterdaten. Datenbankabfrage zur Inzidenz des Multiplen Myeloms. Fallzahlen. Jahre 2010-2019. 2022; [abgerufen am: 24.09.2024]. Verfügbar unter: [https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Datenbankabfrage/datenbankabfrage\\_stufe1\\_no\\_de.html](https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Datenbankabfrage/datenbankabfrage_stufe1_no_de.html).
87. ZfKD. Zentrum für Krebsregisterdaten. Datenbankabfrage zur Inzidenz des Multiplen Myeloms. Rohe Rate. Jahre 2010-2019. 2022; [abgerufen am: 24.09.2024]. Verfügbar unter: [https://www.krebsdaten.de/Krebs/SiteGlobals/Forms/Datenbankabfrage/datenbankabfrage\\_stufe2\\_form.html](https://www.krebsdaten.de/Krebs/SiteGlobals/Forms/Datenbankabfrage/datenbankabfrage_stufe2_form.html).

88. Janssen-Cilag GmbH. *Herleitung der Zielpopulation für Ciltacabtagene autoleucel (Ciltacel) bei erwachsenen Patienten mit rezidiviertem oder refraktärem Multiplem Myelom.* 2024.
89. ZfKD. Zentrum für Krebsregisterdaten. Datenbankabfrage zur Prävalenz des Multiplen Myeloms. Fallzahlen. Jahre 2014-2019. 2022; [abgerufen am: 24.09.2024]. Verfügbar unter: [https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Datenbankabfrage/datenbankabfrage\\_stufe1\\_no\\_de.html](https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Datenbankabfrage/datenbankabfrage_stufe1_no_de.html).
90. ZfKD. Zentrum für Krebsregisterdaten. Datenbankabfrage zur Prävalenz des Multiplen Myeloms. Fallzahlen. Jahre 2010-2019. 2022; [abgerufen am: 24.09.2024]. Verfügbar unter: [https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Datenbankabfrage/datenbankabfrage\\_stufe1\\_no\\_de.html](https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Datenbankabfrage/datenbankabfrage_stufe1_no_de.html).
91. ZfKD. Zentrum für Krebsregisterdaten. Datenbankabfrage zur Prävalenz des Multiplen Myeloms. Rohe Rate. Jahre 2015-2019. 2022; [abgerufen am: 24.09.2024]. Verfügbar unter: [https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Datenbankabfrage/datenbankabfrage\\_stufe1\\_no\\_de.html](https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Datenbankabfrage/datenbankabfrage_stufe1_no_de.html).
92. ZfKD. Zentrum für Krebsregisterdaten. Datenbankabfrage zur Prävalenz des Multiplen Myeloms. Rohe Rate. Jahre 2010-2019. 2022; [abgerufen am: 24.09.2024]. Verfügbar unter: [https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Datenbankabfrage/datenbankabfrage\\_stufe1\\_no\\_de.html](https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Datenbankabfrage/datenbankabfrage_stufe1_no_de.html).
93. Janssen-Cilag GmbH. Dossier zur Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V: Ciltacabtagene Autoleucel (CARVYKTI®) Modul 3 A: Erwachsene Patienten mit rezidiviertem und refraktärem Multiplem Myelom, die zuvor bereits mindestens drei Therapien erhalten haben, darunter einen Immunmodulator, einen Proteasom-Inhibitor sowie einen CD38-Antikörper, und die während der letzten Therapie eine Krankheitsprogression zeigten. Stand: 14.02.2023. 2023; [abgerufen am: 24.09.2024]. Verfügbar unter: [https://www.g-ba.de/downloads/92-975-6400/2023\\_02\\_14\\_Janssen\\_Dossier\\_Ciltacel\\_rrMM\\_Modul3.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/92-975-6400/2023_02_14_Janssen_Dossier_Ciltacel_rrMM_Modul3.pdf).
94. TriNetX. *TriNetX Oncology GmbH. Bestimmung der Zielpopulation von Ciltacabtagene Autoleucel (Cilta-Cel) im neuen Anwendungsgebiet in der Behandlung erwachsener Patienten mit rezidiviertem und refraktärem multiplen Myelom, die zuvor bereits mindestens eine Therapie erhalten haben, darunter einen Immunmodulator und einen Proteasom-Inhibitor, und die während der letzten Therapie eine Krankheitsprogression zeigten und gegenüber Lenalidomid refraktär sind, zur Unterstützung einer frühen Nutzenbewertung nach § 35a SGB V anhand von Daten aus dem TherapieMonitor Multiples Myelom.* 2024.
95. Destatis. Statistisches Bundesamt. Bevölkerungsstand. Bevölkerung nach Nationalität und Geschlecht 2024. (Stand: 9. Juli 2024). 2024; [abgerufen am: 24.09.2024]. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/liste-zensus-geschlecht-staatsangehoerigkeit.html#>.
96. Destatis. Statistisches Bundesamt. Bevölkerung nach Nationalität und Bundesländern (Stichtag: 31.12.2023, Stand: 14. Juni 2024). 2024; [abgerufen am: 24.09.2024].

- Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/bevoelkerung-nichtdeutsch-laender.html>.
97. BMG. Bundesministerium für Gesundheit. Gesetzliche Krankenversicherung Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand - Monatswerte Januar-August 2024 (Ergebnisse der GKV-Statistik KM1). Stand: 2. September 2024. 2024; [abgerufen am: 24.09.2024]. Verfügbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder\\_Versicherte/KM1\\_Januar\\_bis\\_Februar\\_2024.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM1_Januar_bis_Februar_2024.pdf).
98. Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA. Dossier zur Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V: Idecabtagen vicleucel (Abecma) - Modul 3 A Behandlung des rezidivierten und refraktären multiplen Myeloms bei erwachsenen Patienten, die mindestens drei vorausgegangene Therapien, einschließlich eines Immunmodulators, eines Proteasominhibitors und eines Anti-CD38-Antikörpers, erhalten und unter der letzten Therapie eine Krankheitsprogression gezeigt haben. 2021; [abgerufen am: 24.09.2024]. Verfügbar unter: [https://www.g-ba.de/downloads/92-975-5387/2021\\_12\\_28\\_Modul3A\\_Idecabtagen\\_vicleucel.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/92-975-5387/2021_12_28_Modul3A_Idecabtagen_vicleucel.pdf).
99. IQWiG. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Idecabtagen vicleucel (multiples Myelom) – Bewertung gemäß § 35a Abs. 1 Satz 11 SGB V (Dossierbewertung: G22-01). 2022; [abgerufen am: 24.09.2024]. Verfügbar unter: [https://www.g-ba.de/downloads/92-975-5391/2022-01-01\\_Bewertung-Therapiekosten-Patientenzahlen-IQWiG\\_Idecabtagen\\_vicleucel-D-779.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/92-975-5391/2022-01-01_Bewertung-Therapiekosten-Patientenzahlen-IQWiG_Idecabtagen_vicleucel-D-779.pdf).
100. Raab MS, M. C, Delforge M. *Multiple myeloma: practice patterns across Europe*. New Evidence. 2015;25:P647.
101. IQWiG. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Daratumumab (multiples Myelom) – Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V (Dossierbewertung: A17-40). 2017; [abgerufen am: 24.09.2024]. Verfügbar unter: [https://www.iqwig.de/download/a17-40\\_daratumumab\\_nutzenbewertung-35a-sgb-v\\_v1-0.pdf](https://www.iqwig.de/download/a17-40_daratumumab_nutzenbewertung-35a-sgb-v_v1-0.pdf).
102. Dimopoulos M, Quach H, Mateos M, Landgren O, Leleu X, Siegel D, et al. *Carfilzomib, dexamethasone, and daratumumab versus carfilzomib and dexamethasone for patients with relapsed or refractory multiple myeloma (CANDOR): results from a randomised, multicentre, open-label, phase 3 study*. Lancet. 2020;396:186–197.
103. Kyle AR, Remstein ED, Therneau TM, Dispenzieri A, Kurtin PJ, Hodnefield JM, et al. *Clinical Course and Prognosis of Smoldering (Asymptomatic) Multiple Myeloma*. N Engl J Med. 2007;356:2582-2590.
104. Dimopoulos MA, Moulopoulos A, Smith T, Delasalle KB, Alexanian R. *Risk of Disease Progression in Asymptomatic Multiple Myeloma*. The American Journal of Medicine. 1993;94(1):57-61.
105. IQWiG. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Pomalidomid – Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V (Dossierbewertung: A15-42). 2015; [abgerufen am: 24.09.2024]. Verfügbar unter: [https://www.iqwig.de/download/a15-42\\_pomalidomid\\_nutzenbewertung-35a-sgb-v.pdf](https://www.iqwig.de/download/a15-42_pomalidomid_nutzenbewertung-35a-sgb-v.pdf).
106. IQWiG. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Carfilzomib – Bewertung gemäß § 35a Abs. 1 Satz 10 SGB V (Dossierbewertung: G15-16). 2016; [abgerufen am: 24.09.2024]. Verfügbar unter: [https://www.iqwig.de/download/g15-16\\_carfilzomib\\_bewertung-35a-abs1-satz10-sgb-v.pdf](https://www.iqwig.de/download/g15-16_carfilzomib_bewertung-35a-abs1-satz10-sgb-v.pdf).

107. IQWiG. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Carfilzomib (multiples Myelom, Kombination mit Dexamethason allein) - Bewertung gemäß § 35a Abs. 1 Satz 10 SGB V (Dossierbewertung: G16-11). 2016; [abgerufen am: 24.09.2024]. Verfügbar unter: [https://www.iqwig.de/download/g16-11\\_carfilzomib\\_bewertung-35a-abs1-satz10-sgb-v.pdf](https://www.iqwig.de/download/g16-11_carfilzomib_bewertung-35a-abs1-satz10-sgb-v.pdf).
108. IQWiG. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Daratumumab (multiples Myelom) – Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V (Dossierbewertung: A18-66). 2018; [abgerufen am: 24.09.2024]. Verfügbar unter: [https://www.iqwig.de/download/a18-66\\_daratumumab\\_nutzenbewertung-35a-sgb-v\\_v1-0.pdf](https://www.iqwig.de/download/a18-66_daratumumab_nutzenbewertung-35a-sgb-v_v1-0.pdf).
109. G-BA. Gemeinsamer Bundesausschuss. Beschluss: Pomalidomid (neues Anwendungsgebiet: Kombinationstherapie Multiples Myelom). 2019; [abgerufen am: 24.09.2024]. Verfügbar unter: [https://www.g-ba.de/downloads/91-1385-467/2019-12-05\\_Geltende-Fassung\\_Pomalidomid\\_D-456.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/91-1385-467/2019-12-05_Geltende-Fassung_Pomalidomid_D-456.pdf).
110. G-BA. Gemeinsamer Bundesausschuss. Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage XII – Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V Pomalidomid (neues Anwendungsgebiet: Kombinationstherapie Multiples Myelom). 2019; [abgerufen am: 24.09.2024]. Verfügbar unter: [https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6198/2019-12-05\\_AM-RL-XII\\_Pomalidomid\\_D-456\\_TrG.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6198/2019-12-05_AM-RL-XII_Pomalidomid_D-456_TrG.pdf).
111. Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA. Fachinformation / Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels IMNOVID® Hartkapseln. 2023; [abgerufen am: 24.09.2024]. Verfügbar unter: <https://fi.b-ms.de/immunovid>.

### 3.3 Kosten der Therapie für die gesetzliche Krankenversicherung

Im Abschnitt 3.3 wird an mehreren Stellen gefordert, Spannen anzugeben, wenn dies an den entsprechenden Stellen zutrifft. Mit diesen Spannen ist in den nachfolgenden Tabellen konsequent weiterzurechnen, sodass daraus in Tabelle 3-19 Angaben für Jahrestherapiekosten pro Patient mit einer Unter- und Obergrenze resultieren.

Die Kosten sind sowohl für das zu bewertende Arzneimittel als auch für alle vom Gemeinsamen Bundesausschuss als zweckmäßige Vergleichstherapie bestimmten Therapien anzugeben.

Therapieabbrüche sind in den Tabelle 3-12bis Tabelle 3-19 nicht zu veranschlagen; sie sind im Abschnitt 3.3.6 darzustellen.

#### 3.3.1 Angaben zur Behandlungsdauer

*Geben Sie in der nachfolgenden Tabelle 3-12 an, nach welchem Behandlungsmodus (z. B. kontinuierlich, in Zyklen, je Episode, bei Bedarf) das zu bewertende Arzneimittel und die zweckmäßige Vergleichstherapie eingesetzt werden. Machen Sie diese Angaben getrennt für die Zielpopulation sowie für die Patientengruppen mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen (siehe Abschnitt 3.2). Geben Sie die Anzahl der Behandlungen pro Patient **pro Jahr**, die Behandlungsdauer je Behandlung in Tagen sowie die daraus resultierenden Behandlungstage **pro Jahr** an. Falls eine Therapie länger als ein Jahr dauert, jedoch zeitlich begrenzt ist, soll zusätzlich die Gesamttherapiedauer angegeben werden. Fügen Sie für jede Therapie, Behandlungssituation und jede Population bzw. Patientengruppe eine neue Zeile ein.*

*Zur Ermittlung der Kosten der Therapie müssen Angaben zur Behandlungsdauer auf Grundlage der Fachinformation gemacht werden. Zunächst ist auf Grundlage der Fachinformation zu prüfen, ob es unterschiedliche Behandlungssituationen oder Behandlungsdauern gibt. Mit einer Behandlungssituation ist gemeint, dass für Patienten aufgrund unterschiedlicher Eigenschaften unterschiedliche Behandlungsdauern veranschlagt werden, z. B. 12 Wochen vs. 24 Wochen. Mit Behandlungsdauer ist hier gemeint, dass unabhängig von diesen in der Fachinformation vorgegebenen Patienteneigenschaften eine Spanne der Behandlungsdauer gewählt werden kann, z. B. 12 bis 15 Wochen. Die Angaben sind für jede Behandlungssituation einzeln zu machen. Ist für eine Behandlungssituation keine eindeutige Behandlungsdauer angegeben, sondern eine Zeitspanne, dann ist die jeweilige Unter- und Obergrenze anzugeben und bei den weiteren Berechnungen zu verwenden. Wenn aus der Fachinformation keine maximale Behandlungsdauer hervorgeht, ist die Behandlung grundsätzlich für ein Jahr anzusetzen, ansonsten die zulässige Anzahl an Gaben, z. B. maximal mögliche Anzahl der Zyklen pro Jahr.*



Tabelle 3-12: Angaben zum Behandlungsmodus (zu bewertendes Arzneimittel und zweckmäßige Vergleichstherapie)

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Behandlungsmodus	Anzahl Behandlungen pro Patient pro Jahr (ggf. Spanne)	Behandlungsdauer je Behandlung in Tagen (ggf. Spanne)
<b>Zu bewertendes Arzneimittel</b>				
Ciltacabtagene Autoleucel (Carvykti®)	Erwachsene Patienten mit rezidiviertem und refraktärem multiplen Myelom, die zuvor bereits mindestens eine vorherige Therapie erhalten haben, darunter einen Immunmodulator und einen Proteasom-Inhibitor, und die während der letzten Therapie eine Krankheitsprogression zeigten und gegenüber Lenalidomid refraktär sind.	Eine patientenspezifische Infusion mit einer Zieldosis von $0,75 \times 10^6$ CAR-positiven lebensfähigen T-Zellen pro kg Körpergewicht (aber nicht mehr als $1,0 \times 10^8$ CAR-positiven lebensfähigen T-Zellen).	1 (Einmalige Infusion)	1 (Einmalige Infusion)
<b>Zweckmäßige Vergleichstherapie</b>				
Patientenindividuelle Therapie	Patientenindividuell unterschiedlich			
<p>Wenn eine Behandlung nicht dauerhaft, aber länger als ein Jahr, z. B. bei einer Infektionskrankheit, durchgeführt werden muss, ist dies anzumerken. In den folgenden Tabellen müssen die Kosten dann sowohl für ein Jahr als auch für die gesamte Behandlungsdauer pro Patient und die entsprechende Patientengruppe angegeben werden.</p> <p>Abkürzungen: CAR: Chimärer Antigen Rezeptor (Chimeric Antigen Receptor); kg: Kilogramm Quelle: Fachinformation (1)</p>				

Begründen Sie die Angaben in Tabelle 3-12 unter Nennung der verwendeten Quellen.

In Tabelle 3-12 ist der zu bewertende Wirkstoff Ciltacabtagene Autoleucel (Ciltacel) aufgeführt. Die Angaben zum Behandlungsmodus basieren auf der Fachinformation von Ciltacel (1).

### Hinweis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie

Ciltacel ist gemäß Fachinformation indiziert für die Behandlung erwachsener Patienten mit rezidiviertem und refraktärem multiplen Myelom, die zuvor bereits mindestens eine vorherige Therapie erhalten haben, darunter einen Immunmodulator und einen Proteasom-Inhibitor, und die während der letzten Therapie eine Krankheitsprogression zeigten und gegenüber Lenalidomid refraktär sind.

Aus Sicht von J&J ergibt sich für das vorliegende Anwendungsgebiet folgende zVT:

Eine patientenindividuelle Therapie unter Auswahl von

- Elotuzumab in Kombination mit Pomalidomid und Dexamethason (nur für Personen mit mindestens zwei Vortherapien)
- Daratumumab in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason
- Daratumumab in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason
- Daratumumab in Kombination mit Pomalidomid und Dexamethason
- Isatuximab in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason
- Isatuximab in Kombination mit Pomalidomid und Dexamethason (nur für Personen mit mindestens zwei Vortherapien)
- Pomalidomid in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason (nur für Personen, die auf einen CD38-Antikörper refraktär sind)
- Carfilzomib in Kombination mit Dexamethason
- Panobinostat in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason
- Pomalidomid in Kombination mit Dexamethason (nur für mind. doppelt-refraktäre Personen, die für eine Triplet-therapie nicht geeignet sind und mindestens vier Vortherapien erhalten haben)
- Bortezomib in Kombination mit pegyliertem liposomalen Doxorubicin (nur für mindestens doppelt-refraktäre Personen, die für eine Triplet-therapie nicht geeignet sind und mindestens vier Vortherapien erhalten haben)
- Bortezomib in Kombination mit Dexamethason (nur für mindestens doppelt-refraktäre Personen, die für eine Triplet-therapie nicht geeignet sind und mindestens vier Vortherapien erhalten haben)
- Daratumumab Monotherapie (nur für mind. Dreifach-refraktäre Personen, die für eine Triplet- oder Duplett-Therapie nicht geeignet sind und mindestens vier Vortherapien erhalten haben)
- Cyclophosphamid als Monotherapie oder in Kombination mit Dexamethason (nur für mind. Dreifach-refraktäre Personen, die für eine Triplet- oder Duplett-Therapie nicht geeignet sind und mindestens vier Vortherapien erhalten haben)
- Melphalan als Monotherapie oder in Kombination mit Prednisolon oder Prednison (nur für mind. Dreifach-refraktäre Personen, die für eine Triplet- oder Duplett-Therapie nicht geeignet sind und mindestens vier Vortherapien erhalten haben)

unter Berücksichtigung des Allgemeinzustandes, der in den vorherigen Therapien eingesetzten Wirkstoffe und Wirkstoffkombinationen sowie der Art und Dauer des Ansprechens auf die jeweiligen vorherigen Therapien.

Die Kosten der zVT sind patientenindividuell unterschiedlich. Dementsprechend werden im Folgenden die Kosten der einzelnen Therapieoptionen der zVT nicht weiter aufgeschlüsselt.

**Behandlungsmodus des zu bewertenden Arzneimittels*****Ciltacabtagene Autoleucel (Carvykti®)***

Ciltacel ist indiziert für die Behandlung erwachsener Patienten mit rezidiviertem und refraktärem Multiplem Myelom, die zuvor bereits mindestens eine vorherige Therapie erhalten haben, darunter einen Immunmodulator und einen Proteasom-Inhibitor, und die während der letzten Therapie eine Krankheitsprogression zeigten und gegenüber Lenalidomid refraktär sind (1).

Ciltacel ist ein genetisch modifiziertes, auf autologen Zellen basierendes Produkt, das T-Zellen enthält, die ex vivo mit einem replikationsinkompetenten lentiviralen Vektor transduziert wurden, der für einen chimären Antigen Rezeptor (CAR) gegen das BCMA kodiert. Dieser CAR enthält zwei Einzeldomänen-Antikörper, die mit einer co-stimulatorischen 4-1BB-Domäne und einer CD3-zeta-Signaldomäne verbunden sind (1).

Die Behandlung besteht aus einer Einzeldosis zur Infusion, die eine Dispersion von CAR-positiven lebensfähigen T-Zellen in einem Infusionsbeutel enthält. Die Zieldosis beträgt  $0,75 \times 10^6$  CAR-positive lebensfähige T-Zellen pro Kilogramm (kg) Körpergewicht (aber nicht mehr als  $1,0 \times 10^8$  CAR-positive lebensfähige T-Zellen). Aufgrund der einmaligen Infusion ergibt sich pro Patient eine Behandlung bzw. ein Behandlungstag im ersten Behandlungsjahr. Es erfolgen keine weiteren Gaben in den Folgejahren (1).

**Behandlungsmodus der zweckmäßigen Vergleichstherapie**

Patientenindividuell unterschiedlich

*Geben Sie in der nachfolgenden Tabelle 3-13 die Behandlungstage pro Patient pro Jahr für das zu bewertende Arzneimittel und die zweckmäßige Vergleichstherapie an. Machen Sie diese Angaben getrennt für die Zielpopulation und die Patientengruppen mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen. Die Behandlungstage pro Patient pro Jahr ergeben sich aus der Anzahl der Behandlungen pro Patient pro Jahr und der Behandlungsdauer je Behandlung (siehe Tabelle 3-12). Fügen Sie für jede Therapie, Behandlungssituation und jede Population bzw. Patientengruppe eine neue Zeile ein.*

Tabelle 3-13: Behandlungstage pro Patient pro Jahr (zu bewertendes Arzneimittel und zweckmäßige Vergleichstherapie)

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Behandlungs- modus	Behandlungstage pro Patient pro Jahr (ggf. Spanne)
<b>Zu bewertendes Arzneimittel</b>			
Ciltacabtagene Autoleucel (Carvykti®)	Erwachsene Patienten mit rezidiviertem und refraktärem multiplen Myelom, die zuvor bereits mindestens eine vorherige Therapie erhalten haben, darunter einen Immunmodulator und einen Proteasom-Inhibitor, und die während der letzten Therapie eine Krankheitsprogression zeigten und gegenüber Lenalidomid refraktär sind.	Eine patientenspezifische Infusion mit einer Zieldosis von $0,75 \times 10^6$ CAR-positiven lebensfähigen T-Zellen pro kg Körpergewicht (aber nicht mehr als $1,0 \times 10^8$ CAR-positiven lebensfähigen T-Zellen).	1 (Einmalige Infusion)
<b>Zweckmäßige Vergleichstherapie</b>			
Patientenindividuelle Therapie	Patientenindividuell unterschiedlich		
<p>Wenn eine Behandlung nicht dauerhaft, aber länger als ein Jahr, z. B. bei einer Infektionskrankheit, durchgeführt werden muss, ist dies anzumerken. In den folgenden Tabellen müssen die Kosten dann sowohl für ein Jahr als auch für die gesamte Behandlungsdauer pro Patient und die entsprechende Patientengruppe angegeben werden.</p> <p>Abkürzungen: CAR: Chimärer Antigenrezeptor (Chimeric Antigen Receptor); kg: Kilogramm Quelle: Fachinformation (1)</p>			

### 3.3.2 Angaben zum Verbrauch für das zu bewertende Arzneimittel und die zweckmäßige Vergleichstherapie

Geben Sie in der nachfolgenden Tabelle 3-14 den Verbrauch pro Gabe und den Jahresverbrauch pro Patient für das zu bewertende Arzneimittel sowie für die zweckmäßige Vergleichstherapie in gebräuchlichem Maß (z. B. mg) gemäß der Fachinformation falls erforderlich als Spanne an. Falls die zweckmäßige Vergleichstherapie eine nichtmedikamentöse Behandlung ist, geben Sie ein anderes im jeweiligen Anwendungsgebiet international gebräuchliches Maß für den Jahresdurchschnittsverbrauch der zweckmäßigen Vergleichstherapie an. Fügen Sie für jede Therapie eine neue Zeile ein.

Tabelle 3-14: Jahresverbrauch pro Patient (zu bewertendes Arzneimittel und zweckmäßige Vergleichstherapie)

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Behandlungstage pro Patient pro Jahr (ggf. Spanne)	Verbrauch pro Gabe (ggf. Spanne)	Jahresverbrauch pro Patient (ggf. Spanne) (gebräuchliches Maß; im Falle einer nichtmedikamentösen Behandlung Angabe eines anderen im jeweiligen Anwendungsgebiet international gebräuchlichen Maßes)
<b>Zu bewertendes Arzneimittel</b>				
Ciltacabtagene Autoleucel (Carvykti®)	Erwachsene Patienten mit rezidiviertem und refraktärem multiplen Myelom, die zuvor bereits mindestens eine vorherige Therapie erhalten haben, darunter einen Immunmodulator und einen Proteasom-Inhibitor, und die während der letzten Therapie eine Krankheitsprogression zeigten und gegenüber Lenalidomid refraktär sind.	1 (Einmalige Infusion)	Eine patientenspezifische Infusion mit einer Zieldosis von $0,75 \times 10^6$ CAR-positiven lebensfähigen T-Zellen pro kg Körpergewicht (aber nicht mehr als $1,0 \times 10^8$ CAR-positiven lebensfähigen T-Zellen). <sup>a</sup>	$0,75 \times 10^6$ CAR-positiven lebensfähigen T-Zellen $\times 77$ kg = 58.275.000 CAR-positiven lebensfähigen T-Zellen (aber nicht mehr als 77.000.000)
<b>Zweckmäßige Vergleichstherapie</b>				
Patientenindividuelle Therapie	Patientenindividuell unterschiedlich			
<p>a: Patienten mit einem Gewicht von &lt;100 kg: <math>0,5-1,0 \times 10^6</math> CAR-positiven lebensfähigen T-Zellen pro kg Körpergewicht; Patienten mit einem Gewicht von &gt;100 kg: <math>0,5-1,0 \times 10^8</math> CAR-positiven lebensfähigen T-Zellen (unabhängig vom Gewicht)</p> <p>Abkürzungen: CAR: Chimärer Antigen Rezeptor (Chimeric Antigen Receptor); kg: Kilogramm</p> <p>Quelle: Fachinformation (1)</p>				

Begründen Sie die Angaben in Tabelle 3-14 unter Nennung der verwendeten Quellen. Nehmen Sie ggf. Bezug auf andere Verbrauchsmaße, die im Anwendungsgebiet gebräuchlich sind (z. B. IU [International Unit], Dosierung je Quadratmeter Körperoberfläche, Dosierung je Kilogramm Körpergewicht).

Zur Berechnung des Verbrauchs in Abhängigkeit von Körpergewicht (KG) wurden die durchschnittlichen Körpermaße aus der amtlichen Statistik „Mikrozensus 2021“ zugrunde

gelegt (2). Das durchschnittliche Körpergewicht (KG) ist dort mit 77,7 Kilogramm (kg) beschrieben.

### **Zu bewertendes Arzneimittel**

#### ***Ciltacabtagene Autoleucel (Carvykti®)***

Die Gabe von Ciltacel erfolgt als patientenspezifische einmalige Infusion mit einer Zieldosis von  $0,75 \times 10^6$  CAR-positiven lebensfähigen T-Zellen pro kg Körpergewicht (aber nicht mehr als  $1,0 \times 10^8$  CAR-positiven lebensfähigen T-Zellen).

Bei einem Gewicht von 77,7 kg ergibt sich somit eine Dosierung von 58.275.000 CAR-positiven lebensfähigen T-Zellen (aber nicht mehr als 77.000.000).

Eine patientenspezifische Einzeldosis zur Infusion besteht aus einer Dispersion von lebensfähigen CAR-positiven T-Zellen.

### **Zweckmäßige Vergleichstherapie**

Patientenindividuell unterschiedlich.

### **3.3.3 Angaben zu Kosten des zu bewertenden Arzneimittels und der zweckmäßigen Vergleichstherapie**

*Geben Sie in Tabelle 3-15 an, wie hoch die Apothekenabgabepreise für das zu bewertende Arzneimittel sowie für die zweckmäßige Vergleichstherapie sind. Generell soll(en) die für die Behandlungsdauer zweckmäßigste(n) und wirtschaftlichste(n) verordnungsfähige(n) Packungsgröße(n) gewählt werden. Sofern Festbeträge vorhanden sind, müssen diese angegeben werden. Sofern keine Festbeträge bestehen, soll das günstigste Arzneimittel gewählt werden. Importarzneimittel sollen nicht berücksichtigt werden. Geben Sie zusätzlich die den Krankenkassen tatsächlich entstehenden Kosten an. Dazu ist der Apothekenabgabepreis nach Abzug der gesetzlich vorgeschriebenen Rabatte (siehe § 130 und § 130a SGB V mit Ausnahme der in § 130a Absatz 8 SGB V genannten Rabatte) anzugeben. Im Falle einer nichtmedikamentösen zweckmäßigen Vergleichstherapie sind entsprechende Angaben zu deren Vergütung aus GKV-Perspektive zu machen. Fügen Sie für jede Therapie eine neue Zeile ein. Sofern eine Darlegung der Kosten gemessen am Apothekenabgabepreis nicht möglich ist, sind die Kosten auf Basis anderer geeigneter Angaben darzulegen.*

Tabelle 3-15: Kosten des zu bewertenden Arzneimittels und der zweckmäßigen Vergleichstherapie

<b>Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)</b>	<b>Kosten pro Packung (z. B. Apothekenabgabepreis oder andere geeignete Angaben in Euro nach Wirkstärke, Darreichungsform und Packungsgröße, für nichtmedikamentöse Behandlungen Angaben zu deren Vergütung aus GKV-Perspektive)</b>	<b>Kosten nach Abzug gesetzlich vorgeschriebener Rabatte in Euro</b>
<b>Zu bewertendes Arzneimittel</b>		
Ciltacabtagene Autoleucel (Carvykti®)	285.000,00€ <sup>a</sup> für eine patientenspezifische Infusion	285.000,00€ <sup>b</sup> für eine patientenspezifische Infusion
<b>Zweckmäßige Vergleichstherapie</b>		
Patientenindividuelle Therapie	Patientenindividuell unterschiedlich	
<p>a: Ciltacabtagene Autoleucel (Carvykti®) ist ausschließlich als Klinikpackung verfügbar. Es wird der Klinik-Einkaufspreis in Höhe von 285.000,00 € dargestellt. Ciltacabtagene Autoleucel (Carvykti) ist von der Umsatzsteuer befreit und es fällt kein Großhandelszuschlag an, da Ciltacabtagene Autoleucel (Carvykti) nicht über den Großhandel vertrieben wird.</p> <p>b: Für Ciltacabtagene Autoleucel (Carvykti®) fallen kein gesetzlicher Apothekenrabatt nach § 130 Abs. 1 SGB V und kein Herstellerrabatt nach § 130a Abs. 1 SGB V in Höhe von 7% für patentgeschützte nicht festbetragsgebundene Produkte des pharmazeutischen Unternehmers an.</p> <p>Abkürzung: GKV: Gesetzliche Krankenversicherung; SGB: Sozialgesetzbuch.</p> <p>Quelle: (3)</p>		

*Begründen Sie die Angaben in Tabelle 3-15 unter Nennung der verwendeten Quellen.*

Die Preise basieren auf Angaben aus der Lauer-Taxe (3).

### **Kosten des zu bewertenden Arzneimittels**

#### ***Ciltacabtagene Autoleucel (Carvykti®)***

Die Ermittlung der Jahrestherapiekosten von Ciltacel erfolgt auf Basis von Klinikpackungen, da die Infusionsdispersion ausschließlich als Klinikpackung verfügbar ist. Entsprechend wird in Tabelle 3-15 der Klinik-Einkaufspreis dargestellt.

Ciltacel wird nicht über den Großhandel vertrieben, weshalb kein Großhandelszuschlag anfällt. Die gesetzlich vorgeschriebenen Rabatte gemäß § 130 und § 130a Abs. 1b Sozialgesetzbuch (SGB) V, d. h. der Apothekenabschlag in Höhe von 2,00 € sowie der Herstellerrabatt in Höhe von 7% des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers, fallen für Ciltacel nicht an. Außerdem ist Ciltacel von der Umsatzsteuer befreit. Für die weitere Berechnung der Jahrestherapiekosten wird daher gemäß den Angaben der Lauer-Taxe der Klinik-Einkaufspreis in Höhe von 285.000,00 € herangezogen.

### **Kosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie**

Patientenindividuell unterschiedlich.

### 3.3.4 Angaben zu Kosten für zusätzlich notwendige GKV-Leistungen

Bestehen bei Anwendung des zu bewertenden Arzneimittels und der zweckmäßigen Vergleichstherapie entsprechend der Fachinformation regelhaft Unterschiede bei der notwendigen Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung oder bei der Verordnung sonstiger Leistungen zwischen dem zu bewertenden Arzneimittel und der zweckmäßigen Vergleichstherapie, sind diese bei den Krankenkassen tatsächlich entstehenden Kosten zu berücksichtigen. Es werden nur direkt mit der Anwendung des Arzneimittels unmittelbar in Zusammenhang stehende Kosten berücksichtigt. Im nachfolgenden Abschnitt werden die Kosten dieser zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen dargestellt.

*Geben Sie in der nachfolgenden Tabelle 3-16 an, welche zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen (notwendige regelhafte Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung oder Verordnung sonstiger Leistungen zulasten der GKV) bei Anwendung des zu bewertenden Arzneimittels und der zweckmäßigen Vergleichstherapie entsprechend der Fachinformation entstehen. Geben Sie dabei auch an, wie häufig die Verordnung zusätzlich notwendiger GKV-Leistungen pro Patient erforderlich ist: Wenn die Verordnung abhängig vom Behandlungsmodus (Episode, Zyklus, kontinuierlich) ist, soll dies vermerkt werden. Die Angaben müssen sich aber insgesamt auf einen Jahreszeitraum beziehen. Machen Sie diese Angaben sowohl für das zu bewertende Arzneimittel als auch für die zweckmäßige Vergleichstherapie sowie getrennt für die Zielpopulation und die Patientengruppen mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen (siehe Abschnitt 3.2). Fügen Sie für jede Therapie, jede Population bzw. Patientengruppe und jede zusätzlich notwendige GKV-Leistung eine neue Zeile ein. Begründen Sie ihre Angaben zu Frequenz und Dauer.*

Tabelle 3-16: Zusätzlich notwendige GKV-Leistungen bei Anwendung der Arzneimittel gemäß Fachinformation (zu bewertendes Arzneimittel und zweckmäßige Vergleichstherapie)

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr
Ciltacabtagene Autoleucel (Carvykti®)	Erwachsene Patienten mit rezidiertem und refraktärem multiplen Myelom, die zuvor bereits mindestens eine vorherige	<i>Zusätzlich notwendige GKV-Leistung:</i> Chemotherapie zur Lymphozytendepletion: Cyclophosphamid 300 mg/m <sup>2</sup> KOF i.v.	3 × vor Infusion mit Ciltacabtagene Autoleucel (Carvykti®)	3



Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlichen GKV-Leistung	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen je Episode, Zyklus etc.	Anzahl der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr
	Therapie erhalten haben, darunter einen Immunmodulator und einen Proteasom-Inhibitor, und die während der letzten Therapie eine Krankheitsprogression zeigten und gegenüber Lenalidomid refraktär sind.	<i>Zusätzlich notwendige GKV-Leistung:</i> Chemotherapie zur Lymphozytendepletion: Fludarabin 30 mg/m <sup>2</sup> KOF i.v.	3 × vor Infusion mit Ciltacabtagene Autoleucel (Carvykti®)	3
		<i>Zusätzlich notwendige GKV-Leistung:</i> Prämedikation <sup>a</sup> : Paracetamol 650 mg – 1.000 mg i.v. oder p.o.	1 × vor Infusion mit Ciltacabtagene Autoleucel (Carvykti®)	1
		<i>Zusätzlich notwendige GKV-Leistung:</i> Prämedikation <sup>a</sup> : H1-Antihistaminikum (z. B. Diphenhydramin) 25 mg – 50 mg i.v. oder p. o	1 × vor Infusion mit Ciltacabtagene Autoleucel (Carvykti®)	1
		<i>Sonstige GKV-Leistungen:</i> Herstellung einer parenteralen, zytostatikahaltigen Infusionslösung (Anlage 3 Teil 2 zur Hilfstaxe) pro Infusion	1 × vor jeder Infusion mit Cyclophosphamid	3
			1 × vor jeder Infusion mit Fludarabin	3
<b>Zweckmäßige Vergleichstherapie</b>				
Patientenindividuelle Therapie	Patientenindividuell unterschiedlich			
<p>a: Ciltacabtagene Autoleucel (Carvykti®) ist ausschließlich als Klinikpackung verfügbar. Folglich wird im Weiteren eine stationäre Anwendung angenommen. Die Kosten für die vor der Administration von Ciltacabtagene Autoleucel (Carvykti®) empfohlene Prämedikation sind im Rahmen der anfallenden Kosten für einen Aufenthalt zur stationären Infusion von Ciltacabtagene Autoleucel (Carvykti®) abgegolten und werden deshalb nicht bei der weiteren Berechnung der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen sowie der Berechnung der gesamten Jahrestherapiekosten pro Patienten für Ciltacabtagene Autoleucel (Carvykti®) dargestellt.</p> <p>Abkürzungen: bzw.: beziehungsweise; CD: Oberflächenmarker (Cluster of Differentiation); etc.: et cetera; GKV: Gesetzliche Krankenversicherung; i.v.: intravenös; KOF: Körperoberfläche; m<sup>2</sup>: Quadratmeter; mg: Milligramm; po.: peroral; z. B.: zum Beispiel</p> <p>Quelle: Fachinformation (1)</p>				

Begründen Sie die Angaben in Tabelle 3-16 unter Nennung der verwendeten Quellen. Ziehen Sie dabei auch die Angaben zur Behandlungsdauer (wie im Abschnitt 3.3.1 angegeben) heran.

In Tabelle 3-16 werden alle zusätzlich notwendigen sowie sonstigen GKV-Leistungen dargestellt, die im Rahmen der Behandlungen mit Ciltacel gemäß der Fachinformationen nötig sind.

Es werden ausschließlich Kosten für zusätzlich notwendige und/oder sonstige GKV-Leistungen, die unmittelbar mit der Anwendung des Arzneimittels in Zusammenhang stehen, berücksichtigt. Nicht berücksichtigt werden ärztliche Behandlungskosten, Krankenhauskosten, Kosten für die Applikation des Arzneimittels (z. B. Infusionsbehältnisse/Infusionsbesteck), Kosten für die Kontrolle des Behandlungserfolgs/des Krankheitsverlaufs und Leistungen ohne regelhafte Unterschiede zwischen einzelnen Wirkstoffen und ihren Kombinationspartnern wie insbesondere die hämatologische, onkologische Zusatzpauschale.

Zur Berechnung des Verbrauchs in Abhängigkeit von Körperoberfläche (KOF) wurden die durchschnittlichen Körpermaße aus der amtlichen Statistik „Mikrozensus 2021“ (2) zugrunde gelegt. Die Körpergröße kann aus dieser Statistik mit 1,73 m entnommen werden. Daraus errechnet sich mit der DuBois-Formel eine KOF von 1,91 m<sup>2</sup>, die angesetzt wird (4).

Gemäß Fachinformation sind im Zusammenhang mit der Anwendung von Ciltacel eine Leukapherese sowie eine Chemotherapie zur Lymphozytendepletion bestehend aus Cyclophosphamid und Fludarabin notwendig. Vor der Infusion von Ciltacel sollte zudem eine Prämedikation mit Paracetamol und Diphenhydramin oder einem Äquivalent gegeben werden (1).

Zur Berechnung der zusätzlich notwendigen und sonstigen GKV-Leistungen sowie zur weiteren Berechnung der gesamten Jahrestherapiekosten pro Patient für Ciltacel werden, wie in vorherigen Nutzenbewertungsverfahren zu CAR-T-Zelltherapien (5-8), ausschließlich die Arzneimittelkosten von Fludarabin und Cyclophosphamid für die Lymphozytendepletion sowie die gemäß Hilfstaxe anfallenden Zuschläge für die Herstellung einer zytostatikahaltigen parenteralen Zubereitung als zusätzlich notwendige bzw. sonstige GKV-Leistungen angesetzt.

#### *Leukapherese:*

Vor der Herstellung von Ciltacel erfolgt eine Leukapherese zur Entnahme von mononukleären peripheren Blutzellen (peripheral blood mononuclear cells, PBMC) des Patienten. Die Leukapherese gehört laut G-BA zur Herstellung des Arzneimittels nach § 4 Abs. 14 Arzneimittelgesetz (AMG). Daher sind diesbezüglich keine weiteren Kosten für das zu bewertende Arzneimittel zu berücksichtigen (5-8). Aus diesem Grund werden die Kosten der Leukapherese bei der Berechnung der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen sowie der weiteren Berechnung der gesamten Jahrestherapiekosten pro Patienten für Ciltacel nicht dargestellt.

#### *Chemotherapie zur Lymphozytendepletion:*

Gemäß Fachinformation soll vor Infusion von Ciltacel eine Lymphozytendepletion durchgeführt werden. Das Behandlungsschema besteht Cyclophosphamid (täglich 300 mg/m<sup>2</sup> i.v. über 3 Tage) sowie Fludarabin (täglich 30 mg/m<sup>2</sup> intravenös (i.v.) über 3 Tage) (1). Neben den Arzneimittelkosten für Cyclophosphamid und Fludarabin sind bei jeder Applikation beider

Arzneimittel sonstige GKV-Kosten für die Herstellung einer parenteralen, zytostatikahaltigen Infusionslösung zu berücksichtigen, die der Hilfstaxe entnommen werden können (9, 10).

*Prämedikation:*

30 bis 60 Minuten vor der Infusion mit Ciltacel soll gemäß Fachinformation eine Prämedikation mit einem Antipyretikum (650 Milligramm (mg) bis 1.000 mg orales oder i.v. Paracetamol) und einem Antihistaminikum (25 mg bis 50 mg orales oder i.v. Diphenhydramin oder Äquivalent) erfolgen (1).

Die Kosten, für die vor der Administration von Ciltacel empfohlene Prämedikation sind im Rahmen der anfallenden Kosten für einen Aufenthalt zur stationären Infusion von Ciltacel abgegolten und werden deshalb nicht bei der weiteren Berechnung der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen sowie der Berechnung der gesamten Jahrestherapiekosten pro Patienten für Ciltacel dargestellt.

*DRG-Fallpauschalen:*

Die Behandlung mit einer CAR-T-Zelltherapie bzw. mit Ciltacel ist bisher nicht mit einer spezifischen diagnosebezogenen Fallgruppe (Diagnosis-related Group; DRG) im DRG-Fallpauschalenkatalog abgebildet. Somit ist nicht explizit festgelegt, über welche DRG diese Leistungen im vorliegenden Anwendungsgebiet abgerechnet werden. Die anfallenden DRG-Kosten pro Patient können daher variieren (11). Die stationär anfallenden Kosten für die Therapie mit Ciltacel sind daher nicht bewertbar. Sie werden deshalb nicht in der Berechnung der zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen sowie der weiteren Berechnung der gesamten Jahrestherapiekosten pro Patient dargestellt.

*Geben Sie in der nachfolgenden Tabelle 3-17 an, wie hoch die Kosten der in Tabelle 3-16 benannten zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen pro Einheit jeweils sind. Geben Sie, so zutreffend, EBM-Ziffern oder OPS Codes an. Fügen Sie für jede zusätzlich notwendige GKV-Leistung eine neue Zeile ein.*

Tabelle 3-17: Zusätzlich notwendige GKV-Leistungen – Kosten pro Einheit

Bezeichnung der zusätzlich notwendigen GKV-Leistung	Kosten pro Leistung in Euro
Chemotherapie zur Lymphozytendepletion: Cyclophosphamid 300 mg/m <sup>2</sup> KOF i.v.  (ENDOXAN; Baxter Deutschland GmbH Medication Delivery; PZN: P00334480; 200 mg Cyclophosphamid, 10 St, Pulver zur Herstellung einer Injektionslösung; AVP: 62,80 €)  GKV-Kosten pro Packung: 57,95 € [2,00 € <sup>a</sup> ; 2,85 € <sup>b</sup> ]	17,39 €
Chemotherapie zur Lymphozytendepletion: Fludarabin 30 mg/m <sup>2</sup> KOF i.v.  (FLUDARABIN Accord; Accord Healthcare GmbH; PZN: P11123929; 25 mg/ml; 1 x 2 ml; Konzentrat zur Herstellung einer Injektions-/Infusionslösung; AVP: 118,54 €)  GKV-Kosten pro Packung: 111,45 € [2,00 € <sup>a</sup> ; 5,09 € <sup>b</sup> ]	222,90 €
Herstellung einer parenteralen, zytostatikahaltigen Infusionslösung (Anlage 3 Teil 2 zur Hilfstaxe) pro Infusion	100,00 €
a: Apothekenrabatt nach § 130 Abs. 1 SGB V (2,00 € pro Packung für verschreibungspflichtige Präparate) b: Herstellerrabatt nach § 130a Abs. 1b SGB V in Höhe von 7% für patentgeschützte nicht festbetragsgebundene Produkte des pharmazeutischen Unternehmers (nach § 130a Abs. 1 SGB V 6% für patentfreie, wirkstoffgleiche nicht festbetragsgebundene Arzneimittel), ggf. in Verbindung mit § 130a Abs. 3b SGB V (+ 10% für nicht festbetragsgebundene generische Arzneimittel) Abkürzungen: AVP: Apothekenverkaufspreis; GKV: Gesetzliche Krankenversicherung; GmbH: Gesellschaft mit beschränkter Haftung; i.v.: intravenös; KOF: Körperoberfläche; m <sup>2</sup> : Quadratmeter; mg: Milligramm; ml: Milliliter; PZN: Pharmazentralnummer; SGB: Sozialgesetzbuch; St: Stück Quelle: (3, 9, 10, 12, 13)	

*Begründen Sie die Angaben in Tabelle 3-17 unter Nennung der verwendeten Quellen.*

In Tabelle 3-17 werden die Kosten pro Leistung für die zusätzlich notwendigen sowie für sonstige GKV-Leistungen dargestellt. Handelt es sich bei den zusätzlich notwendigen GKV-Leistungen um ein Arzneimittel für die Lymphozytendepletion im Rahmen einer CAR-T-Zelltherapie mit Ciltacel, werden in Tabelle 3-17 zwar die Kosten pro GKV-Leistung dargestellt, für die weiteren Berechnungen der Jahrestherapiekosten in Tabelle 3-18 und Tabelle 3-19 wird hingegen die benötigte Anzahl an Packungen, die zur Deckung des Jahresverbrauchs nötig ist, einbezogen.

Die angegebenen Kosten wurden nach Abzug der gesetzlich vorgeschriebenen Rabatte vom Apothekenverkaufspreis (AVP) notiert. Diese beinhalten den Apothekenrabatt nach § 130 SGB V in Höhe von 2,00 €, den Herstellerabschlag nach § 130a Abs. 1b SGB V für patentgeschützte nicht festbetragsgebundene Arzneimittel oder alternativ den Herstellerabschlag nach § 130a Abs. 1 SGB V für patentfreie, wirkstoffgleiche Arzneimittel

und ggf. den Preismoratoriumsrabatt nach § 130a Abs. 3a SGB V. Die Preise basieren auf Angaben aus der Lauer-Taxe (3). Sofern Festbeträge nach § 35 SGB V vorhanden sind, werden diese herangezogen.

Gemäß dem Schiedsspruch 2 AP 44-22 vom 17. Oktober 2022 sind aktuell Zuschläge für die Herstellung bei zytostatikahaltigen parenteralen Zubereitungen und für die Herstellung bei parenteralen Lösungen mit mAb auf maximal 100,00 € pro applikationsfertiger Einheit gemäß Hilfstaxe festgesetzt (14). In der aktuellen auf der Webseite des GKV-Spitzenverbands (GKV-SV) erhältlichen Fassung der Anlage 3 der Hilfstaxe zur Preisbildung bei parenteralen Lösungen mit Stand 1. März 2022, werden bisher noch Kosten von 71,00 € bzw. 81,00 € als Zuschläge für die Herstellung einer parenteralen Lösung mit mAb bzw. einer parenteralen zytostatikahaltigen Lösung angegeben (10). Als Grundlage der aktuellen Kosten (100,00 €) für die Herstellung einer parenteralen Lösung mit mAb bzw. einer parenteralen zytostatikahaltigen Lösung wurde daher der Schiedsspruch 2 AP 44-22 zur Änderung der Hilfstaxe vom 17. Oktober 2022 herangezogen (14).

### ***Chemotherapie zur Lymphozytendepletion:***

#### *Cyclophosphamid*

Die Dosierung von Cyclophosphamid als Chemotherapie zur Lymphozytendepletion beträgt 300 mg/m<sup>2</sup> KOF (12). Bei einer durchschnittlichen KOF von 1,91 m<sup>2</sup> entspricht dies 573 mg Cyclophosphamid pro Gabe, was mit 3 Durchstechflaschen à 200 mg abgedeckt werden kann. Für die 3-tägige Gabe von Cyclophosphamid werden demnach insgesamt 9 Durchstechflaschen à 200 mg pro Patient benötigt. Die Kosten für Cyclophosphamid (Endoxan®) 200 mg, 10 Stück ergeben sich aus dem AVP in Höhe von 62,80 € reduziert um den Herstellerabschlag des pharmazeutischen Unternehmens in Höhe von 2,85 € sowie um den Apothekenabschlag in Höhe von 2,00 €.

200 mg (10 Stück): 62,80 € - 2,85 € - 2,00 € = 57,95 €

Es ergeben sich zusätzlich notwendige Kosten pro GKV-Leistung von 17,39 €.

#### *Fludarabin*

Die Dosierung von Fludarabin als Chemotherapie zur Lymphozytendepletion beträgt 30 mg/m<sup>2</sup> KOF (13). Bei einer durchschnittlichen KOF von 1,91 m<sup>2</sup> entspricht dies 57,3 mg Fludarabin pro Gabe, was mit 2 Durchstechflaschen à 50 mg abgedeckt werden kann. Für die 3-tägige Gabe von Fludarabin werden demnach insgesamt 6 Durchstechflaschen à 50 mg pro Patient benötigt. Die Kosten für Fludarabin (FLUDARABIN Accord®) 50 mg, 1 Stück ergeben sich aus dem AVP in Höhe von 118,54 € reduziert um den Herstellerabschlag des pharmazeutischen Unternehmens in Höhe von 5,09 € sowie um den Apothekenabschlag in Höhe von 2,00 €.

50 mg (1 Stück): 118,54 € - 5,09 € - 2,00 € = 111,45 €

Es ergeben sich zusätzlich notwendige Kosten pro GKV-Leistung von 222,90 €.

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Geben Sie in Tabelle 3-18 an, wie hoch die zusätzlichen Kosten bei Anwendung der Arzneimittel gemäß Fachinformation pro Jahr pro Patient sind. Führen Sie hierzu die Angaben aus Tabelle 3-16 (Anzahl zusätzlich notwendiger GKV-Leistungen) und Tabelle 3-17 (Kosten für zusätzlich notwendige GKV-Leistungen je Einheit) zusammen. Fügen Sie für jede Therapie und Population bzw. Patientengruppe sowie jede zusätzlich notwendige GKV-Leistung eine neue Zeile ein.

Tabelle 3-18: Zusätzlich notwendige GKV-Leistungen – Zusatzkosten für das zu bewertende Arzneimittel und die zweckmäßige Vergleichstherapie pro Jahr (pro Patient)

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlich notwendigen GKV-Leistung	Zusatzkosten pro Patient pro Jahr in Euro
<b>Zu bewertendes Arzneimittel</b>			
Ciltacabtagene Autoleucel (Carvykti®)	Erwachsene Patienten mit rezidiviertem und refraktärem multiplen Myelom, die zuvor bereits mindestens eine vorherige Therapie erhalten haben, darunter einen Immunmodulator und einen Proteasom-Inhibitor, und die während der letzten Therapie eine Krankheitsprogression zeigten und gegenüber Lenalidomid refraktär sind.	<i>Zusätzliche GKV-Leistung:</i> Chemotherapie zur Lymphozytendepletion: Cyclophosphamid 300 mg/m <sup>2</sup> KOF i.v	57,95 €
		<i>Zusätzliche GKV-Leistung:</i> Chemotherapie zur Lymphozytendepletion: Fludarabin 30 mg/m <sup>2</sup> KOF i.v.	3 × 222,90 € = 668,70 €
		<i>Sonstige GKV-Leistung:</i> Herstellung einer parenteralen, zytostatikahaltigen Infusionslösung (Anlage 3 Teil 2 zur Hilfstaxe) pro Infusion (Cyclophosphamid)	3 × 100,00 € = 300,00 €
		<i>Sonstige GKV-Leistung:</i> Herstellung einer parenteralen, zytostatikahaltigen Infusionslösung (Anlage 3 Teil 2 zur Hilfstaxe) pro Infusion (Fludarabin)	3 × 100,00 € = 300,00 €

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patientengruppe	Bezeichnung der zusätzlich notwendigen GKV-Leistung	Zusatzkosten pro Patient pro Jahr in Euro
<b>Zweckmäßige Vergleichstherapie</b>			
Patientenindividuelle Therapie	Patientenindividuell unterschiedlich		
Abkürzungen: bzw.: beziehungsweise; GKV: Gesetzliche Krankenversicherung; i.v.: intravenös; KOF: Körperoberfläche; m <sup>2</sup> : Quadratmeter; mg: Milligramm Quelle: (1, 3, 9, 10)			

### 3.3.5 Angaben zu Jahrestherapiekosten

Geben Sie in Tabelle 3-19 die Jahrestherapiekosten für die GKV durch Zusammenführung der in den Abschnitten 3.3.1 bis 3.3.4 entwickelten Daten an, und zwar getrennt für das zu bewertende Arzneimittel und die zweckmäßige Vergleichstherapie sowie getrennt für die Zielpopulation und die Patientengruppen mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen. Weisen sie dabei bitte auch die Arzneimittelkosten pro Patient pro Jahr und Kosten für zusätzlich notwendige GKV-Leistungen pro Jahr sowie Kosten gemäß Hilfstaxe pro Jahr getrennt voneinander aus. Stellen Sie Ihre Berechnungen möglichst in einer Excel Tabelle dar und fügen diese als Quelle hinzu. Fügen Sie für jede Therapie, Behandlungssituation und jede Population bzw. Patientengruppe eine neue Zeile ein. Unsicherheit sowie variierende Behandlungsdauern sollen in Form von Spannen ausgewiesen werden.

Tabelle 3-19: Jahrestherapiekosten für die GKV für das zu bewertende Arzneimittel und die zweckmäßige Vergleichstherapie (pro Patient)

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patienten-gruppe	Arzneimittelkosten pro Patient pro Jahr in €	Kosten für zusätzlich notwendige GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr in €	Kosten für sonstige GKV-Leistungen (gemäß Hilfstaxe) pro Patient pro Jahr in €	Jahrestherapiekosten pro Patient in Euro
<b>Zu bewertendes Arzneimittel</b>					
Ciltacabtagene Autoleucl (Carvykti®)	Erwachsene Patienten mit rezidiertem und refraktärem multiplen Myelom, die zuvor bereits mindestens eine vorherige Therapie erhalten haben, darunter einen Immunmodulator und	285.000,00 €	726,65 €	600,00 €	286.326,65 €

Bezeichnung der Therapie (zu bewertendes Arzneimittel, zweckmäßige Vergleichstherapie)	Bezeichnung der Population bzw. Patienten-gruppe	Arzneimittelkosten pro Patient pro Jahr in €	Kosten für zusätzlich notwendige GKV-Leistungen pro Patient pro Jahr in €	Kosten für sonstige GKV-Leistungen (gemäß Hilfstaxe) pro Patient pro Jahr in €	Jahrestherapiekosten pro Patient in Euro
	einen Proteasom-Inhibitor, und die während der letzten Therapie eine Krankheitsprogression zeigten und gegenüber Lenalidomid refraktär sind.				
<b>Zweckmäßige Vergleichstherapie</b>					
Patientenindividuelle Therapie	Patientenindividuell unterschiedlich				
Abkürzungen: bzw.: beziehungsweise; GKV: Gesetzliche Krankenversicherung					

### Zu bewertendes Arzneimittel

#### *Ciltacabtagene Autoleucel (Carvykti®)*

Bei Ciltacel handelt es sich um eine einmalige Gabe. Demnach belaufen sich die Arzneimittelkosten für Ciltacel auf einmalig 285.000,00 € pro Patient im ersten Behandlungsjahr. Darüber hinaus müssen im ersten Behandlungsjahr zusätzlich notwendige GKV-Leistungen in Höhe von 726,65 € sowie sonstige GKV-Leistungen in Höhe von 600,00 € pro Patient berücksichtigt werden.

Daraus ergeben sich für die Behandlung mit Ciltacel einmalig GKV-Gesamtkosten in Höhe von 286.326,65 € pro Patient im ersten Behandlungsjahr. In den Folgejahren fallen keine weiteren Kosten an.

#### **Zweckmäßige Vergleichstherapie**

Patientenindividuell unterschiedlich.

### 3.3.6 Angaben zu Versorgungsanteilen

*Beschreiben Sie unter Bezugnahme auf die in Abschnitt 3.2.3 dargestellten Daten zur aktuellen Prävalenz und Inzidenz, welche Versorgungsanteile für das zu bewertende Arzneimittel innerhalb des Anwendungsgebiets, auf das sich das vorliegende Dokument bezieht, zu erwarten sind. Nehmen Sie bei Ihrer Begründung auch Bezug auf die derzeit gegebene*



*Versorgungssituation mit der zweckmäßigen Vergleichstherapie. Beschreiben Sie insbesondere auch, welche Patientengruppen wegen Kontraindikationen nicht mit dem zu bewertenden Arzneimittel behandelt werden sollten. Weiterhin ist zu erläutern, welche Raten an Therapieabbrüchen in den Patientengruppen zu erwarten sind. Im Weiteren sollen bei dieser Abschätzung auch der Versorgungskontext und Patientenpräferenzen berücksichtigt werden. Differenzieren Sie nach ambulantem und stationärem Versorgungsbereich. Benennen Sie die zugrunde gelegten Quellen.*

Ciltacel ist gemäß Fachinformation indiziert zur Behandlung erwachsener Patienten mit rezidiviertem und refraktärem multiplen Myelom, die zuvor bereits mindestens eine vorherige Therapie erhalten haben, darunter einen Immunmodulator und einen Proteasom-Inhibitor, und die während der letzten Therapie eine Krankheitsprogression zeigten und gegenüber Lenalidomid refraktär sind (1). Die nachfolgenden Angaben zu Versorgungsanteilen beruhen auf den Berechnungen und Annahmen aus den Abschnitten 3.2.3 und 3.2.4. Die Anzahl der GKV-Patienten in der Zielpopulation wird auf 2.359 bis 3.554 Patienten geschätzt.

Unter der Voraussetzung, dass keine Kontraindikationen gegenüber Ciltacel bestehen, kommen grundsätzlich alle Patienten aus der GKV-Zielpopulation für eine Behandlung mit Ciltacel in Frage. Es kann allerdings nicht angenommen werden, dass alle Patienten im Anwendungsgebiet mit Ciltacel behandelt werden. Die Behandlung mit Ciltacel ist gemäß Fachinformation zudem ausschließlich qualifizierten und zertifizierten Behandlungszentren vorbehalten (1).

### **Kontraindikationen**

Bei Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in der Fachinformation unter Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile (Dimethylsulfoxid) ist die Behandlung mit Ciltacel kontraindiziert. Weiterhin sind mögliche Kontraindikationen gegenüber Fludarabin oder Cyclophosphamid als aktive Substanzen zur Lymphozytendepletion zu beachten. Es liegen keine Angaben zu Patientenanteilen mit Kontraindikationen gegenüber Ciltacel vor, sodass der Einfluss von Kontraindikationen keine Berücksichtigung in der Ableitung von Versorgungsanteilen finden kann.

### **Therapieabbrüche**

Die Behandlung mit Ciltacel erfolgt als einmalige Infusion. Therapieabbrüche sind daher bei der Bestimmung der Versorgungsanteile von Ciltacel nicht zu berücksichtigen.

### **Patientenpräferenzen**

Es liegen keine Daten über Patientenpräferenzen vor, die einen Rückschluss auf den Einfluss dieses Faktors auf den Versorgungsanteil von Ciltacel im gegenständlichen Anwendungsgebiet zulassen würden.

*Beschreiben Sie auf Basis der von Ihnen erwarteten Versorgungsanteile, ob und, wenn ja, welche Änderungen sich für die in Abschnitt 3.3.5 beschriebenen Jahrestherapiekosten ergeben. Benennen Sie die zugrunde gelegten Quellen.*

Eine belastbare Quantifizierung der zu erwartenden Versorgungsanteile von Ciltacel im gegenständlichen Anwendungsgebiet ist aufgrund der begrenzten Informationen zu potenziell limitierenden Einflussfaktoren nicht möglich.

### **3.3.7 Beschreibung der Informationsbeschaffung für Abschnitt 3.3**

*Erläutern Sie das Vorgehen zur Identifikation der in den Abschnitten 3.3.1 bis 3.3.6 genannten Quellen (Informationsbeschaffung). Im Allgemeinen sollen deutsche Quellen bzw. Quellen, die über die epidemiologische Situation in Deutschland Aussagen erlauben, herangezogen werden. Weiterhin sind bevorzugt offizielle Quellen zu nutzen. Aktualität und Repräsentativität sind bei der Auswahl zu berücksichtigen und ggf. zu diskutieren. Sofern erforderlich können Sie zur Beschreibung der Informationsbeschaffung weitere Quellen nennen.*

*Wenn eine Recherche in offiziellen Quellen oder in bibliografischen Datenbanken durchgeführt wurde, sollen Angaben zu den Suchbegriffen, den Datenbanken/ Suchoberflächen, dem Datum der Recherche nach den üblichen Vorgaben gemacht werden. Die Ergebnisse der Recherche sollen dargestellt werden, damit nachvollziehbar ist, welche Daten bzw. Publikationen berücksichtigt bzw. aus- und eingeschlossen wurden. Sofern erforderlich, können Sie zur Beschreibung der Informationsbeschaffung weitere Quellen benennen.*

*Wenn eine (hier optionale) systematische bibliografische Literaturrecherche durchgeführt wurde, soll eine vollständige Dokumentation erfolgen. Die entsprechenden Anforderungen an die Informationsbeschaffung sollen nachfolgend analog den Vorgaben in Modul 4 (siehe Abschnitte 4.2.3.2 Bibliografische Literaturrecherche, 4.3.1.1.2 Studien aus der bibliografischen Literaturrecherche, Anhang 4-A, 4-C) umgesetzt werden.*

Die Angaben zum Behandlungsmodus und zusätzlich notwendigen Leistungen zulasten der GKV sind den Fachinformationen der genannten Arzneimittel sowie der Hilfstaxe entnommen. Die Kosten der Arzneimittel sind aus der Lauer-Taxe entnommen. Die Kostenberechnung beruhen auf den Angaben aus den Fachinformationen und dem Mikrozensus 2021 bei Dosierungen abhängig vom KG oder der KOF. Die Angaben zum Versorgungsanteil unterliegen der unternehmenseigenen Schätzung.

### **3.3.8 Referenzliste für Abschnitt 3.3**

*Listen Sie nachfolgend alle Quellen (z. B. Publikationen), die Sie in den Abschnitten 3.3.1 bis 3.3.7 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. Janssen-Cilag International N. V. *Fachinformation CARVYKTI® Infusionsdispersion. Stand: Juli 2024.* 2024.
2. Destatis. Statistisches Bundesamt. 2021. Gesundheitszustand und -relevantes Verhalten - Körpermaße der Bevölkerung nach Altersgruppen. 2021; [abgerufen am: 24.09.2024]. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft->

- Umwelt/Gesundheit/Gesundheitszustand-Relevantes-Verhalten/Tabellen/liste-koerpermasse.html.
3. Lauer-Fischer GmbH. *LAUER-TAXE® Online 4.0, Stand: 15.11.2024.* 2024.
  4. Du Bois D, Du Bois EF. *A formula to estimate the approximate surface area if height and weight be known.* 1916. Nutrition. 1989;5(5):303-311; discussion 312-303.
  5. G-BA. Gemeinsamer Bundesausschuss. Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage XII – Beschlüsse über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V Axicabtagen-Ciloleucel. 2019; [abgerufen am: 24.09.2024]. Verfügbar unter: [https://www.g-ba.de/downloads/40-268-5742/2019-05-02\\_AM-RL-XII\\_Axicabtagen-Ciloleucel\\_D-406\\_D-416\\_TrG.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/40-268-5742/2019-05-02_AM-RL-XII_Axicabtagen-Ciloleucel_D-406_D-416_TrG.pdf).
  6. G-BA. Gemeinsamer Bundesausschuss. Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie: Anlage XII – Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) Idecabtagen vicleucel (Multiples Myelom, mind. 3 Vortherapien) 2022; [abgerufen am: 24.09.2024]. Verfügbar unter: [https://www.g-ba.de/downloads/40-268-8579/2022-06-16\\_AM-RL-XII\\_Idecabtagen%20vicleucel\\_D-779\\_TrG.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/40-268-8579/2022-06-16_AM-RL-XII_Idecabtagen%20vicleucel_D-779_TrG.pdf).
  7. G-BA. Gemeinsamer Bundesausschuss. Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM RL): Anlage XII – Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V Autologe Anti-CD19-transduzierte CD3-positive Zellen (Mantelzell-Lymphom, vorbehandelte Patienten). 2021; [abgerufen am: 24.09.2024]. Verfügbar unter: [https://www.g-ba.de/downloads/40-268-7740/2021-08-05\\_AM-RL-XII\\_Autologe-Anti-CD19-transduzierte-CD3-positive-Zellen\\_D-633\\_TrG.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/40-268-7740/2021-08-05_AM-RL-XII_Autologe-Anti-CD19-transduzierte-CD3-positive-Zellen_D-633_TrG.pdf).
  8. G-BA. Gemeinsamer Bundesausschuss. Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage XII – Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V Tisagenlecleucel Neubewertung nach Fristablauf: Diffus großzelliges B-Zell-Lymphom). 2020; [abgerufen am: 24.09.2024]. Verfügbar unter: [https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6853/2020-09-17\\_AM-RL-XII\\_Tisagenlecleucel\\_DLBCL\\_D-530\\_TrG.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6853/2020-09-17_AM-RL-XII_Tisagenlecleucel_DLBCL_D-530_TrG.pdf).
  9. G-BA. Gemeinsamer Bundesausschuss. Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie: Anlage XII – Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) Selpercatinib (neues Anwendungsgebiet: Lungenkarzinom, nicht-kleinzelliges, RET-Fusion+, Erstlinie). 2022; [abgerufen am: 24.09.2024]. Verfügbar unter: [https://www.g-ba.de/downloads/40-268-9105/2022-12-15\\_AM-RL-XII\\_Selpercatinib\\_D-832\\_TrG.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/40-268-9105/2022-12-15_AM-RL-XII_Selpercatinib_D-832_TrG.pdf).
  10. GKV-SV. GKV-Spitzenverband. Anlage 3 zum Vertrag über die Preisbildung für Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen. Stand: 1. März 2022. 2022; [abgerufen am: 24.09.2024]. Verfügbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/arzneimittel/rahmenvertrage/hilfstaxe/20220301\\_Hilfstaxe\\_Redaktionelle\\_Gesamtfassung\\_Anlage\\_3.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/arzneimittel/rahmenvertrage/hilfstaxe/20220301_Hilfstaxe_Redaktionelle_Gesamtfassung_Anlage_3.pdf).
  11. IQWiG. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Axicabtagen-Ciloleucel (primär mediastinales großzelliges B-Zell-Lymphom) – Bewertung gemäß § 35a Abs. 1 Satz 11 SGB V (Dossierbewertung: G18-19). 2018;

- [abgerufen am: 24.09.2024]. Verfügbar unter: [https://www.iqwig.de/download/g18-19\\_axicabtagen-ciloleucel\\_bewertung-35a-absatz-1-satz-11-sgb-v\\_v1-0.pdf](https://www.iqwig.de/download/g18-19_axicabtagen-ciloleucel_bewertung-35a-absatz-1-satz-11-sgb-v_v1-0.pdf).
12. Baxter Oncology. Fachinformation Endoxan. 2023; [abgerufen am: 24.09.2024]. Verfügbar unter: [https://www.baxter.de/sites/g/files/ebysai1301/files/2021-12/endoxan\\_fs.pdf](https://www.baxter.de/sites/g/files/ebysai1301/files/2021-12/endoxan_fs.pdf).
  13. Accord Healthcare B.V. Fachinformation Fludarabin Accord 25 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Injektions /Infusionslösung. Stand: März 2019. 2019; [abgerufen am: 24.09.2024]. Verfügbar unter: [https://www.accord-healthcare.de/sites/default/files/2022-08/Accord\\_Fachinformation\\_Fludarabin.pdf](https://www.accord-healthcare.de/sites/default/files/2022-08/Accord_Fachinformation_Fludarabin.pdf).
  14. Schiedsspruch Arbeitspreis Hilfstaxe. *Schiedsspruch | 2 AP 44-22: Festsetzung der Zuschläge für die Herstellung zytostatikahaltiger parenteraler Zubereitungen, parenteraler Lösungen mit monoklonalen Antikörpern in Anlage 3 Teil 2 und parenteraler Calciumund Natriumfolinatlösungen in Anlage 3 Teil 6 des Vertrages über die Preisbildung für Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen (§§ 4 und 5 der Arzneimittelpreisverordnung) sowie auf Festsetzung angepasster Wirkstoffe.* 2022.

### 3.4 Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung

#### 3.4.1 Anforderungen aus der Fachinformation

*Benennen Sie Anforderungen, die sich aus der Fachinformation des zu bewertenden Arzneimittels für eine qualitätsgesicherte Anwendung ergeben. Beschreiben Sie insbesondere Anforderungen an die Diagnostik, die Qualifikation der Ärzte und Ärztinnen und des weiteren medizinischen Personals, die Infrastruktur und die Behandlungsdauer. Geben Sie auch an, ob kurz- oder langfristige Überwachungsmaßnahmen durchgeführt werden müssen, ob die behandelnden Personen oder Einrichtungen für die Durchführung spezieller Notfallmaßnahmen ausgerüstet sein müssen und ob Interaktionen mit anderen Arzneimitteln oder Lebensmitteln zu beachten sind. Benennen Sie die zugrunde gelegten Quellen.*

Die folgenden Angaben zu einer qualitätsgesicherten Anwendung von Carvykti®  $3,2 \times 10^6 - 1,0 \times 10^8$  Zellen Infusionsdispersion sind der Fachinformation (Anhang I – Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels (Summary of Product Characteristics, SmPC) des Europäischen öffentlichen Bewertungsberichts (European Public Assessment Report; EPAR) Product Information) entnommen (1).

Carvykti® ist indiziert für die Behandlung erwachsener Patienten mit rezidiviertem und refraktärem Multiplen Myelom, die zuvor bereits mindestens eine Therapie erhalten haben, darunter einen Immunmodulator und einen Proteasom-Inhibitor, und die während der letzten Therapie eine Krankheitsprogression zeigten und gegenüber Lenalidomid refraktär sind.

#### Dosierung und Art der Anwendung

Carvykti® muss in einem qualifizierten Behandlungszentrum angewendet werden. Die Therapie soll unter der Leitung und Aufsicht von medizinischem Fachpersonal begonnen und überwacht werden, das Erfahrung in der Behandlung von hämatologischen Malignomen hat und in der Anwendung und im Management von mit Carvykti® behandelten Patienten geschult ist.

Für den Fall des Auftretens eines Zytokin-Freisetzungssyndroms (Cytokine Release Syndrome, CRS) muss das qualifizierte Behandlungszentrum vor der Infusion mindestens 1 Dosis Tocilizumab bereithalten, wobei innerhalb von 8 Stunden nach jeder vorherigen Dosis eine zusätzliche Dosis zur Verfügung stehen muss (siehe Abschnitt 4.4 der Fachinformation). Für den Ausnahmefall, dass Tocilizumab aufgrund eines Lieferengpasses gemäß der Liste für Lieferengpässe der Europäischen Arzneimittelagentur nicht verfügbar ist, müssen vor der Infusion geeigneten Alternativmaßnahmen anstelle von Tocilizumab zur Behandlung eines CRS verfügbar sein.

Vor der Infusion und während der Erholungsphase muss eine Notfallausrüstung verfügbar sein.

#### Dosierung

Carvykti® ist für die autologe Anwendung bestimmt (siehe Abschnitt 4.4 der Fachinformation).

Die Behandlung besteht aus einer einzelnen Dosis einer Dispersion mit CAR-positiven lebensfähigen T-Zellen zur Infusion in einem Infusionsbeutel. Die Zieldosis beträgt

$0,75 \times 10^6$  CAR-positive lebensfähige T-Zellen pro kg Körpergewicht (aber nicht mehr als  $1 \times 10^8$  CAR-positive lebensfähige T-Zellen).

Patienten mit einem Gewicht von 100 kg und darunter: innerhalb eines Bereichs von  $0,5 - 1 \times 10^6$  CAR-positiven lebensfähigen T-Zellen pro kg Körpergewicht. Patienten mit einem Gewicht über 100 kg: innerhalb eines Bereichs von  $0,5 - 1 \times 10^8$  CAR-positiven lebensfähigen T-Zellen (unabhängig vom Gewicht).

Weitere Informationen zur Dosis sind dem beigegeführten Chargeninformationsblatt (LIS) zu entnehmen.

#### *Bridging-Therapie (Überbrückungstherapie)*

Vor der Infusion mit Carvykti® ist eine Bridging-Therapie nach Ermessen des Verordners in Betracht zu ziehen, um die Tumorlast zu verringern oder die Erkrankung zu stabilisieren (siehe Abschnitt 4.4 der Fachinformation).

#### *Vorbehandlung (Behandlungsschema zur Lymphozytendepletion)*

Das Behandlungsschema zur Lymphozytendepletion muss aufgeschoben werden, wenn ein Patient schwerwiegende Nebenwirkungen von vorangegangenen Bridging-Therapien aufweist (einschließlich klinisch relevanter aktiver Infektionen, kardialer Toxizität und pulmonaler Toxizität) (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation).

Vor Einleitung des Behandlungsschemas zur Lymphozytendepletion muss die Verfügbarkeit von Carvykti® bestätigt sein.

Das Behandlungsschema zur Lymphozytendepletion, bestehend aus Cyclophosphamid  $300 \text{ mg/m}^2$  intravenös und Fludarabin  $30 \text{ mg/m}^2$  intravenös, soll täglich über 3 Tage angewendet werden. Die Carvykti®-Infusion soll 5 bis 7 Tage nach Beginn des Behandlungsschemas zur Lymphozytendepletion erfolgen. Wenn das Abklingen der durch das Behandlungsschema zur Lymphozytendepletion verursachten Toxizitäten auf Grad 1 oder weniger länger als 14 Tage dauert und es dadurch zu Verzögerungen bei der Carvykti®-Anwendung kommt, soll das Behandlungsschema zur Lymphozytendepletion frühestens 21 Tage nach der ersten Dosis des ersten Lymphozytendepletionsschemas erneut angewendet werden.

Für Dosisanpassungen von Cyclophosphamid und Fludarabin siehe die entsprechenden Fachinformationen von Cyclophosphamid und Fludarabin.

#### *Prämedikation*

Die folgenden Arzneimittel zur Prämedikation sollen allen Patienten 30 bis 60 Minuten vor der Carvykti®-Infusion gegeben werden:

- Antipyretikum (650 bis 1.000 mg orales oder intravenöses Paracetamol)
- Antihistaminikum (25 bis 50 mg orales oder intravenöses Diphenhydramin oder Äquivalent).

Die Anwendung prophylaktischer systemischer Kortikosteroide soll vermieden werden, da sie die Wirkung von Carvykti® beeinträchtigen können.

### ***Besondere Patientengruppen***

#### *Ältere Patienten*

Bei Patienten ab 65 Jahren ist keine Dosisanpassung erforderlich.

*Patienten, die seropositiv für das Hepatitis-B-Virus (HBV), das Hepatitis-C-Virus (HCV) oder das humane Immundefizienz-Virus (HIV) sind*

Es liegen derzeit keine Erfahrungen mit der Herstellung von Carvykti® für Patienten mit positiver Testung auf HIV-, aktive HBV- oder aktive HCV-Infektion vor. Das Screening auf HBV, HCV und HIV sowie auf andere infektiöse Erreger muss vor der Entnahme von Zellen für die Herstellung durchgeführt werden.

#### *Kinder und Jugendliche*

Die Sicherheit und Wirksamkeit von Carvykti® bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren ist nicht erwiesen. Es liegen keine Daten vor.

### ***Art der Anwendung***

Carvykti® ist nur zur intravenösen Anwendung bestimmt.

Verwenden Sie keinen leukozytendepletierenden Filter.

#### *Vorbereitung von Carvykti® für die Infusion*

Vor der Infusion und während der Erholungsphase muss sichergestellt sein, dass Tocilizumab oder eine geeignete Alternative für den Ausnahmefall, dass Tocilizumab aufgrund eines Lieferengpasses gemäß der Liste für Lieferengpässe der Europäischen Arzneimittelagentur nicht verfügbar ist, und eine Notfallausrüstung verfügbar sind.

Vor der Infusion ist zu bestätigen, dass die Identität des Patienten mit den eindeutigen Patienteninformationen auf der Carvykti®-Kryokassette, dem Infusionsbeutel und dem Chargeninformationsblatt (LIS) übereinstimmt (siehe Abschnitt 4.4 der Fachinformation).

Das Arzneimittel darf bis zur Anwendung nicht aufgetaut werden. Das Auftauen von Carvykti® und die Infusion müssen zeitlich aufeinander abgestimmt werden. Die Startzeit der Infusion muss im Voraus festgelegt werden, und der Startzeitpunkt für das Auftauen muss so angepasst werden, dass Carvykti® für die Infusion verfügbar ist, wenn der Patient bereit ist. Das Arzneimittel muss unmittelbar nach dem Auftauen angewendet werden und die Infusion muss innerhalb von 2,5 Stunden nach dem Auftauen abgeschlossen sein.

Ausführliche Anweisungen zu Zubereitung, Anwendung, Maßnahmen im Falle einer versehentlichen Exposition und Beseitigung von Carvykti®, siehe Abschnitt 6.6 der Fachinformation.

### ***Gegenanzeigen***

Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 der Fachinformation genannten sonstigen Bestandteile.

Die Gegenanzeigen der Lymphozytendepletierenden Chemotherapie und der unterstützenden Therapie sind zu beachten.

## **Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung**

### ***Rückverfolgbarkeit***

Es müssen die Anforderungen an die Rückverfolgbarkeit zellbasierter Arzneimittel für neuartige Therapien eingehalten werden. Um die Rückverfolgbarkeit zu gewährleisten, sind die Bezeichnung des angewendeten Arzneimittels, die Chargenbezeichnung und der Name des behandelten Patienten für einen Zeitraum von 30 Jahren nach dem Verfalldatum des Arzneimittels aufzubewahren.

### ***Allgemeines***

#### *Autologe Anwendung*

Carvykti® ist ausschließlich für die autologe Anwendung bestimmt und darf unter keinen Umständen an andere Patienten verabreicht werden. Carvykti® darf nicht angewendet werden, wenn die Angaben auf den Produktetiketten und auf dem Chargeninformationsblatt (LIS) nicht mit der Identität des Patienten übereinstimmen.

#### *Klinische Beurteilung vor der Carvykti®-Infusion*

Die Carvykti®-Infusion soll aufgeschoben werden, wenn auf einen Patienten einer der folgenden Punkte zutrifft:

- eine klinisch relevante aktive Infektion oder entzündliche Erkrankungen.
- nicht-hämatologische Toxizitäten Grad  $\geq 3$  durch das Cyclophosphamid- und Fludarabin- Lymphozytendepletionsschema, mit Ausnahme von Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoe oder Obstipation Grad 3. Die Carvykti®-Infusion soll bis zum Abklingen dieser Ereignisse auf Grad  $\leq 1$  aufgeschoben werden.
- aktive Graft-versus-Host-Erkrankung (GvHD).

Patienten mit aktiver oder früherer klinisch relevanter Erkrankung des Zentralnervensystems (ZNS) oder unzureichender Nieren-, Leber-, Lungen- oder Herzfunktion sind wahrscheinlich anfälliger für die Folgen der nachfolgend beschriebenen Nebenwirkungen und benötigen besondere Aufmerksamkeit. Es liegen keine Erfahrungen zur Anwendung von Carvykti® bei Patienten mit multiplen Myelom mit ZNS-Beteiligung oder anderen vorbestehenden, klinisch bedeutsamen ZNS-Erkrankungen vor. Die Wirksamkeit und Sicherheit von Carvykti® bei Patienten, die zuvor andere Anti-BCMA-Behandlungen erhalten haben, ist nicht bekannt.

Es liegen nur begrenzte Daten zur Wirksamkeit und Sicherheit von Carvykti® bei erneut behandelten Patienten vor.

#### *Schnell fortschreitende Erkrankung*

Wenn Ärzte Patienten für eine Behandlung mit Carvykti® in Betracht ziehen, sollten sie die Auswirkungen einer schnell fortschreitenden Erkrankung auf die Eignung der Patienten, CAR-T Infusion zu erhalten, beurteilen. Einige Patienten profitieren möglicherweise nicht von der Behandlung mit Carvykti®, da sie ein erhöhtes Risiko für einen frühen Tod haben, wenn die Erkrankung während der Bridging-Therapie schnell fortschreitet.



### *Überwachung nach der Infusion*

Patienten sollen nach der Carvykti®-Infusion 14 Tage lang täglich in einer qualifizierten klinischen Einrichtung und dann regelmäßig für weitere 2 Wochen nach der Carvykti®-Infusion auf Anzeichen und Symptome eines CRS, neurologischer Ereignisse und anderer Toxizitäten überwacht werden (siehe Abschnitt 4.4 der Fachinformation).

Die Patienten sind anzuweisen, sich nach der Infusion mindestens 4 Wochen lang in der Nähe einer qualifizierten klinischen Einrichtung aufzuhalten.

### ***Zytokin-Freisetzungssyndrom (Cytokine release syndrome)***

Nach der Carvykti®-Infusion kann ein Zytokin-Freisetzungssyndrom mit tödlichen oder lebensbedrohlichen Reaktionen auftreten.

Bei fast allen Patienten trat nach der Carvykti®-Infusion ein CRS auf, wobei die Mehrzahl der Fälle vom Grad 1 oder Grad 2 waren (siehe Abschnitt 4.8 der Fachinformation). Die mediane Zeit von der Carvykti®-Infusion (Tag 1) bis zum Auftreten eines CRS betrug 7 Tage (Spanne: 1 bis 23 Tage). Bei etwa 83% der Patienten trat das CRS nach Tag 3 des Erhalts der Carvykti®-Infusion auf.

In fast allen Fällen betrug die Dauer des CRS zwischen 1 und 18 Tagen (mediane Dauer: 4 Tage). Neunundachtzig Prozent der Patienten wiesen eine CRS-Dauer von  $\leq 7$  Tagen auf.

Klinische Anzeichen und Symptome eines CRS können u. a. Fieber (mit oder ohne Rigor), Schüttelfrost, Hypotonie, Hypoxie und erhöhte Leberenzymwerte sein. Zu den potenziell lebensbedrohlichen Komplikationen des CRS können Herzfunktionsstörungen, neurologische Toxizität und hämophagozytische Lymphohistiozytose (HLH) gehören. Bei Patienten, die eine HLH entwickeln, kann das Risiko für schwere Blutungen erhöht sein. Patienten sollen engmaschig auf Anzeichen oder Symptome dieser Ereignisse, einschließlich Fieber, überwacht werden. Zu den Risikofaktoren für ein schweres CRS gehören eine hohe Tumorlast vor der Infusion, eine aktive Infektion und ein frühes Auftreten von Fieber oder anhaltendes Fieber nach 24 Stunden einer symptomatischen Behandlung.

Die Carvykti®-Infusion muss aufgeschoben werden, wenn bei dem Patienten noch nicht abgeklungene schwerwiegende Nebenwirkungen aus vorangegangenen Therapien zur Lymphozytendepletion oder Bridging-Therapien (einschließlich kardialer Toxizität und pulmonaler Toxizität), eine rasche Krankheitsprogression und eine klinisch relevante aktive Infektion vorliegen (siehe Abschnitt 4.2 der Fachinformation). Es soll eine angemessene prophylaktische und therapeutische Behandlung von Infektionen erfolgen und sichergestellt werden, dass aktive Infektionen vor der Carvykti®-Infusion vollständig abgeklungen sind. Infektionen können auch gleichzeitig mit einem CRS auftreten und das Risiko für einen tödlichen Verlauf erhöhen.

Die Verfügbarkeit von mindestens einer Dosis Tocilizumab zur Anwendung im Falle eines CRS muss vor der Infusion sichergestellt werden. Das qualifizierte Behandlungszentrum muss innerhalb von 8 Stunden nach jeder vorangegangenen Dosis Zugang zu einer weiteren Tocilizumab-Dosis haben. Für den Ausnahmefall, dass Tocilizumab aufgrund eines Lieferengpasses gemäß der Liste für Lieferengpässe der Europäischen Arzneimittelagentur nicht verfügbar ist, muss das Behandlungszentrum Zugang zu geeigneten

Alternativmaßnahmen anstelle von Tocilizumab zur Behandlung eines CRS haben. Die Patienten sollen täglich für 14 Tage nach der Carvykti®-Infusion in einer qualifizierten klinischen Einrichtung und dann regelmäßig für weitere zwei Wochen nach der Carvykti®-Infusion auf Anzeichen und Symptome eines CRS überwacht werden.

Die Patienten sollen angewiesen werden, beim Auftreten von Anzeichen oder Symptomen eines CRS sofort einen Arzt aufzusuchen. Bei den ersten Anzeichen eines CRS muss der Patient sofort hinsichtlich einer stationären Krankenhausaufnahme untersucht werden und unterstützende Maßnahmen, eine Behandlung mit Tocilizumab oder eine Behandlung mit Tocilizumab und Kortikosteroiden sollen entsprechend den Angaben in untenstehender Tabelle 3-20 eingeleitet werden.

Bei Patienten mit schwerem oder nicht ansprechendem CRS muss eine Untersuchung auf HLH in Betracht gezogen werden. Bei Patienten mit einer hohen Tumorlast vor der Infusion, frühem Auftreten von Fieber oder anhaltendem Fieber nach 24 Stunden soll eine frühzeitige Behandlung mit Tocilizumab in Betracht gezogen werden. Die Anwendung myeloischer Wachstumsfaktoren, insbesondere des Granulozyten-Makrophagen-Kolonie-stimulierenden Faktors (Granulocyte-Macrophage Colony-stimulating Factor, GM-CSF), muss während des CRS vermieden werden. Bei Patienten mit hoher Tumorlast ist eine Verringerung der Ausgangslast mittels einer Bridging-Therapie vor der Infusion mit Carvykti® in Betracht zu ziehen (siehe Abschnitt 4.2 der Fachinformation).

#### *Behandlung des Zytokin-Freisetzungssyndroms in Verbindung mit Carvykti®*

Bei Verdacht auf ein CRS ist gemäß den Empfehlungen in Tabelle 3-20 vorzugehen. Bei einem CRS sollen unterstützende Maßnahmen (einschließlich, aber nicht beschränkt auf Antipyretika, intravenöse Flüssigkeitszufuhr, Vasopressoren, zusätzlichen Sauerstoff, usw.) je nach Bedarf angewendet werden. Laboruntersuchungen zur Überwachung einer disseminierten intravasalen Gerinnung (Disseminated Intravascular Coagulation, DIC), hämatologischer Parameter sowie der Lungen-, Herz-, Nieren- und Leberfunktion sollen in Betracht gezogen werden. Weitere monoklonale Antikörper gegen Zytokine (beispielsweise Anti-IL1 und/oder Anti-TNF $\alpha$ ) oder eine Therapie, die auf die Reduktion und Eliminierung von CAR-T-Zellen abzielt, können bei Patienten in Betracht gezogen werden, die ein hochgradiges CRS und eine HLH entwickeln, welche nach vorheriger Anwendung von Tocilizumab und Kortikosteroiden schwerwiegend oder lebensbedrohlich bleibt.

Bei Verdacht auf gleichzeitige neurologische Toxizität während des CRS folgenderweise behandeln:

- Kortikosteroide zur aggressiveren Intervention basierend auf dem Grad des CRS und der neurologischen Toxizität gemäß Tabelle 3-20 und Tabelle 3-21,
- Tocilizumab basierend auf dem Grad des CRS gemäß Tabelle 3-20,
- anfallshemmende Arzneimittel basierend auf der neurologischen Toxizität gemäß Tabelle 3-21.

Tabelle 3-20: Einstufung des CRS-Grades und Empfehlungen zur Behandlung

CRS-Grad <sup>a</sup>	Tocilizumab <sup>b</sup>	Kortikosteroide <sup>f</sup>
<b>Grad 1</b> Temperatur $\geq 38^{\circ}\text{C}^{\text{c}}$	Tocilizumab 8 mg/kg intravenös (i.v.) über 1 Stunde (nicht mehr als 800 mg) in Betracht ziehen.	Nicht zutreffend
<b>Grad 2</b> Symptome, die eine moderate Intervention erfordern und darauf ansprechen.  Temperatur $\geq 38^{\circ}\text{C}^{\text{c}}$ mit:  Hypotonie, die keine Vasopressoren erfordert, und/oder  Hypoxie mit Sauerstoffbedarf über eine Kanüle <sup>e</sup> oder Blow-by  oder  Organtoxizität Grad 2.	Tocilizumab 8 mg/kg i.v. über 1 Stunde (nicht mehr als 800 mg).  Bei Bedarf Anwendung von Tocilizumab alle 8 Stunden wiederholen, wenn der Patient nicht auf intravenöse Flüssigkeiten bis zu 1 Liter oder eine Erhöhung der Sauerstoffzufuhr anspricht.  Wenn innerhalb von 24 Stunden keine Besserung eintritt, oder bei einer schnellen Progression, die Gabe von Tocilizumab wiederholen und die Dexamethason-Dosis erhöhen (20 mg i.v. alle 6 bis 12 Stunden).  Nach 2 Dosen Tocilizumab alternative Antizytokin-Arzneimittel in Betracht ziehen. <sup>d</sup>  Tocilizumab auf maximal 3 Dosen in einem Zeitraum von 24 Stunden beschränken oder insgesamt maximal 4 Dosen geben.	Methylprednisolon 1 mg/kg zweimal täglich i.v. oder Dexamethason (z. B. 10 mg i.v. alle 6 Stunden) in Betracht ziehen.
<b>Grad 3</b> Symptome, die eine intensive Intervention erfordern und darauf ansprechen.  Temperatur $\geq 38^{\circ}\text{C}^{\text{c}}$ mit:  Hypotonie, die einen Vasopressor mit oder ohne Vasopressin erfordert, und/oder  Hypoxie mit Sauerstoffbedarf über eine High-Flow-Nasenkanüle <sup>e</sup> , eine Sauerstoffmaske, eine Maske ohne Rückatmung oder eine Venturi-Maske  oder  Organtoxizität Grad 3 oder Transaminitis Grad 4.	Wie bei Grad 2  Wenn innerhalb von 24 Stunden keine Besserung eintritt, oder bei einer schnellen Progression, die Gabe von Tocilizumab wiederholen und die Dexamethason-Dosis erhöhen (20 mg i.v. alle 6 bis 12 Stunden).  Wenn innerhalb von 24 Stunden keine Besserung eintritt oder bei anhaltender schneller Progression auf Methylprednisolon 2 mg/kg i.v. alle 12 Stunden umstellen.  Nach 2 Dosen Tocilizumab alternative Antizytokin-Arzneimittel in Betracht ziehen. <sup>d</sup>  Tocilizumab auf maximal 3 Dosen in einem Zeitraum von 24 Stunden beschränken oder insgesamt maximal 4 Dosen geben.	Methylprednisolon 1 mg/kg zweimal täglich i.v. oder Dexamethason (z. B. 10 mg i.v. alle 6 Stunden).

CRS-Grad <sup>a</sup>	Tocilizumab <sup>b</sup>	Kortikosteroide <sup>f</sup>
<p><b>Grad 4</b></p> <p>Lebensbedrohliche Symptome. Beatmungsunterstützung, kontinuierliche venovenöse Hämodialyse (CVVHD) erforderlich.</p> <p>Temperatur <math>\geq 38^{\circ}\text{C}</math> mit:</p> <p>Hypotonie, die mehrere Vasopressoren (außer Vasopressin) erfordert, und/oder</p> <p>Hypoxie, die positiven Druck erfordert (z. B. CPAP, BiPAP, Intubation und mechanische Beatmung),</p> <p>oder</p> <p>Organtoxizität Grad 4 (außer Transaminitis).</p>	<p>Wie bei Grad 2</p> <p>Nach 2 Dosen Tocilizumab alternative Antizytokin-Arzneimittel in Betracht ziehen<sup>d</sup>. Tocilizumab auf maximal 3 Dosen in einem Zeitraum von 24 Stunden beschränken oder insgesamt maximal 4 Dosen geben.</p> <p>Wenn innerhalb von 24 Stunden keine Besserung eintritt, Methylprednisolon (1-2 g i.v., bei Bedarf alle 24 Stunden wiederholen; ausschleichen, falls klinisch indiziert) oder andere Immunsuppressiva (z. B. andere Anti-T-Zell-Therapien) in Betracht ziehen.</p>	<p>Dexamethason 20 mg i.v. alle 6 Stunden.</p>
<p><sup>a</sup> Basierend auf dem ASTCT 2019-System zur Einstufung des Schweregrads (Lee et al., 2019) in einer veränderten Fassung zur Berücksichtigung von Organtoxizität.</p> <p><sup>b</sup> Weitere Einzelheiten sind der Fachinformation von Tocilizumab zu entnehmen. Alternative Maßnahmen sind in Erwägung zu ziehen (siehe Abschnitte 4.2. und 4.4 der Fachinformation).</p> <p><sup>c</sup> Auf ein CRS zurückzuführen. Fieber muss nicht immer gleichzeitig mit Hypotonie oder Hypoxie auftreten, da es durch Interventionen wie Antipyretika oder Antizytokintherapie (z. B. Tocilizumab oder Steroide) maskiert werden kann. Das Nichtvorliegen von Fieber hat keinen Einfluss auf die Entscheidung hinsichtlich der Behandlung des CRS. In diesem Fall wird die Behandlung des CRS durch die Hypotonie und/oder Hypoxie und durch das schwerere Symptom bestimmt, das keiner anderen Ursache zuzuschreiben ist.</p> <p><sup>d</sup> Monoklonale Antikörper, die auf Zytokine abzielen (zum Beispiel Anti-IL 1, wie Anakinra), können in Abhängigkeit von der Praxis der jeweiligen Einrichtung bei nicht ansprechendem CRS in Betracht gezogen werden.</p> <p><sup>e</sup> Eine Low-Flow-Nasenkanüle entspricht <math>\leq 6</math> l/min, eine High-Flow-Nasenkanüle entspricht <math>&gt;6</math> l/min.</p> <p><sup>f</sup> Die Anwendung von Kortikosteroiden fortsetzen, bis das Ereignis mindestens bis auf Grad 1 zurückgegangen ist; Steroide ausschleichen, wenn die Kortikosteroid-Gesamtexposition mehr als 3 Tage beträgt.</p> <p>Abkürzungen: °C: Grad Celsius; Anti-IL 1: Interleukin-1-Antagonist; ASTCT: American Society for Transplantation and Cellular Therapy; BiPAP: Bilevel Positive Airway Pressure (biphasischer positiver Atemwegsdruck); CPAP: Continuous Positive Airway Pressure (kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck); CRS: Cytokine Release Syndrome (Zytokin-Freisetzungssyndrom); CVVHD: Continuous Venovenous Hemodialysis (kontinuierliche venovenöse Hämodialyse); i.v.: intravenös; kg: Kilogramm; l: Liter; mg: Milligramm; min: Minute; z. B.: zum Beispiel</p> <p>Quelle: (1)</p>		

### Neurologische Toxizitäten

Neurologische Toxizitäten treten nach einer Behandlung mit Carvykti<sup>®</sup> häufig auf und können tödlich oder lebensbedrohlich sein (siehe Abschnitt 4.8 der Fachinformation). Neurologische

Toxizitäten schließen Immuneffektorzell-assoziiertes Neurotoxizitätssyndrom (Immune effector cell-associated neurotoxicity syndrome, ICANS), Bewegungsstörungen und neurokognitive Toxizitäten (Movement and neurocognitive toxicity, MNT) mit Anzeichen und Symptomen von Parkinsonismus, Guillain Barré-Syndrom, periphere Neuropathien und Hirnnervenlähmungen ein. Die Patienten sollen auf die Anzeichen und Symptome dieser neurologischen Toxizitäten und das verzögerte Einsetzen einiger dieser Toxizitäten hingewiesen werden. Die Patienten sind anzuweisen, sofort ärztliche Hilfe für eine weitere Beurteilung und Behandlung in Anspruch zu nehmen, falls zu irgendeinem Zeitpunkt Anzeichen oder Symptome dieser neurologischen Toxizitäten auftreten.

#### *Immuneffektorzell-assoziiertes Neurotoxizitätssyndrom (ICANS)*

Bei Patienten, die Carvykti<sup>®</sup> erhalten, kann es nach der Behandlung mit Carvykti<sup>®</sup> zu einem tödlichen oder lebensbedrohlichen ICANS kommen, beispielsweise vor dem Auftreten eines CRS, gleichzeitig mit einem CRS, nach Abklingen eines CRS oder in Abwesenheit eines CRS. Zu den Symptomen gehörten Aphasie, verlangsamte Sprache, Dysgraphie, Enzephalopathie, Bewusstseinsintrübung und Verwirrtheit.

Bei Patienten mit hoher Tumorlast soll eine Verringerung der Ausgangslast mittels einer Bridging-Therapie vor der Infusion mit Carvykti<sup>®</sup> in Betracht gezogen werden, wodurch das Risiko der Entwicklung einer neurologischen Toxizität möglicherweise gesenkt wird (siehe Abschnitt 4.8 der Fachinformation). Die Patienten sollen für vier Wochen nach der Infusion auf Anzeichen oder Symptome eines ICANS überwacht werden. Bei den ersten Anzeichen eines ICANS muss der Patient sofort hinsichtlich einer stationären Krankenhausaufnahme untersucht werden, und unterstützende Maßnahmen sollen entsprechend den Angaben in untenstehender Tabelle 3-21 eingeleitet werden. Die frühzeitige Erkennung und aggressive Behandlung eines CRS oder ICANS kann entscheidend sein, um das Auftreten oder die Verstärkung neurologischer Toxizitäten zu verhindern. Patienten sind auch nach Abklingen eines CRS und/oder ICANS auf Anzeichen und Symptome neurologischer Toxizitäten zu überwachen.

#### *Behandlung einer neurologischen Toxizität in Verbindung mit Carvykti<sup>®</sup>*

Bei den ersten Anzeichen einer neurologischen Toxizität, einschließlich eines ICANS, muss eine neurologische Untersuchung in Betracht gezogen werden. Andere Ursachen für neurologische Symptome müssen ausgeschlossen werden. Bei schweren oder lebensbedrohlichen neurologischen Toxizitäten ist eine intensivmedizinische Versorgung und eine unterstützende Therapie bereitzustellen.

Bei Verdacht auf ein gleichzeitiges CRS während des Ereignisses einer neurologischen Toxizität folgenderweise behandeln:

- Kortikosteroide zur aggressiveren Intervention basierend auf dem Grad des CRS und der neurologischen Toxizität gemäß Tabelle 3-20 und Tabelle 3-21,
- Tocilizumab basierend auf dem Grad des CRS gemäß Tabelle 3-20,
- anfallshemmende Arzneimittel entsprechend der neurologischen Toxizität gemäß Tabelle 3-21

Tabelle 3-21: Vorgaben zur Behandlung eines ICANS

ICANS-Grad <sup>a</sup>	Kortikosteroide
<p><b>Grad 1</b></p> <p>ICE-Score 7-9<sup>b</sup></p> <p>oder getrübler Bewusstseinszustand: wacht spontan auf.</p>	<p>Dexamethason<sup>c</sup> 10 mg intravenös alle 6 bis 12 Stunden für 2 bis 3 Tage in Betracht ziehen.</p> <p>Nicht sedierende anfallshemmende Arzneimittel (z. B. Levetiracetam) zur Anfallsprophylaxe in Betracht ziehen.</p>
<p><b>Grad 2</b></p> <p>ICE-Score 3-6<sup>b</sup></p> <p>oder getrübler Bewusstseinszustand: wacht auf Ansprache auf.</p>	<p>Dexamethason<sup>c</sup> 10 mg intravenös alle 6 Stunden für 2-3 Tage oder länger bei anhaltenden Symptomen.</p> <p>Ausschleichen der Steroide in Betracht ziehen, wenn die Kortikosteroid-Gesamtexposition mehr als 3 Tage beträgt.</p> <p>Nicht sedierende anfallshemmende Arzneimittel (z. B. Levetiracetam) zur Anfallsprophylaxe in Betracht ziehen.</p>
<p><b>Grad 3</b></p> <p>ICE-Score 0-2<sup>b</sup> (wenn der ICE-Score 0 ist, der Patient aber aufweckbar ist (z. B. wach mit globaler Aphasie) und eine Bewertung durchführen kann)</p> <p>oder getrübler Bewusstseinszustand: erwacht nur bei taktiler Reizung,</p> <p>oder Krampfanfälle, entweder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• jeglicher klinische Krampfanfall, fokal oder generalisiert, der sich rasch zurückbildet, oder</li> <li>• nicht-convulsive Anfälle auf dem EEG, die bei Intervention abklingen,</li> </ul> <p>oder erhöhter Hirndruck: fokale/lokale Ödeme in der zerebralen Bildgebung<sup>d</sup>.</p>	<p>Dexamethason<sup>c</sup> 10-20 mg intravenös alle 6 Stunden.</p> <p>Wenn nach 48 Stunden keine Besserung oder eine Verschlechterung der neurologischen Toxizität eintritt, die Dosis von Dexamethason<sup>c</sup> auf mindestens 20 mg intravenös alle 6 Stunden erhöhen; innerhalb von 7 Tagen ausschleichen,</p> <p>ODER auf hochdosiertes Methylprednisolon eskalieren (1 g/Tag, bei Bedarf alle 24 Stunden wiederholen; ausschleichen, falls klinisch indiziert).</p> <p>Nicht sedierende anfallshemmende Arzneimittel (z. B. Levetiracetam) zur Anfallsprophylaxe in Betracht ziehen.</p>
<p><b>Grad 4</b></p> <p>ICE-Score 0<sup>b</sup> (Patient ist nicht aufweckbar und kann keine Bewertung der ICE durchführen)</p> <p>oder getrübler Bewusstseinszustand, entweder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• der Patient ist nicht aufweckbar oder benötigt starke oder sich wiederholende taktile Reize, um zu erwachen, oder</li> <li>• Stupor oder Koma,</li> </ul>	<p>Dexamethason<sup>c</sup> 10-20 mg intravenös alle 6 Stunden.</p> <p>Wenn nach 24 Stunden keine Besserung oder eine Verschlechterung der neurologischen Toxizität eintritt, auf hoch dosiertes Methylprednisolon eskalieren (1–2 g/Tag, bei Bedarf alle 24 Stunden wiederholen; ausschleichen, falls klinisch indiziert)</p> <p>Nicht sedierende anfallshemmende Arzneimittel (z. B. Levetiracetam) zur Anfallsprophylaxe in Betracht ziehen.</p>

ICANS-Grad <sup>a</sup>	Kortikosteroide
<p>oder Krampfanfälle, entweder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• lebensbedrohlicher, länger anhaltender Krampfanfall (&gt;5 Min.) oder</li> <li>• sich wiederholende klinische oder elektrische Anfälle ohne zwischenzeitliche Rückkehr zum Ausgangszustand</li> </ul> <p>oder motorische Befunde<sup>e</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tiefgreifende fokale motorische Schwäche wie Hemiparese oder Paraparese</li> </ul> <p>oder erhöhter Hirndruck/Hirnödem mit Anzeichen/Symptomen wie z. B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• diffuses Hirnödem in der zerebralen Bildgebung oder</li> <li>• dezerebrale oder dekortikale Körperhaltung oder</li> <li>• Lähmung des Hirnnervs VI oder</li> <li>• Papillenödem oder</li> <li>• Cushing-Triade</li> </ul>	<p>Bei Verdacht auf erhöhten Hirndruck/Hirnödem Hyperventilation und hyperosmolare Therapie erwägen. Hochdosierte Methylprednisolon (1-2 g/Tag, bei Bedarf alle 24 Stunden wiederholen; ausschleichen, falls klinisch indiziert) geben und eine neurologische und/oder neurochirurgische Konsultation in Betracht ziehen.</p>
<p>Hinweis: Der Grad des ICANS und dessen Behandlung werden durch das schwerste Ereignis bestimmt (ICE-Score, Bewusstseinsgrad, Krampfanfälle, motorische Befunde, erhöhter Hirndruck/Hirnödem), das keiner anderen Ursache zuzuschreiben ist.</p> <p><sup>a</sup> ASTCT 2019-Kriterien zur Einstufung des Grads einer neurologischen Toxizität (Lee et al., 2019).</p> <p><sup>b</sup> Ist der Patient aufweckbar und fähig, das Assessment der ICE durchzuführen, ist die Beurteilung wie in Tabelle 3-22 unten durchzuführen.</p> <p><sup>c</sup> Alle Hinweise auf die Anwendung von Dexamethason beziehen sich auf Dexamethason oder ein Äquivalent.</p> <p><sup>d</sup> Eine intrakranielle Hämorrhagie mit oder ohne begleitendes Ödem gilt nicht als Anzeichen für Neurotoxizität und ist von der Einstufung des Grads des ICANS ausgeschlossen. Die Gradeinstufung kann nach CTCAE v5.0 erfolgen.</p> <p><sup>e</sup> Der Grad von Tremor und Myoklonus im Zusammenhang mit Immuneffektorzelltherapien kann gemäß CTCAE v5.0 eingestuft werden, hat jedoch keinen Einfluss auf die Einstufung des Grads des ICANS.</p> <p>Abkürzungen: ASTCT: American Society for Transplantation and Cellular Therapy; CTCAE: Common Terminology Criteria for Adverse Events (Kriterien zur Erfassung unerwünschter Ereignisse); EEG: Elektroenzephalogramm; g: Gramm; ICANS: Immune Effector Cell-Associated Neurotoxicity Syndrome (Immuneffektorzell-assoziiertes Neurotoxizitätssyndrom); ICE: Immune Effector Cell-Associated Encephalopathy (Immuneffektorzell-assoziierte Enzephalopathie); i.v.: intravenös; mg: Milligramm; Min.: Minuten; z. B.: zum Beispiel.</p> <p>Quelle: (1)</p>	

Tabelle 3-22: Bewertung der Immuneffektorzell-assoziierten Enzephalopathie (ICE)

Instrument für die Bewertung der Immuneffektorzell-assoziierten Enzephalopathie (ICE) <sup>a</sup>	
	Punkte
<b>Orientierung:</b> Orientierung bezüglich Jahr, Monat, Stadt, Krankenhaus	4

<b>Instrument für die Bewertung der Immuneffektorzell-assoziierten Enzephalopathie (ICE)<sup>a</sup></b>	
<b>Benennen:</b> 3 Objekte benennen (z. B. auf Uhr, Stift, Knopf zeigen)	3
<b>Befolgen von Befehlen:</b> (z. B. „Zeigen Sie mir 2 Finger“ oder „Schließen Sie die Augen und strecken Sie die Zunge heraus“)	1
<b>Schreibfähigkeit:</b> Fähigkeit, einen Standardsatz zu schreiben	1
<b>Aufmerksamkeit:</b> Von 100 in Zehnerschritten rückwärts zählen	1
<p><sup>a</sup> Bewertung mit dem ICE-Instrument:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 Punkte: Keine Beeinträchtigung</li> <li>• 7–9 Punkte: ICANS Grad 1</li> <li>• 3–6 Punkte: ICANS Grad 2</li> <li>• 0–2 Punkte: ICANS Grad 3</li> <li>• 0 Punkte: Patient ist nicht aufweckbar und nicht imstande, die ICE-Bewertung durchzuführen: ICANS Grad 4</li> </ul> <p>Abkürzungen: ICANS: Immune Effector Cell-Associated Neurotoxicity Syndrome (Immuneffektorzell-assoziiertes Neurotoxizitätssyndrom); ICE: Immune Effector Cell-Associated Encephalopathy (Immuneffektorzell-assoziierte Enzephalopathie); z. B.: zum Beispiel. Quelle: (1)</p>	

### *Bewegungsstörungen und neurokognitive Toxizitäten mit Anzeichen und Symptomen von Parkinsonismus*

In Studien mit Carvykti<sup>®</sup> wurde über neurologische Bewegungsstörungen und neurokognitive Toxizitäten mit Anzeichen und Symptomen von Parkinsonismus berichtet. Es wurde eine Gruppe von Symptomen mit variablem Beginn beobachtet, die mehr als einen Symptombereich umfassten, einschließlich Bewegungsstörungen (z. B. Mikrographie, Tremor, Bradykinesie, Steifheit, gebeugte Haltung, schlurfender Gang), kognitiver Veränderungen (z. B. Gedächtnisverlust, Aufmerksamkeitsstörungen, Verwirrtheit), und Persönlichkeitsveränderungen (z. B. reduzierter Gesichtsausdruck, flacher Affekt, Maskengesicht, Apathie), die oft schleichend einsetzten (z. B. Mikrographie, flacher Affekt) und bei einigen Patienten bis zur Arbeitsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit führten. Die meisten dieser Patienten zeigten eine Kombination von zwei oder mehr Faktoren, wie z. B. eine hohe Tumorlast zum Ausgangszeitpunkt (Knochenmark-Plasmazellen  $\geq 80\%$  oder M-Spike im Serum  $\geq 5$  g/dl oder freie Leichtketten im Serum  $\geq 5$  000 mg/l), ein vorheriges CRS Grad 2 oder höher, ein vorheriges ICANS sowie eine starke Expansion und Persistenz der CAR-T-Zellen. Eine Behandlung mit Levodopa/Carbidopa (n = 4) führte bei diesen Patienten nicht zu einer Verbesserung der Symptomatik.

Die Patienten sollen auf Anzeichen und Symptome von Parkinsonismus überwacht werden, die möglicherweise verzögert auftreten, und mit unterstützenden Maßnahmen behandelt werden.



### *Guillan Barré-Syndrom*

Es wurde über das Auftreten von Guillain Barré-Syndrom (GBS) nach der Behandlung mit Carvykti® berichtet. Zu den berichteten Symptomen gehören solche, die mit der Miller-Fisher-Variante des GBS übereinstimmen, motorische Schwäche, Sprachstörungen und Polyradikuloneuritis (siehe Abschnitt 4.8 der Fachinformation).

Die Patienten sollen im Hinblick auf ein GBS überwacht werden. Patienten mit peripherer Neuropathie sollen hinsichtlich eines GBS untersucht werden. Je nach Schweregrad der Toxizität soll eine Behandlung mit intravenösem Immunglobulin (IVIG) und eine Intensivierung der Behandlung durch Plasmapherese in Betracht gezogen werden.

### *Periphere Neuropathie*

In Studien mit Carvykti® wurde über das Auftreten von peripherer Neuropathie, einschließlich sensorischer, motorischer oder sensomotorischer Neuropathie, berichtet.

Patienten sollen auf Anzeichen und Symptome peripherer Neuropathien überwacht werden. Je nach Schwere und Fortschreiten der Anzeichen und Symptome soll ein kurzer Zyklus mit systemischen Kortikosteroiden zur Behandlung in Betracht gezogen werden.

### *Hirnnervenlähmungen*

In Studien mit Carvykti® wurde über das Auftreten von Lähmungen des 7., 3., 5. und 6. Hirnnervs, mitunter bilateral, eine Verschlechterung der Hirnnervenlähmung nach Besserung und das Auftreten einer peripheren Neuropathie bei Patienten mit Hirnnervenlähmung berichtet.

Die Patienten sollen hinsichtlich Anzeichen und Symptomen von Hirnnervenlähmungen überwacht werden. Je nach Schweregrad und Fortschreiten der Anzeichen und Symptome soll ein kurzer Zyklus mit systemischen Kortikosteroiden zur Behandlung in Betracht gezogen werden.

### *Anhaltende und rezidivierende Zytopenien*

Nach der lymphozytendepletierenden Chemotherapie und der Infusion von Carvykti® kann es bei Patienten über mehrere Wochen hinweg zu Zytopenien kommen und diese sind gemäß den lokalen Leitlinien zu behandeln. In Studien mit Carvykti® traten bei fast allen Patienten eine oder mehrere zytopenische Nebenwirkungen Grad 3 oder 4 auf. Bei den meisten Patienten betrug die mediane Dauer von der Infusion bis zum ersten Auftreten einer Zytopenie Grad 3 oder 4 weniger als zwei Wochen, wobei es bei der Mehrzahl der Patienten bis Tag 30 zur Erholung auf Grad 2 oder niedriger kam (siehe Abschnitt 4.8 der Fachinformation).

Die Blutwerte müssen vor und nach der Carvykti®-Infusion überwacht werden. Bei einer Thrombozytopenie sollen unterstützende Maßnahmen mit Transfusionen in Betracht gezogen werden. Eine länger andauernde Neutropenie ist mit einem erhöhten Infektionsrisiko verbunden. Die Anwendung von myeloischen Wachstumsfaktoren, insbesondere GM-CSF, kann zu einer Verschlechterung der CRS-Symptome führen und wird daher in den ersten 3 Wochen nach der Carvykti®-Infusion oder bis zum Abklingen eines CRS nicht empfohlen.

***Schwerwiegende Infektionen und febrile Neuropathie***

Schwerwiegende Infektionen, einschließlich lebensbedrohlicher und tödlicher Infektionen, traten bei Patienten nach der Infusion von Carvykti® auf (siehe Abschnitt 4.8 der Fachinformation).

Patienten sollen vor und während der Behandlung mit Carvykti® auf Anzeichen und Symptome einer Infektion überwacht und entsprechend behandelt werden. Prophylaktische Antimikrobiotika sollen entsprechend den lokalen Leitlinien gegeben werden. Es ist bekannt, dass Infektionen den Verlauf und die Behandlung eines gleichzeitig auftretenden CRS erschweren können. Bei Patienten mit einer klinisch relevanten aktiven Infektion darf die Behandlung mit Carvykti® erst eingeleitet werden, wenn die Infektion unter Kontrolle ist.

Im Falle einer febrilen Neutropenie muss die Infektion beurteilt und je nach medizinischer Indikation entsprechend mit Breitbandantibiotika, Flüssigkeitszufuhr und anderen unterstützenden Maßnahmen behandelt werden.

Bei Patienten, die mit Carvykti® behandelt werden, besteht möglicherweise ein erhöhtes Risiko für schwere/tödliche COVID-19-Infektionen. Die Patienten sollen über die Wichtigkeit von Präventionsmaßnahmen aufgeklärt werden.

***Reaktivierung von Viren***

Bei Patienten, die mit gegen B-Zellen gerichteten Arzneimitteln behandelt werden, kann eine HBV-Reaktivierung auftreten, die in einigen Fällen zu fulminanter Hepatitis, Leberversagen und Tod führen kann.

Es liegen aktuell keine Erfahrungen mit der Herstellung von Carvykti® für Patienten mit positiver Testung auf HIV-, aktive HBV- oder aktive HCV-Infektion vor. Das Screening auf HBV, HCV und HIV sowie auf andere infektiöse Erreger muss vor der Entnahme von Zellen für die Herstellung durchgeführt werden (siehe Abschnitt 4.2 der Fachinformation).

***Hypogammaglobulinämie***

Bei Patienten, die Carvykti® erhalten, kann eine Hypogammaglobulinämie auftreten.

Nach der Behandlung mit Carvykti® müssen die Immunglobulinspiegel überwacht werden; bei IgG <400 mg/dl soll IVIG gegeben werden. Die Behandlung soll gemäß den Standardleitlinien erfolgen, u. a. durch eine antibiotische oder antivirale Prophylaxe und Überwachung auf Infektionen.

***Sekundäre Malignome einschließlich mit T-Zell-Ursprung***

Patienten, die mit Carvykti® behandelt werden, können sekundäre Malignome entwickeln. T-Zell-Malignome wurden nach der Behandlung von hämatologischen Malignomen mit einer auf BCMA oder CD19 gerichteten CAR-T-Zell-Therapie, einschließlich Carvykti® berichtet. T-Zell-Malignome, einschließlich CAR-positiver Malignome, wurden innerhalb von Wochen und bis zu mehreren Jahren nach der Verabreichung einer auf CD19 oder BCMA gerichtete CAR-T-Zell-Therapie, berichtet. Es ist zu Todesfällen gekommen. Die Patienten müssen lebenslang

auf sekundäre Malignome überwacht werden. Für den Fall, dass ein sekundäres Malignom auftritt, soll das Unternehmen kontaktiert werden, um Anweisungen zur Entnahme von Patientenproben für eine Untersuchung zu erhalten.

### ***Interferenz mit virologischen Tests***

Aufgrund begrenzter und kurzer Abschnitte identischer genetischer Informationen zwischen dem zur Herstellung von Carvykti® verwendeten lentiviralen Vektor und HIV kann das Ergebnis in einigen HIV-Nukleinsäuretests (Nucleic Acid Test, NAT) falschpositiv ausfallen.

### ***Spende von Blut, Organen, Geweben und Zellen***

Patienten, die mit Carvykti® behandelt werden, dürfen kein Blut, keine Organe, kein Gewebe und keine Zellen für eine Transplantation spenden. Diese Informationen sind in der Patientenkarte enthalten, die den Patienten nach der Behandlung ausgehändigt werden muss.

### ***Überempfindlichkeitsreaktionen***

Bei der Infusion von Carvykti® können allergische Reaktionen auftreten. Schwerwiegende Überempfindlichkeitsreaktionen, einschließlich Anaphylaxie, können auf Dimethylsulfoxid (DMSO) oder auf Kanamycin-Rückstände in Carvykti® zurückzuführen sein. Die Patienten sollen nach der Infusion 2 Stunden lang sorgfältig auf Anzeichen und Symptome einer schweren Reaktion überwacht werden. Die Patienten sind umgehend und der Schwere der Überempfindlichkeitsreaktion entsprechend zu behandeln.

### ***Langzeitnachbeobachtung***

Die Patienten werden voraussichtlich in einem Register aufgenommen und nachbeobachtet, um die langfristige Sicherheit und Wirksamkeit von Carvykti® genauer zu beschreiben.

### **Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen**

Es wurden keine pharmakokinetischen oder pharmakodynamischen Studien zur Erfassung von Wechselwirkungen mit Carvykti® durchgeführt.

Die gleichzeitige Anwendung von Wirkstoffen, von denen bekannt ist, dass sie die Funktion von T-Zellen hemmen, wurde formell nicht untersucht. Die gleichzeitige Anwendung von Wirkstoffen, von denen bekannt ist, dass sie die Funktion von T-Zellen stimulieren, wurde nicht untersucht und die Auswirkungen sind nicht bekannt.

In den klinischen Studien mit Carvykti® benötigten einige Patienten Tocilizumab, Kortikosteroide und/oder Anakinra zur Behandlung eines CRS. Carvykti® expandiert und persistiert nach der Anwendung von Tocilizumab weiter. In der Studie MMY2001 waren bei mit Tocilizumab behandelten Patienten (n = 68)  $C_{\max}$  und  $AUC_{0-28d}$  von Carvykti® um 81% bzw. 72% höher als bei Patienten (n = 29), die kein Tocilizumab erhielten. Bei Patienten, die Kortikosteroide erhielten (n = 28), waren die  $C_{\max}$  und  $AUC_{0-28d}$  um 75% bzw. 112% höher als bei Patienten, die keine Kortikosteroide erhielten (n = 69). Darüber hinaus wiesen Patienten, die Anakinra erhielten (n = 20), eine um 41% bzw. 72% höhere  $C_{\max}$  und  $AUC_{0-28d}$  auf als Patienten, die kein Anakinra erhielten (n = 77). In der Studie MMY3002 waren die Ergebnisse

im Zusammenhang mit Tocilizumab und Kortikosteroiden übereinstimmend mit denen in der Studie MMY2001.

### ***Lebendimpfstoffe***

Die Sicherheit einer Immunisierung mit viralen Lebendimpfstoffen während oder nach der Behandlung mit Carvykti® wurde nicht untersucht. Als Vorsichtsmaßnahme wird für mindestens 6 Wochen vor Beginn der Chemotherapie zur Lymphozytendepletion, während der Behandlung mit Carvykti® und bis zur immunologischen Wiederherstellung nach der Behandlung mit Carvykti® eine Impfung mit Lebendimpfstoffen nicht empfohlen.

### **Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit**

#### ***Frauen im gebärfähigen Alter/Empfängnisverhütung bei Männern und Frauen***

Der Schwangerschaftsstatus von Frauen im gebärfähigen Alter muss vor Beginn der Behandlung mit Carvykti® abgeklärt werden.

Es liegen keine ausreichenden Daten zur Exposition vor, um eine Empfehlung für die Dauer der Empfängnisverhütung nach der Behandlung mit Carvykti® zu geben.

In klinischen Studien wurde Patientinnen im gebärfähigen Alter geraten, eine hochwirksame Methode zur Empfängnisverhütung anzuwenden. Männliche Patienten mit Partnerinnen im gebärfähigen Alter oder deren Partnerinnen schwanger waren, wurden angewiesen, bis zu einem Jahr nach Erhalt von Carvykti® eine Barrieremethode zur Empfängnisverhütung anzuwenden.

Informationen zur Notwendigkeit einer Empfängnisverhütung bei Patientinnen und Patienten, die eine lymphozytendepletierende Chemotherapie erhalten, können Sie den Fachinformationen der Chemotherapeutika zur Lymphozytendepletion entnehmen.

#### ***Schwangerschaft***

Es liegen keine Erfahrungen mit der Anwendung von Carvykti® bei Schwangeren vor. Es liegen keine tierexperimentellen Studien zu Carvykti® in Bezug auf eine Reproduktions- und Entwicklungstoxizität vor. Es ist nicht bekannt, ob Carvykti® das Potenzial besitzt, auf den Fetus überzugehen und eine fetale Toxizität verursacht.

Daher wird Carvykti® nicht für Schwangere oder für Frauen im gebärfähigen Alter, die keine Verhütungsmethode anwenden, empfohlen. Schwangere sind darauf hinzuweisen, dass möglicherweise ein Risiko für den Fetus besteht. Eine Schwangerschaft nach einer Therapie mit Carvykti® ist mit dem behandelnden Arzt zu besprechen.

Schwangere, die mit Carvykti® behandelt wurden, können eine Hypogammaglobulinämie haben. Die Bestimmung der Immunglobulinspiegel bei Neugeborenen von mit Carvykti® behandelten Müttern soll in Betracht gezogen werden.

**Stillzeit**

Es ist nicht bekannt, ob Carvykti® in die Muttermilch übergeht. Stillende Frauen sollen auf das mögliche Risiko für den gestillten Säugling hingewiesen werden.

Nach der Anwendung von Carvykti® muss die Entscheidung, ob gestillt werden soll, mit dem behandelnden Arzt besprochen werden.

**Fertilität**

Es liegen keine Daten zur Wirkung von Carvykti® auf die Fertilität vor. Die Auswirkungen von Carvykti® auf die männliche oder weibliche Fertilität wurde in tierexperimentellen Studien nicht untersucht (siehe Abschnitt 5.3 der Fachinformation).

**Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen**

Carvykti® hat großen Einfluss auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen.

Aufgrund des Potenzials für neurologische Ereignisse besteht bei Patienten, die Carvykti® erhalten, in den ersten 8 Wochen nach der Carvykti®-Infusion das Risiko eines getrübbten Bewusstseinszustands oder verminderter Koordination (siehe Abschnitt 4.4 der Fachinformation). Patienten müssen darauf hingewiesen werden, dass sie in dieser ersten Phase und bei einem erneuten Auftreten neurologischer Symptome nicht Auto fahren und keine gefährlichen Arbeiten oder Tätigkeiten durchführen dürfen, wie z. B. das Bedienen schwerer oder potenziell gefährlicher Maschinen.

**Nebenwirkungen****Zusammenfassung des Sicherheitsprofils**

Die Sicherheit von Carvykti® wurde bei 396 erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom, die Carvykti® als Infusion erhielten, in drei offenen klinischen Studien bewertet: Studie MMY2001 (N = 106), die Patienten aus der Hauptkohorte der Phase Ib/II (Vereinigte Staaten; n = 97) und einer zusätzlichen Kohorte (Japan; n = 9) umfasste, Phase II-Studie MMY2003 (N = 94) und Phase III-Studie MMY3002 (N = 196).

Die häufigsten Nebenwirkungen von Carvykti® ( $\geq 20\%$ ) waren Neutropenie (89%), Fieber (84%), CRS (83%), Thrombozytopenie (60%), Anämie (60%), Schmerzen des Muskel- und Skelettsystems (38%), Ermüdung (35%), Lymphopenie (34%), Leukopenie (33%), Hypotonie (33%), Diarrhoe (31%), Infektion der oberen Atemwege (30%), Hypogammaglobulinämie (29%), Transaminasenerhöhung (25%), Kopfschmerzen (24%), Übelkeit (23%) und Husten (21%).

Schwerwiegende Nebenwirkungen traten bei 41% der Patienten auf; schwerwiegende Nebenwirkungen, die bei  $\geq 2\%$  der Patienten gemeldet wurden, waren CRS (11%), Pneumonie (7%), Sepsis (5%), Virusinfektion (4%), Neutropenie (4%), Hirnnervenlähmungen (4%), ICANS (4%), Enzephalopathie (3%), bakterielle Infektionen (2%), Infektion der oberen

Atemwege (2%), Gastroenteritis (2%), febrile Neutropenie (2%), Thrombozytopenie (2%), hämophagozytische Lymphohistiozytose (2%), motorische Funktionsstörung (2%), Dyspnoe (2%), Diarrhoe (2%) und Nierenversagen (2%).

Die häufigsten ( $\geq 5\%$ ) nicht-hämatologischen Nebenwirkungen Grad  $\geq 3$  waren Transaminasenerhöhung (11%), Pneumonie (9%), febrile Neutropenie (8%), Sepsis (7%), erhöhte Gamma-Glutamyltransferase (6%), Hypotonie (6%), Fieber (6%), bakterielle Infektion (5%) und Hypogammaglobulinämie (5%).

Die häufigsten ( $\geq 20\%$ ) hämatologischen Nebenwirkungen Grad  $\geq 3$  waren Neutropenie (88%), Thrombozytopenie (44%), Anämie (44%), Lymphopenie (33%) und Leukopenie (32%).

### **Tabellarische Auflistung der Nebenwirkungen**

In Tabelle 3-23 sind die Nebenwirkungen zusammengefasst, die bei Patienten, die Carvykti® erhielten, auftraten.

Innerhalb jeder Systemorganklasse sind die Nebenwirkungen nach Häufigkeit aufgeführt. Innerhalb jeder Häufigkeitsgruppe werden die Nebenwirkungen, falls relevant, nach abnehmendem Schweregrad angegeben, basierend auf folgender Konvention: sehr häufig ( $\geq 1/10$ ); häufig ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/10$ ); gelegentlich ( $\geq 1/1\,000$ ,  $< 1/100$ ); selten ( $\geq 1/10\,000$ ,  $< 1/1\,000$ ); sehr selten ( $< 1/10\,000$ ); nicht bekannt (Häufigkeit auf Grundlage der verfügbaren Daten nicht abschätzbar).

Tabelle 3-23: Nebenwirkungen bei Patienten mit Multiplem Myelom, die mit Carvykti® behandelt wurden (N = 396)

Systemorganklasse	Häufigkeit	Nebenwirkung	Inzidenz (%)	
			Alle Grade	Grad $\geq 3$
<b>Infektionen und parasitäre Erkrankungen</b>	Sehr häufig	Bakterielle Infektion <sup>*#</sup>	13	5
		Infektion der oberen Atemwege <sup>*</sup>	30	2
		Virusinfektion <sup>*</sup>	17	4
		Pneumonie <sup>*#</sup>	12	9
	Häufig	Sepsis <sup>1#</sup>	9	7
		Gastroenteritis <sup>2</sup>	6	1
		Harnwegsinfektion <sup>3</sup>	5	1
Pilzinfektion <sup>*</sup>		3	<1	
<b>Erkrankungen des Blutes und des Lymphsystems</b>	Sehr häufig	Neutropenie <sup>*</sup>	89	88
		Thrombozytopenie	60	44
		Anämie <sup>4</sup>	60	44
		Leukopenie	33	32
		Lymphopenie	34	33
		Koagulopathie <sup>5</sup>	12	3

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Systemorganklasse	Häufigkeit	Nebenwirkung	Inzidenz (%)	
			Alle Grade	Grad $\geq 3$
	Häufig	Febrile Neutropenie	8	8
		Lymphozytose <sup>6</sup>	3	1
<b>Erkrankungen des Immunsystems</b>	Sehr häufig	Hypogammaglobulinämie <sup>*</sup>	29	5
		Zytokin-Freisetzungssyndrom <sup>#</sup>	83	4
	Häufig	Hämophagozytische Lymphohistiozytose <sup>#</sup>	3	2
<b>Stoffwechsel- und Ernährungsstörungen</b>	Sehr häufig	Hypokalzämie	16	3
		Hypophosphatämie	17	4
		Appetit vermindert	15	1
		Hypokaliämie	17	2
		Hypoalbuminämie	11	<1
		Hyponatriämie	10	2
		Hypomagnesiämie	12	<1
<b>Psychiatrische Erkrankungen</b>	Häufig	Delirium <sup>8</sup>	3	<1
		Persönlichkeitsveränderung <sup>9</sup>	3	1
<b>Erkrankungen des Nervensystems</b>	Sehr häufig	Enzephalopathie <sup>10#</sup>	10	2
		Immuneffektorzell-assoziiertes Neurotoxizitätssyndrom <sup>#</sup>	11	2
		Motorische Funktionsstörung <sup>11</sup>	13	2
		Schwindelgefühl <sup>*</sup>	13	1
		Kopfschmerzen	24	0
		Schlafstörung <sup>12</sup>	10	1
	Häufig	Aphasie <sup>13</sup>	5	<1
		Hirnnervenlähmungen <sup>14</sup>	7	1
		Parese <sup>15</sup>	1	<1
		Ataxie <sup>16</sup>	4	<1
		Tremor <sup>*</sup>	5	<1
		Neurotoxizität <sup>#</sup>	1	1
	Gelegentlich	Periphere Neuropathie <sup>17</sup>	7	1
<b>Herzerkrankungen</b>	Sehr häufig	Guillain-Barré-Syndrom	<1	<1
	Häufig	Tachykardie <sup>*</sup>	13	1
<b>Gefäßerkrankungen</b>	Sehr häufig	Herzrhythmusstörungen <sup>18</sup>	4	2
		Hypotonie <sup>*</sup>	33	6
		Hypertonie	11	4
		Blutung <sup>19#</sup>	10	2

Vergleichstherapie, Patienten mit therap. bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten, qualitätsgesicherte Anwendung

Systemorganklasse	Häufigkeit	Nebenwirkung	Inzidenz (%)	
			Alle Grade	Grad $\geq 3$
	Häufig	Thrombose*	4	1
		Kapillarlecksyndrom	1	0
<b>Erkrankungen der Atemwege, des Brustraums und Mediastinums</b>	Sehr häufig	Hypoxie*	13	4
		Dyspnoe <sup>20#</sup>	14	3
		Husten*	21	0
<b>Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts</b>	Sehr häufig	Diarrhoe <sup>21</sup>	31	3
		Übelkeit	23	<1
		Erbrechen	12	0
		Obstipation	15	0
	Häufig	Abdominalschmerz*	8	0
<b>Leber- und Gallenerkrankungen</b>	Häufig	Hyperbilirubinämie	3	1
<b>Erkrankungen der Haut und des Unterhautgewebes</b>	Häufig	Hautausschlag*	9	0
<b>Skelettmuskulatur-, Bindegewebs- und Knochenkrankungen</b>	Sehr häufig	Schmerzen des Muskel- und Skelettsystems*	38	3
<b>Erkrankungen der Nieren und Harnwege</b>	Häufig	Nierenversagen <sup>22</sup>	6	4
<b>Allgemeine Erkrankungen und Beschwerden am Verabreichungsort</b>	Sehr häufig	Fieber	84	6
		Fatigue*	35	4
		Schüttelfrost	14	0
		Ödem <sup>23</sup>	16	1
		Schmerzen*	11	1
<b>Untersuchungen</b>	Sehr häufig	Transaminasenerhöhung*	25	11
		Gamma-Glutamyltransferase erhöht	10	6
	Häufig	C-reaktives Protein erhöht	7	1
		Alkalische Phosphatase im Blut erhöht	8	3
Nebenwirkungen werden gemäß MedDRA Version 25.0 gemeldet.				
# Umfasst auch tödlichen Verlauf/tödliche Verläufe.				
* Basiert auf einer Gruppierung von Begriffen.				
<sup>1</sup> Sepsis schließt Bakteriämie, bakterielle Sepsis, Candida-Sepsis, produktbedingte Bakteriämie, Enterokokken-Bakteriämie, Hämophilus-Sepsis, neutropenische Sepsis, pseudomonale Bakteriämie, pseudomonale Sepsis, Sepsis, septischen Schock, Staphylokokken-Bakteriämie, Streptokokken-Sepsis, systemische Candidose und Urosepsis ein.				



Systemorganklasse	Häufigkeit	Nebenwirkung	Inzidenz (%)	
			Alle Grade	Grad $\geq 3$
2		Gastroenteritis schließt bakterielle Enterokolitis, infektiöse Enterokolitis, virale Enterokolitis, Enterovirus-Infektion, Gastroenteritis, Kryptosporidiose, Rotavirus-Gastroenteritis, Salmonellen-Gastroenteritis, virale Gastroenteritis, Magen-Darm-Infektion und Dickdarminfektion ein.		
3		Harnwegsinfektion schließt Zystitis, Escherichia-Harnwegsinfektion, Harnwegsinfektion, bakterielle Harnwegsinfektion und virale Harnwegsinfektion ein.		
4		Anämie schließt Anämie und Eisenmangelanämie ein.		
5		Koagulopathie schließt verlängerte aktivierte partielle Thromboplastinzeit, verringerten Blutfibrinogenwert, abnormalen Gerinnungstest, Koagulopathie, disseminierte intravasale Gerinnung, Hypofibrinogenämie, erhöhten INR-Wert, erhöhten Prothrombinspiegel und verlängerte Prothrombinzeit ein.		
6		Lymphozytose schließt erhöhte Lymphozytenzahl und Lymphozytose ein.		
7		Hyperferritinämie schließt Hyperferritinämie und erhöhten Serumferritinwert ein.		
8		Delirium schließt Agitiertheit, Delirium, Desorientiertheit, euphorische Stimmung, Halluzination, Reizbarkeit und Unruhe ein.		
9		Persönlichkeitsveränderung schließt flachen Affekt, Gleichgültigkeit, Persönlichkeitsveränderung und verminderte Mimik ein.		
10		Enzephalopathie schließt Amnesie, Bradyphrenie, Verwirrheitszustand, getrübbten Bewusstseinszustand, Aufmerksamkeitsstörungen, Enzephalopathie, Lethargie, Gedächtnisbeeinträchtigung, geistige Beeinträchtigung, Veränderung des Geisteszustands, psychomotorische Verlangsamung und langsame Reaktion auf Stimuli ein.		
11		Motorische Funktionsstörung schließt Agraphie, Dysgraphie, Ptosis der Augenlider, Mikrographie, motorische Funktionsstörung, Muskelrigidität, Muskelkrämpfe, Muskelverspannungen, Muskelschwäche, Myoklonus und Parkinsonismus ein.		
12		Schlafstörung schließt Hypersomnie, Insomnie, Schlafstörung und Somnolenz ein.		
13		Aphasie schließt Aphasie, Dysarthrie, langsame Sprache und Sprachstörung ein.		
14		Hirnnervenlähmungen schließt Bell-Lähmung, Hirnnervenlähmung, Gesichtsnervenstörung, vollständige Gesichtslähmung, unvollständige Gesichtslähmung, Lähmung des III. Hirnnervs, Trigeminus-Lähmung und Lähmung des VI. Hirnnervs ein.		
15		Parese schließt Hemiparese, Parese und Lähmung des Nervus peroneus ein.		
16		Ataxie schließt Ataxie, Gleichgewichtsstörung, Dysmetrie und Gangstörung ein.		
17		Periphere Neuropathie schließt periphere Neuropathie, periphere motorische Neuropathie, periphere sensomotorische Neuropathie, periphere sensorische Neuropathie und Polyneuropathie ein.		
18		Herzrhythmusstörungen schließt Vorhofflimmern, Vorhofflattern, atrioventrikulärer Block zweiten Grades, supraventrikuläre Tachykardie, ventrikuläre Extrasystolen und ventrikuläre Tachykardie ein.		
19		Blutung schließt Blutung an der Katheterstelle, Hirnblutung, Bindehautblutung, Kontusion, Epistaxis, Augenprellung, Hämatemesis, Hämatochezie, Hämatom, Hämaturie, Hämoptyse, Blutung im unteren Magen-Darm-Trakt, Lungenblutung, Netzhautblutung, retroperitoneale Blutung, Subarachnoidalblutung und subdurales Hämatom ein.		
20		Dyspnoe schließt akute respiratorische Insuffizienz, Dyspnoe, Belastungsdyspnoe, respiratorische Insuffizienz, Tachypnoe und Giemen ein.		
21		Diarrhoe schließt Kolitis und Diarrhoe ein.		
22		Nierenversagen schließt akute Nierenschädigung, erhöhten Kreatinin-Wert im Blut, chronische Nierenerkrankung, Nierenversagen und Niereninsuffizienz ein.		
23		Ödem schließt Gesichtsoedem, Flüssigkeitseinlagerung, generalisiertes Ödem, Hypervolämie, lokalisiertes Ödem, Ödem, peripheres Ödem, Gaumenödem, periorbitales Ödem, periphere Schwellung, Lungenstauung und Lungenödem ein.		
Abkürzungen: MedDRA: Medical Dictionary for Regulatory Activities (Medizinisches Wörterbuch für Aktivitäten im Rahmen der Arzneimittelzulassung); INR: International Normalized Ratio.				
Quelle: (1)				

Von den 196 Patienten in der Studie MMY3002 entwickelten 20 Patienten mit erhöhtem Erkrankungsrisiko unter einer Bridging-Therapie vor der Infusion mit Carvykti® eine frühe und

schnelle Progression und erhielten Carvykti® als Anschlussstherapie (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). Bei diesen Patienten wurde bei einem Patienten (5%) über ein MNT mit niedrigem Schweregrad (Grad 1 oder 2) berichtet. CRS Grad 3 und 4 wurde mit einer höheren Rate (25%) gemeldet, einschließlich CRS-Ereignissen mit HLH (10%) oder DIC (10%) als erschwerende Komplikationen. ICANS wurde mit einer höheren Rate (35%) und mit einem höheren Schweregrad (10%) für Grad 3 gemeldet. Fünf Patienten starben an tödlichen Ereignissen im Zusammenhang mit Carvykti® (2 Patienten aufgrund von Blutungen im Zusammenhang mit HLH oder DIC und 3 Patienten aufgrund tödlich verlaufener Infektionen).

### ***Beschreibung von ausgewählten Nebenwirkungen***

#### *Zytokin-Freisetzungssyndrom*

Ein CRS wurde bei 83% der Patienten (n = 330) gemeldet; 79% (n = 314) der Patienten hatten CRS-Ereignisse Grad 1 oder Grad 2, 4% (n = 15) der Patienten hatten CRS-Ereignisse Grad 3 oder Grad 4 und <1% (n = 1) der Patienten hatten ein CRS-Ereignis Grad 5. Achtundneunzig Prozent der Patienten (n = 323) erholten sich vom CRS. Die Dauer des CRS betrug bei fast allen Patienten ≤18 Tage, mit Ausnahme eines Patienten, der eine CRS-Dauer von 97 Tagen aufwies. Bei diesem Patienten trat mit einer sekundären HLH mit anschließendem tödlichen Ausgang eine zusätzliche Komplikation auf. Zu den häufigsten (≥10%) mit CRS im Zusammenhang stehenden Anzeichen oder Symptomen gehörten Fieber (81%), Hypotonie (28%), erhöhte Aspartataminotransferase (AST) (12%) und Hypoxie (10%). Siehe Abschnitt 4.4 der Fachinformation für Hinweise zur Überwachung und Behandlung.

#### *Neurologische Toxizitäten*

Neurologische Toxizitäten wurden bei 23% der Patienten (n = 89) gemeldet; 5% (n = 21) der Patienten hatten eine neurologische Toxizität Grad 3 oder Grad 4 und 1% (n = 3) der Patienten hatten eine neurologische Toxizität Grad 5 (einer aufgrund von ICANS, einer aufgrund neurologischer Toxizität mit fortdauerndem Parkinsonismus und einer aufgrund von Enzephalopathie). Darüber hinaus hatten elf Patienten einen tödlichen Verlauf mit anhaltender neurologischer Toxizität zum Todeszeitpunkt; acht Todesfälle waren auf eine Infektion zurückzuführen (darunter zwei Todesfälle bei Patienten mit anhaltenden Anzeichen und Symptomen von Parkinsonismus, wie unten beschrieben) und je ein Todesfall war auf respiratorische Insuffizienz, Herz-Kreislauf-Stillstand und intraparenchymale Blutung zurückzuführen. Siehe Abschnitt 4.4 der Fachinformation für Empfehlungen zur Überwachung und Behandlung.

#### *Immuneffektorzell-assoziiertes Neurotoxizitätssyndrom (ICANS)*

In den gepoolten Studien (N = 396) trat bei 11% der Patienten (n = 45) ein ICANS auf, wobei es bei 2% (n = 7) zu einem ICANS Grad 3 oder 4 und bei <1% (n = 1) zu einem ICANS Grad 5 kam. Die Symptome schlossen Aphasie, langsame Sprache, Dysgraphie, Enzephalopathie, getrübbten Bewusstseinszustand und Verwirrheitszustand ein. Die mediane Zeit von der Carvykti®-Infusion bis zum ersten Auftreten des ICANS betrug 8 Tage (Spanne: 2 bis 15 Tage, außer bei 1 Patienten mit Beginn nach 26 Tagen) und die mediane Dauer betrug

3 Tage (Spanne: 1 bis 29 Tage, außer bei 1 Patienten mit später tödlichem Verlauf nach 40 Tagen).

#### *Bewegungsstörungen und neurokognitive Toxizität mit Anzeichen und Symptomen von Parkinsonismus*

Von den 89 Patienten in den gepoolten Studien (N = 396), bei denen eine beliebige Neurotoxizität auftrat, wiesen neun männliche Patienten eine neurologische Toxizität mit mehreren Anzeichen und Symptomen von Parkinsonismus auf, die sich von denen eines ICANS unterschieden. Die maximalen Toxizitätsgrade bei Parkinsonismus waren: Grad 1 (n = 1), Grad 2 (n = 2), Grad 3 (n = 6). Der mediane Beginn des Parkinsonismus betrug 38,0 Tage (Spanne: 14 bis 914 Tage) nach der Infusion von Carvykti®. Ein Patient (Grad 3) mit anhaltendem Parkinsonismus verstarb 247 Tage nach der Gabe von Carvykti® an neurologischer Toxizität, und zwei Patienten (Grad 2 und Grad 3) mit anhaltendem Parkinsonismus verstarben 162 bzw. 119 Tage nach Gabe von Carvykti® aus infektiösen Ursachen. Ein Patient erholte sich wieder (Grad 3). Bei den verbleibenden 5 Patienten waren die Symptome des Parkinsonismus bis zu 996 Tage nach der Gabe von Carvykti® anhaltend. Alle 9 Patienten hatten zuvor ein CRS (n = 1 Grad 1; n = 6 Grad 2; n = 1 Grad 3; n = 1 Grad 4), 6 von 9 Patienten hatten zuvor ein ICANS (n = 5 Grad 1; n = 1 Grad 3).

#### *Guillain Barré-Syndrom*

In den gepoolten Studien (N = 396) wurde bei einem Patienten nach der Behandlung mit Carvykti® über GBS berichtet. Obwohl sich die GBS-Symptome nach der Behandlung mit Steroiden und IVIG besserten, verstarb der Patient 139 Tage nach der Gabe von Carvykti® aufgrund einer Enzephalopathie nach Gastroenteritis mit anhaltenden GBS-Symptomen.

#### *Periphere Neuropathie*

In den gepoolten Studien (N = 396) entwickelten 27 Patienten eine periphere Neuropathie, die sich als sensorische, motorische oder sensomotorische Neuropathie äußerte. Die mediane Zeit bis zum Auftreten der Symptome betrug 57 Tage (Spanne: 1 bis 914 Tage), die mediane Dauer der peripheren Neuropathien betrug 140 Tage (Spanne: 1 bis 766 Tage), einschließlich derjenigen mit anhaltender Neuropathie. Von diesen 27 Patienten hatten 5 eine periphere Neuropathie Grad 3 oder Grad 4 (die bei 1 Patient ohne Angaben zur Behandlung zurückging und bei den anderen 4 Patienten andauerte; darunter war ein Patient, dessen Zustand sich nach Behandlung mit Dexamethason besserte). Bei den verbleibenden 22 Patienten mit peripherer Neuropathie ≤Grad 2 klang die periphere Neuropathie bei 6 Patienten ohne Angaben zur Behandlung und bei 2 Patienten nach Behandlung mit Duloxetine ab und war bei den anderen 10 Patienten anhaltend.

#### *Hirnnervenlähmungen*

In den gepoolten Studien (N = 396) traten bei 27 Patienten Hirnnervenlähmungen auf. Die mediane Zeit bis zum Auftreten betrug 22 Tage (Spanne: 17 bis 101 Tage) nach der Infusion von Carvykti®, und die mediane Zeit bis zum Abklingen betrug 56 Tage (Spanne: 1 bis 209 Tage) nach dem Auftreten der Symptome.

*Anhaltende und rezidivierende Zytopenie*

Zu den Zytopenien Grad 3 oder 4 an Tag 1 nach der Anwendung, die bis Tag 30 nach der Carvykti®-Infusion nicht auf Grad 2 oder niedriger zurückgingen, gehörten Thrombozytopenie (33%), Neutropenie (29%), Lymphopenie (25%) und Anämie (3%). Nach Tag 60 nach der Carvykti®-Infusion trat bei 23%, 21%, 7% bzw. 4% der Patienten eine Lymphopenie, Neutropenie, Anämie bzw. Thrombozytopenie Grad 3 oder 4 auf, nachdem die Zytopenie Grad 3 oder 4 zunächst zurückgegangen war.

In Tabelle 3-24 sind die Inzidenzen von Zytopenien Grad 3 oder 4 aufgeführt, die nach der Anwendung auftraten und bis Tag 30 bzw. Tag 60 nicht auf Grad 2 oder niedriger zurückgegangen waren.

Tabelle 3-24: Inzidenzen länger anhaltender und rezidivierender Zytopenien nach der Behandlung mit Carvykti® (N = 396)

	<b>Grad 3/4 (%) nach Tag 1 der Behandlung</b>	<b>Anfänglicher Grad 3/4 (%), nicht bis Tag 30 auf ≤ Grad 2 zurückgegangen<sup>a</sup></b>	<b>Anfänglicher Grad 3/4 (%), nicht bis Tag 60 auf ≤ Grad 2 zurückgegangen<sup>a</sup></b>	<b>Auftreten von Grad 3/4 (%) &gt; Tag 60 (nach anfänglicher Erholung<sup>a</sup> von Grad 3/4)</b>
Thrombozytopenie	191 (48%)	132 (33%)	76 (19%)	14 (4%)
Neutropenie	381 (96%)	114 (29%)	44 (11%)	81 (21%)
Lymphopenie	391 (99%)	98 (25%)	46 (12%)	90 (23%)
Anämie	180 (46%)	11 (3%)	12 (3%)	26 (7%)

<sup>a</sup> Das Laborergebnis mit dem schlechtesten Toxizitätsgrad wird pro Kalendertag gewertet. Definition einer Erholung: Es müssen 2 aufeinanderfolgende Ergebnisse mit Grad ≤2 an verschiedenen Tagen vorliegen, wenn der Erholungszeitraum ≤10 Tage beträgt.

Anmerkungen: Laborergebnisse, die nach Tag 1 bis Tag 100 in Studie MMY2001 und Studie MMY2003 oder bis Tag 112 in Studie MMY3002 oder bis zum Beginn der nachfolgenden Therapie (je nachdem, was zuerst eintrat) bewertet wurden, sind in die Analyse einbezogen.

Thrombozytopenie: Grad 3/4 – Thrombozytenzahl <50 000 Zellen/μl.

Neutropenie: Grad 3/4 – Neutrophilenzahl <1 000 Zellen/μl.

Lymphopenie: Grad 3/4 – Lymphozytenzahl <0,5 × 10<sup>9</sup> Zellen/l.

Anämie: Grad 3 – Hämoglobin <8 g/dl. Grad 4 nicht definiert durch den Laborwert gemäß NCI-CTCAE v5. (National Cancer Institute Common Terminology Criteria for Adverse Volume 5)

Die Prozentsätze basieren auf der Anzahl behandelter Patienten.

Quelle: (1)

*Schwerwiegende Infektionen*

Infektionen traten bei 52% der Patienten (n = 206) auf; 17% der Patienten (n = 66) hatten Infektionen Grad 3 oder 4 und tödliche Infektionen (COVID-19-Pneumonie, Pneumonie, Sepsis, Clostridium-difficile-Kolitis, septischer Schock, bronchopulmonale Aspergillose, pseudomonale Sepsis, neutropenische Sepsis und Lungenabszess) traten bei 4% der Patienten (n = 17) auf. Die am häufigsten gemeldeten (≥2%) Infektionen Grad 3 oder höher waren

Pneumonie, COVID-19-Pneumonie und Sepsis. Eine febrile Neutropenie wurde bei 6% der Patienten festgestellt, wobei 2% eine schwerwiegende febrile Neutropenie hatten.

Siehe Abschnitt 4.4 der Fachinformation für Hinweise zur Überwachung und Behandlung.

#### *Hypogammaglobulinämie*

In den gepoolten Studien (N = 396) trat eine Hypogammaglobulinämie bei 30% der Patienten auf, wobei es bei 5% der Patienten zu einer Hypogammaglobulinämie Grad 3 kam. Die IgG-Laborwerte fielen nach der Infusion bei 91% (359/396) der mit Carvykti® behandelten Patienten unter 500 mg/dl. Bei 92% (363/396) der Patienten trat nach der Infusion entweder eine Hypogammaglobulinämie als Nebenwirkung oder ein IgG-Laborwert unter 500 mg/dl auf. Dreiundfünfzig Prozent der Patienten erhielten IVIG nach der Gabe von Carvykti® entweder wegen einer Nebenwirkung oder zur Prophylaxe. Siehe Abschnitt 4.4 der Fachinformation für Hinweise zur Überwachung und Behandlung.

#### *Immunogenität*

Die Immunogenität von Carvykti® wurde mittels eines validierten Assays zum Nachweis von bindenden Antikörpern gegen Carvykti® vor und zu mehreren Zeitpunkten nach der Infusion untersucht. In den gepoolten Studien (N = 363) waren 23% (83/363) der Patienten mit entsprechenden Proben positiv für behandlungsbedingte Anti-CAR-Antikörper.

Es gab keinen eindeutigen Nachweis dafür, dass die gefundenen Anti-CAR-Antikörper die Kinetik der anfänglichen Expansion und Persistenz sowie die Wirksamkeit oder Sicherheit von Carvykti® beeinflussen.

#### **Überdosierung**

Es liegen keine Daten zu den Anzeichen oder Folgen einer Überdosierung mit Carvykti® vor.

#### **Inkompatibilitäten**

Da keine Kompatibilitätsstudien durchgeführt wurden, darf dieses Arzneimittel nicht mit anderen Arzneimitteln gemischt werden.

#### **Dauer der Haltbarkeit**

9 Monate.

Nach dem Auftauen: maximal 2,5 Stunden bei Raumtemperatur (20°C bis 25°C). Die Carvykti®-Infusion muss unmittelbar nach dem Auftauen angewendet werden und innerhalb von 2,5 Stunden abgeschlossen sein.

#### **Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Aufbewahrung**

Carvykti® ist in der Dampfphase von flüssigem Stickstoff ( $\leq -120^{\circ}\text{C}$ ) zu lagern und zu transportieren und muss im gefrorenen Zustand bleiben, bis der Patient für die Behandlung bereit ist, um sicherzustellen, dass lebensfähige Zellen für die Gabe an den Patienten zur Verfügung stehen. Aufgetautes Arzneimittel darf nicht geschüttelt, wieder eingefroren oder gekühlt werden.

Den Infusionsbeutel in der Kryokassette aus Aluminium lagern.

Aufbewahrungsbedingungen nach Auftauen des Arzneimittels, siehe Abschnitt 6.3 der Fachinformation.

### **Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Beseitigung und sonstige Hinweise zur Handhabung**

Carvykti® darf nicht bestrahlt werden, da eine Bestrahlung das Arzneimittel inaktivieren könnte.

#### ***Vorsichtsmaßnahmen vor/bei der Handhabung bzw. vor/während der Anwendung des Arzneimittels***

Carvykti® muss innerhalb der Einrichtung in geschlossenen, bruch sicheren und austrittsicheren Behältnissen transportiert werden.

Dieses Arzneimittel enthält menschliche Blutzellen. Angehörige der Gesundheitsberufe müssen daher bei der Handhabung von Carvykti® angemessene Vorsichtsmaßnahmen treffen (Schutzhandschuhe, Schutzkleidung und Augenschutz tragen), um eine mögliche Übertragung von Infektionskrankheiten zu vermeiden.

Carvykti® muss stets bei einer Temperatur von  $\leq -120^{\circ}\text{C}$  gelagert werden, bis der Inhalt des Beutels für die Infusion aufgetaut wird.

#### ***Vorbereitung vor der Anwendung***

Das Auftauen von Carvykti® und die Infusion müssen zeitlich aufeinander abgestimmt werden. Die Startzeit der Infusion muss im Voraus festgelegt werden und der Startzeitpunkt für das Auftauen muss so angepasst werden, dass Carvykti® für die Infusion zur Verfügung steht, wenn der Patient bereit ist. Nach dem Auftauen muss das Arzneimittel sofort angewendet werden und die Infusion muss innerhalb von 2,5 Stunden abgeschlossen sein.

- Vor der Vorbereitung von Carvykti® muss die Identität des Patienten durch Abgleich mit den Patientenkennungen auf der Carvykti®-Kryokassette und dem Chargeninformationsblatt bestätigt werden. Der Carvykti®-Infusionsbeutel darf nicht aus der Kryokassette entnommen werden, wenn die Angaben auf dem patientenspezifischen Etikett nicht mit dem vorgesehenen Patienten übereinstimmen.
- Sobald die Identität des Patienten bestätigt ist, soll der Carvykti®-Infusionsbeutel aus der Kryokassette entnommen werden.
- Der Infusionsbeutel muss vor und nach dem Auftauen auf Beschädigungen des Behältnisses wie Brüche oder Risse untersucht werden. Im Falle einer Beschädigung darf das Arzneimittel nicht infundiert werden. Nehmen Sie umgehend mit Janssen-Cilag International NV Kontakt auf.

#### ***Auftauen***

- Der Infusionsbeutel soll vor dem Auftauen in einen verschließbaren Kunststoffbeutel gelegt werden.

- Carvykti® soll bei einer Temperatur von  $37^{\circ}\text{C} \pm 2^{\circ}\text{C}$  aufgetaut werden, wobei entweder ein Wasserbad oder ein Trockenauftaugerät verwendet werden soll, bis kein Eis mehr im Infusionsbeutel sichtbar ist. Die Gesamtzeit vom Beginn bis zum Abschluss des Auftauvorgangs soll nicht länger als 15 Minuten betragen.
- Der Infusionsbeutel soll aus dem verschließbaren Kunststoffbeutel genommen und trockengewischt werden. Der Inhalt des Infusionsbeutels soll vorsichtig durchgemischt werden, um Zellklumpen aufzulösen. Bleiben sichtbare Zellklumpen bestehen, soll der Inhalt des Beutels weiterhin vorsichtig gemischt werden. Kleine Klumpen aus Zellmaterial müssen durch vorsichtiges Mischen von Hand aufgelöst werden. Carvykti® darf vor der Infusion nicht in einen anderen Behälter vorgefiltert, gewaschen, abzentrifugiert und/oder in einem neuen Medium resuspendiert werden.
- Nach dem Auftauen darf das Arzneimittel nicht erneut eingefroren oder gekühlt werden.

### **Anwendung**

- Carvykti® ist ausschließlich zur einmaligen autologen Anwendung bestimmt.
- Stellen Sie vor der Infusion und während der Erholungsphase sicher, dass Tocilizumab und eine Notfallausrüstung zur Verfügung stehen.
- Bestätigen Sie die Identität des Patienten anhand der Patientenkennungen auf dem Carvykti®-Infusionsbeutel und dem Chargeninformationsblatt. Carvykti® darf nicht infundiert werden, wenn die Angaben auf dem patientenspezifischen Etikett nicht mit dem vorgesehenen Patienten übereinstimmen.
- Nach dem Auftauen muss der gesamte Inhalt des Carvykti®-Beutels innerhalb von 2,5 Stunden bei Raumtemperatur ( $20^{\circ}\text{C}$  bis  $25^{\circ}\text{C}$ ) über eine intravenöse Infusion infundiert werden, wobei Infusionssets mit einem Inline-Filter zu verwenden sind. Die Infusion dauert in der Regel weniger als 60 Minuten.
- Verwenden Sie keinen leukozytendepletierenden Filter.
- Den Inhalt des Beutels während der Carvykti®-Infusion vorsichtig mischen, um Zellklumpen aufzulösen.
- Nachdem der gesamte Inhalt des Produktbeutels infundiert wurde, spülen Sie die Infusionsleitung einschließlich des Inline-Filters mit 9-mg/ml-Natriumchlorid-Infusionslösung (0,9%), um sicherzustellen, dass das gesamte Arzneimittel infundiert wird.

### **Vorsichtsmaßnahmen für die Beseitigung des Arzneimittels**

Nicht verwendetes Arzneimittel und sämtliches Material, das mit Carvykti® in Kontakt gekommen ist (feste und flüssige Abfälle), sind gemäß den vor Ort geltenden Richtlinien für den Umgang mit Material menschlicher Herkunft als potenziell infektiöser Abfall zu behandeln und zu entsorgen.

### **Im Falle einer versehentlichen Exposition zu ergreifende Maßnahmen**

Im Falle einer versehentlichen Exposition sind die vor Ort geltenden Richtlinien für den Umgang mit Material menschlicher Herkunft zu befolgen. Arbeitsflächen und Materialien, die möglicherweise mit Carvykti® in Kontakt gekommen sind, müssen mit einem geeigneten Desinfektionsmittel dekontaminiert werden.

*Beschreiben Sie, ob für Patientengruppen mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen abweichende Anforderungen als die zuvor genannten bestehen und, wenn ja, welche dies sind.*

Es sind keine abweichenden Anforderungen bekannt.

### **3.4.2 Bedingungen für das Inverkehrbringen**

*Benennen Sie Anforderungen, die sich aus Annex IIb (Bedingungen der Genehmigung für das Inverkehrbringen) des European Assessment Reports (EPAR) des zu bewertenden Arzneimittels für eine qualitätsgesicherte Anwendung ergeben. Benennen Sie die zugrunde gelegten Quellen.*

Die folgenden Anforderungen beziehen sich auf den Annex II (B-C) der SmPC (1) und die Bedingungen des Inverkehrbringens als Teil der Zulassung des zu bewertenden Arzneimittels.

#### **Bedingungen oder Einschränkungen für die Abgabe und den Gebrauch**

Carvykti® ist ein Arzneimittel auf eingeschränkte ärztliche Verschreibung.

#### **Sonstige Bedingungen und Auflagen der Genehmigung für das Inverkehrbringen**

Die Anforderungen an die Einreichung von regelmäßig aktualisierten Unbedenklichkeitsberichten (Periodic Safety Update Reports, PSUR) für dieses Arzneimittel sind im Artikel 9 der Verordnung 507/2006/EG festgelegt, dementsprechend hat der Inhaber der Genehmigung für das Inverkehrbringen (MAH) alle 6 Monate PSURs vorzulegen.

Die Anforderungen an die Einreichung von PSURs für dieses Arzneimittel sind in der nach Artikel 107 c Absatz 7 der Richtlinie 2001/83/EG vorgesehenen und im europäischen Internetportal für Arzneimittel veröffentlichten Liste der in der Union festgelegten Stichtage (European Union reference dates; EURD) – und allen künftigen Aktualisierungen – festgelegt.

Der MAH legt den ersten PSUR für dieses Arzneimittel innerhalb von 6 Monaten nach der Zulassung vor.

*Beschreiben Sie, ob für Patientengruppen mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen abweichende Anforderungen als die zuvor genannten bestehen und, wenn ja, welche dies sind.*

Es bestehen keine abweichenden Anforderungen für einzelne Patientengruppen mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen.

### **3.4.3 Bedingungen oder Einschränkungen für den sicheren und wirksamen Einsatz des Arzneimittels**

*Sofern im zentralen Zulassungsverfahren für das zu bewertende Arzneimittel ein Annex IV (Bedingungen oder Einschränkungen für den sicheren und wirksamen Einsatz des*



Arzneimittels, die von den Mitgliedsstaaten umzusetzen sind) des EPAR erstellt wurde, benennen Sie die dort genannten Anforderungen. Benennen Sie die zugrunde gelegten Quellen.

In Annex IV des EPAR führt die EMA ihre Schlussfolgerungen zum Antrag auf Ein-Jahres-Vermarktungsschutz auf:

Der Ausschuss für Humanarzneimittel (Committee for Medicinal Products for Human Use; CHMP) hat die vom Inhaber der Genehmigung für das Inverkehrbringen vorgelegten Daten unter Berücksichtigung der Bestimmungen von Artikel 14 Absatz 11 der Verordnung (EG) Nr. 726/2004 überprüft und ist der Ansicht, dass, wie im Europäischen Öffentlichen Beurteilungsbericht näher erläutert wird, das neue Anwendungsgebiet im Vergleich zu den bestehenden Therapien von signifikantem klinischem Nutzen ist.

Darüber hinaus wurden in Annex II D folgende Bedingungen oder Einschränkungen für die sichere und wirksame Anwendung von Carvykti® festgelegt:

### **Risikomanagement-Plan (Risk-Management-Plan; RMP)**

Der (MAH führt die notwendigen, im vereinbarten RMP beschriebenen und in Modul 1.8.2 der Zulassung dargelegten Pharmakovigilanzaktivitäten und Maßnahmen sowie alle künftigen vereinbarten Aktualisierungen des RMP durch.

Ein aktualisierter RMP ist einzureichen:

- nach Aufforderung durch die Europäische Arzneimittel-Agentur,
- jedes Mal, wenn das Risikomanagement-System geändert wird, insbesondere infolge neuer eingegangener Informationen, die zu einer wesentlichen Änderung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses führen können oder infolge des Erreichens eines wichtigen Meilensteins (in Bezug auf Pharmakovigilanz oder Risikominimierung).

### **Zusätzliche Maßnahmen zur Risikominimierung**

#### ***Kontrollierte Distribution und Verfügbarkeit von Tocilizumab***

Um die mit der Carvykti®-Behandlung verbundenen Risiken eines CRS (einschließlich HLH) und einer Neurotoxizität (einschließlich ICANS und anderer Neurotoxizität) zu minimieren, wird der Inhaber der Genehmigung für das Inverkehrbringen sicherstellen, dass die Zentren, die Carvykti® anwenden, entsprechend dem folgenden vereinbarten Programm zur kontrollierten Distribution qualifiziert sind.

- Ein sofortiger Zugang zu einer Dosis Tocilizumab pro Patient wird vor Ort vor der Carvykti®-Infusion sichergestellt. Das Behandlungszentrum muss innerhalb von 8 Stunden nach jeder vorangegangenen Dosis Zugang zu einer weiteren Dosis von Tocilizumab haben. Für den Ausnahmefall, dass Tocilizumab aufgrund eines Lieferengpasses gemäß der Liste für Lieferengpässe der Europäischen Arzneimittelagentur nicht verfügbar ist, stellt der Inhaber der Genehmigung für das

Inverkehrbringen sicher, dass vor Ort geeignete alternative Maßnahmen zur Behandlung eines CRS anstelle von Tocilizumab zur Verfügung stehen.

Carvykti® wird nur an Zentren geliefert, die qualifiziert sind und nur dann, wenn das an der Behandlung eines Patienten beteiligte medizinische Fachpersonal das Schulungsprogramm für medizinisches Fachpersonal abgeschlossen hat.

**Schulungsprogramm:** Vor der Markteinführung von Carvykti® in jedem Mitgliedstaat muss sich der Inhaber der Genehmigung für das Inverkehrbringen mit der zuständigen nationalen Behörde über den Inhalt und das Format der Schulungsmaterialien einigen

#### *Schulungsprogramm für medizinisches Fachpersonal*

Der Inhaber der Genehmigung für das Inverkehrbringen muss sicherstellen, dass bei der Markteinführung in jedem Mitgliedstaat, in dem Carvykti® vermarktet wird, das medizinische Fachpersonal, das Carvykti® verordnet, abgibt und anwendet, eine entsprechende Anleitung erhält:

- zur Erhöhung der Aufmerksamkeit für ein CRS (einschließlich HLH) und für eine Neurotoxizität (einschließlich ICANS und andere Neurotoxizität) und deren angemessene Überwachung, Vorbeugung und Behandlung, einschließlich der Bedeutung der Verfügbarkeit von Tocilizumab im Zentrum vor der Behandlung eines jeden Patienten.
- zur Erleichterung der Patientenaufklärung mit relevanten Informationen.
- zur Meldung dieser schwerwiegenden Nebenwirkungen im Zusammenhang mit Carvykti®.
- zur Sicherstellung, dass vor der Behandlung eines Patienten Tocilizumab für jeden Patienten vor Ort verfügbar ist. Für den Ausnahmefall, dass Tocilizumab aufgrund eines Lieferengpasses gemäß der Liste für Lieferengpässe der Europäischen Arzneimittelagentur nicht verfügbar ist, ist sicher zu stellen, dass vor Ort geeignete alternative Maßnahmen zur Behandlung eines CRS zur Verfügung stehen.

#### *Schulung zum Umgang mit dem Arzneimittel*

Der Inhaber der Genehmigung für das Inverkehrbringen stellt sicher, dass das medizinische Fachpersonal und andere Personen, die mit dem Transport, der Lagerung, dem Auftauen, der Vorbereitung oder dem Umgang mit Carvykti® betraut sind, eine Schulung erhalten:

- zur Erhöhung der Aufmerksamkeit für das bedeutende potenzielle Risiko einer Beeinträchtigung der Lebensfähigkeit von Zellen aufgrund unsachgemäßer Handhabung oder Vorbereitung des Arzneimittels.
- zur Vermittlung von Hinweisen zu Vorsichtsmaßnahmen vor der Handhabung oder Anwendung von Carvykti® (d. h. wie das Arzneimittel vor der Anwendung zu prüfen, wie es aufzutauen und wie es anzuwenden ist).

#### *Aufklärungsprogramm für Patienten*

Um Patienten zu informieren und Folgendes zu erklären:

- die Risiken eines CRS (einschließlich HLH) und Neurotoxizität (einschließlich ICANS und anderer Neurotoxizität) im Zusammenhang mit Carvykti® sowie die Sensibilisierung für Symptome, die eine sofortige medizinische Behandlung erfordern.
- die Notwendigkeit, die Patientenkarte stets bei sich zu tragen und sie allen medizinischen Fachkräften vorzuzeigen, die an der Behandlung beteiligt sind (auch in Notfällen), damit diese umgehend die mit der CAR-T-Behandlung betraute medizinische Fachkraft kontaktieren können.

### Verpflichtung zur Durchführung von Maßnahmen nach der Zulassung

Der Inhaber der Genehmigung für das Inverkehrbringen schließt innerhalb des festgelegten Zeitrahmens folgende Maßnahmen ab:

Tabelle 3-25: Durchführung von Maßnahmen nach der Zulassung

Beschreibung	Fällig am
Zur weiteren Charakterisierung der Langzeit-Sicherheit und -Wirksamkeit von Carvykti® innerhalb der indizierten Population mit rezidiviertem und refraktärem multiplen Myelom wird der Inhaber der Genehmigung für das Inverkehrbringen die Ergebnisse einer Langzeitstudie zur Nachbeobachtung von Patienten, die zuvor mit Ciltacabtagene autoleucel behandelt wurden, vorlegen.	Juni 2043
Zur weiteren Charakterisierung der Langzeit-Sicherheit von Carvykti® innerhalb der indizierten Population mit rezidiviertem und refraktärem multiplen Myelom wird der Inhaber der Genehmigung für das Inverkehrbringen eine auf einem Register basierende Sicherheitsstudie zur Anwendungsbeobachtung nach der Zulassung durchführen und die Ergebnisse vorlegen.	Dezember 2042
Zur weiteren Charakterisierung der Langzeit-Sicherheit von Carvykti® innerhalb der indizierten Population mit rezidiviertem und refraktärem multiplen Myelom wird der Inhaber der Genehmigung für das Inverkehrbringen eine Sicherheitsstudie zur Anwendungsbeobachtung nach der Zulassung durchführen, die auf Patientendaten hauptsächlich aus der EU-Region basiert, und die Ergebnisse vorlegen.	Dezember 2042
Quelle: (1)	

*Beschreiben Sie, ob für Patientengruppen mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen abweichende Anforderungen als die zuvor genannten bestehen und, wenn ja, welche dies sind.*

Es bestehen keine abweichenden Anforderungen für einzelne Patientengruppen mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen.

#### 3.4.4 Informationen zum Risk-Management-Plan

*Benennen Sie die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Risikominimierung („proposed risk minimization activities“), die in der Zusammenfassung des EU-Risk-Management-Plans beschrieben und im European Public Assessment Report (EPAR) veröffentlicht sind. Machen Sie auch Angaben zur Umsetzung dieser Maßnahmen. Benennen Sie die zugrunde gelegten Quellen.*

Die folgenden Angaben stammen aus der im EPAR veröffentlichten Zusammenfassung des RMP und beziehen sich auf die dort beschriebenen Maßnahmen zur Minimierung wichtiger identifizierter, wichtiger potenzieller und fehlender Risiken und Pharmakovigilanzaktivitäten (2).

Tabelle 3-26: Maßnahmen zur Risikominimierung

Risiko	Risikominimierende Maßnahmen	Pharmakovigilanzaktivitäten
<b>Wichtige identifizierte Risiken</b>		
CRS einschließlich HLH	<p><b>Routine risikominimierende Maßnahmen:</b></p> <p>Detaillierte Vorgaben/Empfehlungen/Informationen in den Abschnitten 4.2, 4.4, 4.8 und 6.6 der Fachinformation sowie Abschnitt 2, 3 und 4 der Gebrauchsinformation:</p> <p>Vorgabe: Tocilizumab (oder geeignete alternative Maßnahmen falls nicht verfügbar und im Engpasskatalog der EMA gelistet) und Notfallausrüstung müssen vor der Infusion und während der Erholungsphase bereitgehalten werden.</p> <p>Empfehlung zur täglichen Überwachung der Patienten auf Anzeichen und Symptome eines CRS für 14 Tage nach der Verabreichung und regelmäßig für zwei weitere Wochen.</p> <p>Empfehlung an die Patienten, sich für mindestens 4 Wochen nach der Infusion in der Nähe einer qualifizierten klinischen Einrichtung aufzuhalten.</p> <p>Empfehlungen, Patienten bei Auftreten von Anzeichen und Symptomen eines CRS zum sofortigen Aufsuchen medizinischer Hilfe zu raten und den Patienten beim ersten Anzeichen eines CRS für eine Hospitalisierung zu evaluieren.</p> <p>Empfehlung zur Verzögerung der Infusion mit Ciltacel bei Patienten mit nicht abgeklungenen schwerwiegenden ungewünschten Reaktionen durch vorherige Chemotherapien zur Lymphodepletion oder Überbrückung (einschließlich kardialer Toxizität und pulmonaler Toxizität), schnellem Fortschreiten der Erkrankung oder klinisch signifikanten aktiven Infektionen.</p> <p>Empfehlungen für die Behandlung anhaltender Infektionen (die das Risiko eines tödlichen CRS-Ereignisses erhöhen können) und Empfehlung zur Verzögerung der Infusion mit Ciltacel, bis alle Infektionen abgeklungen sind.</p> <p>Empfehlung zum potenziellen frühzeitigen Einsatz von Tocilizumab bei Patienten mit hoher Tumorlast oder frühem oder anhaltendem Fieber.</p> <p>Empfehlungen zur Untersuchung, Behandlung und Management des CRS.</p>	<p>68284528MMY4004: Eine Beobachtungsstudie zur Sicherheit nach Zulassung zur Bewertung der Sicherheit von Patienten mit Multiplem Myelom, die mit Ciltacel behandelt wurden.</p> <p>68284528MMY4009: Eine Sicherheitsstudie nach Zulassung zur Bewertung der Sicherheit von Patienten mit Multiplem Myelom, die mit Ciltacel behandelt wurden.</p> <p>Umfrage zur Bewertung des Ciltacel HCP Schulungsprogramms und des Trainings zur Produkthandhabung</p> <p>Verweis auf Abschnitt II.C der Zusammenfassung des RMP für eine Übersicht des Entwicklungsplans nach Zulassung.</p>

Risiko	Risikominimierende Maßnahmen	Pharmakovigilanzaktivitäten
	<p>Empfehlungen zur Behandlung eines hochgradigen CRS, dass nach Anwendung von Tocilizumab und Kortikosteroiden schwer bleibt.</p> <p>Empfehlung, die Anwendung von myeloischen Wachstumsfaktoren (vor allem GM-CSF) während eines CRS zu vermeiden.</p> <p>Empfehlung zur Untersuchung auf HLH bei Patienten mit schwerem oder nicht ansprechendem CRS sowie ein Warnhinweis, dass Patienten, die eine HLH entwickeln, ein erhöhtes Risiko für schwere Blutungen haben können.</p> <p>Empfehlung zur Verringerung der grundlegenden Krankheitslast mit einer Überbrückungstherapie vor Infusion bei Patienten mit hoher Tumorlast.</p> <p>Empfehlungen zur Behandlung von gleichzeitigem CRS und neurologischer Toxizität, einschließlich der Verwendung von Kortikosteroiden, Tocilizumab und Arzneimitteln gegen Krampfanfälle.</p> <p>Informationen über das Auftreten des CRS und die spezifischen Anzeichen und Symptome, die in klinischen Studien beobachtet wurden.</p> <p>Patienten sollen ihren Arzt oder ihre Pflegekraft sofort informieren, wenn CRS-Symptome auftreten.</p> <p>Die Anwendung ist Ärzten vorbehalten, die Erfahrung in der Behandlung hämatologischer Krebserkrankungen haben.</p> <p><b>Zusätzliche risikominimierende Maßnahmen:</b>            Programm für die kontrollierte Distribution und Verfügbarkeit von Tocilizumab            HCP-Schulungsprogramm            Schulungsprogramm für Patienten</p>	
Neurologische Toxizitäten (einschließlich ICANS und andere Neurotoxizitäten)	<p><b>Routine risikominimierende Maßnahmen:</b></p> <p>Detaillierte Empfehlungen/Informationen/Anweisungen in den Abschnitten 4.2, 4.4, 4.7 und 4.8 der Fachinformation sowie Abschnitt 2 und 4 der Gebrauchsinformation:</p> <p>Empfehlung zur Verringerung der grundlegenden Krankheitslast mit einer Überbrückungstherapie vor Infusion bei Patienten mit hoher Tumorlast.</p> <p>Empfehlung zur täglichen Überwachung der Patienten auf Anzeichen und Symptome neurologischer Ereignisse für 14 Tage nach der Verabreichung und regelmäßig für zwei weitere Wochen.</p>	<p>68284528MMY4002: Langzeit Follow-Up Studie für Teilnehmer, die zuvor mit Ciltacel behandelt wurden.</p> <p>68284528MMY4004: Eine Beobachtungsstudie zur Sicherheit nach Zulassung zur Bewertung der Sicherheit von Patienten mit Multiplem Myelom, die mit Ciltacel behandelt wurden.</p>

Risiko	Risikominimierende Maßnahmen	Pharmakovigilanz-aktivitäten
	<p>Empfehlung zur Überwachung von Patienten auf Anzeichen und Symptome des ICANS für 4 Wochen nach Infusion und anschließend für sonstige Neurotoxizitäten.</p> <p>Empfehlung, die Patienten zu den Anzeichen und Symptomen neurologischer Toxizitäten zu beraten und beim Auftreten von Anzeichen und Symptomen sofort einen Arzt aufzusuchen.</p> <p>Empfehlung, die Patienten auch nach der Genesung von einem CRS und/oder ICANS auf Anzeichen und Symptome neurologischer Toxizität zu überwachen und Empfehlung, eine neurologische Untersuchung in Betracht zu ziehen bei den ersten Anzeichen einer CAR-T Zell bedingten Neurotoxizität.</p> <p>Empfehlungen zur Behandlung von Patienten mit Symptomen einer Neurotoxizität, einschließlich intensivmedizinischer Unterstützungstherapie (einschließlich Steroide) bei schweren oder lebensbedrohlichen Fällen.</p> <p>Informationen zu einer Reihe von Patienten mit einem Cluster aus Bewegungsstörungen und neurokognitiven Nebenwirkungen, die bei einigen bis zur Unfähigkeit zu arbeiten oder sich selbst zu versorgen voranschritt. Diese Ereignisse waren mit dem Vorliegen von 2 oder mehr Faktoren zu Beginn der Behandlung assoziiert, wie höhere Tumorlast, vorheriges Grad 2 oder höher CRS, vorheriges ICANS und hohe CAR-T Zell Expansion und Persistenz. Patienten sollen auf diese Symptome hin überwacht und mit unterstützenden Maßnahmen behandelt werden.</p> <p>Anweisungen, dass Patienten auf GBS überwacht werden sollen und eine Behandlung mit intravenösem Immunglobulin (IVIG) und Plasmapherese in Betracht gezogen werden soll.</p> <p>Anweisungen, dass Patienten auf Anzeichen und Symptome von peripheren Neuropathien und Hirnnervenlähmungen überwacht werden sollen und dass eine Behandlung mit systemischen Kurzzeitkortikosteroiden in Betracht gezogen werden soll.</p> <p>Anweisungen für die Behandlung von Neurotoxizitäten mit frühzeitigen und aggressiven unterstützenden Maßnahmen (einschließlich Steroiden) bei Patienten die ein höhergradiges CRS oder ein ICANS jeden Grades aufweisen.</p> <p>Empfehlungen zur Behandlung von gleichzeitigem CRS und neurologischer Toxizität, einschließlich der Verwendung von Kortikosteroiden, Tocilizumab und Arzneimitteln gegen Krampfanfälle.</p>	<p>68284528MMY4009: Eine Sicherheitsstudie nach Zulassung zur Bewertung der Sicherheit von Patienten mit Multiplem Myelom, die mit Ciltacel behandelt wurden.</p> <p>Umfrage zur Bewertung des Ciltacel HCP Schulungsprogramms und des Trainings zur Produkthandhabung</p> <p>Verweis auf Abschnitt II.C der Zusammenfassung des RMP für eine Übersicht des Entwicklungsplans nach Zulassung.</p>

Risiko	Risikominimierende Maßnahmen	Pharmakovigilanzaktivitäten
	<p>Empfehlung, das Führen von Fahrzeugen und das Ausüben gefährlicher Berufe oder Tätigkeiten in den 8 Wochen nach Infusion zu unterlassen.</p> <p>Informationen über das Auftreten von neurologischen Toxizitäten (einschließlich ICANS und andere Neurotoxizitäten) und die spezifischen Symptome, die in klinischen Studien beobachtet wurden.</p> <p>Patienten sollten ihren Arzt oder ihre Pflegekraft sofort informieren, wenn Symptome des ICANS oder anderer Neurotoxizitäten auftreten und sollten medizinische Hilfe für das ICANS aufsuchen.</p> <p>Die Anwendung ist Ärzten vorbehalten, die Erfahrung in der Behandlung hämatologischer Krebserkrankungen haben.</p> <p><b>Zusätzliche risikominimierende Maßnahmen:</b>            Programm für die kontrollierte Distribution und Verfügbarkeit von Tocilizumab            HCP-Schulungsprogramm            Schulungsprogramm für Patienten</p>	
<p>Anhaltende oder wiederkehrende Zytopenie (ausgenommen Anämie)</p>	<p><b>Routine risikominimierende Maßnahmen:</b>            Detaillierte Empfehlungen/Informationen in den Abschnitten 4.4 und 4.8 der Fachinformation sowie Abschnitt 2 und 4 der Gebrauchsinformation:            Empfehlung zur Überwachung des Blutbildes vor und nach der Infusion mit Ciltacel.            Empfehlung, eine unterstützende Behandlung mit Transfusionen zur Behandlung einer Thrombozytopenie zu erwägen.            Empfehlung, die Anwendung von myeloischen Wachstumsfaktoren (vor allem GM-CSF) während eines CRS zu vermeiden.            Informationen zum Auftreten anhaltender oder wiederkehrender Zytopenien (außer Anämie).            Patienten sollten ihren Arzt sofort informieren, wenn sie Symptome einer anhaltenden oder wiederkehrenden Zytopenie aufweisen.            Die Anwendung ist Ärzten vorbehalten, die Erfahrung in der Behandlung hämatologischer Krebserkrankungen haben.</p> <p><b>Zusätzliche risikominimierende Maßnahmen:</b>            Keine</p>	<p>68284528MMY4002: Langzeit Follow-Up Studie für Teilnehmer, die zuvor mit Ciltacel behandelt wurden.</p> <p>68284528MMY4004: Eine Beobachtungsstudie zur Sicherheit nach Zulassung zur Bewertung der Sicherheit von Patienten mit Multiplem Myelom, die mit Ciltacel behandelt wurden.</p> <p>68284528MMY4009: Eine Sicherheitsstudie nach Zulassung zur Bewertung der Sicherheit von Patienten mit Multiplem Myelom, die mit Ciltacel behandelt wurden.</p> <p>Verweis auf Abschnitt II.C der Zusammenfassung des RMP für eine Übersicht des Entwicklungsplans nach Zulassung.</p>

<b>Risiko</b>	<b>Risikominimierende Maßnahmen</b>	<b>Pharmakovigilanz-aktivitäten</b>
Schwerwiegende Infektionen	<p><b>Routine risikominimierende Maßnahmen:</b></p> <p>Detaillierte Empfehlungen/Informationen in den Abschnitten 4.2, 4.4 und 4.8 der Fachinformation sowie Abschnitt 2 und 4 der Gebrauchsinformation:</p> <p>Empfehlung zur Verzögerung der Therapie zur Lymphodepletion, wenn ein Patient eine klinisch signifikante aktive Infektion aufweist.</p> <p>Empfehlung zur Infektionsprophylaxe nach lokalen Richtlinien und dass Infektionen nachweislich den Verlauf und das Management eines gleichzeitigen CRS erschwert.</p> <p>Empfehlung zur Verzögerung der Infusion mit Ciltacel, bis jede klinisch signifikante aktive Infektion oder entzündliche Erkrankung abgeklungen ist.</p> <p>Empfehlung, die Patienten über die Bedeutung von Präventionsmaßnahmen für COVID-19 aufzuklären, da bei Patienten, die mit Ciltacel behandelt werden, ein erhöhtes Risiko für schwere/tödliche COVID-19-Infektionen bestehen kann.</p> <p>Empfehlung zur Überwachung von Patienten nach Anzeichen und Symptomen einer Infektion.</p> <p>Empfehlungen für das Management und die Behandlung einer febrilen Neutropenie.</p> <p>Empfehlung zum Screening nach HBV, HCV und HIV vor der Sammlung von Zellen für die Herstellung.</p> <p>Empfehlung zur Überwachung von Immunglobulin Level nach Behandlung und Behandlung nach Standardrichtlinien, einschließlich der Verabreichung von Immunglobulin Ersatz, antibiotischer Prophylaxe und dem Monitoring von Infektionen.</p> <p>Informationen zum Auftreten schwerwiegender Infektionen.</p> <p>Ciltacel kann das Risiko von lebensbedrohlichen Infektionen erhöhen, die zum Tod führen können. Patienten sollen ihrem Arzt sofort informieren, wenn sie Anzeichen oder Symptome einer Infektion aufweisen.</p> <p>Die Anwendung ist Ärzten vorbehalten, die Erfahrung in der Behandlung hämatologischer Krebserkrankungen haben.</p> <p><b>Zusätzliche risikominimierende Maßnahmen:</b> Keine</p>	<p>68284528MMY4002: Langzeit Follow-Up Studie für Teilnehmer, die zuvor mit Ciltacel behandelt wurden.</p> <p>68284528MMY4004: Eine Beobachtungsstudie zur Sicherheit nach Zulassung zur Bewertung der Sicherheit von Patienten mit Multiplem Myelom, die mit Ciltacel behandelt wurden.</p> <p>68284528MMY4009: Eine Sicherheitsstudie nach Zulassung zur Bewertung der Sicherheit von Patienten mit Multiplem Myelom, die mit Ciltacel behandelt wurden.</p> <p>Verweis auf Abschnitt II.C der Zusammenfassung des RMP für eine Übersicht des Entwicklungsplans nach Zulassung.</p>



Risiko	Risikominimierende Maßnahmen	Pharmakovigilanz-aktivitäten
Hypogammaglobulinämie	<p>Routine risikominimierende Maßnahmen:</p> <p>Detaillierte Empfehlungen/Informationen in den Abschnitten 4.2, 4.6 und 4.8 der Fachinformation:</p> <p>Empfehlung zur Überwachung von Immunglobulin Leveln nach Behandlung mit Ciltacel, dass IVIG bei IgG &lt;400 mg/dL angewendet werden sollte und dass die Patienten nach Standardrichtlinien, einschließlich der Anwendung antibiotischer oder antiviraler Prophylaxe und dem Monitoring von Infektionen.</p> <p>Empfehlung, die Bewertung von Immunglobulin Level bei Neugeborenen von Müttern, die mit Ciltacel behandelt wurden.</p> <p>Informationen zum Auftreten von Hypogammaglobulinämie Infektionen.</p> <p>Die Anwendung ist Ärzten vorbehalten, die Erfahrung in der Behandlung hämatologischer Krebserkrankungen haben.</p> <p><b>Zusätzliche risikominimierende Maßnahmen:</b> Keine</p>	<p>68284528MMY4002: Langzeit Follow-Up Studie für Teilnehmer, die zuvor mit Ciltacel behandelt wurden.</p> <p>68284528MMY4004: Eine Beobachtungsstudie zur Sicherheit nach Zulassung zur Bewertung der Sicherheit von Patienten mit Multiplem Myelom, die mit Ciltacel behandelt wurden.</p> <p>68284528MMY4009: Eine Sicherheitsstudie nach Zulassung zur Bewertung der Sicherheit von Patienten mit Multiplem Myelom, die mit Ciltacel behandelt wurden.</p> <p>Verweis auf Abschnitt II.C der Zusammenfassung des RMP für eine Übersicht des Entwicklungsplans nach Zulassung.</p>
<b>Wichtige potenzielle Risiken</b>		
Sekundäre Malignome	<p><b>Routine risikominimierende Maßnahmen:</b></p> <p>Detaillierte Empfehlungen/Informationen in Abschnitt 4.4 der Fachinformation:</p> <p>Empfehlung zur lebenslangen Überwachung von Patienten auf sekundären Malignomen.</p> <p>Empfehlung zur Kontaktaufnahme zum Zulassungsinhaber für Anweisungen zur Entnahme von Patientenproben für Tests.</p> <p>Die Anwendung ist Ärzten vorbehalten, die Erfahrung in der Behandlung hämatologischer Krebserkrankungen haben.</p> <p><b>Zusätzliche risikominimierende Maßnahmen:</b> Keine</p>	<p>68284528MMY4002: Langzeit Follow-Up Studie für Teilnehmer, die zuvor mit Ciltacel behandelt wurden.</p> <p>68284528MMY4004: Eine Beobachtungsstudie zur Sicherheit nach Zulassung zur Bewertung der Sicherheit von Patienten mit Multiplem Myelom, die mit Ciltacel behandelt wurden.</p> <p>68284528MMY4009: Eine Sicherheitsstudie nach Zulassung zur Bewertung der Sicherheit von Patienten mit Multiplem Myelom, die mit Ciltacel behandelt wurden.</p> <p>Verweis auf Abschnitt II.C der Zusammenfassung des RMP für eine Übersicht des Entwicklungsplans nach Zulassung.</p>

Risiko	Risikominimierende Maßnahmen	Pharmakovigilanz-aktivitäten
Verminderung der Lebensfähigkeit der Zellen durch unsachgemäße Handhabung oder Zubereitung des Produkts	<p><b>Routine risikominimierende Maßnahmen:</b>            Detaillierte Anleitungen/Informationen in den Abschnitten 4.2, 6.3, 6.4 und 6.6 der Fachinformation:            Anleitung für die Zubereitung von Ciltacel, einschließlich für das Auftauen.            Haltbarkeit und besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Aufbewahrung von Ciltacel            Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Entsorgung und sonstige Handhabung.</p> <p><b>Zusätzliche risikominimierende Maßnahmen:</b>            Schulung zur Produkthandhabung</p>	<p>Umfrage zur Bewertung des Ciltacel HCP Schulungsprogramms und des Trainings zur Produkthandhabung            Verweis auf Abschnitt II.C der Zusammenfassung des RMP für eine Übersicht des Entwicklungsplans nach Zulassung.</p>
Tumorlysesyndrom	<p><b>Routine risikominimierende Maßnahmen:</b>            Die Anwendung ist Ärzten vorbehalten, die Erfahrung in der Behandlung hämatologischer Krebserkrankungen haben.</p> <p><b>Zusätzliche risikominimierende Maßnahmen:</b>            Keine</p>	<p>68284528MMY4004: Eine Beobachtungsstudie zur Sicherheit nach Zulassung zur Bewertung der Sicherheit von Patienten mit Multiplem Myelom, die mit Ciltacel behandelt wurden.            68284528MMY4009: Eine Sicherheitsstudie nach Zulassung zur Bewertung der Sicherheit von Patienten mit Multiplem Myelom, die mit Ciltacel behandelt wurden.            Verweis auf Abschnitt II.C der Zusammenfassung des RMP für eine Übersicht des Entwicklungsplans nach Zulassung.</p>
Verschlechterung der GvHD	<p><b>Routine risikominimierende Maßnahmen:</b>            Detaillierte Anweisungen/Informationen in Abschnitt 4.4 der Fachinformation sowie Abschnitt 2 der Gebrauchsinformation:            Anweisung zur Verzögerung der Infusion mit Ciltacel, wenn ein Patient eine aktive GvHD hat.            Anweisung an Patienten, ihren Arzt vor der Infusion mit Ciltacel zu informieren, wenn sie Anzeichen oder Symptome einer GvHD aufweisen.            Die Anwendung ist Ärzten vorbehalten, die Erfahrung in der Behandlung hämatologischer Krebserkrankungen haben.</p> <p><b>Zusätzliche risikominimierende Maßnahmen:</b>            Keine</p>	<p>68284528MMY4002: Langzeit Follow-Up Studie für Teilnehmer, die zuvor mit Ciltacel behandelt wurden.            68284528MMY4004: Eine Beobachtungsstudie zur Sicherheit nach Zulassung zur Bewertung der Sicherheit von Patienten mit Multiplem Myelom, die mit Ciltacel behandelt wurden.</p>

Risiko	Risikominimierende Maßnahmen	Pharmakovigilanz-aktivitäten
		<p>68284528MMY4009: Eine Sicherheitsstudie nach Zulassung zur Bewertung der Sicherheit von Patienten mit Multiplem Myelom, die mit Ciltacel behandelt wurden.</p> <p>Verweis auf Abschnitt II.C der Zusammenfassung des RMP für eine Übersicht des Entwicklungsplans nach Zulassung.</p>
Erzeugung eines replikationskompetenten Lentivirus	<p><b>Routine risikominimierende Maßnahmen:</b> Die Anwendung ist Ärzten vorbehalten, die Erfahrung in der Behandlung hämatologischer Krebserkrankungen haben.</p> <p><b>Zusätzliche risikominimierende Maßnahmen:</b> Keine</p>	<p>68284528MMY4002: Langzeit Follow-Up Studie für Teilnehmer, die zuvor mit Ciltacel behandelt wurden.</p> <p>68284528MMY4004: Eine Beobachtungsstudie zur Sicherheit nach Zulassung zur Bewertung der Sicherheit von Patienten mit Multiplem Myelom, die mit Ciltacel behandelt wurden.</p> <p>68284528MMY4009: Eine Sicherheitsstudie nach Zulassung zur Bewertung der Sicherheit von Patienten mit Multiplem Myelom, die mit Ciltacel behandelt wurden.</p> <p>Verweis auf Abschnitt II.C der Zusammenfassung des RMP für eine Übersicht des Entwicklungsplans nach Zulassung.</p>
<b>Fehlende Informationen</b>		
Langzeit Sicherheit	Keine	<p>68284528MMY4002: Langzeit Follow-Up Studie für Teilnehmer, die zuvor mit Ciltacel behandelt wurden.</p> <p>68284528MMY4004: Eine Beobachtungsstudie zur Sicherheit nach Zulassung zur Bewertung der Sicherheit von Patienten mit Multiplem Myelom, die mit Ciltacel behandelt wurden.</p>

Risiko	Risikominimierende Maßnahmen	Pharmakovigilanzaktivitäten
		<p>68284528MMY4009: Eine Sicherheitsstudie nach Zulassung zur Bewertung der Sicherheit von Patienten mit Multiplem Myelom, die mit Ciltacel behandelt wurden.</p> <p>Verweis auf Abschnitt II.C der Zusammenfassung des RMP für eine Übersicht des Entwicklungsplans nach Zulassung.</p>
Auswirkungen auf Schwangerschaft und Laktation	<p><b>Routine risikominimierende Maßnahmen:</b></p> <p>Detaillierte Empfehlungen/Informationen in Abschnitt 4.6 der Fachinformation sowie Abschnitt 2 der Gebrauchsinformation:</p> <p>Empfehlungen, dass der Schwangerschaftsstatus von Frauen im gebärfähigen Alter vor Beginn der Behandlung verifiziert werden sollte.</p> <p>Empfehlung zur Notwendigkeit einer effektiven Empfängnisverhütung bei Patienten, die eine lymphodepletierende Chemotherapie gemäß der entsprechenden Gebrauchsinformation.</p> <p>Empfehlung, schwangere oder stillende Frauen darauf hinzuweisen, dass es Risiken für den Fötus oder den gestillten Säugling geben kann.</p> <p>Empfehlung, dass für jede schwangere Frau, die Ciltacel erhalten hat, eine Bewertung des Immunglobulinspiegels bei den Neugeborenen der Mütter in Betracht gezogen werden sollte.</p> <p>Patientinnen sollten ihren Arzt unverzüglich informieren, wenn sie schwanger sind oder glauben, schwanger zu sein nach einer Behandlung mit Ciltacel.</p> <p>Die Anwendung ist Ärzten vorbehalten, die Erfahrung in der Behandlung hämatologischer Krebserkrankungen haben.</p> <p><b>Zusätzliche risikominimierende Maßnahmen:</b></p> <p>Keine</p>	<p>68284528MMY4002: Langzeit Follow-Up Studie für Teilnehmer, die zuvor mit Ciltacel behandelt wurden.</p> <p>68284528MMY4004: Eine Beobachtungsstudie zur Sicherheit nach Zulassung zur Bewertung der Sicherheit von Patienten mit Multiplem Myelom, die mit Ciltacel behandelt wurden.</p> <p>68284528MMY4009: Eine Sicherheitsstudie nach Zulassung zur Bewertung der Sicherheit von Patienten mit Multiplem Myelom, die mit Ciltacel behandelt wurden.</p> <p>Verweis auf Abschnitt II.C der Zusammenfassung des RMP für eine Übersicht des Entwicklungsplans nach Zulassung.</p>
Anwendung bei Patienten mit bereits bestehenden Autoimmunerkrankungen	<p><b>Routine risikominimierende Maßnahmen:</b></p> <p>Die Anwendung ist Ärzten vorbehalten, die Erfahrung in der Behandlung hämatologischer Krebserkrankungen haben.</p> <p><b>Zusätzliche risikominimierende Maßnahmen:</b></p> <p>Keine</p>	<p>68284528MMY4004: Eine Beobachtungsstudie zur Sicherheit nach Zulassung zur Bewertung der Sicherheit von Patienten mit Multiplem Myelom, die mit Ciltacel behandelt wurden.</p>

Risiko	Risikominimierende Maßnahmen	Pharmakovigilanz-aktivitäten
		<p>68284528MMY4009: Eine Sicherheitsstudie nach Zulassung zur Bewertung der Sicherheit von Patienten mit Multiplem Myelom, die mit Ciltacel behandelt wurden.</p> <p>Verweis auf Abschnitt II.C der Zusammenfassung des RMP für eine Übersicht des Entwicklungsplans nach Zulassung.</p>
Anwendung bei Patienten mit bereits bestehenden neurodegenerativen Erkrankungen	<p><b>Routine risikominimierende Maßnahmen:</b>            Detaillierte Empfehlungen/Informationen in Abschnitt 4.4 der Fachinformation sowie Abschnitt 2 der Gebrauchsinformation:            Eine Warnung, die darauf hinweist, dass Patienten mit schweren ZNS-Erkrankungen wahrscheinlich anfälliger für die Folgen der Nebenwirkungen sind, die mit Ciltacel beobachtet wurden, und möglicherweise besondere Aufmerksamkeit erfordern.            Patienten sollten ihren Arzt vor der Behandlung mit Ciltacel informieren, wenn bei ihnen gegenwärtig eine Erkrankung des Nervensystems vorliegt bzw. in der Vergangenheit vorlag.            Die Anwendung ist Ärzten vorbehalten, die Erfahrung in der Behandlung hämatologischer Krebserkrankungen haben.</p> <p><b>Zusätzliche risikominimierende Maßnahmen:</b>            Keine</p>	<p>68284528MMY4004: Eine Beobachtungsstudie zur Sicherheit nach Zulassung zur Bewertung der Sicherheit von Patienten mit Multiplem Myelom, die mit Ciltacel behandelt wurden.</p> <p>68284528MMY4009: Eine Sicherheitsstudie nach Zulassung zur Bewertung der Sicherheit von Patienten mit Multiplem Myelom, die mit Ciltacel behandelt wurden.</p> <p>Verweis auf Abschnitt II.C der Zusammenfassung des RMP für eine Übersicht des Entwicklungsplans nach Zulassung.</p>
Anwendung bei Patienten mit aktiver ZNS-Beteiligung der Malignität	<p><b>Routine risikominimierende Maßnahmen:</b>            Die Anwendung ist Ärzten vorbehalten, die Erfahrung in der Behandlung hämatologischer Krebserkrankungen haben.</p> <p><b>Zusätzliche risikominimierende Maßnahmen:</b>            Keine</p>	<p>68284528MMY4004: Eine Beobachtungsstudie zur Sicherheit nach Zulassung zur Bewertung der Sicherheit von Patienten mit Multiplem Myelom, die mit Ciltacel behandelt wurden.</p> <p>68284528MMY4009: Eine Sicherheitsstudie nach Zulassung zur Bewertung der Sicherheit von Patienten mit Multiplem Myelom, die mit Ciltacel behandelt wurden.</p>

Risiko	Risikominimierende Maßnahmen	Pharmakovigilanz-aktivitäten
		Verweis auf Abschnitt II.C der Zusammenfassung des RMP für eine Übersicht des Entwicklungsplans nach Zulassung.
Anwendung bei Patienten mit chronischer, kontrollierter HIV- und HBV/HCV-Infektion	<p><b>Routine risikominimierende Maßnahmen:</b>            Detaillierte Anweisungen/Informationen in den Abschnitten 4.2 und 4.4 der Fachinformation:            Anweisungen für das HBV-, HCV- und HIV-Screening            Die Anwendung ist Ärzten vorbehalten, die Erfahrung in der Behandlung hämatologischer Krebserkrankungen haben.</p> <p><b>Zusätzliche risikominimierende Maßnahmen:</b>            Keine</p>	<p>68284528MMY4002:            Langzeit Follow-Up Studie für Teilnehmer, die zuvor mit Ciltacel behandelt wurden.</p> <p>68284528MMY4004: Eine Beobachtungsstudie zur Sicherheit nach Zulassung zur Bewertung der Sicherheit von Patienten mit Multiplem Myelom, die mit Ciltacel behandelt wurden.</p> <p>68284528MMY4009: Eine Sicherheitsstudie nach Zulassung zur Bewertung der Sicherheit von Patienten mit Multiplem Myelom, die mit Ciltacel behandelt wurden.</p> <p>Verweis auf Abschnitt II.C der Zusammenfassung des RMP für eine Übersicht des Entwicklungsplans nach Zulassung.</p>
<p>Abkürzungen: CAR: chimärer Antigen Rezeptor; Ciltacel: Ciltacabtagene autoleucel; CRS: Cytokine Release Syndrome (Zytokin-Freisetzungssyndrom); EMA: European Medicines Agency (Europäische Arzneimittel-Agentur); GBS: Guillain Barré-Syndrom; GM-CSF: Granulocyte-Macrophage Colony-stimulating Factor (Granulozyten-Makrophagen-Kolonie-stimulierender Faktor); GvHD: Graft-versus-Host Disease (Graft-versus-Host Erkrankung); HBV: Hepatitis-B-Virus; HCP: Healthcare Professional (Angehöriger der Heilberufe); HCV: Hepatitis-C-Virus; HIV: Humanes Immundefizienz-Virus; HLH: hämophagozytische Lymphohistiozytose; IgG: Immunglobulin G; ICANS: Immune effector Cell-Associated Neurotoxicity Syndrome (Immuneffektorzell-assoziiertes Neurotoxizitätssyndrom); IVIG: intravenöses Immunglobulin; RMP: Risk-Management-Plan; ZNS: Zentralnervensystem</p> <p>Quelle: (2)</p>		

*Beschreiben Sie, ob für Patientengruppen mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen abweichende Anforderungen als die zuvor genannten bestehen und, wenn ja, welche dies sind.*

Es bestehen keine abweichenden Anforderungen für einzelne Patientengruppen mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen.

### 3.4.5 Weitere Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung

*Benennen Sie weitere Anforderungen, die sich aus Ihrer Sicht hinsichtlich einer qualitätsgesicherten Anwendung des zu bewertenden Arzneimittels ergeben, insbesondere bezüglich der Dauer eines Therapieversuchs, des Absetzens der Therapie und ggf. notwendiger Verlaufskontrollen. Benennen Sie die zugrunde gelegten Quellen.*

Über die zuvor aufgeführten qualitätssichernden Informationen zur Anwendung hinaus ergeben sich keine weiteren Anforderungen.

*Beschreiben Sie, ob für Patientengruppen mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen abweichende Anforderungen als die zuvor genannten bestehen und, wenn ja, welche dies sind.*

Es bestehen keine abweichenden Anforderungen für einzelne Patientengruppen mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen.

### 3.4.6 Beschreibung der Informationsbeschaffung für Abschnitt 3.4

*Erläutern Sie das Vorgehen zur Identifikation der in den Abschnitten 3.4.1 bis 3.4.5 genannten Quellen (Informationsbeschaffung). Sofern erforderlich, können Sie zur Beschreibung der Informationsbeschaffung weitere Quellen benennen.*

Die Angaben in Abschnitt 3.4 wurden der im EPAR veröffentlichten Zusammenfassung der SmPC und Zusammenfassung des RMP entnommen. Die Referenzen sind in Abschnitt 3.4.7 gelistet.

### 3.4.7 Referenzliste für Abschnitt 3.4

*Listen Sie nachfolgend alle Quellen (z. B. Publikationen), die Sie in den Abschnitten 3.4.1 bis 3.4.6 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. EMA. European Medicines Agency. SmPC – Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels. CARVYKTI  $3,2 \times 10^6 - 1 \times 10^8$  Zellen Infusionsdispersion. Stand: 25.09.2024. ANHANG I-IV. 2024; [abgerufen am: 23.10.2024]. Verfügbar unter: [https://www.ema.europa.eu/de/documents/product-information/carvykti-epar-product-information\\_de.pdf](https://www.ema.europa.eu/de/documents/product-information/carvykti-epar-product-information_de.pdf).
2. EMA. European Medicines Agency. Risk Management Plan Ciltacabtagene Autoleucel. Version 4.3. Document No: EDMS-RIM-1250598, 1.0 vom 13.02.2024. 2024; [abgerufen am: 23.10.2024]. Verfügbar unter: [https://www.ema.europa.eu/en/documents/rmp-summary/carvykti-epar-risk-management-plan\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/rmp-summary/carvykti-epar-risk-management-plan_en.pdf).

### 3.5 Angaben zur Prüfung der Erforderlichkeit einer Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM) gemäß § 87 Absatz 5b Satz 5 SGB V

Die Angaben in diesem Abschnitt betreffen die Regelung in § 87 Absatz 5b Satz 5 SGB V, nach der der EBM zeitgleich mit dem Beschluss nach § 35a Absatz 3 Satz 1 SGB V anzupassen ist, sofern die Fachinformation des Arzneimittels zu seiner Anwendung eine zwingend erforderliche Leistung vorsieht, die eine Anpassung des EBM erforderlich macht.

*Geben Sie in der nachfolgenden Tabelle 3-27 zunächst alle ärztlichen Leistungen an, die laut aktuell gültiger Fachinformation des zu bewertenden Arzneimittels zu seiner Anwendung angeführt sind. Berücksichtigen Sie auch solche ärztlichen Leistungen, die ggf. nur bestimmte Patientenpopulationen betreffen oder nur unter bestimmten Voraussetzungen durchzuführen sind. Geben Sie für jede identifizierte ärztliche Leistung durch das entsprechende Zitat aus der Fachinformation den Empfehlungsgrad zur Durchführung der jeweiligen Leistung an. Sofern dieselbe Leistung mehrmals angeführt ist, geben Sie das Zitat mit dem jeweils stärksten Empfehlungsgrad an, auch wenn dies ggf. nur bestimmte Patientenpopulationen betrifft. Geben Sie in Tabelle 3-27 zudem für jede ärztliche Leistung an, ob diese aus Ihrer Sicht für die Anwendung des Arzneimittels als zwingend erforderliche und somit verpflichtende Leistung einzustufen ist.*

Tabelle 3-27: Alle ärztlichen Leistungen, die gemäß aktuell gültiger Fachinformation des zu bewertenden Arzneimittels zu seiner Anwendung angeführt sind

Nr.	Bezeichnung der ärztlichen Leistung	Zitat(e) aus der Fachinformation mit dem jeweils stärksten Empfehlungsgrad (kann/sollte/soll/muss/ist etc.) und Angabe der genauen Textstelle (Seite, Abschnitt)	Einstufung aus Sicht des pharmazeutischen Unternehmers, ob es sich um eine zwingend erforderliche Leistung handelt (ja/nein)
Nicht zutreffend. Ciltacel wird ausschließlich im stationären Bereich angewendet und alle ärztlichen Leistungen werden über DRG-Fallpauschalen abgedeckt.			
Abkürzungen: Ciltacel: Ciltacabtagene Autoleucel; DRG: Diagnosis-related group; etc.: et cetera			

*Geben Sie den Stand der Information der Fachinformation an.*

Nicht zutreffend.

*Benennen Sie nachfolgend solche zwingend erforderlichen ärztlichen Leistungen aus Tabelle 3-27, die Ihrer Einschätzung nach bisher nicht oder nicht vollständig im aktuell gültigen EBM abgebildet sind. Begründen Sie jeweils Ihre Einschätzung. Falls es Gebührenordnungspositionen gibt, mittels derer die ärztliche Leistung bei anderen Indikationen und/oder anderer methodischer Durchführung erbracht werden kann, so geben Sie diese bitte an. Behalten Sie bei Ihren Angaben die Nummer und Bezeichnung der ärztlichen Leistung aus Tabelle 3-27 bei.*



Nicht zutreffend.

*Geben Sie die verwendete EBM-Version (Jahr/Quartal) an.*

Nicht zutreffend.

*Legen Sie nachfolgend für jede der zwingend erforderlichen ärztlichen Leistungen, die Ihrer Einschätzung nach bisher nicht (vollständig) im aktuell gültigen EBM abgebildet sind, detaillierte Informationen zu Art und Umfang der Leistung dar. Benennen Sie Indikationen für die Durchführung der ärztlichen Leistung sowie die Häufigkeit der Durchführung für die Zeitpunkte vor, während und nach Therapie. Falls die ärztliche Leistung nicht für alle Patienten gleichermaßen erbracht werden muss, benennen und definieren sie abgrenzbare Patientenpopulationen.*

*Stellen Sie detailliert Arbeits- und Prozessschritte bei der Durchführung der ärztlichen Leistung sowie die ggf. notwendigen apparativen Anforderungen dar. Falls es verschiedene Verfahren gibt, so geben Sie bitte alle an. Die Angaben sind durch Quellen (z. B. Publikationen, Methodenvorschriften, Gebrauchsanweisungen) zu belegen, so dass die detaillierten Arbeits- und Prozessschritte zweifelsfrei verständlich werden.*

Nicht zutreffend.

### **3.5.1 Referenzliste für Abschnitt 3.5**

*Listen Sie nachfolgend alle Quellen (z. B. Publikationen, Methodenvorschriften, Gebrauchsanweisungen), die Sie im Abschnitt 3.5 angegeben haben (als fortlaufend nummerierte Liste). Verwenden Sie hierzu einen allgemein gebräuchlichen Zitierstil (z. B. Vancouver oder Harvard). Sämtliche Quellen sind im Volltext beizufügen.*

Nicht zutreffend.