

Dokumentvorlage, Version vom 16.03.2018

Dossier zur Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V

Nivolumab (OPDIVO®)

Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA

Modul 2

Allgemeine Angaben zum Arzneimittel,
zugelassene Anwendungsgebiete

Stand: 12.06.2025

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Tabellenverzeichnis	2
Abbildungsverzeichnis	3
Abkürzungsverzeichnis.....	4
2 Modul 2 – allgemeine Informationen	5
2.1 Allgemeine Angaben zum Arzneimittel	5
2.1.1 Administrative Angaben zum Arzneimittel	5
2.1.2 Angaben zum Wirkmechanismus des Arzneimittels.....	6
2.2 Zugelassene Anwendungsgebiete	11
2.2.1 Anwendungsgebiete, auf die sich das Dossier bezieht.....	11
2.2.2 Weitere in Deutschland zugelassene Anwendungsgebiete	12
2.3 Beschreibung der Informationsbeschaffung für Modul 2	17
2.4 Referenzliste für Modul 2	17

Tabellenverzeichnis

	Seite
Tabelle 2-1: Allgemeine Angaben zum zu bewertenden Arzneimittel	5
Tabelle 2-2: Pharmazentralnummern und Zulassungsnummern für das zu bewertende Arzneimittel.....	6
Tabelle 2-3: Zugelassene Anwendungsgebiete, auf die sich das Dossier bezieht	12
Tabelle 2-4: Weitere in Deutschland zugelassene Anwendungsgebiete des zu bewertenden Arzneimittels	12

Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abbildung 2-1: Wirkmechanismus von Nivolumab (PD-1-inhibierender Antikörper).....	8
Abbildung 2-2: Wirkmechanismus von Ipilimumab (CTLA-4-inhibierender Antikörper).....	9
Abbildung 2-3: Blockade der CTLA-4- und PD-1-Signalwege (Komplementärmechanismus)	10

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
ADCC	Antikörper-vermittelte zelluläre Zytotoxizität (<i>Antibody-Dependent Cell-Mediated Cytotoxicity</i>)
ALK	Anaplastische Lymphomkinase
APC	Antigenpräsentierende Zelle (<i>Antigen-Presenting Cell</i>)
ATC-Code	Anatomisch-Therapeutisch-Chemischer Code
BMS	Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA
CD	<i>Cluster of Differentiation</i>
CPS	<i>Combined Positive Score</i>
CTLA-4	<i>Cytotoxic T-Lymphocyte Antigen-4</i> (Zytotoxisches T Lymphozyten-Antigen 4)
dMMR	Mismatch-Reparatur-Defizienz
EGFR	<i>Epidermal Growth Factor Receptor</i>
EMA	<i>European Medicines Agency</i>
EU	Europäische Union
HER2	<i>Human Epidermal Growth Factor Receptor 2</i>
IgG1	Immunglobulin-G1
IgG4	Immunglobulin-G4
MHC	<i>Major Histocompatibility Complex</i>
MSI-H	Hohe Mikrosatelliteninstabilität
NSCLC	<i>Non-Small Cell Lung Cancer</i> (nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom)
OS	<i>Overall survival</i> (Gesamtüberleben)
PD-1	<i>Programmed Cell Death Protein-1</i>
PD-L1	<i>Programmed Death-Ligand 1</i>
PD-L2	<i>Programmed Death-Ligand 2</i>
PFS	Progressionsfreies Überleben
PZN	Pharmazentralnummer
SGB	Sozialgesetzbuch
TCR	<i>T-Cell Receptor</i> (T-Zell-Rezeptor)
T _{reg} :	Regulatorische T-Zelle

2 Modul 2 – allgemeine Informationen

Modul 2 enthält folgende Informationen:

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

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

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

2.1 Allgemeine Angaben zum Arzneimittel

2.1.1 Administrative Angaben zum Arzneimittel

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

Tabelle 2-1: Allgemeine Angaben zum zu bewertenden Arzneimittel

Wirkstoff:	Nivolumab
Handelsname:	OPDIVO®
ATC-Code:	L01FF01

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

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

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

2.1.2 Angaben zum Wirkmechanismus des Arzneimittels

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

Nivolumab und Ipilimumab sind monoklonale Antikörper, die über eine Aktivierung des Immunsystems wirken [1-3].

Eine wesentliche Aufgabe des Immunsystems ist die Erkennung und Eliminierung von entarteten Zellen. Das Immunsystem umfasst ein interagierendes Netzwerk von unterschiedlichen Zellen, Geweben und Organen, die koordiniert zusammenarbeiten [4].

Bei der sogenannten zellulären Immunantwort spielen T-Zellen eine Hauptrolle, da sie Tumorzellen anhand atypischer Oberflächenmoleküle, sogenannter Tumorantigene, als fremdartig erkennen. Eine Tumorantigenerkennung führt zu einer Aktivierung und Vermehrung (Proliferation) eines auf dieses Antigen spezialisierten T-Zell-Klons. Die aktivierten T-Zellen erkennen den Tumor, gegen den sie gerichtet sind, und sind idealerweise in der Lage, diesen zu infiltrieren und die Tumorzellen zu zerstören [5].

Trotz der effektiven Mechanismen des Immunsystems zur Tumorkontrolle können Tumorzellen nicht selten über sogenannte Escape-Mechanismen diesem Verteidigungssystem entgehen [6, 7]. Teilweise reduzieren die Tumorzellen die Antigenpräsentation, oder hemmen die Antwort der T-Zellen über inhibitorische Zytokine und verschiedene Checkpoint-Moleküle wie *Programmed Cell Death Protein-1* (PD-1) an den T-Zellen [8]. In der Folge erhalten die T-Zellen vom Tumor das Signal zur eigenen Inaktivierung statt zur Zerstörung der Tumorzellen. Weiterhin können sich Tumorzellen die körpereigene Kontrollfunktion des Immunsystems zu Nutze machen. Die inhibitorische Bindung des zytotoxischen T-Lymphozyten Antigen-4 (CTLA-4, *Cytotoxic T-Lymphocyte Antigen-4*) Rezeptors an seine Liganden verhindert eine Aktivierung von T-Zellen, um eine überschießende Immunreaktion zu verhindern. Dadurch können die T-Zellen keine effektive Anti-Tumoraktivität mehr entwickeln und die Tumorzellen entkommen ihrer Erkennung und Elimination.

Aktuell setzt die Immunonkologie zur Überwindung dieser Escape-Mechanismen vor allem auf die Wiederherstellung und Erhaltung der T-Zell-basierten Immunantwort. Dabei muss man wissen, dass die aktivierten T-Zellen einer strengen körpereigenen Regulation unterliegen, da

eine unkontrollierte Aktivität und Vermehrung dazu führen könnte, dass sich das Immunsystem gegen gesunde Zellen des eigenen Körpers richtet [9].

Eine besondere Rolle in diesem Prozess spielt daher die Modulation der sogenannten Immun-Checkpoints, die eine überschießende Immunreaktion und damit eine Schädigung des Organismus (Autoimmunreaktion) verhindern sollen [9]. Tumorzellen können bestimmte Immun-Checkpoints zusätzlich aktivieren oder deaktivieren und verstärken so die Hemmung der Immunantwort [10]. Checkpoint-Inhibitoren wie Nivolumab und Ipilimumab greifen in diesen Signalweg ein, können die „Immunbremse“ lösen und auf diese Weise das Immunsystem reaktivieren.

Immunonkologische Therapien mit Checkpoint-Inhibitoren stellen mittlerweile neben Chemotherapien und zielgerichteten Therapien einen zusätzlichen Therapieansatz dar und haben sich als weitere tragende Säule in der medikamentösen Behandlung einiger Tumorerkrankungen etabliert [11-14]. Dabei zeigen klinische Studiendaten bei Patient:innen mit metastasiertem Kolorektalkarzinom mit dMMR/MSI-H, dass die erhöhte Mutationslast der Tumore sowie die erhöhte Immunzellinfiltration zur Wirksamkeit der Checkpoint-Inhibitoren in diesem Anwendungsgebiet beitragen [15].

Wirkmechanismus von Nivolumab und Ipilimumab

Wirkstoffe, wie der bereits seit 2011 zugelassene CTLA-4-Checkpoint-Inhibitor Ipilimumab oder der seit 2015 zugelassene PD-1-Checkpoint-Inhibitor Nivolumab beeinflussen über eine kompetitive Blockade an CTLA-4 bzw. PD-1 die Immunantwort.

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

Der Wirkmechanismus von Nivolumab (PD-1-Signalweg) ist schematisch in Abbildung 2-1 dargestellt.

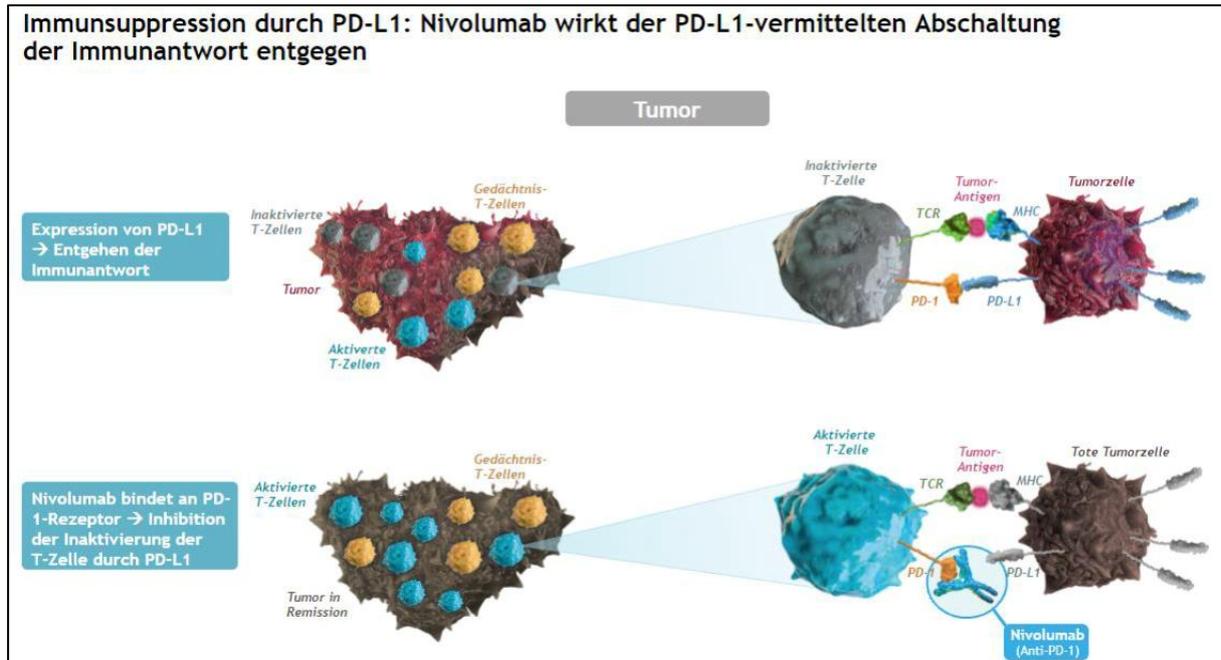


Abbildung 2-1: Wirkmechanismus von Nivolumab (PD-1-inhibierender Antikörper)

Quelle: Adaptiert nach [16-19]

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

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

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

Ipilimumab ist ein humaner monoklonaler IgG1-Antikörper, der an CTLA-4 bindet und dadurch die länger anhaltende Bindung von CD28, dem obligaten Co-Stimulus einer T-Zell-Aktivierung, an den B7-Komplex antigenpräsentierender Zellen (APC, *Antigen-Presenting Cell*) ermöglicht [1]. Dadurch kann die Stimulation und Proliferation aktivierter antigenspezifischer T-Lymphozyten trotz entgegengerichteter CTLA-4-Expression aufrechterhalten werden [20, 21]. Darüber hinaus trägt auch die selektive Depletion von regulatorischen T-Zellen durch Ipilimumab zur Aktivierung und Mobilisierung von zytotoxischen T-Zellen bei [1].

Der Wirkmechanismus von Ipilimumab (CTLA-4-Signalweg) ist schematisch in Abbildung 2-2 dargestellt.

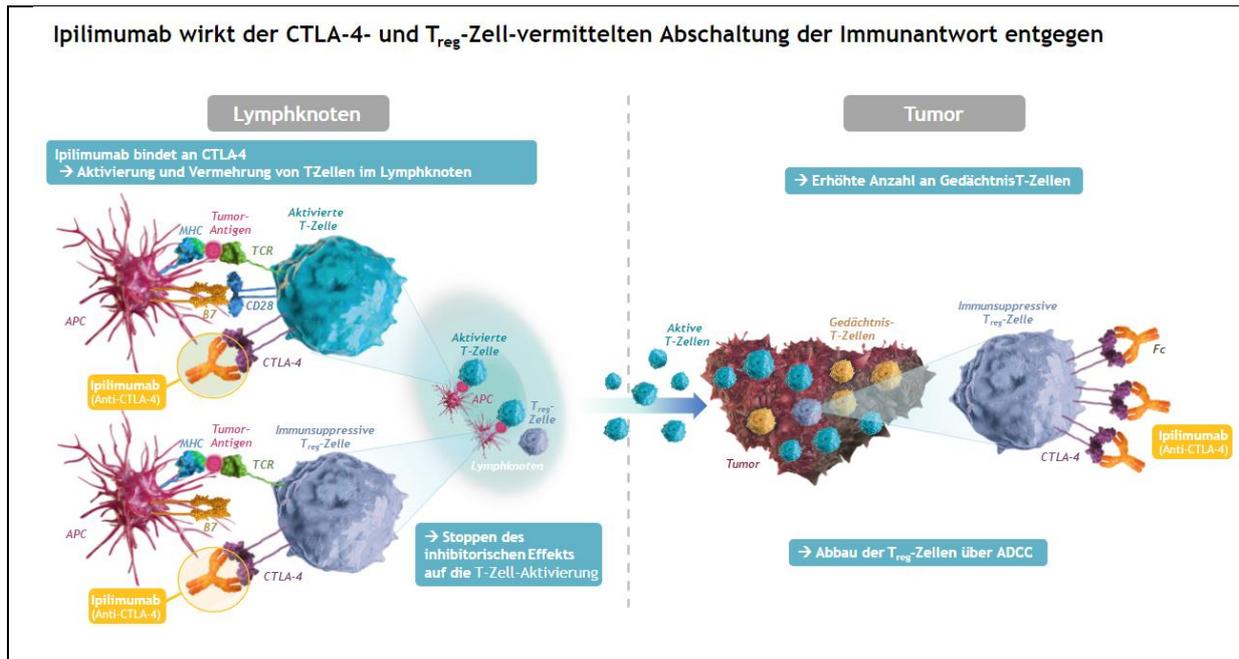


Abbildung 2-2: Wirkmechanismus von Ipilimumab (CTLA-4-inhibierender Antikörper)

Quelle: Adaptiert nach [16-19, 22-24]

Abbildung links: Durch die Bindung von Ipilimumab an CTLA-4 bleibt die T-Zell Aktivität dauerhaft bestehen. Es kommt zur Aktivierung und Vermehrung von T-Zellen im Lymphknoten. Weiterhin führt die Bindung von Ipilimumab an CTLA-4 zu einem Stopp des inhibitorischen Effekts auf die T-Zell-Aktivierung regulatorischer T-Zellen.

Abbildung rechts: Es kommt zur Bildung von Gedächtnis-T-Zellen, wodurch die Reaktivierung des Immunsystems unterstützt wird. Durch Antikörper-vermittelte zelluläre Zytotoxizität (ADCC) werden zudem immunsuppressive regulatorische T-Zellen abgebaut.

ADCC: Antikörper-vermittelte zelluläre Zytotoxizität (*Antibody-Dependent Cell-Mediated Cytotoxicity*); APC: Antigen-präsentierende Zelle (*Antigen-Presenting Cell*); CD: *Cluster of Differentiation*; CTLA-4: Zytotoxisches T-Lymphozyten Antigen 4 (*Cytotoxic T-Lymphocyte Antigen-4*); MHC: *Major Histocompatibility Complex*; PD-L1: *Programmed Death Ligand-1*; TCR: T-Zell-Rezeptor (*T-Cell Receptor*); T_{reg}: Regulatorische T-Zelle

Die beiden Checkpoint-Inhibitoren Nivolumab und Ipilimumab ergänzen sich durch ihr kluges immunologisches Zusammenspiel. Der CTLA-4-Inhibitor Ipilimumab greift in der frühen Phase der antitumoralen Immunantwort im Lymphknoten an. Durch Blockade des CTLA-4-Rezeptors führt Ipilimumab zu einer stetigen Mobilisierung und Aktivierung neuer T-Zellen [16, 23]. Zudem wächst die Anzahl von Gedächtnis-T-Zellen, wodurch eine Reaktivierbarkeit des Immunsystems ermöglicht wird und es kommt zu einer Reduktion immunsuppressiver regulatorischer T-Zellen [22-24]. Der PD-1-Inhibitor Nivolumab wirkt in der späteren Effektorphase in der Mikroumgebung des Tumors. Durch Blockade des PD-1-Rezeptors auf den aktivierten T-Zellen inhibiert Nivolumab die PD-L1-vermittelte Inaktivierung von T-Zellen durch den Tumor, wodurch der Tumor der antitumoralen Immunantwort nicht mehr entkommen kann [16, 18, 19]. Die Rationale hinter der Kombination beider Checkpoint-Inhibitoren liegt in ihrer unterschiedlichen, aber komplementären Wirkweise, wodurch eine Steigerung der Therapieeffekte, über die der Einzelsubstanzen hinaus, erreicht werden kann (siehe Abbildung 2-3) [16].

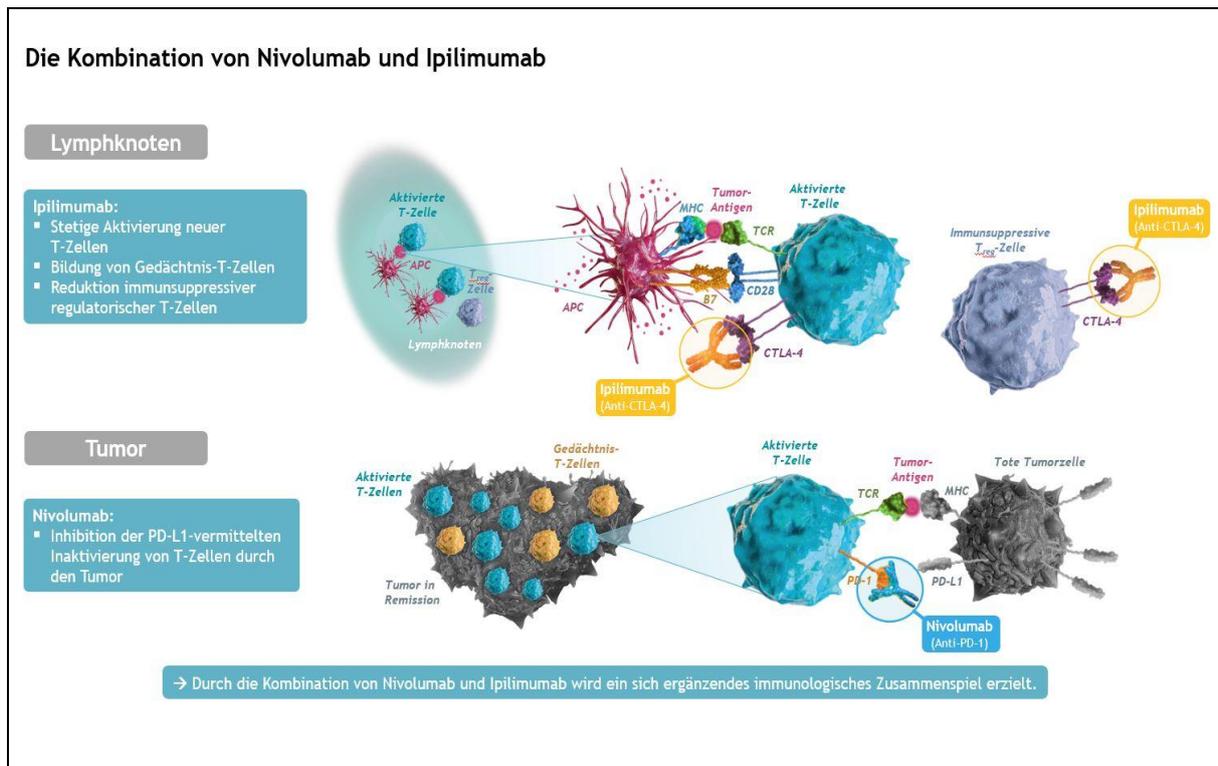


Abbildung 2-3: Blockade der CTLA-4- und PD-1-Signalwege (Komplementärmechanismus)

Quelle: Adaptiert nach [16-19, 22-26]

Abbildung oben: Ipilimumab führt durch die Blockade des CTLA-4-Rezeptors zu einer stetigen Mobilisierung und Aktivierung neuer T-Zellen im Lymphknoten. Es kommt zur Bildung von Gedächtnis-T-Zellen, wodurch die Reaktivierung des Immunsystems unterstützt wird. Weiterhin kommt es zu einer Reduktion der immunsuppressiven regulatorischen T-Zell-Population.

Abbildung unten: Durch Blockade des PD-1-Rezeptors auf den aktivierten T-Zellen inhibiert Nivolumab die PD-L1-vermittelte Inaktivierung von T-Zellen durch den Tumor.

APC: Antigen-präsentierende Zelle (*Antigen-Presenting Cell*); CD: *Cluster of Differentiation*; CTLA-4: Zytotoxisches T-Lymphozyten Antigen 4 (*Cytotoxic T-Lymphocyte Antigen-4*); MHC: *Major Histocompatibility Complex*; PD-L1: *Programmed Death Ligand-1*; TCR: T-Zell-Rezeptor (*T-Cell Receptor*); T_{reg}: Regulatorische T-Zelle

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

Der sich grundsätzlich von konventionellen Therapien unterscheidende Wirkmechanismus immunonkologischer Therapien erfordert zudem eine neue Gewichtung der bestehenden Effektivitätsmaße. Bisher lag der Fokus bei der Interpretation der Effektivität onkologischer Therapien neben dem Hazard Ratio für das Gesamtüberleben auf dem medianen Überleben. Um das teilweise verzögerte Ansprechen und vor allem das verbesserte Gesamtüberleben für einen Teil der Patienten, welches sich durch immunonkologische Therapien erreichen lässt, präziser abzubilden, sollten nach Ansicht von Bristol-Myers Squibb (BMS) für die Bewertung der Immunonkologie weitere Ergebnismaße ergänzt werden [27, 28]. Überlebensraten zu

Allgemeine Angaben zum Arzneimittel, zugelassene Anwendungsgebiete

bestimmten Zeitpunkten (1-Jahres-, 2-Jahres-, 3-Jahresüberlebensraten etc.) können das verbesserte Überleben für einen Teil der Patienten darstellen und sollten daher neben der Hazard Ratio für das Gesamtüberleben eine wichtige Rolle bei der Bewertung spielen. Zum anderen können, insbesondere bei verzögertem Ansprechen, Landmarkanalysen [29] – trotz der teilweise mit ihnen einhergehenden höheren Unsicherheit – wichtige Aussagen zur Effektivität von Immunonkologika treffen.

Auch das Nebenwirkungsprofil von PD-1-Inhibitoren und CTLA-4-Inhibitoren unterscheidet sich von dem konventioneller Therapieansätze: sie zeigen spezifische immunvermittelte Nebenwirkungen, die sich durch eine erhöhte bzw. übermäßig starke Immunaktivität erklären lassen. Dabei rufen Autoimmunprozesse entzündliche Reaktionen hervor, die unter anderem den Magen-Darm-Trakt, die Haut, die Leber, die Lunge, aber auch endokrine Drüsen oder das Nervensystem betreffen können. Diese Nebenwirkungen sind mittlerweile gut bekannt, der Umgang mit ihnen im ärztlichen Alltag etabliert und ihre Folgen weitgehend reversibel. Klassische, mit zytotoxischen Chemotherapien assoziierte Nebenwirkungen, wie Erbrechen, Alopezie oder hämatologische Veränderungen, treten hingegen üblicherweise kaum auf.

2.2 Zugelassene Anwendungsgebiete

2.2.1 Anwendungsgebiete, auf die sich das Dossier bezieht

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

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

Anwendungsgebiet (Wortlaut der Fachinformation inkl. Wortlaut bei Verweisen)	orphan (ja / nein)	Datum der Zulassungserteilung	Kodierung im Dossier ^a
OPDIVO ist in Kombination mit Ipilimumab zur Behandlung des Kolorektalkarzinoms mit Mismatch-Reparatur-Defizienz oder hoher Mikrosatelliteninstabilität bei Erwachsenen in den folgenden Fällen indiziert: <ul style="list-style-type: none"> – Erstlinientherapie des nicht resezierbaren oder metastasierten Kolorektalkarzinoms [...] 	nein	19.12.2024	Z
a: Fortlaufende Angabe „A“ bis „Z“.			

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

Die Angaben in Tabelle 2-3 entsprechen den Angaben in der deutschen Fachinformation von OPDIVO[®] mit Stand vom Mai 2025 [2].

2.2.2 Weitere in Deutschland zugelassene Anwendungsgebiete

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

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

Anwendungsgebiet (Wortlaut der Fachinformation inkl. Wortlaut bei Verweisen)	Datum der Zulassungserteilung
OPDIVO ist als Monotherapie bei Erwachsenen für die Behandlung des fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanoms indiziert.	19. Juni 2015

Allgemeine Angaben zum Arzneimittel, zugelassene Anwendungsgebiete

Anwendungsgebiet (Wortlaut der Fachinformation inkl. Wortlaut bei Verweisen)	Datum der Zulassungserteilung
<p>Nivolumab BMS ist zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) mit plattenepithelialer Histologie nach vorheriger Chemotherapie bei Erwachsenen indiziert.</p> <p>Zusammenführung unter dem Handelsnamen OPDIVO® mit Beschluss der Europäischen Kommission^a:</p> <p>OPDIVO ist als Monotherapie bei Erwachsenen für die Behandlung des fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanoms indiziert.</p> <p>OPDIVO ist zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) mit plattenepithelialer Histologie nach vorheriger Chemotherapie bei Erwachsenen indiziert.</p>	<p>20. Juli 2015</p> <p>28. Oktober 2015</p>
<p>OPDIVO ist als Monotherapie^b zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) nach vorheriger Chemotherapie bei Erwachsenen indiziert.^c</p>	<p>4. April 2016</p>
<p>OPDIVO ist als Monotherapie bei Erwachsenen zur Behandlung des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms nach Vortherapie indiziert.</p>	<p>4. April 2016</p>
<p>OPDIVO ist in Kombination^d mit Ipilimumab bei Erwachsenen für die Behandlung des fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanoms indiziert.</p> <p>Im Vergleich zur Nivolumab Monotherapie wurde in der Kombination Nivolumab mit Ipilimumab nur bei Patienten mit niedriger Tumor-PD-L1-Expression ein Anstieg des progressionsfreien Überlebens (PFS) und des Gesamtüberlebens (OS)^e gezeigt (siehe Abschnitte 4.4 und 5.1).^f</p>	<p>11. Mai 2016</p>
<p>OPDIVO ist als Monotherapie^b zur Behandlung des rezidivierenden oder refraktären klassischen Hodgkin-Lymphoms (cHL) bei Erwachsenen nach einer autologen Stammzelltransplantation (ASCT) und Behandlung mit Brentuximab Vedotin indiziert.</p>	<p>21. November 2016</p>
<p>OPDIVO ist als Monotherapie zur Behandlung des rezidivierten oder metastasierten Plattenepithelkarzinoms des Kopf-Hals-Bereichs bei Erwachsenen mit einer Progression während oder nach einer platinbasierten Therapie indiziert (siehe Abschnitt 5.1).^f</p>	<p>28. April 2017</p>
<p>OPDIVO ist als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen nicht resezierbaren oder metastasierten Urothelkarzinoms bei Erwachsenen nach Versagen einer vorherigen platinhaltigen Therapie indiziert.</p>	<p>2. Juni 2017</p>

Allgemeine Angaben zum Arzneimittel, zugelassene Anwendungsgebiete

Anwendungsgebiet (Wortlaut der Fachinformation inkl. Wortlaut bei Verweisen)	Datum der Zulassungserteilung
OPDIVO ist als Monotherapie bei Erwachsenen zur adjuvanten Behandlung des Melanoms mit Lymphknotenbeteiligung oder Metastasierung nach vollständiger Resektion indiziert (siehe Abschnitt 5.1). ^f	30. Juli 2018
OPDIVO ist in Kombination mit Ipilimumab für die Erstlinientherapie des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms bei Erwachsenen mit intermediärem/ungünstigem Risikoprofil indiziert (siehe Abschnitt 5.1). ^f	11. Januar 2019
OPDIVO ist in Kombination mit Ipilimumab und 2 Zyklen platinbasierter Chemotherapie für die Erstlinientherapie des metastasierten nicht kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) bei Erwachsenen, deren Tumoren keine sensitivierende EGFR-Mutation oder ALK-Translokation aufweisen, indiziert.	5. November 2020
OPDIVO ist als Monotherapie zur Behandlung des nicht resezierbaren fortgeschrittenen, rezidierten oder metastasierten Plattenepithelkarzinoms des Ösophagus bei Erwachsenen nach vorheriger fluoropyrimidin- und platinbasierter Kombinationschemotherapie indiziert.	20. November 2020
OPDIVO ist in Kombination mit Cabozantinib für die Erstlinientherapie des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms bei Erwachsenen indiziert (siehe Abschnitt 5.1). ^f	13. April 2021
OPDIVO ist in Kombination mit Ipilimumab für die Erstlinientherapie des nicht-resezierbaren malignen Pleuramesothelioms bei Erwachsenen indiziert.	1. Juni 2021
OPDIVO ist in Kombination mit Ipilimumab zur Behandlung des metastasierten Kolorektalkarzinoms mit Mismatch-Reparatur-Defizienz oder hoher Mikrosatelliteninstabilität bei Erwachsenen nach vorheriger fluoropyrimidinbasierter Kombinationschemotherapie indiziert (siehe Abschnitt 5.1). ^f	24. Juni 2021
OPDIVO ist als Monotherapie zur adjuvanten Behandlung der Karzinome des Ösophagus oder des gastroösophagealen Übergangs bei Erwachsenen mit pathologischer Resterkrankung nach vorheriger neoadjuvanter Chemoradiotherapie indiziert (siehe Abschnitt 5.1). ^f	28. Juli 2021
OPDIVO ist in Kombination mit fluoropyrimidin- und platinbasierter Kombinationschemotherapie für die Erstlinienbehandlung der HER2-negativen fortgeschrittenen oder metastasierten Adenokarzinome des Magens, des gastroösophagealen Übergangs oder des Ösophagus bei Erwachsenen indiziert, deren Tumoren PD-L1 (Combined Positive Score [CPS] \geq 5) exprimieren.	19. Oktober 2021

Allgemeine Angaben zum Arzneimittel, zugelassene Anwendungsgebiete

Anwendungsgebiet (Wortlaut der Fachinformation inkl. Wortlaut bei Verweisen)	Datum der Zulassungserteilung
OPDIVO ist als Monotherapie zur adjuvanten Behandlung des muskelinvasiven Urothelkarzinoms (MIUC) mit Tumorzell-PD- L1-Expression ≥ 1 % bei Erwachsenen mit hohem Rezidivrisiko nach radikaler Resektion des MIUC indiziert (siehe Abschnitt 5.1). ^f	1. April 2022
OPDIVO ist in Kombination mit Ipilimumab für die Erstlinienbehandlung des nicht resezierbaren fortgeschrittenen, rezidierten oder metastasierten Plattenepithelkarzinoms des Ösophagus mit Tumorzell-PD-L1-Expression ≥ 1 % bei Erwachsenen indiziert (siehe Abschnitt 5.1). ^f	1. April 2022
OPDIVO ist in Kombination mit fluoropyrimidin- und platinbasierter Kombinationschemotherapie für die Erstlinienbehandlung des nicht resezierbaren fortgeschrittenen, rezidierten oder metastasierten Plattenepithelkarzinoms des Ösophagus mit Tumorzell-PD-L1-Expression ≥ 1 % bei Erwachsenen indiziert (siehe Abschnitt 5.1). ^f	1. April 2022
OPDIVO ist als Monotherapie bei Jugendlichen ab 12 Jahren ^g zur adjuvanten Behandlung des Melanoms mit Lymphknotenbeteiligung oder Metastasierung nach vollständiger Resektion indiziert (siehe Abschnitt 5.1). ^f	31. Mai 2023
OPDIVO ist als Monotherapie oder in Kombination mit Ipilimumab bei Jugendlichen ab 12 Jahren ^g für die Behandlung des fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanoms indiziert. Im Vergleich zur Nivolumab Monotherapie wurde in der Kombination Nivolumab mit Ipilimumab nur bei Patienten mit niedriger Tumor-PD-L1-Expression ein Anstieg des progressionsfreien Überlebens (PFS) und des Gesamtüberlebens (OS) gezeigt (siehe Abschnitte 4.4 und 5.1). ^f	31. Mai 2023
OPDIVO ist in Kombination mit platinbasierter Chemotherapie für die neoadjuvante Behandlung des resezierbaren NSCLC mit Tumorzell-PD-L1-Expression ≥ 1 % bei Erwachsenen mit hohem Rezidivrisiko indiziert (Auswahlkriterien siehe Abschnitt 5.1). ^h	26. Juni 2023
OPDIVO ist als Monotherapie bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren zur adjuvanten Behandlung des Melanoms im Stadium IIB oder IIC ⁱ oder des Melanoms mit Lymphknotenbeteiligung oder Metastasierung nach vollständiger Resektion indiziert (siehe Abschnitt 5.1).	21. August 2023
OPDIVO ist in Kombination mit Cisplatin und Gemcitabin für die Erstlinientherapie des nicht resezierbaren oder metastasierten Urothelkarzinoms bei Erwachsenen indiziert.	23. Mai 2024

Allgemeine Angaben zum Arzneimittel, zugelassene Anwendungsgebiete

Anwendungsgebiet (Wortlaut der Fachinformation inkl. Wortlaut bei Verweisen)	Datum der Zulassungserteilung
OPDIVO ist in Kombination mit Ipilimumab für die Erstlinientherapie des nicht resezierbaren oder fortgeschrittenen hepatozellulären Karzinoms bei Erwachsenen indiziert.	28. Februar 2025
OPDIVO ist in Kombination mit platinbasierter Chemotherapie für die neoadjuvante Behandlung, gefolgt von OPDIVO als Monotherapie für die adjuvante Behandlung des resezierbaren nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms mit Tumorzell-PD-L1 Expression $\geq 1\%$ bei Erwachsenen mit hohem Rezidivrisiko indiziert (Auswahlkriterien siehe Abschnitt 5.1).	15. Mai 2025
<p>a: Nivolumab BMS wurde daraufhin zum 1. Dezember 2015 außer Vertrieb gemeldet.</p> <p>b: Im Rahmen der Zulassung für das Plattenepithelkarzinom des Kopf-Hals-Bereichs (SCCHN) wurde „als Monotherapie“ in den ursprünglichen Indikationstext eingefügt.</p> <p>c: Durch Zulassung der Indikation des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) mit nicht-platten-epithelialer Histologie entfällt die Spezifikation der Histologie.</p> <p>d: Der Text „zur Kombination mit Ipilimumab“ wurde in der Fachinformation in den ursprünglichen Abschnitt zur Behandlung (Monotherapie) des fortgeschrittenen Melanoms bei Erwachsenen eingefügt.</p> <p>e: Der Abschnitt „und des Gesamtüberlebens (OS)“ wurde erst mit Entscheidung der Europäischen Kommission vom 19. Oktober 2017 eingefügt.</p> <p>f: Der Wortlaut der Abschnitte 4.4 und 5.1, auf den in der Fachinformation im Abschnitt „Anwendungsgebiete“ verwiesen wird, wird aufgrund des Umfangs des Abschnitts nicht angegeben. Der Wortlaut ist der Fachinformation zu OPDIVO® zu entnehmen.</p> <p>g: Der Text „und Jugendlichen ab 12 Jahren“ wurde in der Fachinformation in den ursprünglichen Abschnitt zur adjuvanten Behandlung des Melanoms bzw. zur Behandlung des fortgeschrittenen Melanoms bei Erwachsenen eingefügt.</p> <p>h: Im Abschnitt 5.1 werden Patienten mit hohem Rezidivrisiko definiert als Patienten mit einer Erkrankung im Stadium II bis IIIA nach IASLC 7. Auflage.</p> <p>i: Der Text „im Stadium IIB oder IIC“ wurde in der Fachinformation in den ursprünglichen Abschnitt zur adjuvanten Behandlung des Melanoms mit Lymphknotenbeteiligung oder Metastasierung eingefügt.</p> <p>ALK: <i>Anaplastic Lymphoma Kinase</i>; ASCT: Autologe Stammzelltransplantation; BMS: Bristol Myers Squibb; cHL: Klassisches Hodgkin-Lymphom; CPS: <i>Combined Positive Score</i>; EGFR: <i>Epidermal Growth Factor Receptor</i>; HER2: <i>Human Epidermal Growth Factor Receptor 2</i>; IASLC: <i>International Association for the Study of Lung Cancer</i>; MIUC: Muskelinvasives Urothelkarzinom; NSCLC: Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom; OS: Gesamtüberleben; PD-L1: <i>Programmed Death Ligand-1</i>; PFS: progressionsfreies Überleben; SCCHN: Plattenepithelkarzinom des Kopf-Hals-Bereichs</p>	

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

Die Informationen entsprechen den Angaben in der deutschen Fachinformation von OPDIVO® mit Stand vom Mai 2025 [2]. Die Angaben zur Zulassungshistorie wurden der Homepage der European Medicines Agency (EMA) entnommen [30].

2.3 Beschreibung der Informationsbeschaffung für Modul 2

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

Die Informationen zum Wirkmechanismus und Zulassungsstatus von Nivolumab wurden der deutschen Fachinformation von OPDIVO® entnommen. Die Informationen zum Wirkmechanismus von Ipilimumab wurden der deutschen Fachinformation von YERVOY® entnommen. Die Fachinformationen zu den jeweiligen Wirkstoffen wurden über den Fachinfo-Service der Rote Liste® Service GmbH bezogen (www.fachinfo.de). Die Angaben zur Zulassungshistorie von Nivolumab wurden der Homepage der EMA entnommen (www.ema.europa.eu). Ergänzende Informationen wurden verschiedenen Publikationen aus wissenschaftlichen Zeitschriften entnommen. Die Artikel wurden mit Hilfe einer orientierenden Literaturrecherche in PubMed (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed) identifiziert.

2.4 Referenzliste für Modul 2

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

1. Bristol-Myers Squibb Pharma EEIG (2011): YERVOY® 5 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung; Fachinformation. Stand: Februar 2025 [Zugriff: 19.03.2025]. URL: <http://www.fachinfo.de>.
2. Bristol-Myers Squibb Pharma EEIG (2015): OPDIVO® 10 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung; Fachinformation. Stand: Mai 2025 [Zugriff: 05.05.2025]. URL: <http://www.fachinfo.de>.
3. Buchbinder EI, Desai A (2016): CTLA-4 and PD-1 Pathways: Similarities, Differences, and Implications of Their Inhibition. *American Journal of Clinical Oncology*; 39(1):98-106.
4. Finn OJ (2008): Cancer immunology. *The New England Journal of Medicine*; 358(25):2704-15.
5. Gajewski TF, Schreiber H, Fu YX (2013): Innate and adaptive immune cells in the tumor microenvironment. *Nature Immunology*; 14(10):1014-22.
6. Dunn GP, Old LJ, Schreiber RD (2004): The immunobiology of cancer immunosurveillance and immunoediting. *Immunity*; 21(2):137-48.
7. Guevara-Patino JA, Turk MJ, Wolchok JD, Houghton AN (2003): Immunity to cancer through immune recognition of altered self: studies with melanoma. *Adv Cancer Res*; 90:157-77.
8. Frumento G, Piazza T, Di Carlo E, Ferrini S (2006): Targeting tumor-related immunosuppression for cancer immunotherapy. *Endocrine, Metabolic & Immune Disorders - Drug Targets*; 6(3):233-7.
9. Pardoll D, Drake C (2012): Immunotherapy earns its spot in the ranks of cancer therapy. *J Exp Med*; 209(2):201-9.

Allgemeine Angaben zum Arzneimittel, zugelassene Anwendungsgebiete

10. George S, Pili R, Carducci MA, Kim JJ (2011): Role of immunotherapy for renal cell cancer in 2011. *J Natl Compr Canc Netw*; 9(9):1011-8.
11. Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. (DGHO) (2025): Onkopedia Leitlinien Lungenkarzinom, nicht kleinzellig (NSCLC). [Zugriff: 19.03.2025]. URL: <https://www.onkopedia.com/de/onkopedia/guidelines/lungenkarzinom-nicht-kleinzellig-nsclc/@@guideline/html/index.html>.
12. Ljungberg B, Albiges L, Abu-Ghanem Y, Bedke A, Capitanio U, Dabestani S, et al. (2022): European Association of Urology Guidelines on Renal Cell Carcinoma: The 2022 Update. *European Urology*; 82(4):399 - 410.
13. Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (DKG) (2020): S3-Leitlinien zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Melanoms, Langversion 3.3, Juli 2020, AWMF Registernummer: 032/024OL. Stand: 19.03.2025 URL: https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Melanom/Melanom_Version_3/LL_Melanom_Langversion_3.3.pdf.
14. Amaral T, Ottaviano M, Arance A, Blank C, Chiarion-Sileni V, Donia M, et al. (2025): Cutaneous melanoma: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up^{#x2606}. *Annals of Oncology*; 36(1):10-30.
15. Overman MJ, Lonardi S, Wong KYM, Lenz HJ, Gelsomino F, Aglietta M, et al. (2018): Durable Clinical Benefit With Nivolumab Plus Ipilimumab in DNA Mismatch Repair-Deficient/Microsatellite Instability-High Metastatic Colorectal Cancer. *Journal of Clinical Oncology*; 36(8):773-9.
16. Wei SC, Duffy CR, Allison JP (2018): Fundamental Mechanisms of Immune Checkpoint Blockade Therapy. *Cancer Discovery*; 8(9):1069-86.
17. Darvin P, Toor SM, Sasidharan Nair V, Elkord E (2018): Immune checkpoint inhibitors: recent progress and potential biomarkers. *Experimental & Molecular Medicine*; 50(12):1-11.
18. Pardoll DM (2012): The blockade of immune checkpoints in cancer immunotherapy. *Nature Reviews Cancer*; 12(4):252-64.
19. Ribas A (2012): Tumor Immunotherapy Directed at PD-1. *New England Journal of Medicine*; 366(26):2517-9.
20. Harris NL, Ronchese F (1999): The role of B7 costimulation in T-cell immunity. *Immunol Cell Biol*; 77(4):304-11.
21. Kaehler KC, Piel S, Livingstone E, Schilling B, Hauschild A, Schadendorf D (2010): Update on immunologic therapy with anti-CTLA-4 antibodies in melanoma: identification of clinical and biological response patterns, immune-related adverse events, and their management. *Seminars in oncology*; 37(5):485-98.
22. De Coaña YP, Wolodarski M, Poschke I, Yoshimoto Y, Yang Y, Nyström M, et al. (2017): Ipilimumab treatment decreases monocytic MDSCs and increases CD8 effector memory T cells in long-term survivors with advanced melanoma. *Oncotarget*; 8(13):21539-53.
23. Rowshanravan B, Halliday N, Sansom DM (2018): CTLA-4: a moving target in immunotherapy. *Blood*; 131(1):58-67.
24. Weber JS, Hamid O, Chasalow SD, Wu DY, Parker SM, Galbraith S, et al. (2012): Ipilimumab increases activated T cells and enhances humoral immunity in patients with advanced melanoma. *J Immunother*; 35(1):89-97.
25. Wei SC, Anang NAS, Sharma R, Andrews MC, Reuben A, Levine JH, et al. (2019): Combination anti-CTLA-4 plus anti-PD-1 checkpoint blockade utilizes cellular

- mechanisms partially distinct from monotherapies. Proc Natl Acad Sci U S A; 116(45):22699-709.
26. Curran MA, Montalvo W, Yagita H, Allison JP (2010): PD-1 and CTLA-4 combination blockade expands infiltrating T cells and reduces regulatory T and myeloid cells within B16 melanoma tumors. Proc Natl Acad Sci U S A; 107(9):4275-80.
 27. Chen TT (2013): Statistical issues and challenges in immuno-oncology. J Immunother Cancer; 1:18.
 28. Johnson P, Greiner W, Al-Dakkak I, Wagner S (2015): Which Metrics Are Appropriate to Describe the Value of New Cancer Therapies? Biomed Res Int; 2015:865101.
 29. van Houwelingen HC, Putter H (2008): Dynamic predicting by landmarking as an alternative for multi-state modeling: an application to acute lymphoid leukemia data. Lifetime Data Anal; 14(4):447-63.
 30. European Medicines Agency (2025): OPDIVO: Procedural steps taken and scientific information after the authorisation. [Zugriff: 03.06.2025]. URL: https://www.ema.europa.eu/en/documents/procedural-steps-after/opdivo-epar-procedural-steps-taken-and-scientific-information-after-authorisation_en.pdf.