

OeGHO

AHOP

Österreichische Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie  
Arbeitsgemeinschaft hämatologischer und onkologischer Pflegepersonen in Österreich



HAUPTPROGRAMM

[www.oegho.at](http://www.oegho.at)

[www.ahop.at](http://www.ahop.at)

Kongresshaus Bregenz

6.–8. April 2017

FRÜHJAHRSTAGUNG 2017

Künstler: Manfred Egender

# Was ein Tag ausmacht\*

**LONQUEX**  
lipegfilgrastim

JEDER TAG ZÄHLT.<sup>1-8</sup>

\* Lonquex ist für die Reduzierung der Dauer einer Neutropenie bei erwachsenen Patienten indiziert, die eine zytotoxische Chemotherapie gegen bestimmte bösartige Erkrankungen erhalten (ausgenommen chronisch-myeloische Leukämie und myelodysplastische Syndrome).

**Literatur:** 1. Pettengell R, et al. Support Care Cancer 2008;16:1299-309. 2. daCosta DiBonaventura M, et al. Am Health Drug Benefits 2014;7:386-96. 3. Teuffel O, et al. Support Care Cancer 2012;20:2755-64. 4. Fortner BV, et al. J Support Oncol 2006;4:472-8. 5. Fortner BV, et al. Support Cancer Ther 2006;3:173-7. 6. Meza L, et al. Proc Am Soc Clin Oncol 2002;21: Abstract 2640. 7. Crawford J. Chapter 9. Aus: Cancer and Drug Discovery Development: Supportive Care in Cancer Therapy DOI: 10.1007/978-1-59745-291-5\_9, Hrsg.: D.S. Ettinger ©Humana Press, Totowa, NJ. 8. Li Y, et al. Blood. 2014;124: Abstract 4960

**Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. Hinweise zur Meldung von Nebenwirkungen, siehe Abschnitt 4.8 der Fachinformation.**

#### Lonquex 6 mg Injektionslösung

**Qualitative und Quantitative Zusammensetzung:** Jede Fertigspritze enthält 6 mg Lipegfilgrastim\* in 0,6 ml Lösung. Ein ml Injektionslösung enthält 10 mg Lipegfilgrastim. Der Wirkstoff ist ein kovalentes Konjugat von Filgrastim\*\* mit Methoxypolyethylenglycol (PEG) über einen Kohlenhydrat-Linker. \*Beruht nur auf dem Proteingehalt. Die Konzentration beträgt 20,9 mg/ml (d. h. 12,6 mg je Fertigspritze), wenn der PEG-Anteil und der Kohlenhydrat-Linker eingerechnet sind. \*\*Filgrastim (rekombinanter methionilylierter humaner Granulozyten koloniestimulierender Faktor [G-CSF]) wird mittels rekombinanter DNA-Technologie aus Zellen von Escherichia coli hergestellt. Die Stärke dieses Arzneimittels sollte nicht mit der Stärke anderer pegylierter oder nicht-pegylierter Proteine der gleichen therapeutischen Klasse verglichen werden. Weitere Informationen siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation. Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: Jede Fertigspritze enthält 30 mg Sorbitol. Jede Fertigspritze enthält weniger als 1 mmol (23 mg) Natrium. **Anwendungsgebiete:** Zur Verkürzung der Dauer von Neutropenien und zur Verminderung der Inzidenz von febriler Neutropenie bei erwachsenen Patienten, die wegen einer malignen Erkrankung eine zytotoxische Chemotherapie erhalten (mit Ausnahme von chronisch myeloischer Leukämie und myelodysplastischen Syndromen). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der genannten sonstigen Bestandteile. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Immunstimulanzien, koloniestimulierende Faktoren, ATC-Code: L03AA14. **Sonstige Bestandteile:** Essigsäure 99 %; Natriumhydroxid (zur pH-Anpassung); Sorbitol (E 420); Polysorbat 20; Wasser für Injektionszwecke. **Art und Inhalt des Behältnisses:** 0,6 ml Lösung in einer Fertigspritze (Typ-I-Glas) mit einem Kolbenstopfen [Poly(ethylen co tetrafluorethylen) beschichteter Brombutylkautschuk] und einer fixierten Injektionsnadel (Edelstahl; 29 G [0,34 mm] oder 27 G [0,4 mm] x 0,5 Zoll [12,7 mm]). Packungsgrößen: Packungen mit 1 Fertigspritze mit oder ohne Schutzvorrichtung (verhindert Nadelstichverletzungen und mehrmaligen Gebrauch). Es werden möglicherweise nicht alle Packungsgrößen in den Verkehr gebracht. **Inhaber der Zulassung:** UAB "Sicor Biotech", Molėtų pl. 5, LT-08409 Vilnius, Litauen. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Stand der Information:** 06/2015.

---

Vorwort.....	3
Wichtige Kontakte.....	4
Allgemeine Informationen.....	5
Raumplan „Kongresshaus Bregenz“.....	9
Aussteller, Inserenten & Sponsoren.....	10
Ausstellungsplan.....	11
Programmübersicht.....	13
Wissenschaftliches Programm OeGHO – Donnerstag, 6. April 2017.....	17
Wissenschaftliches Programm OeGHO – Freitag, 7. April 2017.....	21
Wissenschaftliches Programm OeGHO – Samstag, 8. April 2017.....	37
Posterübersicht.....	42
Pflegeprogramm / Wissenschaftliches Programm AHOP.....	51
Satellitensymposien – Donnerstag, 6. April 2017.....	54
Satellitensymposien – Freitag, 7. April 2017.....	57
Satellitensymposien – Samstag, 8. April 2017.....	61
Vorsitzenden- & Sprecherverzeichnis.....	63
Fachkurzinformationen.....	66
Anreise/Parkmöglichkeiten.....	72



# Striving for Victories Over Cancer

Jeder Krebspatient erlebt seinen Krankheitsverlauf ganz individuell. Gemeinsam mit Ihnen streben wir danach, die Betroffenen auf diesem Weg bestmöglich zu unterstützen. Wir bei Janssen wollen durch unsere erstklassige Forschung und die Entwicklung von ganzheitlichen Therapieansätzen zu Erfolgsmomenten beim Kampf gegen Krebs beitragen.

**Janssen-Cilag Pharma GmbH**  
Vorgartenstraße 206B  
A-1020 Wien

**janssen**  **Oncology**  
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF 

**Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,  
geschätzte Mitarbeiter der Pflegeberufe,  
liebe Studentinnen und Studenten,**

von 6.–8. April 2017 findet im Kongresshaus Bregenz die Frühjahrs-  
tagung der österreichischen Gesellschaft für Hämatologie und Medizi-  
nische Onkologie (OeGHO) statt. Parallel dazu wird, wie in den letzten  
Jahren, die Tagung der Arbeitsgemeinschaft hämatologischer und  
onkologischer Pflegepersonen (AHOP) stattfinden.

Die praxisrelevante Ausrichtung wird alltagstaugliches onkologisches  
Wissen in Vorträgen, Seminaren und Diskussionen vermitteln. Die Hämatologie als Vorreiter und  
die Medizinische Onkologie machen mit großen Schritten Neuerungen in Diagnostik und  
Therapie möglich.

Die faszinierenden Möglichkeiten der genetischen Diagnostik bis zu therapeutischen  
immunologischen Eingriffen kommen unseren Patientinnen und Patienten zugute. Die Tumor-  
immunologie erwächst den Kinderschuhen und ist als Faszinosum bei mehreren Tumorenti-  
täten klinische Behandlungsmöglichkeit geworden. Aus der Breite der onkologischen Forschung  
haben mein Team und ich versucht die Neuerungen des Jahres darzustellen.

Die AHOP wird wieder ein eigenes Programm präsentieren, einige Sitzungen sind mit der OeGHO  
gemeinsam.

Ebenso bietet die Tagung für Studenten eine Möglichkeit die Hämatologie und Onkologie kennen  
zu lernen. Um bei Medizinstudenten für das rasch wachsende Feld der Onkologie Interesse zu  
wecken, wird es einen eigenen Programmpfad geben, der von der OeGHO auch finanziell unter-  
stützt wird.

Im Namen der OeGHO und AHOP sowie aller an der Tagungsorganisation beteiligten  
Mitarbeiterinnen, Mitarbeiter und Kollegen würde ich mich sehr freuen, wenn Sie an der Tagung  
in Bregenz teilnehmen.

Priv.-Doz. OA Dr. Alois Lang  
Tagungspräsident  
Leitender Oberarzt der Inneren Medizin II mit Hämatologie und Onkologie  
Landeskrankenhaus Feldkirch



**Tagungspräsident:**

Priv.-Doz. OA Dr. Alois Lang  
E-Mail: alois.lang@lkhf.at

**Tagungssekretäre:**

OA Dr. Bernd Hartmann  
OÄ Dr. Margit Sandholzer  
OA Dr. Klaus Gasser

**Tagungssekretariat:**

Cornelia Köchle  
Tel.: +43 5522/303 23 00  
E-Mail: cornelia.koechle@lkhf.at  
Abteilung für Innere Medizin  
Hämatologie & Onkologie  
Landeskrankenhaus Feldkirch  
Carinagasse 47, A-6807 Feldkirch

**Österreichische Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie:**

Walter Voitl-Bliem, MBA (Geschäftsführer)  
Geschäftsstelle: Postfach 10, A-1090 Wien  
E-Mail: office@oegho.at  
<http://www.oegho.at>

**AHOP Pflegetagung:**

Josef Trattner, BSc  
LKH-Universitätsklinikum Graz  
Univ.-Klinik für Innere Medizin  
Auenbruggerplatz 15, A-8036 Graz  
Tel.: +43 (0)316 385-831 17  
E-Mail: j.trattner@ahop.at

**Tagungsort:**

Kongresshaus Bregenz  
Platz der Wiener Symphoniker 1, A-6900 Bregenz

**Tagungsbüro/Hotelreservierung:**

Mondial Congress & Events  
Operngasse 20b, A-1040 Wien  
Tel.: +43 (0)1 588 04-0, Fax: +43 (0)1 588 04-185  
E-Mail: oegho2017@mondial-congress.com

**Fachausstellung/Insertion/Sponsoring:**

Medizinische Ausstellungs- und Werbegesellschaft  
Freyung 6, A-1010 Wien  
Tel.: +43 (0)1 536 63-42 od. -32 od. -75, Fax: +43 (0)1 535 60-16  
E-Mail: oeghofj@maw.co.at

### Anmeldung:

Zur Abholung Ihrer Teilnahmeunterlagen bzw. für Neuanmeldungen vor Ort wenden Sie sich bitte an die Registratur:

Donnerstag, 6. April 2017	10.00–18.00 Uhr
Freitag, 7. April 2017	07.45–17.30 Uhr
Samstag, 8. April 2017	07.15–12.00 Uhr

Zahlungsmöglichkeiten: Barzahlung, Bankomat oder Kreditkarten (*MasterCard, Visa, Diners Club und American Express*).

### Teilnahmegebühren:

Mitglieder OeGHO & AHÖP	kostenfrei
Nichtmitglieder Akademiker	EUR 50,00
Nichtmitglieder Pflegepersonen	EUR 40,00
BMA, BMF	EUR 20,00
Tageskarte	EUR 30,00
Ärzte in Ausbildung*	kostenfrei
Studenten*	kostenfrei

\*Nachweis erforderlich

### Approbation:

Die Frühjahrstagung ist als Veranstaltung für das Diplom-Fortbildungsprogramm der Österreichischen Ärztekammer mit 23 Punkten im Fach Innere Medizin (*Hämатologie und Internistische Onkologie*) approbiert.

### Vorträge/Präsentationsmöglichkeiten:

Bitte beachten Sie, dass Präsentationen ausschließlich mit **PowerPoint (.ppt/.pptx) im Format 16:9** durchgeführt werden können.

Die digitalen Slides Ihres Vortrags müssen spätestens 2 Stunden vor Beginn der wissenschaftlichen Sitzung in der Medienannahme abgegeben werden. Sollten Sie Ihren Vortrag in einer Morgensitzung haben, ersuchen wir Sie, Ihre Präsentation bereits am Vorabend abzugeben bzw. für die Eröffnungs-Sessions am Donnerstag bis spätestens 11.30 Uhr. Auf der ersten Folie jeder Präsentation sind potenzielle Interessenkonflikte offen zu legen (eine Vorlage wird im Vorfeld zur Verfügung gestellt).

Videos müssen in der PowerPoint-Präsentation inkludiert sein oder sich mit gängiger Mediensoftware abspielen lassen (z. B.: Windows Mediaplayer).

Präsentationen können ausschließlich in der Medienannahme abgegeben werden. Falls Sie Ihren eigenen Laptop benutzen möchten, wenden Sie sich bitte zeitgerecht an die Betreuer in der Medienannahme und bringen Sie bei einem Apple-Gerät einen Monitor Adapter (Mini-Displayport auf VGA oder DVI) mit.

### Öffnungszeiten Medienannahme:

Donnerstag, 6. April 2017	11.00–17.30 Uhr
Freitag, 7. April 2017	07.45–17.30 Uhr
Samstag, 8. April 2017	07.15–12.00 Uhr

### WLAN:

Im Kongresshaus steht ein kostenloser WLAN-Zugang zur Verfügung.  
Netzwerkname: OeGHO & AHOP  
Kein Passwort benötigt.

### Posterpräsentationen:

Postermaß: Höhe 130 cm, Breite 90 cm  
Die Poster müssen bis spätestens Freitag, 7. April 2017 um 08.00 Uhr aufgehängt und am Samstag, 8. April 2017 bis spätestens 12.00 Uhr abgenommen werden.  
Befestigungsmaterial ist bei den Posterwänden vorhanden. – Bitte hängen Sie Ihr Poster an die dafür vorgesehene Wand. Ihre Posternummer entnehmen Sie der „Posterübersicht“ ab S. 42.

Die Erstautoren werden ersucht während der Session „Poster & Lunch“ am Freitag, 7. April 2017 – in der Zeit von 13.00-14.00 Uhr – bei Ihrem Poster für Fragen und Diskussionen zur Verfügung zu stehen.

Das Reviewing-Verfahren der eingereichten Abstracts wurde durchgeführt von:

#### **Klinische Studien**

Univ.-Doz. Dr. Michael Fridrik, Linz

#### **Young Investigator-Einreichungen**

OA Dr. Klaus Gasser, Feldkirch  
Assoc.-Prof. Dr. Armin Gerger, Graz  
OA Dr. Michael Girschikofsky, Linz  
OA Dr. Bernd Hartmann, Feldkirch  
Univ.-Prof. Dr. Michael Steurer, Innsbruck  
Univ.-Prof. Dr. Albert Wölfler, Graz

#### **Poster Hämatologie**

OA Dr. Bernd Hartmann, Feldkirch  
Univ.-Prof. Dr. Michael Steurer, Innsbruck  
Univ.-Prof. Dr. Albert Wölfler, Graz

#### **Poster Onkologie**

OA Dr. Klaus Gasser, Feldkirch  
Assoc.-Prof. Dr. Armin Gerger, Graz  
OA Dr. Michael Girschikofsky, Linz

### Posterpreise & Young Investigator-Auszeichnungen 2017:

Wie in den vergangenen Jahren, werden auch heuer – mit Unterstützung der „Janssen-Cilag Pharma GmbH“ – wieder Preise für ein Poster Hämatologie und ein Poster Onkologie sowie Young Investigator-Auszeichnungen vergeben.  
Diese werden im Rahmen des „Wissenschaftlichen Abends“ am Freitag, 7. April 2017 verliehen.



### Wissenschaftlicher Abend mit Preisverleihungen im Kongresshaus Bregenz:

Freitag, 7. April 2017

19.30 Uhr – Aperitif

20.00 Uhr – Begrüßung durch den Tagungspräsidenten  
mit anschließendem Abendessen und der Möglichkeit zum Netzwerken

Im Rahmen des von der Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie organisierten und finanzierten Wissenschaftlichen Abends werden folgende Preise verliehen:

- OeGHO-Forschungsförderpreis
- AHOP-Bernhard Glawogger Förderpreise  
*zur Verfügung gestellt von Novartis Pharma GmbH*
- Posterpreise Hämatologie & Onkologie  
*zur Verfügung gestellt von Janssen-Cilag Pharma GmbH*
- Young Investigator-Auszeichnungen  
*zur Verfügung gestellt von Janssen-Cilag Pharma GmbH*
- Occursus Anerkennungs- und Förderpreis für Kommunikation in der Onkologie  
*zur Verfügung gestellt von Janssen-Cilag Pharma GmbH*
- Hans und Blanca Moser-Preis  
*zur Verfügung gestellt von der Hans und Blanca Moser-Stiftung*
- Research Grant Lymphoproliferative Erkrankungen  
*zur Verfügung gestellt von Amgen GmbH*
- Kongressstipendium  
*zur Verfügung gestellt von Spectrum Onkologie*

**Anmeldung** erforderlich (*begrenzte Teilnehmerzahl*)

Je nach Verfügbarkeit am Registraturschalter vor Ort.

**Unkostenbeitrag:** EUR 35,00 pro Person

### Haftungsbedingungen

Weder der Veranstalter noch Mondial Congress & Events haften für Verluste, Unfälle oder Schäden an Personen oder Objekten, egal welcher Ursache. Teilnehmer besuchen die Tagung auf eigenes Risiko und in eigener Verantwortung.

Der Teilnehmer nimmt zur Kenntnis, dass er weder dem Veranstalter noch Mondial Congress & Events gegenüber Schadenersatzansprüche stellen kann, wenn die Durchführung der Tagung durch unvorhergesehene politische, wirtschaftliche oder klimatische Gewalt erschwert oder verhindert wird, sowie wenn Programmänderungen wegen Absagen von Referenten, oder aus anderen Gründen, erfolgen müssen. Mit der Anmeldung erkennt der Teilnehmer diesen Vorbehalt an.

# Jetzt die Frühjahrstagung einfach in die Tasche stecken!

Mit der gratis App:

**medwhizz**<sup>®</sup>  
my congress companion



1

## Installieren

Im Apple App Store bzw. Google Play Store **medwhizz** eingeben und installieren.



2

## Starten

Die App medwhizz starten und in der Kongress-Übersicht **OeGHO- und AHOP-Frühjahrstagung 2017** antippen.



3

## Informieren

**Programm** nach Kategorien, alle **Abstracts**, **Poster** zum Download, uvm.



4

## Teilnehmen

Erstellen Sie Ihre **persönliche Agenda** und **evaluieren** Sie die Frühjahrstagung.



Detailinfos folgen vor Ort.

Kostenfreie App **medwhizz** jetzt herunterladen:



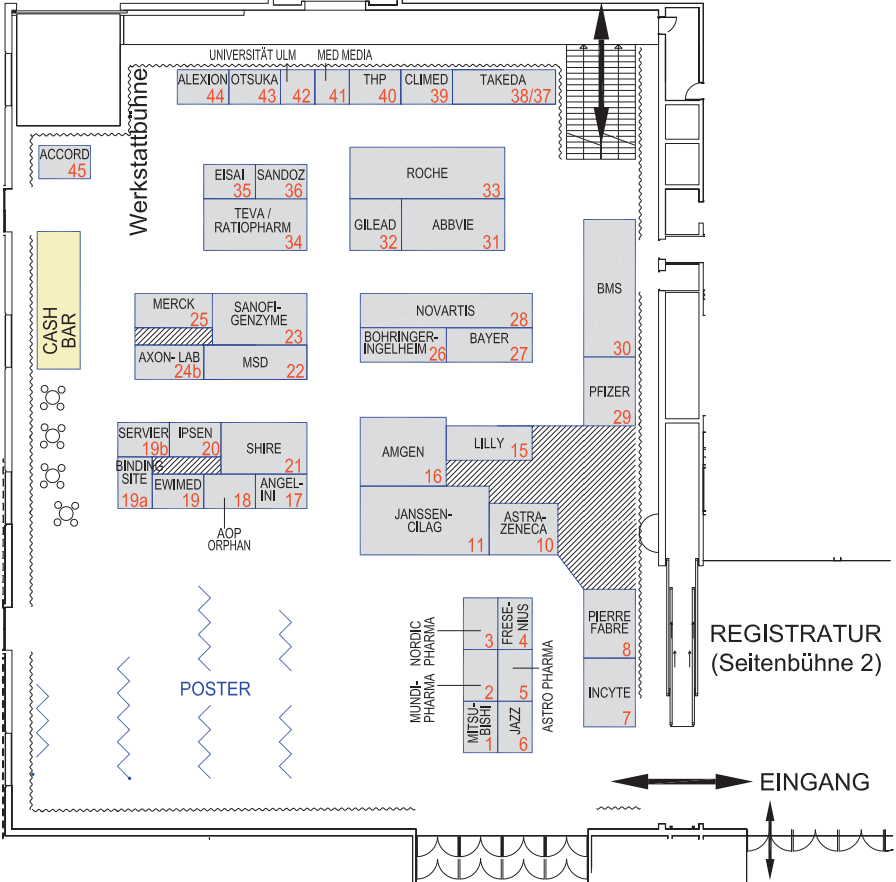
[www.medwhizz.com](http://www.medwhizz.com)



(Stand bei Drucklegung)

AbbVie, Wien  
Accord Healthcare, Salzburg  
Alexion Pharma Austria, Wien  
Allin Diätik, Wien  
Amgen, Wien  
Angelini Pharma Österreich, Wien  
AOP Orphan, Wien  
AstraZeneca Österreich, Wien  
Astro Pharma, Wien  
Axon Lab, Polling  
Bayer Austria, Wien  
The Binding Site, Schwetzingen/Deutschland  
Boehringer Ingelheim, Wien  
Bristol-Myers Squibb, Wien  
Celgene, Wien  
Climed Medizinische Produkte, Wien  
Eisai, Wien  
Ewimed, Hechingen-Boll/Deutschland  
Fresenius Kabi Austria, Graz  
GILEAD Sciences, Wien  
Incyte Biosciences Austria, Wien  
IPSEN Pharma, Ettlingen/Deutschland  
Janssen-Cilag Pharma, Wien  
Jazz Pharmaceuticals Germany, München/Deutschland  
Lilly, Wien  
MedMedia Verlag und Mediaservice, Wien  
MERCK, Wien  
Merck Sharp & Dohme, Wien  
Mitsubishi Tanabe Pharma, Wien  
Mundipharma, Wien  
Nordic Pharma, Ismaning/Deutschland  
Novartis Pharma, Wien  
Otsuka Pharmaceutical, Glattbrugg/Schweiz  
Pfizer Corporation Austria, Wien  
Pierre Fabre Pharma, Wels  
Roche Austria, Wien  
Sandoz, Wien  
Sanofi GENZYME, Wien  
Servier Austria, Wien  
Shire Österreich, Wien  
Takeda Pharma, Wien  
TEVA Ratiopharm, Wien  
THP Medical Products, Wien  
Universität Ulm, Ulm/Deutschland

ZU DEN VORTRÄGEN





# Leben verlängern

Der **erste 3-fach zielgerichtete Angiokinase-Inhibitor** für die Zweitlinienbehandlung des Adenokarzinoms der Lunge.<sup>1</sup>



- Vargatef® ist in Kombination mit Docetaxel der erste Wirkstoff, der in der Zweitlinie das OS auf über 1 Jahr hinaus verlängert.<sup>2</sup>
- Vargatef zeigt einen noch größeren relativen Nutzen im OS bei Patienten, die in der Erstlinie eine frühe Progredienz erleiden.<sup>2</sup>
- Die Lebensqualität wurde mit handhabbaren Nebenwirkungen im Allgemeinen erhalten.<sup>3</sup>






LET'S WORK  
ONCOLOGY FROM BOEHRINGER INGELHEIM







 **Vargatef**<sup>®</sup>  
nintedanib








<sup>1</sup> Vargatef® Fachinformation, Januar 2016. <sup>2</sup> Reck M et al. Lancet Oncol. 2014;15:143-55. <sup>3</sup> Novello S et al. European Journal of Cancer 2015 51 317-26


<b>Programm – Donnerstag, 6. April 2017</b>					
	<b>Seestudio (Plenarsaal)</b>	<b>Parkstudio</b>	<b>Propter Homines</b>	<b>Bodensee</b>	<b>Panorama I</b>
11.30 – 12.00	<b>Come-together</b> („Werkstattbühne“ -> Industrie- & Posterausstellung)				
12.00 – 13.30		Symposium: Bristol-Myers Squibb 1 Kunst der Wahl bei NSCLC & Highlights zum cHL (Seite 54)	Symposium: Boehringer Ingelheim Entwicklungen in der Therapie des NSCLC (Seite 54)		
13.45 – 15.15	Next generation sequencing (NGS) – klinische Anwendungen (Seite 17)	Symposium: GILEAD SCIENCES CLL und FL (Seite 55)	Symposium: TEVA ratiopharm Stellenwert der langwirk- samen G-CSFs (Seite 55)	Biosimilars (Seite 17)	<b>AHÖP</b> 14.30 – 17.30 Vorstand- sitzung Teil I (Seite 51)
15.30 – 17.00	Anämie (Seite 17)	Symposium: Novartis Game Changer in der Krebs- therapie (Seite 56)	Symposium: TAKEDA Erster oraler PI beim Multi- plen Myelom (Seite 56)	 Psycho- onkologie (Seite 19)	
17.00 – 17.30	<b>Eröffnungsempfang</b> („Werkstattbühne“ -> Industrie- & Posterausstellung)				
17.30 – 18.30	<b>Eröffnung &amp; Festvortrag</b> („Seestudio“) (Seite 19)				
19.00 – 20.00	<b>OeGHO-Beiratssitzung</b> („Seegalerie“ – 2. OG)				
20.00 – 22.00	<b>OeGHO-Mitgliederversammlung</b> („Seegalerie“ – 2. OG)				

Programm – Freitag, 7. April 2017					
	Seestudio (Plenarsaal)	Parkstudio	Propter Homines	Bodensee	Seefoyer
08.30 – 09.30	Mamma- karzinom (Triple negative breast cancer) (Seite 21)	Lunge (Seite 21)	Neuro- endokrine Tumore (Seite 21)		 Gemeinsame Sitzung OeGHO & AHOP: Onkologische Rehabilitation (Seite 23)
09.45 – 11.15	Mamma- karzinom HR+, HER2 -, HER2+, Triple+ (Seite 23)	Young  Investigators Meeting (Seite 25)			<b>AHOP</b> 09.45 – 11.15 AHOP I  11.30 – 13.00 AHOP II  14.00 – 16.00 AHOP III  16.15 – 17.45 AHOP IV (Seite 51/52)
11.30 – 13.00	Symposium: Janssen-Cilag 1 Neue Dimen- sionen in der MM Therapie (Seite 57)	Symposium: Celgene Der Arzt zwischen Ökonomie und Innovation (Seite 57)	Kopf-/Hals- Tumore (Seite 27)	Myelo- proliferative Neoplasie (Seite 27) 	
13.00 – 14.00	10 years memo- – dedicated to education (Seite 29)	<b>Poster &amp; Lunch</b> („Werkstattbühne“ -> Industrie- & Posterausstellung) (Seite 29) 			
14.00 – 15.30	Symposium: ROCHE 1 Krebsimmun- therapie (Seite 58)	Symposium: Sanofi Genzyme Leukemia only at first sight (Seite 58)	Gastro- intestinale Tumore (außer Colorektum) (Seite 31)	ZNS-Tumore (Seite 31)	
15.45 – 17.15	Aggressive Lymphome (Seite 33)	Symposium: Janssen-Cilag 2 CLL Therapie am Puls der Zeit (Seite 59)	Colorektale Karzinome (Seite 33)	Symposium: Bristol-Myers Squibb 2 Immunonkologie: Neue Patientengruppen (Seite 59)	
17.30 – 19.00	CLL + Indolente Lymphome (Seite 35)	Symposium: AMGEN „The Best. First!“ (Seite 60)	Tumore  in der Adoleszenz und beim jungen Erwachsenen (Seite 35)	Symposium: Shire Das metasta- sierte Pankre- askarzinom (Seite 60)	
ab 19.30	<b>„Wissenschaftlicher Abend“ –            mit Preisverleihungen im Kongresshaus Bregenz</b> (Anmeldung erforderlich!)				



Programm – Samstag, 8. April 2017					
	Seestudio (Plenarsaal)	Parkstudio	Propter Homines	Bodensee	Seefoyer
08.00 – 09.30	Myelom <i>(Seite 37)</i>	Infektiologie <i>(Seite 37)</i>	Stammzellen- transplantation + AML <i>(Seite 39)</i>	GU- Karzinome <i>(Seite 39)</i>	 08.30 – 10.00 AHOP V  10.15 – 12.00 AHOP VI  <i>(Seite 53)</i>
09.45 – 10.45	 Molekulare Tumor- profilierung <i>(Seite 40)</i>	Symposium: ABBVIE Neue Therapie- optionen in der CLL <i>(Seite 61)</i>	Mikroskopier- kurs <i>(Seite 40)</i>	Symposium: MSD Immun- therapie – ein Update <i>(Seite 61)</i>	
11.00 – 12.00	Myelodys- plastische Syndrome <i>(Seite 40)</i>	Symposium: ROCHE 2 Erstlinien- therapie des FL <i>(Seite 62)</i>		<b>Raum:</b> <b>Panorama II</b> Symposium: LILLY Update fort- geschrittenes Weichgewebe- sarkom <i>(Seite 62)</i>	
12.15 – 13.15	 Gemeinsame Sitzung OeGHO & AHOP: Shared Decision Making <i>(Seite 41)</i>	Taskforces	Taskforces	Taskforces	
13.15 – 14.00					<b>Raum:</b> <b>Panorama I</b>  13.15 – 14.00 Vorstandssitzung Teil II <i>(Seite 53)</i>

-  – Schiene Hämatologie
-  – Schiene Onkologie
-  – Allgemeine Themen
-  – Hauptsitzungen mit allgemeinen Themen
-  – Satellitensymposien
-  – AHOP-Programm
-  – OeGHO-Gesellschaftssitzungen

 – für Studierende  
 der Humanmedizin  
 empfohlen



für die Onkologie!

  
**JEVANA<sup>®</sup>**  
(cabazitaxel)

Prostatakarzinom

  
**ZALTRAP<sup>®</sup>**  
aflibercept  
*Die Wachstumsfaktoren-Falle*

Kolorektalkarzinom

  
**MOZOBI<sup>®</sup>**  
(plerixafor)

Stammzellmobilisierung

  
**FASTURTEC<sup>®</sup>**  
*Rasburicase*

Tumorlysesyndrom

  
**Evoltra**  
clofarabine

lymphoblastische Leukämie

Fachkurzinformationen siehe Seite 69 und 70

sanofi-aventis GmbH Österreich, SATURN Tower, Leonard-Bernstein-Straße 10, A 1220 Wien; +43 1 80 185 -0, [www.sanofi.at](http://www.sanofi.at) | SAAT.ONC.16.10.0533

Mit wegweisenden Therapien  
komplexen Erkrankungen begegnen.

**SANOFI GENZYME** 

**13.45–15.15 Next generation sequencing (NGS)  
– klinische Anwendungen**

**Seestudio**

*Vorsitz: Peter Bettelheim, Linz / Michael Pfeilstöcker, Wien*

NGS-Grundlagen, Möglichkeiten und Limitationen  
*Gregor Hörmann, Wien*

NGS in der Hämatologie: Diagnostik 4.0?  
*Torsten Haferlach, München*

NGS-klinische Anwendungen bei soliden Tumoren  
*Leonard Müllauer, Wien*

**13.45–15.15 Biosimilars**

**Bodensee**

*Vorsitz: Felix Keil, Wien / Günther Gastl, Innsbruck*

Was wir von Biosimilars wissen müssen  
*Martin Schiestl, Wien*

Lösungsansätze für eine gerechte und bezahlbare Preisgestaltung  
bei neuen onkologischen Arzneimitteln  
(unter Berücksichtigung von Biosimilars)  
*Wolf-Dieter Ludwig, Berlin*

Biosimilars aus klinischer und ökonomischer Sicht  
*Felix Keil, Wien*

**15.30–17.00 Anämie**

**Seestudio**

*Vorsitz: Günther Weiss, Innsbruck / Bernhard Föger, Bregenz*

Eisenmangelanämie und Anämie chronischer Erkrankungen  
*Günther Weiss, Innsbruck*

Thalassämien  
*Christian Sillaber, Wien*

Autoimmunhämolytische Anämien  
*Ulrich Jäger, Wien*



## Resistenz durchbrechen. Lebenszeit verlängern.

JEVTANA® für mCRPC Patienten mit Progress unter oder nach Docetaxel<sup>1,2</sup>

- spürbare **Schmerzreduktion**<sup>2,3,4</sup>
- Erhalt der **Lebensqualität**<sup>4,5</sup>
- signifikant **längere Lebenszeit**<sup>1,2</sup>

**JEVTANA**<sup>®</sup>  
(cabazitaxel)

Referenzen: 1. de Bono, J.S., et al., *Lancet* 2010; 376: 1147–1154. 2. Oudard, S., et al., *Future Oncol* 2011; 7: 497–506. 3. Bahl, A., et al., *Ann Oncol* 2013; 24: 2402–2408. 4. Bahl, A., et al., *J Clin Oncol* 2013; 31 (Suppl.): Abstract 91/ASCO-GU 2013 Poster 91. 5. Hofheinz, R., *Eur J Cancer* 2013; 49 (Suppl. 2): S700.

SAAT.CAB.16030119 | sanofi-aventis GmbH Österreich, SATURN Tower, Leonard-Bernstein-Straße 10, A 1220 Wien; +43 1 80 185 - 0, [www.sanofi.at](http://www.sanofi.at)

15.30–17.00 **Psychoonkologie**



**Bodensee**

*Vorsitz: Elisabeth Andritsch, Graz / Petra Sumnitsch, Feldkirch*

Die verschiedenen Gesichter der Angst bei PatientInnen  
mit einer Krebserkrankung  
*Elisabeth Andritsch, Graz*

Zur Bedeutung des Vertrauens in der Behandlung von Patienten  
*Giovanni Maio, Freiburg*

17.30–18.30 **Eröffnung & Festvortrag**



**Seestudio**

*Vorsitz: Hellmut Samonigg, Graz / Alois Lang, Feldkirch*

Grußworte des OeGHO-Präsidenten  
*Hellmut Samonigg, Graz*

Grußworte des AHOP-Präsidenten  
*Josef Trattner, Graz*

Grußworte Tagungspräsident  
*Alois Lang, Feldkirch*

Grußworte  
*Christian Bernhard, Bregenz*

Erzählung vom Urvater der Medizin  
*Michael Köhlmeier, Hohenems/Wien*

# GEMEINSAM STÄRKER

## DIE PERSPEKTIVE VERÄNDERN

**Jetzt mit IBRANCE<sup>®</sup> mehr für  
Ihre Patientinnen mit HR+/HER2-  
metastasiertem Brustkrebs  
(mBC) erreichen\*:**

- Erstmals **PFS von > 2 Jahren** in der Erstlinie<sup>1</sup>
- **Verdopplung des PFS** bei endokriner Resistenz<sup>2</sup>
- **Höhere Ansprechrate**<sup>\*1,2</sup>
- Erhalt der **Lebensqualität**<sup>3</sup>

IBRANCE<sup>®</sup> ist zugelassen für die Therapie von HR+/HER2- lokal fortgeschrittenem oder mBC<sup>4</sup>:

- in Kombination mit einem Aromataseinhibitor
- in Kombination mit Fulvestrant bei Frauen, die zuvor eine endokrine Therapie erhielten

Bei prä- und perimenopausalen Frauen sollte die endokrine Therapie mit einem LHRH-Agonisten kombiniert werden

\* vs. endokrine Monotherapie

PFS = progressionsfreies Überleben

**Referenzen:**

**1** Finn RS et al. N Engl J Med 2016; 375:1925-1936. **2** Cristofanilli M, et al. Lancet Oncol. 2016;17(4):425-439.

**3** Harbeck N, et al. Ann Oncol. 2016;27(6):1047-1054. **4** IBRANCE<sup>®</sup> Fachinformation, Stand Nov. 2016.

**Verändern Sie die Perspektive Ihrer mBC Patientinnen –  
Starten Sie mit IBRANCE<sup>®</sup>, wenn Sie mit endokriner Therapie beginnen.**

**08.30–09.30 Mammakarzinom Seestudio**  
*(Triple negative breast cancer)*

*Vorsitz: Günther Steger, Wien / Herbert Stöger, Graz*

Update Molekularpathologische Grundlagen  
*Farid Moinfar, Linz*

Update Innovative Therapieoptionen  
*Jasmin Terzic, Graz*

Update Neoadjuvante Therapie  
*Elisabeth Bergen, Wien*

**08.30–09.30 Lunge Parkstudio**

*Vorsitz: Wolfgang Hilbe, Wien / Peter Cerkl, Hohenems*

Reflexionen zum WCLC: „Together against Lung Cancer“  
*Robert Pirker, Wien*

Lungenkarzinom & Komorbiditäten  
*Florian Kocher, Innsbruck*

Ganzhirnbestrahlung, Nutzen und Risiken 2017  
*Alexander DeVries, Feldkirch*

**08.30–09.30 Neuroendokrine Tumore Propter Homines**

*Vorsitz: Markus Raderer, Wien / Holger Rumpold, Feldkirch*

GEP-NET state of the Art 2017  
*Thomas Winder, Zürich*

Pulmonale NETs  
*Thomas Kühn, Wels*



AT/ONCO/0217/0008

## SYMPOSIUM

Freitag

**7. APRIL 2017**

14:00–15:30

*„Es geht nicht  
um irgendeinen Krebs,  
es geht um meinen.“*

**KREBSIMMUNTHERAPIE**  
INNOVATIVE STRATEGIEN  
UND NEUE INDIKATIONEN





**08.30–09.30 Onkologische Rehabilitation**  
**Gemeinsame Sitzung OeGHO & AHOP**



**Seefoyer**

*Vorsitz: Dietmar Geissler, Klagenfurt / Josef Trattner, Graz*

Von der Krebsnachsorge zum Survivorship-Programm:  
Ein wichtiger Schritt für Krebsüberlebende  
*Richard Greil, Salzburg*

Langzeitverbesserung der Bio-Psycho-Sozialen Situation von  
Krebspatienten durch eine dreiwöchige stationäre onkologische  
Rehabilitation  
*Dietmar Geissler, Klagenfurt/Althofen*

Psychosoziale Aspekte der Krebserkrankung:  
Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen der Onkologischen  
Rehabilitation  
*Alexander Gaiger, Wien*

**09.45–11.15 Mammakarzinom**  
**HR+, HER2-, HER2+, Triple+**

**Seestudio**

*Vorsitz: Richard Greil, Salzburg / Alois Lang, Feldkirch*

HR und Her2/neu positive Mammakarzinome –  
Neues zu Art und Intensität der Chemotherapie in der  
neoadjuvanten und adjuvanten Situation  
*Gabriel Rinnerthaler, Salzburg*

HR-positive Mammakarzinome in der metastasierten Situation,  
Endokrine und Kombinationstherapien – Wie bestimmt sich  
die adäquate Risk/benefit Rate in individuellen Situationen  
*Bernd Hartmann, Feldkirch*

Alter über 75 und HR+ und/oder Her2/neu positives  
Mammakarzinom – Was können wir erwarten?  
*Rupert Bartsch, Wien*



# ERWEITERTE WIRKSAMKEIT. ERWEITERTE MÖGLICHKEITEN.

NINLARO<sup>®</sup> (Ixazomib) ist der erste und einzige orale Proteasom-Inhibitor zur Behandlung des Multiplen Myeloms nach mindestens einer Vortherapie.<sup>1</sup>

## Überlegenes PFS mit NINLARO<sup>®</sup>+Len/Dex vs. Placebo+Len/Dex<sup>2\*</sup>

- Im Median Verbesserung des PFS um 6 Monate (20,6 vs. 14,7 Monate; HR=0,742; p=0,012)<sup>2</sup>

## Nachhaltiges Sicherheitsprofil<sup>1,2</sup>

- Häufigste unerwünschte Ereignisse (≥ 20%) mit NINLARO<sup>®</sup>+Len/Dex: Diarrhoe, Obstipation, Thrombozytopenie, periphere Neuropathie, Übelkeit, peripheres Ödem, Erbrechen, Rückenschmerzen<sup>2</sup>
- Bei der Mehrzahl der Patienten (76%) konnte die Startdosis beibehalten werden.<sup>1</sup>

## Einfache orale Einnahme<sup>2</sup>

- **INDIKATION:** NINLARO<sup>®</sup> ist in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason für die Behandlung des multiplen Myeloms bei erwachsenen Patienten indiziert, die mindestens eine vorausgegangene Therapie erhalten haben.

\*Ergebnisse der Phase-3-Studie TOURMALINE-MM1 – eine internationale, randomisierte, doppelblinde, placebo-kontrollierte klinische Studie zur Beurteilung der Überlegenheit von einmal wöchentlich oral verabreichtem NINLARO<sup>®</sup>+Len/Dex über Placebo+Len/Dex bei 722 erwachsenen Patienten mit rezidiviertem/refraktärem multiplen Myelom.<sup>1,2</sup>

Len/Dex = Lenalidomid und Dexamethason; PFS = Progressionsfreies Überleben

REFERENZEN: 1. Data on File NIN-005, Takeda Pharmaceuticals International Co. 2. NINLARO<sup>®</sup> Fachinformation, Taastrup, Denmark: Takeda Pharma A/S; 2016.

09.45–11.15 Young Investigators Meeting



Parkstudio

*Vorsitz: Philipp Staber, Wien / Günther Gastl, Innsbruck*

TIGIT as a new target for checkpoint inhibition in chronic lymphocytic leukemia  
*Kemal Catakovic, Salzburg*

The spleen microenvironment induces a CD44 variant on murine chronic lymphocytic leukemic cells promoting proliferation and disease progression in vivo  
*Julia Christine Gutjahr, Salzburg*

Maternal Embryonic Leucine Zipper Kinase (MELK) is a key player and attractive novel drug target in proliferation associated high-risk myeloma  
*Roy Heusschen, Lüttich*

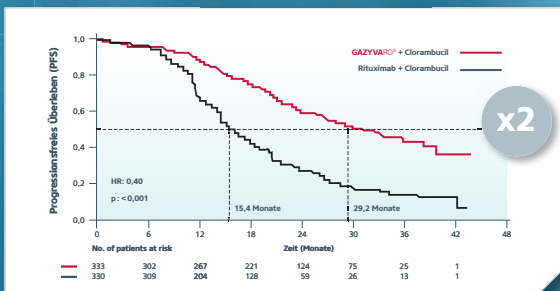
A phase II study of ofatumumab monotherapy for extranodal marginal zone B-cell lymphoma of the mucosa-associated lymphoid tissue (MALT lymphoma)  
*Barbara Kieseewetter, Wien*

A novel long non-coding RNA, SCA-RNA1, is associated with aggressive biological behaviour and poor prognosis in breast cancer patients  
*Martin Pichler, Graz*

Benefit of adjuvant radiotherapy for local control, distant metastasis, and survival outcomes in patients with localized soft tissue sarcoma  
*Jakob Michael Riedl, Graz*

# CLL In 1. Linie ▼ GAZYVARO®

## CLL-11 – INVESTIGATOR-ASSESSED PFS<sup>1</sup>



CLL-11:

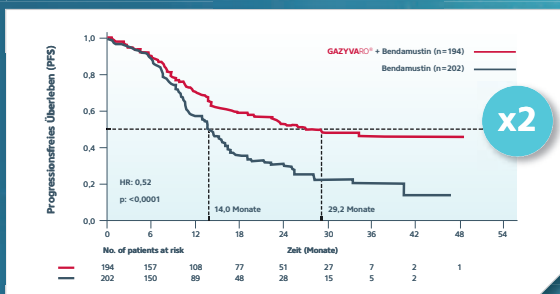
Eine offene, multizentrische, dreiarmlige randomisierte Phase III Studie zum Vergleich der Wirksamkeit und Sicherheit von Obinutuzumab + Chlorambucil, Rituximab + Chlorambucil oder Chlorambucil alleine bei zuvor unbehandelten CLL-Patienten mit Komorbiditäten

# FL

## Sie haben eine 2. CHANCE

**JETZT  
ZUGELASSEN**

## GADOLIN – INVESTIGATOR-ASSESSED PFS<sup>2</sup>



GADOLIN:

Eine offene, multizentrische, randomisierte Phase III Studie zum Vergleich der Wirksamkeit und Sicherheit von Obinutuzumab + Bendamustin mit Bendamustin alleine bei Patienten mit Rituximab-refraktären indolenten Non-Hodgkin-Lymphomen

Fachkurzinformation siehe Seite 67

Roche Austria GmbH  
Engelhorngasse 3  
1211 Wien  
www.roche.at

Referenzen:

- Goede V, et al. Leukemia 2015;29:1602-1604
- Sehn LH et al. ASCO 2015, Abstract LBA 8502

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. Meldungen von Nebenwirkungen an: Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen, Inst. Pharmakovigilanz, Traisengasse 5, 1200 Wien, Fax: +43 (0) 50 555 362 07, Website: <http://www.basg.gv.at> und an Roche Austria GmbH, [www.roche.at](http://www.roche.at).

**G**  
**GAZYVARO®**  
obinutuzumab

**11.30–13.00 Kopf-/Hals-Tumore**

**Propter Homines**

*Vorsitz: Felix Keil, Wien / Martin Burian, Linz*

Immuntherapie bei HNO-Tumoren, Chancen und pitfalls  
*Thorsten Füreder, Wien*

Studien ÖHNO 1 bis 3, interdisziplinäre klinische akademische  
Forschung  
*Felix Keil, Wien*

HPV-Infektionen und HNO-Tumore  
*Martin Burian, Linz*

Radiotherapie bei HNO-Patienten  
*Alexander DeVries, Feldkirch*

**11.30–13.00 Myeloproliferative Neoplasie**



**Bodensee**

*Vorsitz: Heinz Gisslinger, Wien / Andreas Petzer, Linz*

Update zum Management der chronisch myeloischen Leukämie  
*Andreas Petzer, Linz*

Guidelines zur Behandlung der primären Myelofibrose  
*Thamer Silwa, Wien*

Guidelines zur Behandlung der essentiellen Thrombozythämie  
*Veronika Buxhofer-Ausch, Linz*

Guidelines zur Behandlung der Polyzythämia vera  
*Sonja Burgstaller, Wels*

# GIOTRIF®

## nachgewiesener OS Benefit

### Besseres Overall Survival vs. Erlotinib in Head-to-Head Studie bei NSCLC mit Plattenepithel-Histologie



GI0113/9;1.2017 FK1 siehe Seite 68

EGFR = epidermal growth factor receptor;  
NSCLC = non-small-cell lung cancer (nicht kleinzelliges Lungenkarzinom);  
PFS = progression-free survival (progressionsfreies Überleben);  
OS = overall survival (Gesamtüberleben).

Soria JC et al. Afatinib versus erlotinib as second-line treatment of patients with advanced squamous cell carcinoma of the lung (LUX-Lung 8): an open-label randomised controlled phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2015;16(8):897-907.

LET'S COLLABORATE  
ONCOLOGY FROM BOEHRINGER INGELHEIM



 **GIOTRIF®**  
MEHR ERWARTEN

**13.00–14.00 10 years memo – dedicated to education**

**Seestudio**

*Vorsitz: Wolfgang Hilbe, Wien / Alois Sillaber, Wien*

*Begrüßung: Rückblick, Ausblick memo*

*Wolfgang Hilbe, Wien*

*Herausforderung des Wissenstransfers in der Medizin*

*Ansgar Weltermann, Linz*

*Expertendiskussion: Zukunft der Wissensvermittlung in der Medizin –  
hat Print ausgedient?*

*Rupert Bartsch, Wien / Anna Sophie Berghoff, Wien /*

*Ulrich Jäger, Wien / Robert Pirker, Wien / Alois Sillaber, Wien /*

*Judith Zingerle, Wien*

**13.00–14.00 Poster & Lunch**



**Werkstattbühne**

*Hämatologie – Vorsitz: Michael Steurer, Innsbruck /  
Bernd Hartmann, Feldkirch*

*Onkologie – Vorsitz: Armin Gerger, Graz /  
Klaus Gasser, Feldkirch*

*Posterübersicht: ab Seite 42*

# PRÄZISE WIRKUNG EFFEKTIV BEI MAGEN-<sup>\*</sup> UND KOLOREKTALKARZINOM



GASTRIC



CRC



## IA-Empfehlung beim Magen- und Kolorektalkarzinom (ESMO-Guidelines 2016)<sup>\*\*\*</sup>

**CYRAMZA**<sup>®</sup> ist der erste monoklonale Antikörper, der als Monotherapie oder in Kombination mit Paclitaxel für die Behandlung von Patienten mit **fortgeschrittenem Magenkarzinom**<sup>\*</sup> mit Tumorprogress nach vorhergegangener Chemotherapie<sup>\*\*</sup> zugelassen ist.

**CYRAMZA**<sup>®</sup> ist in Kombination mit FOLFIRI zugelassen zur Behandlung von Patienten mit **metastasiertem Kolorektalkarzinom** mit Tumorprogress während oder nach vorausgegangener Therapie mit Bevacizumab, Oxaliplatin und einem Fluoropyrimidin.

<sup>\*</sup> Adenokarzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs.  
<sup>\*\*</sup> Monotherapie: Platin- oder Fluoropyrimidin-haltige Chemotherapie. Kombinationstherapie: Platin- und Fluoropyrimidin-haltige Chemotherapie.

<sup>\*\*\*</sup> Gastric Cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines [Smyth EG et al; Ann Oncol 27 (Suppl 5): v38-v49, 2016]; Colorectal Cancer: ESMO Consensus Guidelines [Van Cutsem E et al; Ann Oncol 27:1386-1422, 2016]

CYRAMZA-Fachinformation, Stand der Information: Januar 2016. ATRAM00026(1)al(2)/Februar 2017

  
**CYRAMZA**<sup>®</sup>  
(ramucirumab)

**TAKE ACTION**

[www.lillyoncology.at](http://www.lillyoncology.at)



**14.00–15.30 Gastrointestinale Tumore  
(außer Colorektum)**

**Propter Homines**

*Vorsitz: Josef Thaler, Wels / Ewald Wöll, Zams*

Update HCC/CCC  
*Dieter Köberle, Basel*

Update Ösophaguskarinom  
*Christian Weisshaupt, St. Gallen*

Update Magenkarzinom  
*Ewald Wöll, Zams*

Update GI MALT Lymphom  
*Markus Raderer, Wien*

**14.00–15.30 ZNS-Tumore**

**Bodensee**

*Vorsitz: Christine Marosi, Wien / Herbert Stöger, Graz*

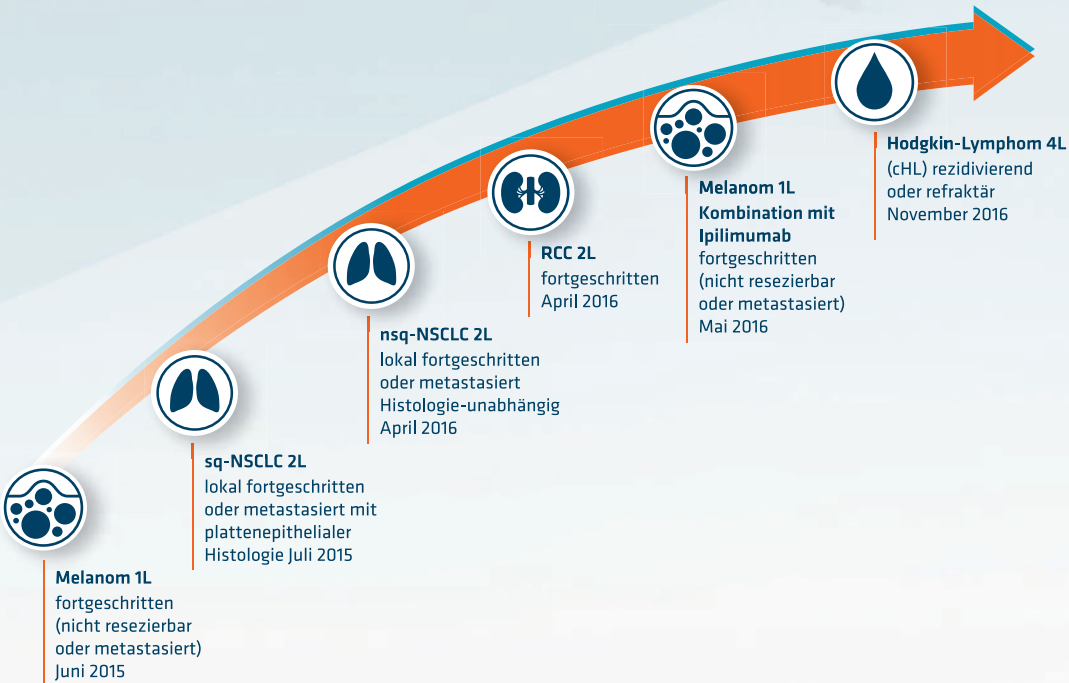
Primär cerebrale Tumore  
*Christine Marosi, Wien*

Prognose Evaluation in PatientInnen mit Hirnmetastasen +  
LabBM Score  
*Anna Sophie Berghoff, Wien*

Aktuelle Therapiekonzepte bei Brustkrebs mit cerebralen  
Metastasen  
*Rupert Bartsch, Wien*

# Therapieziel: Langzeitüberleben für noch mehr Patienten.<sup>1</sup>

## ENDLICH **OPDIVO**<sup>®</sup> (nivolumab)



**15.45–17.15 Aggressive Lymphome**

**Seestudio**

*Vorsitz: Richard Greil, Salzburg / Michael Fridrik, Linz*

Aggressive Lymphome 2016 – Revision WHO-Klassifikation  
*Christine Beham-Schmidt, Graz*

Refresher T-Zell-Lymphome  
*Wolfgang Willenbacher, Innsbruck*

Rolle der Immuntherapie bei aggressiven Lymphomen  
*Felix Keil, Wien*

Jenseits von R-CHOP  
*Ulrich Jäger, Wien*

**15.45–17.15 Colorektale Karzinome**

**Propter Homines**

*Vorsitz: Thomas Winder, Zürich / Gerald Prager, Wien*

Die Rolle des Mikrobioms in der kolorektalen Kanzerogenese  
*Alexander Moschen, Innsbruck*

mCRC: Links oder rechts? Ist das die neue Frage?  
*Armin Gerger, Graz*

Von negativer Prädiktion zur zielgerichteten Therapie beim mCRC  
*Thomas Winder, Zürich*

mCRC: Effiziente Salvagestrategien durch molekulare  
Tumorcharakterisierung  
*Gerald Prager, Wien*

**JETZT mit erweiterter Zulassung**

# XALKORI®

## 1st choice, 1st line

bei fortgeschrittenem ALK+ und ROS1+ NSCLC\*



**XALKORI®** ist zugelassen  
bei Erwachsenen zur:

- Erstlinientherapie des ALK+ fortgeschrittenen NSCLC
- Therapie des vorbehandelten ALK+ fortgeschrittenen NSCLC
- Behandlung des ROS1+ fortgeschrittenen NSCLC

PP-XLK-AUT-0022/1/2016 - Siehe aktuelle Fachinformation 67



[www.pfizermed.at](http://www.pfizermed.at)

\* Novello S, et al. Metastatic non-small-cell lung cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol 2016;27(Suppl 5):vi-v27; National Comprehensive Cancer Network, NCCN clinical practice guidelines in oncology: non small cell lung cancer - Version 4.2016

Pfizer Corp. Austria Ges.m.b.H., Floridsdorfer Hauptstraße 1, 1210 Wien

**Pfizer** Oncology

**XALKORI**  
CRIZOTINIB

**17.30–19.00 CLL + Indolente Lymphome**

**Seestudio**

*Vorsitz: Alexander Egle, Salzburg / Michael Steurer, Innsbruck*

*CLL-Update 2017*

*Alexander Egle, Salzburg*

*Folikuläres Lymphom 2017 – neue Horizonte*

*Thomas Nösslinger, Wien*

*Nebenwirkungsmanagement neuer Substanzen für CLL & iNHL*

*Michael Steurer, Innsbruck*

**17.30–19.00 Tumore in der Adoleszenz und  
beim jungen Erwachsenen**



**Propter Homines**

*Vorsitz: Stefan Bielack, Stuttgart / Wolfgang Eisterer, Klagenfurt*

*Krebsprädispositionssyndrome – Was der Internist wissen sollte*

*Christian Kratz, Hannover*

*Weichteilsarkome beim Jugendlichen und bei jungen Erwachsenen*

*Wolfgang Eisterer, Klagenfurt*

*Erwachsen nach Krebs im Kindes- oder Jugendalter:*

*Worauf ist in der Langzeitnachsorge zu achten?*

*Stefan Bielack, Stuttgart*

EXPERTISE  
GAUCHER

Mehr als eine Option

seit 1997



seit 2015



  
**Cerezyme**<sup>®</sup>  
Imiglucerase

  
**Cerdelga**<sup>®</sup>  
Hartkapseln (Eliglustat)

## Wegbereiter\* – Wegbegleiter

bei Morbus Gaucher

seit 1. Juli 2016  
in der  
gelben Box

\*Genzyme leistet seit über 30 Jahren Pionierarbeit bei der Entwicklung und Einführung von wegweisenden Behandlungen für Patienten mit seltenen und schweren Erkrankungen. Fachkurzinformationen siehe Seite 66

GZAT.CERD.16.06.0093

**08.00–09.30 Myelom**

**Seestudio**

*Vorsitz: Heinz Ludwig, Wien / Alois Lang, Feldkirch*

Definition and management of early multiple myeloma

*Niklas Zojer, Wien*

Strategy and coming concepts of first line treatment

*Wolfgang Willenbacher, Innsbruck*

Optimal approaches in patients with relapsed/refractory disease

*Tobias Dechow, Ravensburg*

Podiumsdiskussion mit Referenten & Auditorium

**08.00–09.30 Infektiologie**

**Parkstudio**

*Vorsitz: Cornelia Lass-Flörl, Innsbruck / Gabriele Hartmann, Feldkirch*

Infektionen bei onkologischen Erkrankungen

*Cornelia Lass-Flörl, Innsbruck*

Resistenzsituation Antibiotika Österreich – Was sind die Sorgenkinder?

*Gabriele Hartmann, Feldkirch*

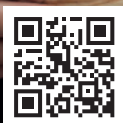
Neue Aspekte zu viralen Hepatitiden

*Pietro Vernazza, St. Gallen*

10 JAHRE STANDARD IN DER FIRST-LINE-THERAPIE DES METASTASIIERTEN NIERENZELLKARZINOMS (mRCC)<sup>1,2</sup>

# Mit SUTENT<sup>®</sup> die Erstlinientherapie voll ausschöpfen!<sup>3</sup>

Ermöglichen Sie Ihren  
Patienten wertvolle Momente



[www.pfizermed.at/Sutent](http://www.pfizermed.at/Sutent)



Medieninhaber: Pfizer Corporation Austria  
Ges.m.b.H., Wien, [www.pfizer.at](http://www.pfizer.at)

*Kapseln*  
**SUTENT<sup>®</sup>**  
*Sunitinib*

1 Fachinformation SUTENT<sup>®</sup>, aktuell veröffentlichte Version  
2 NCCN Practice Guidelines in Oncology; Kidney Cancer v2.2017  
3 Molina AM, et al. Eur J Cancer 2014; 50:352-358

Weil jeder Tag zählt!



**08.00–09.30 Stammzellentransplantation + AML**

**Propter Homines**

*Vorsitz: Hildegard Greinix, Graz / Hartmut Döhner, Ulm*

*AML 2017 – Klassifikation & Risikostratifizierung  
Hartmut Döhner, Ulm*

*Das präleukämische Stammzellkonzept  
Heinz Sill, Graz*

*Haploidente Stammzelltransplantation bei AML  
Hildegard Greinix, Graz*

*Zielgerichtete Therapie der AML  
Johannes Clausen, Linz*

**08.00–09.30 GU-Karzinome**

**Bodensee**

*Vorsitz: Thomas Bauernhofer, Graz / Johannes Meran, Wien*

*Neue Targets in der Therapie von Urogenitalen Tumoren  
Martin Pichler, Graz*

*Bringt die Lokaltherapie des Primärtumors der Prostata bei  
Patienten mit synchron (oligo-) metastatischem Prostatakarzinom  
einen Überlebensvorteil?  
Wolfgang Loidl, Linz*

*Implikationen der molekularen Subtypisierung  
des Urothelkarzinoms für die Therapie bei Patienten  
mit Blasenkarzinom  
Thomas Bauernhofer, Graz*

*Häufigkeit von Therapie-assoziierten Komplikationen bei Patienten  
mit Hodenkarzinom- Erfahrungen aus der GOTEKA Kohorte  
Florian Posch, Graz*

**09.45–10.45 Molekulare Tumorprofilierung**



**Seestudio**

*Vorsitz: Günther Gastl, Innsbruck / Karl Sotlar, Salzburg*

Klinische Ergebnisse profil-gesteuerter Tumortherapien  
im Onco-T-Profil Programm  
*Andreas Seeber, Innsbruck*

Genexpressionstests beim frühen Mammakarzinom –  
Ergebnisse der deutschen Prosigna Decision Impact Studie  
*Karl Sotlar, Salzburg*

Genexpressionsanalysen beim Mammakarzinom:  
Bei welcher Patientin ändert es das klinische Vorgehen?  
*Alois Lang, Feldkirch*

**09.45–12.00 Mikroskopierkurs**

**Propter Homines**

*Vorsitz: Peter Bettelheim, Linz / Bernd Hartmann, Feldkirch*

MDS, MPN, AML  
*Peter Bettelheim, Linz / Bernd Hartmann, Feldkirch*  
weitere Fragen & Themen aus dem Publikum

**11.00–12.00 Myelodysplastische Syndrome**

**Seestudio**

*Vorsitz: Michael Pfeilstöcker, Wien / Reinhard Stauder, Innsbruck*

Wann beginnt MDS – und was bedeutet das für Patienten?  
*Michael Pfeilstöcker, Wien*

Pathophysiologie und neue Targets bei MDS  
*Armin Zebisch, Graz*

Innovative Therapien bei MDS  
*Sonja Burgstaller, Wels*

**12.15–13.15 Shared Decision Making**  
**Gemeinsame Sitzung OeGHO & AHOP**



**Seestudio**

*Vorsitz: Maria Röthlin, Linz / Klaus Gasser, Feldkirch*

Shared Decision Making beim Krebspatienten am Lebensende  
*Veronika Mosich, Wien*

Shared Decision Making - Pflegepersonen als Beteiligte im ethischen  
Entscheidungsprozess am Lebensende – überflüssig oder notwendig?  
*Sabine Ruppert, Wien*

anschließend Diskussionsrunde

Poster Hämatologie

P01 – P10

- **P01** RAF kinase inhibitor protein is involved in the development of chronic myelomonocytic leukemia  
*Veronica Caraffini, Graz*
- **P02** R4A3-mediated apoptosis suppresses lymphomagenesis in a xenograft mouse model and is associated with a favorable cancer-specific survival in DLBCL patients.  
*Alexander Deutsch, Graz*
- **P03** Treatment of lymphoma cell lines with CXCR4 antagonists inhibits cell growth in vitro  
*Barbara Ehall, Graz*
- **P04** Loss of Nr4a1 accelerates Myc-driven lymphomagenesis  
*Karoline Fechter, Graz*
- **P05** Effectiveness and toxicity of the EPOCH-R treatment on high-risk DLBCL patients between 1.1.2014 – 31.1.2016 at the Medical University Vienna  
*Lisa Frühwald, Wien*
- **P06** Effects of ponatinib on endothelial cells may explain the occurrence of vascular adverse events in ponatinib-treated patients with CML  
*Emir Hadzijusufovic, Wien*
- **P07** Response and resistance of relapsed/refractory BCR-ABL1 T315I+ ALL to ponatinib  
*Alexander Hauswirth, Wien*
- **P08** Health-related quality of life in elderly patients with haematological malignancies – high prevalence of fatigue and pronounced impact on survival  
*Florian Hofer, Innsbruck*
- **P09** Geriatisches Assessment in der Hämatologie  
*Benedikt Hofer, Innsbruck*
- **P10** Towards preventing overestimation of resistance to tyrosine kinase inhibitors conferred by mutant BCR-ABL1 subclones  
*Thomas Lion, Wien*

Poster Hämatologie

P11 – P21

- **P11 Comorbidities at Initial Diagnosis Significantly Impact Functional Capacities and Clinical Outcome in Elderly Patients with Haematological Neoplasms**  
*Laurenz Nagl, Innsbruck*
- **P12 Nr4a1 is implicated in gene regulation in non-malignant lymphoid tissue in a context specific manner**  
*Katrin Pansy, Graz*
- **P13 CXCR4 and CXCL12 are implicated in the bone marrow infiltration process of aggressive B cell lymphomas**  
*Beata Pursche, Graz*
- **P14 Analysis of criteria for tyrosine kinase inhibitor discontinuation in CML patients in a real-life setting**  
*Veronika Schmidt, Graz*
- **P15 FLT3-L in bone marrow of patients with advanced myeloma: a potential target for future therapy strategies?**  
*Normann Steiner, Innsbruck*
- **P16 Follicular lymphoma grade 3a: prognosis and analysis of treatment with R-bendamustine versus R-CHOP**  
*Christoph Tinchon, Leoben*
- **P17 CCR7 expression is associated to favourable cancer-specific survival of patients with aggressive lymphoma.**  
*Barbara Uhl, Graz*
- **P18 Expression analysis indicates implication of translation initiation factors in development of aggressive B-cell lymphomas**  
*Julia Unterluggauer, Graz*
- **P19 Prognostic value of early WT1 response in AML patients undergoing intensive chemotherapy**  
*Thomas Vockenhuber, Linz*
- **P20 Characterisation of Lymphoma patients treated at the University Hospital Krems (UHK) in the years 2012-2014**  
*Ulrike Wittig, Wien*
- **P21 Genetic aberrations of myeloid sarcomas**  
*Armin Zebisch, Graz*

Poster Onkologie

P22 – P31

- **P22 A 3D angiogenesis model to study tumour – endothelial cell interactions and the effects of anti-angiogenic drugs**  
*Arno Amann, Innsbruck*
- **P23 Longitudinal Evaluation of Renal Disease Trajectories in Multiple Myeloma**  
*Marlies Antlanger, Wien*
- **P24 Elevated amylase in peripheral blood represents an adverse prognostic marker in patients with metastatic pancreatic cancer.**  
*Eva Asamer, Graz*
- **P25 Risikofaktoren für das Auftreten einer febrilen Neutropenie unter Cisplatin-hältiger Chemotherapie bei Hodenkrebspatienten**  
*Angelika Bezan, Graz*
- **P26 Malnutrition in elderly patients with hematological malignancies – high prevalence and impact on status in geriatric assessment and overall survival**  
*Bojana Borjan, Innsbruck*
- **P27 Identification of a Novel Breast Tumor-Promoting Fibroblast Population**  
*Maximilian Bösch, St. Gallen*
- **P28 BCR-ABL1 compound mutants display differential and dose-dependent responses to ponatinib**  
*Konstantin Byrgazov, Wien*
- **P29 Loss of RAF kinase inhibitor protein in myeloid sarcoma**  
*Veronica Caraffini, Graz*
- **P30 Eribulin - eine retrospektive Datenanalyse eines österreichischen Brustgesundheitszentrum**  
*Christine Deutschmann, Wien*
- **P31 Establishment of a Clinical Registry for Soft Tissue Sarcoma: Patient Characteristics & Outcome**  
*Miriam Dirlir, Innsbruck*

Poster Onkologie

P32 – P41

- **P32 A liquid biopsy approach to detect Androgen Receptor Variant 7 in prostate cancer**  
*Amin El-Heliebi, Graz*
- **P33 Eribulin in patients with advanced/metastatic liposarcoma – a case series by the Medical University of Vienna**  
*Bernadette Gad, Wien*
- **P34 Early-stage NSCLC displays significant alterations of the innate immune system and B-cell compartment**  
*Gabriele Gameraith, Innsbruck*
- **P35 5-FU based chemotherapy with Bevacizumab in synchronous metastatic colorectal cancer patients with bleeding primary tumor**  
*Birgit Grünberger, Wiener Neustadt*
- **P36 The Effect of Bevacizumab on the Duration of Intervals Between Chemotherapy Cycles**  
*Elmir Ljubuncic, Wien*
- **P37 Targeting Cbl-b in human NK cells increases IL-2 induced proliferative responses**  
*Christina Lutz-Nicoladoni, Innsbruck*
- **P38 Benefit of second-line chemotherapy in patients with advanced biliary tract cancer: A propensity score analysis**  
*Florian Moik, Graz*
- **P39 MicroRNA-1200s inhibits cellular growth of breast cancer through downregulation of PI3K signaling**  
*Martin Pichler, Graz*
- **P40 REGO-ACT**  
**Assessment of physical activity during therapy with regorafenib for metastatic colorectal cancer**  
*Gudrun Piringner, Wels*
- **P41 Neoadjuvant FOLFIRINOX in patients with borderline resectable pancreatic adenocarcinoma**  
*Alexander Christian Reisinger, Leoben*

Poster Onkologie

P42 – P46

- **P42 Patterns of venous thromboembolism risk in patients with localized colorectal cancer undergoing adjuvant chemotherapy or active surveillance**  
*Jakob Michael Riedl, Graz*
- **P43 Inflammatory biomarkers are independent predictive markers in metastatic colon cancer patients over several treatment lines**  
*Jakob Riedl, Graz*
- **P44 CART cells targeting erbB2/HER2neu demonstrate an efficient anti tumor response in a 3D cellular model**  
*Jakob Rudzki, Innsbruck*
- **P45 MicroRNA-196 blocks colorectal cancer cell migration and metastases formation through regulation of HOXB and GalNT**  
*Verena Stiegelbauer, Graz*
- **P46 Patient-derived Lung Adenocarcinoma Cells challenge the association of Cancer Stem Cells with Epithelial to Mesenchymal Transition.**  
*Verena Tiran, Graz*



**Klinische Studien**

**K47 – K52**

- **K47 AGMT\_CML-1**  
Phase-1-study to evaluate feasibility +efficacy of addition of P1101(PEG-Proline-Interferon-alpha-2b) to imatinib-treatment in patients with chronic-phase-chronic-myeloid-leukaemia not achieving complete-molecular-response (MR-4-or-4.5)  
*Sonja Burgstaller, Wels*
- **K48 AGMT\_GLIOMA1**  
Ascending-Dose-Study with Liposomal\_Curcumin in Combination with Bevacizumab+Irinotecan in Patients with Recurrent Glioblastoma multiforme following Standard Therapy with Temozolamide+Ionizing Radiation  
*Richard Greil, Salzburg*
- **K49 AGMT\_MBC\_Reg:**  
**PATIENT REGISTRY**  
Metastatic breast cancer in Austria  
*Richard Greil, Salzburg*
- **K50 LYSARC\_Ro-CHOP: phase3 multi-center randomized study to compare efficacy+safety of Romidepsin-CHOP (Ro-CHOP) versus CHOP in patients with previously untreated-peripheral t-cell-lymphoma**  
*Richard Greil, Salzburg*
- **K51 HD21**  
Treatment optimization trial in the first-line-treatment of advanced-stage Hodgkin-lymphoma; comparison of 6cycles of escalated BEACOPP with 6cycles of BrECADD  
*Richard Greil, Salzburg*
- **K52 AGMT\_HMA in Myeloid Neoplasms:**  
**PATIENT REGISTRY**  
Registry on Hypomethylating Agents in Myeloid Neoplasms, including Myelodysplastic Syndrome (MDS), CMML and AML  
*Richard Greil, Salzburg*

**Klinische Studien**

**K53 – K59**

- **K53** **AGMT\_MBC-10: Ixazomib (MLN9708) in combination with carboplatin in pretreated women with advanced triple negative breast cancer**  
*Richard Greil, Salzburg*
  
- **K54** **AGMT\_NGS\_Reg: PATIENT REGISTRY**  
**The Use of Genomic Testing and the Resulting Medical Decisions According to Target Identification**  
*Richard Greil, Salzburg*
  
- **K55** **AGMT\_PTCL-Reg: PATIENT REGISTRY**  
**Austrian Registry and Biobank of Peripheral T-cell Lymphomas**  
*Richard Greil, Salzburg*
  
- **K56** **AGMT-ALL Reg: PATIENT REGISTRY**  
**Registry and Biobank for the collection of clinical data and biomaterial from adult ALL patients**  
*Alexander Hauswirth, Wien*
  
- **K57** **AGMT\_AIHA\_Reg: PATIENT REGISTRY**  
**Autoimmune Hemolytic Anemia (AIHA) with corresponding Biobank**  
*Ulrich Jäger, Wien*
  
- **K58** **AGMT\_ALCL1**  
**A “window-of-opportunity” trial with Brentuximab-Vedotin and Imatinib in patients with relapsed or refractory ALK+anaplastic-large-cell-lymphoma or patients ineligible for chemotherapy**  
*Ulrich Jäger, Wien*
  
- **K59** **AGMT\_NHL-15B**  
**Phase-II single-arm “window-of-opportunity” study of a combination of obinutuzumab (GA-101) and venetoclax (ABT-199) in relapsed or refractory diffuse-large-B-cell-lymphoma (DLBCL)**  
*Ulrich Jäger, Wien*

Klinische Studien

K60 – K66

- **K60 NIVEAU**  
**Improvement-of-Outcome in Elderly-Patients or Patients not-eligible for high-dose-chemotherapy with Aggressive-Non-Hodgkin-Lymphoma in-first-Relapse or Progression by-adding Nivolumab to Gemcitabine,Oxaliplatin +Rituximab in-case-of-CD20+Disease**  
*Ulrich Jäger, Wien*
- **K61 AGMT\_HNO-PN**  
**Supplemental parenteral nutrition for patients with locally-advanced inoperable tumors of the head+ neck, receiving definitive radiotherapy +Cetuximab or Cisplatin**  
*Felix Keil, Wien*
- **K62 Analyse des Österreichischen Registers für Gastrointestinale Stromatumore**  
*Thomas Kühr, Wels*
- **K63 AGMT\_ERCC1**  
**Pilotstudy: Biomarker directed treatment in metastatic colorectal cancer**  
*Alois Lang, Feldkirch*
- **K64 AGMT\_MM1**  
**Ixazomib in Combination with Thalidomide – Dexamethasone in patients with refractory and/or relapsed multiple myeloma**  
*Heinz Ludwig, Wien*
- **K65 AGMT\_MM2**  
**A randomized Phase-II-study in transplant-ineligible patients with newly-diagnosed-multiple-myeloma (NDMM) comparing Carfilzomib+Thalidomide+Dexamethasone(KTd) with Carfilzomib+Lenalidomide+Dexamethasone(KRd) induction-therapy followed by Carfilzomib(K)-maintenance or control**  
*Heinz Ludwig, Wien*
- **K66 Phase III randomized trial of Endurance Exercise following adjuvant chemotherapy for colorectal cancer “ABCSG C08-II trial”**  
*Gudrun Piringner, Wels*

**Klinische Studien**

**K67 – K68**

- **K67 AGMT\_SAKK 41/14 ACTIVE-2**  
**Physical activity in patients with metastatic colorectal cancer who receive palliative first-line-chemotherapy. A randomized-controlled phase III trial.**  
*Josef Thaler, Wels*
  
- **K68 AGMT\_GASTRIC 5:**  
**Screening for human epidermal growth-factor-receptor-2(HER2) positivity in patients with inoperable locally-advanced or metastatic gastric or gastro-esophageal junction(GEJ) cancer**  
*Ewald Wöll, Zams*

**Donnerstag, 6. April 2017**

14:30-17:30 **AHOP-Vorstandssitzung – Teil I**

**Panorama I**

**Freitag, 7. April 2017**

08.30-09.30 **Onkologische Rehabilitation** **Seefoyer**

**Gemeinsame Sitzung OeGHO & AHOP**

*Vorsitz: Dietmar Geissler, Klagenfurt / Josef Trattner, Graz*

Von der Krebsnachsorge zum Survivorship-Programm:

Ein wichtiger Schritt für Krebsüberlebende

*Richard Greil, Salzburg*

Langzeitverbesserung der Bio-Psycho-Sozialen Situation von  
Krebspatienten durch eine dreiwöchige stationäre onkologische  
Rehabilitation

*Dietmar Geissler, Klagenfurt/Althofen*

Psychosoziale Aspekte der Krebserkrankung:

Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen der Onkologischen  
Rehabilitation

*Alexander Gaiger, Wien*

09:45-11:15 **AHOP I / Eröffnungssitzung** **Seefoyer**

*Vorsitz: Christine Schneider-Worliczek, Salzburg /  
Constantia Jensen, Wien*

Eröffnungsworte

*Josef Trattner, Graz*

Eröffnungsworte

*Alois Lang, Feldkirch*

Prävention von chemotherapie induzierter Alopezie (CIA)  
durch Scalp Cooling

*Gabriele Mörsen, Wien*

The Nurse View: Herausforderungen bei der Immuntherapie

*Maria Röthlin, Linz*

- 11:30-13:00 **AHOP II** **Seefoyer**  
*Vorsitz: Helga Bickel, Rankweil / Maria Röthlin, Linz*  
Mysterium Astrupp in der Pflege  
*Birgit Birkenau, Wien*  
Management von Port a Cath  
*Corina Sinnstein, Feldkirch*  
Paravasation von Zytostatika  
*Robert Terkola, Wien*
- 13:00-14:00 **Mittagspause**  
inkl. „come together“ in der „Werkstattbühne“  
des Kongresshauses Bregenz
- 14:00-16:00 **AHOP III / Bernhard Glawogger Förderpreise** **Seefoyer**  
*Vorsitz: Harald Titzer, Wien / Birgit Birkenau, Wien*  
Bernhard Glawogger Förderpreis – Praxisprojekt  
Bernhard Glawogger Förderpreis – Abschlussarbeiten  
Fort- und Weiterbildung  
Bernhard Glawogger Förderpreis – Wissenschaftliche Arbeiten  
Generalversammlung  
*Josef Trattner, Graz*
- 16:15-17:45 **AHOP IV** **Seefoyer**  
*Vorsitz: Sandra Turra, Innsbruck / Sonja Nessler, Innsbruck*  
EONS – Aktuelles aus der onkologischen Pflege in Europa  
*Christine Schneider-Worliczek, Salzburg*  
Symptommanagement bei Krebstherapien – Entwicklung einer  
settingspezifischen, evidenzbasierten Leitlinie  
*Nataša Prajo, Wien*  
Rehabilitation im Fokus von Neuropathien  
*Marco Hassler, Bad Sauerbrunn*

**Samstag, 8. April 2017**

- 08:30-10:00    **AHOP V**    **Seefoyer**  
*Vorsitz: Maria Schmidmair, Vöcklabruck /  
Gabriele Frim, Vöcklabruck*  
Onkologie und Palliative Care – Zwangsgemeinschaft oder  
gleichberechtigte Partner?  
*Monica Fliedner, Bern*  
Die GuKG Novelle 2016 – Praktische Auswirkungen auf  
den Bereich der Onkologie  
*Rolf Reiterer, Kainbach*
- 10:15-12:00    **AHOP VI / Workshop**    **Seefoyer**  
*Vorsitz: Bettina Kosel, Graz / Angelika Siegl, Graz*  
Workshop  
Schwierige PatientInnensituationen in der onkologischen  
Pflege – helfen ohne auszubrennen  
*Harald Mori, Wien*
- 12.15-13.15    **Shared Decision Making**    **Seestudio**  
**Gemeinsame Sitzung OeGHO & AHOP**  
*Vorsitz: Maria Röthlin, Linz / Klaus Gasser, Feldkirch*  
Shared Decision Making beim Krebspatienten am Lebensende  
*Veronika Mosich, Wien*  
Shared Decision Making - Pflegepersonen als Beteiligte im ethischen  
Entscheidungsprozess am Lebensende – überflüssig oder notwendig?  
*Sabine Ruppert, Wien*  
anschließend Diskussionsrunde
- 13:15-14:00    **AHOP-Vorstandssitzung – Teil II**    **Panorama I**

12.00 – 13.30 **Bristol-Myers Squibb 1**

**Parkstudio**



**Bristol-Myers Squibb**

**Die Kunst der Wahl bei NSCLC und Highlights zum Hodgkin Lymphom“**

*Vorsitz: Richard Greil, Salzburg / Günther Gastl, Innsbruck*

Immunonkologie beim NSCLC: Monotherapie oder Kombinationen, wo geht der Weg hin?

*Wolfgang Hilbe, Wien*

Immuntherapie – klassische Indikation & Grenzfall

*Jakob Rudzki, Innsbruck*

Aktueller Standard der therapierelevanten Diagnostik beim nicht kleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC)

*Georg Hutarew, Salzburg*

Eine neue Option bei rezidiviertem und refraktärem Hodgkin Lymphom – Checkpoint Inhibition“

*Ulrich Jäger, Wien*

anschließend Diskussion

12.00 – 13.30 **Boehringer Ingelheim NSCLC Update**

**Propter Homines**



**Boehringer  
Ingelheim**

**Entwicklungen in der Therapie des NSCLC – Evidenz und klinische Praxis**

*Vorsitz: Peter Cerkl, Hohenems*

First line Therapie des EGFR M+ NSCLC

*August Zabernigg, Kufstein*

Therapie des fortgeschrittenen NSCLC mit Plattenepithelhistologie

*Ferdinand Haslbauer, Vöcklabruck*

Hemmung der Angiogenese in der Therapie des NSCLC

*Sabine Zöchbauer-Müller, Wien*



13.45 – 15.15 **Gilead**

**Parkstudio**



**Behandlung von Patienten mit CLL und FL im Zeitalter  
zielgerichteter Therapien**

*Vorsitz: Ulrich Jäger, Wien / Alois Lang, Feldkirch*

Aktuelle Therapieoptionen in der Behandlung des FL  
*Wolfgang Willenbacher, Innsbruck*

Wie identifiziert man den Patienten mit Hochrisiko-CLL?  
*Daniel Heintel, Wien*

Therapie der Hochrisiko-CLL 2017: Standard und Ausblick  
*Thomas Nösslinger, Wien*

13.45 – 15.15 **TEVA ratiopharm**

**Propter Homines**



**Neubewertung des Stellenwerts der langwirksamen G-CSFs  
anhand aktueller Daten zu Lipegfilgrastim**

*Vorsitz: Holger Rumpold, Feldkirch / Michael Steurer, Graz*

Pharmakologische Charakteristika von Lipegfilgrastim –  
Therapeutische Bedeutung und klinische Relevanz  
*Stefan Böhm, Wien*

Myelosuppression und Neutropenie im Fadenkreuz  
zielgerichteter Tumorthérapien und Immuntherapien –  
der Stellenwert von LA G-CSF  
*Rupert Bartsch, Wien*

Neueste Daten zur Wirksamkeit und Sicherheit von  
Lipegfilgrastim in der klinischen Routine-Anwendung:  
Update der NIS Nadir und LEOS-Studie  
*Gerhard Krajnik, St. Pölten*

15.30 – 17.00 **Novartis**

**Parkstudio**

 **NOVARTIS** **Game Changer in der Krebstherapie**

*Vorsitz: Günther Gastl, Innsbruck*

Zelluläre Immuntherapien für Lymphome und Leukämien  
*Ulrich Jäger, Wien*

Ziele der CML-Therapie heute und morgen  
*Veronika Buxhofer-Ausch, Linz*

F33L the change: Stellenwert von CDK4/6 Hemmern beim  
metastasierten Mammakarzinom  
*Rupert Bartsch, Wien*

15.30 – 17.00 **Takeda**

**Propter Homines**



**Orale Proteasom-Inhibition: Was ist derzeit möglich?**

*Vorsitz: Heinz Ludwig, Wien / Johannes Drach, Wien*

*Moderation: Heinz Ludwig, Wien*

Epidemiologie beim Multiplen Myelom: rezente Erfahrung aus dem  
Multiplen Myelom-Register  
*Wolfgang Willenbacher, Tirol*

Ninlaro®(Ixazomib): aktuelle Studiendaten  
*Thomas Kühr, Wels*

Erfahrungen mit oraler Dreifach-Kombinations-Therapie  
*Heinz Gisslinger, Wien*

Diskussion: Therapiealgorithmus, Stellenwert der oralen Therapie

11.30 – 13.00 **Janssen-Cilag 1**

**Seestudio**



**Neue Dimensionen in der Therapie des Multiplen Myelom**

*Vorsitz: Alois Lang, Feldkirch / Heinz Ludwig, Wien*

Daratumumab – late lines Erfahrungsberichte  
*Daniel Maria Mayer, Leoben*

Daratumumab – earlier lines Kombinationstherapien  
*Wolfgang Willenbacher, Innsbruck*

Sicherheit in der Anwendung der monoklonalen Antikörper  
*Heinz Ludwig, Wien*

Zusammenfassung und Überblick  
*Heinz Ludwig, Wien*  
*Alois Lang, Feldkirch*

11.30 – 13.00 **Celgene**

**Parkstudio**



**Der Arzt im Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Innovation**

*Moderation: Wolfgang Hilbe, Wien*

Innovative Arzneimittel – ein Hochrisikobusiness an Hand einer Pipeline  
*Michael Zaiac, Boudry*

Wieviel Innovation verträgt das Gesundheitssystem?  
*Anna Vavrovsky, Wien*

Der Arzt im Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Innovation  
*Michael Grant, Wien*

Podiumsdiskussion  
*Andreas Klein, Wien*

14.00 – 15.30 **Roche 1**

**Seestudio**



**Symposium Roche: Krebsimmuntherapie – Innovative Strategien und neue Indikationen**

*Vorsitz: Richard Greil, Salzburg / Johannes Meran, Wien*

Checkpointinhibition beim vorbehandelten Bronchialkarzinom  
Wo stehen wir und was ändert sich?  
*Thorsten Füreder, Wien*

Checkpointinhibition beim Urothelkarzinom  
Beginn einer neuen Ära?  
*Wolfgang Loidl, Linz*

Neue Targets in der Krebsimmuntherapie  
Gibt es eine Rationale für Kombinationstherapien?  
*Thomas Bauernhofer, Graz*

Biomarker in der Krebsimmuntherapie  
*Felix Offner, Feldkirch*

14.00 – 15.30 **Sanofi GENZYME**

**Parkstudio**



**„Leukemia only at first sight“  
Stoffwechselerkrankungen in Hämatologie & Onkologie**

*Vorsitz: Hildegard Greinix, Graz*

Morbus Gaucher – selten, aber dennoch einfach & schnell zu diagnostizieren  
*Heinz Gisslinger, Wien*

Fortschritt und Bewährtes in der Diagnose & Therapie von Morbus Gaucher  
*Thomas Stulnig, Wien*

Das Tumorlysesyndrom  
*Hildegard Greinix, Graz*

15.45 – 17.15 **Janssen-Cilag 2**

**Parkstudio**



**Lymphomtherapie am Puls der Zeit:  
Aktuelle Therapieoptionen in der CLL**

*Vorsitz: Holger Rumpold, Feldkirch / Philipp Staber, Wien*

Therapiekonzepte in der CLL Aktuelle Studiendaten &  
Zukunftsperspektiven  
*Bernd Hartmann, Feldkirch*

Bedeutung der Zytogenetik in der Behandlung der CLL –  
Welche Fragen bleiben offen?  
Lebensqualität durch gezieltes NW Management  
– Erfahrungen aus dem Patientenalltag  
*Philipp Staber, Wien*

Geriatrisches Assessment: Ist eine Chemotherapie bei älteren und  
gebrechlichen hämatologischen (CLL) PatientInnen noch  
zeitgemäß?  
*Reinhard Stauder, Innsbruck*

Zusammenfassung und Überblick  
*Holger Rumpold, Feldkirch*  
*Philipp Staber, Wien*

15.45 – 17.15 **Bristol-Myers Squibb 2**

**Bodensee**



**Bristol-Myers Squibb**

**Neue Patientengruppen im Fokus der Checkpoint-Inhibition**

*Vorsitz: Rupert Bartsch, Wien*

Begrüßung und Einleitung  
*Rupert Bartsch, Wien*

Der Einzug von Checkpoint-Inhibitoren in die Behandlung des fort-  
geschrittenen Nierenzellkarzinoms: Von der Zulassung in die Praxis  
*Manuela Schmidinger, Wien*

Das nächste Kapitel der Immun-Onkologie: Kopf-Hals-Tumoren  
*Thorsten Füreder, Wien*

Checkpoint-Inhibierung bei Patienten mit Hirnmetastasen:  
Überblick und Ausblick  
*Anna Sophie Berghoff, Wien*

Diskussion und Verabschiedung  
*Vorsitz und Sprecher*

17.30 – 19.00 **Amgen**

**Parkstudio**



**The Best. First! – Einsatz onkologischer Innovationen von Anfang an.**

*Vorsitz: Heinz Peter Ludwig, Wien / Hildegard Greinix, Graz*

Hot topics in mCRC – now and in the future  
*Holger Rumpold, Feldkirch*

Blinatumomab-Verbessertes Gesamtüberleben bei adulter relapsierter/refraktärer Ph- B-ALL  
*Sigrid Machherndl-Spandl, Linz*

Carfilzomib – Einordnung in den Therapiealgorithmus des Multiplen Myeloms in der klinischen Praxis  
*Wolfgang Willenbacher, Innsbruck*

17.30 – 19.00 **Shire**

**Bodensee**



**Das metastasierte Pankreaskarzinom – eine interdisziplinäre Herausforderung**

*Vorsitz: Gerald Prager, Wien / Holger Rumpold, Feldkirch*

Viele Versuche – wenige Erfolge – neue Targets beim Pankreaskarzinom  
*Thomas Seufferlein, Ulm*

Erstlinientherapie – Triplet oder Doublette?  
*Thomas Winder, Zürich*

Zweitlinientherapie – die neue Option einer Therapiesequenz beim metastasierten Pankreaskarzinom?  
*Wolfgang Eisterer, Klagenfurt*

Falldiskussion  
*Gerald Prager, Wien*

09.45 – 10.45 **AbbVie**

**Parkstudio**



**Innovative Therapieansätze für Hochrisikopatienten bei  
Chronisch Lymphatischer Leukämie**

Vorsitz: Ulrich Jäger, Wien / Alois Lang, Feldkirch

Ein neuer Wirkmechanismus – wie schnell geht das? –

Die Realität bis zur Zulassung

*Ulrich Jäger, Wien*

Aktuelle Studiendaten

*Michael Steurer, Innsbruck*

Von Daten zu Taten: Erfahrungen mit Venetoclax aus  
der klinischen Praxis

*Thomas Nösslinger, Wien*

09.45 – 10.45 **MSD**

**Bodensee**



**Einblick, Ausblick & Weitblick: Die Immuntherapie von NSCLC,  
Urothelkarzinom bis Hämatookologie**

Vorsitz: Georg Pall, Wangen / Holger Rumpold, Feldkirch

Immuntherapie bei NSCLC: Neustrukturierung ab der ersten Linie

*Holger Rumpold, Feldkirch*

Morbus Hodgkin – von der allogenen Transplantation über  
die Antikörpertherapie zu neuartigen Immuntherapien

*Felix Keil, Wien*

Immuntherapie bei Blasenkrebs: ein Update

*Wolfgang Loidl, Linz*

11.00 – 12.00

**Roche 2**

**Parkstudio**



**Expertendiskussion: „Neuer Standard in der Erstlinientherapie des Follikulären Lymphoms?“**

Erstlinientherapie des Follikulären Lymphoms heute und morgen  
*Holger Rumpold, Feldkirch*

Expertendiskussion

11.00 – 12.00

**Lilly**

**Panorama II**



**Neue Therapieoptionen im fortgeschrittenen Weichgewebesarkom**

*Vorsitz: Thomas Brodowicz, Wien*



Andritsch Elisabeth, Graz .....	19
Bartsch Rupert, Wien .....	23, 29, 31, 55, 56, 59
Bauernhofer Thomas, Graz .....	39, 58
Beham-Schmidt Christine, Graz .....	33
Bergen Elisabeth, Wien.....	21
Berghoff Anna Sophie , Wien .....	29, 31, 59
Bernhard Christian, Bregenz .....	19
Bettelheim Peter, Linz.....	17, 40
Bickel Helga, Rankweil .....	52
Bielack Stefan, Stuttgart .....	35
Birkenau Birgit, Wien .....	52
Böhm Stefan, Wien.....	55
Brodowicz Thomas, Wien .....	62
Burgstaller Sonja, Wels.....	27, 40
Burian Martin, Linz .....	27
Buxhofer-Ausch Veronika, Linz .....	27, 56
Catakovic Kemal, Salzburg.....	25
Cerkl Peter, Hohenems.....	21, 54
Clausen Johannes, Linz.....	39
Dechow Tobias, Ravensburg .....	37
DeVries Alexander, Feldkirch .....	21, 27
Döhner Hartmut, Ulm .....	39
Drach Johannes, Wien.....	56
Egle Alexander, Salzburg.....	35
Eisterer Wolfgang, Klagenfurt .....	35, 60
Fliedner Monica, Bern.....	53
Föger Bernhard, Bregenz .....	17
Fridrik Michael, Linz.....	33
Frim Gabriele, Vöcklabruck.....	53
Füreder Thorsten, Wien .....	27, 58, 59
Gaiger Alexander, Wien .....	23, 51
Gasser Klaus, Feldkirch .....	29, 41, 53
Gastl Günther, Innsbruck .....	17, 25, 40, 54, 56
Geissler Dietmar, Klagenfurt/Althofen .....	23, 51
Gerger Armin, Graz .....	29, 33
Gisslinger Heinz, Wien.....	27, 56, 58
Gnant Michael, Wien .....	57
Greil Richard, Salzburg.....	23, 33, 51, 54, 58
Greinix Hildegard, Graz .....	39, 58, 60
Gutjahr Julia Christine, Salzburg.....	25
Haferlach Torsten, München .....	17
Hartmann Gabriele, Feldkirch.....	37
Hartmann Bernd, Feldkirch .....	23, 29, 40, 59
Haslbauer Ferdinand, Vöcklabruck.....	54
Hassler Marco, Bad Sauerbrunn .....	52
Heintel Daniel, Wien.....	55

Heusschen Roy, Lüttich .....	25
Hilbe Wolfgang, Wien .....	21, 29, 54, 57
Hörmann Gregor, Wien .....	17
Hutarew Georg, Salzburg .....	54
Jäger Ulrich, Wien .....	17, 29, 33, 54, 55, 56, 61
Jensen Constantia, Wien .....	51
Keil Felix, Wien .....	17, 27, 33, 61
Kiesewetter Barbara, Wien .....	25
Klein Andreas, Wien .....	57
Köberle Dieter, Basel .....	31
Kocher Florian, Innsbruck .....	21
Köhlmeier Michael, Hohenems/Wien .....	19
Kosel Bettina, Graz .....	53
Krajnik Gerhard, St. Pölten .....	55
Kratz Christian, Hannover .....	35
Kühr Thomas, Wels .....	21, 56
Lang Alois, Feldkirch .....	19, 23, 37, 40, 51, 55, 57, 61
Lass-Flörl Cornelia, Innsbruck .....	37
Loidl Wolfgang, Linz .....	39, 58, 61
Ludwig Heinz, Wien .....	57
Ludwig Heinz Peter, Wien .....	60
Ludwig Wolf-Dieter, Berlin .....	17, 37, 56
Machherndl-Spandl Sigrid, Linz .....	60
Maio Giovanni, Freiburg .....	19
Marosi Christine, Wien .....	31
Mayer Daniel Maria, Leoben .....	57
Meran Johannes, Wien .....	39, 58
Moinfar Farid, Linz .....	21
Mori Harald, Wien .....	53
Mörsen Gabriele, Wien .....	51
Moschen Alexander, Innsbruck .....	33
Mosich Veronika, Wien .....	41, 53
Müllauer Leonard, Wien .....	17
Nessler Sonja, Innsbruck .....	52
Nösslinger Thomas, Wien .....	35, 55, 61
Offner Felix, Feldkirch .....	58
Pall Georg, Wangen .....	61
Petzer Andreas, Linz .....	27
Pfeilstöcker Michael, Wien .....	17, 40
Pichler Martin, Graz .....	25, 39
Pirker Robert, Wien .....	21, 29
Posch Florian, Graz .....	39
Prager Gerald, Wien .....	33, 60
Prajo Nataša, Wien .....	52
Raderer Markus, Wien .....	21, 31
Reiterer Rolf, Kainbach .....	53

Riedl Jakob Michael, Graz.....	25
Rinnerthaler Gabriel, Salzburg.....	23
Röthlin Maria, Linz.....	41, 51, 52, 53
Rudzki Jakob, Innsbruck.....	54
Rumpold Holger, Feldkirch.....	21, 55, 59, 60, 61, 62
Ruppert Sabine, Wien.....	41, 53
Samonigg Hellmut, Graz.....	19
Schiestl Martin, Wien.....	17
Schmidinger Manuela, Wien.....	59
Schmidmair Maria, Vöcklabruck.....	53
Schneider-Worliczek Christine, Salzburg.....	51, 52
Seeber Andreas, Innsbruck.....	40
Seufferlein Thomas, Ulm.....	60
Siegl Angelika, Graz.....	53
Sill Heinz, Graz.....	39
Sillaber Christian, Wien.....	17
Sillaber Alois, Wien.....	29
Sinnstein Corina, Feldkirch.....	52
Sliwa Thamer, Wien.....	27
Sotlar Karl, Salzburg.....	40
Staber Philipp, Wien.....	25, 59
Stauder Reinhard, Innsbruck.....	40, 59
Steger Günther, Wien.....	21
Steurer Michael, Innsbruck.....	29, 35, 55, 61
Stöger Herbert, Graz.....	21, 31
Stulnig Thomas, Wien.....	58
Sumnitsch Petra, Feldkirch.....	19
Terkola Robert, Wien.....	52
Terzic Jasmin, Graz.....	21
Thaler Josef, Wels.....	31
Titzer Harald, Wien.....	52
Trattner Josef, Graz.....	19, 23, 51, 52
Turra Sandra, Innsbruck.....	52
Vavrovsky Anna, Wien.....	57
Vernazza Pietro, St. Gallen.....	37
Weiss Günther, Innsbruck.....	17
Weisshaupt Christian, St. Gallen.....	31
Willenbacher Wolfgang, Innsbruck.....	29, 33, 37, 55, 56, 57, 60
Winder Thomas, Zürich.....	21, 33, 60
Wöll Ewald, Zams.....	31
Zabernigg August, Kufstein.....	54
Zaiac Michael, Boundry.....	57
Zebisch Armin, Graz.....	40
Zingerle Judith, Wien.....	29
Zöchbauer-Müller Sabine, Wien.....	54
Zojer Niklas, Wien.....	37

## Fachkurzinformation zu Seite 20

- ▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. Hinweise zur Meldung von Nebenwirkungen, siehe Abschnitt 4.8 der Fachinformation.

### **IBRANCE 75 mg/100 mg/125 mg Hartkapseln**

**Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Hartkapsel enthält 75 mg/100 mg/125 mg Palbociclib. **Liste der sonstigen Bestandteile:** *Kapselinhalt:* mikrokristalline Cellulose, Lactose-Monohydrat, Carboxymethylstärke-Natrium (Typ A), hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat. *Kapselhülle:* Gelatine, Eisen(III)-oxid (E 172), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E 172), Titandioxid (E 171). **Druckfarbe:** Schellack, Titandioxid (E 171), Ammoniaklösung (28 %ige Lösung), Propylenglycol, Simeticon. **Anwendungsgebiete:** IBRANCE ist angezeigt zur Behandlung von Hormonrezeptor (HR)-positiven, humanen epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativen lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Brustkrebs in Kombination mit einem Aromatasehemmer oder in Kombination mit Fulvestrant bei Frauen, die zuvor eine endokrine Therapie erhalten (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). Bei prä- oder perimenopausalen Frauen sollte die endokrine Therapie mit einem LHRH-Agonisten (*LHRH = Luteinizing Hormone-Releasing Hormone*) kombiniert werden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 der Fachinformation genannten sonstigen Bestandteile. Die Anwendung von Produkten, die Johanniskraut enthalten (siehe Abschnitt 4.5 der Fachinformation). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Mittel, Proteinkinase-Inhibitoren. ATC-Code: L01XE33. **Inhaber der Zulassung:** Pfizer Limited, Ramsgate Road, Sandwich, Kent CT13 9NJ, Vereinigtes Königreich. **Stand der Information:** November 2016. **Rezeptpflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Angaben zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.**

## Fachkurzinformationen zu Seite 36

### **Cerezyme 200 U Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung**

### **Cerezyme 400 U Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung**

**Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Durchstechflasche enthält 200/400 Einheiten\* Imiglucerase\*\*. Nach dem Auflösen enthält die Lösung 40 Einheiten (etwa 1,0 mg) Imiglucerase pro ml (200/400 Einheiten/5 bzw. 10 ml). \* Eine Enzymeinheit (E) ist die Menge Enzym, die die Hydrolyse von 1 Mikromol des synthetischen Substrats para-Nitrophenyl-β-D-Glucopyranosid (pNP-Glc) in einer Minute bei 37 °C katalysiert. \*\* Imiglucerase ist eine modifizierte Form von humaner saurer b-Glukozerebrosidase und wird durch rekombinante DNA-Technologie mittels einer Zellkultur aus Ovarialzellen des chinesischen Hamsters (CHO) mit Mannose-Modifizierung für das Targeting von Makrophagen produziert. Dieses Arzneimittel enthält Natrium und wird in isotrischer Natriumchloridlösung intravenös verabreicht (siehe Abschnitt 6.6 der Fachinformation). Nach dem Auflösen enthält die Lösung 0,62/1,24 mmol Natrium (200/400 Einheiten/5 bzw. 10 ml). Dies ist zu berücksichtigen bei Patienten bei unter Natrium kontrollierter Diät (natriumarmer/-kochsalzärmer). **Liste der sonstigen Bestandteile:** Mannitol, Natriumcitrat (zur Einstellung des pH-Werts), Citronensäure-Monohydrat (zur Einstellung des pH-Werts), Polyisorbat 80. • **Anwendungsgebiete:** Cerezyme (Imiglucerase) ist für die langfristige Enzymsubstitutionstherapie bei Patienten mit bestätigter Diagnose der nicht-neuropathischen (Typ 1) oder der chronisch neuropathischen (Typ 3) Gaucher-Krankheit mit klinisch signifikanten nicht-neurologischen Manifestationen der Krankheit bestimmt. Die nicht-neurologischen Manifestationen der Gaucher-Krankheit umfassen eines oder mehrere der folgenden Symptome: Anämie nach Ausschluss anderer Ursachen, z.B. Eisenmangel; Thrombozytopenie; Knochenkrankung nach Ausschluss anderer Ursachen, z.B. Vitamin D-Mangel; Hepatomegalie oder Splenomegalie. • **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. • **Zulassungsinhaber:** Genzyme Europe B.V., Gooimeer 10, 1411 DD Naarden, Niederlande. • **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig. • **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Enzyme-Imiglucerase (rekombinante, makrophagen-gängige, β-Glukozerebrosidase), ATC-Code: A16AB02. **Stand der Information:** Juli 2016.

**Weitere Angaben zu den besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie den ggf. Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

### **Cerdelga 84 mg Hartkapseln**

- ▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. Hinweise zur Meldung von Nebenwirkungen, siehe Abschnitt 4.8 der Fachinformation.

**Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Cerdelga 84 mg Hartkapseln: Jede Hartkapsel enthält 84,4 mg Eliglustat (als Tartrat). • **Liste der sonstigen Bestandteile:** Kapselinhalt: Mikrokristalline Cellulose, 106 mg Lactose-Monohydrat, Hypromellose, Glyceroldibehentat; Kapselhülle: Gelatine Muscovit (E555) Titandioxid (E171), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E172), Indigotin (E132); Druckfarbe: Schellack (verestert), Eisen(II,III)-oxid (E172), Propylenglycol, Ammoniumhydroxid 28 % • **Anwendungsgebiete:** Cerdelga ist für die Langzeitbehandlung von erwachsenen Patienten mit Morbus Gaucher Typ 1 (GD1) bestimmt, die in Bezug auf Cytochrom-P450 Typ 2D6 (CYP2D6) langsame Metabolisierer (poor metabolisers, PMs), intermediäre Metabolisierer (intermediate metabolisers, IMs) oder schnelle Metabolisierer (extensive metabolisers, EMs) sind. • **Gegenanzeige:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. Patienten, die in Bezug auf CYP2D6 intermediäre Metabolisierer (IMs) oder schnelle Metabolisierer (EMs) sind und einen starken oder mäßig starken CYP2D6-Inhibitor gleichzeitig mit einem starken oder mäßig starken CYP3A-Inhibitor einnehmen, sowie Patienten, die in Bezug auf CYP2D6 langsame Metabolisierer (PMs) sind und einen starken CYP3A-Inhibitor einnehmen. Unter diesen Bedingungen führt die Anwendung von Cerdelga zu erheblich erhöhten Plasmakonzentrationen von Eliglustat. • **Inhaber der Zulassung:** Genzyme Europe B.V., Gooimeer 10, 1411 DD Naarden, Niederlande. • **Abgabe:** Rezept- und Apothekenpflichtig • **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Andere Mittel für das alimentäre System und den Stoffwechsel, Sonstige Mittel für das alimentäre System und den Stoffwechsel, ATC-Code: A16AX10 • **Stand der Information:** März 2015.

**Weitere Angaben zu den besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie den ggf. Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

Fachkurzinformation zu Seite 26

- ▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. Meldung von Nebenwirkungen an: Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen, Traisengasse 5, 1200 Wien, Österreich, Fax: + 43 (0) 50 555 36207, Website: <http://www.basg.gv.at/> und an Roche Austria GmbH, [www.roche.at](http://www.roche.at).

**Gazyvaro® 1.000 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung.**

**Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Eine Durchstechflasche mit 40 ml Konzentrat enthält 1.000 mg Obinutuzumab, entsprechend einer Konzentration von 25 mg/ml vor Verdünnung. Obinutuzumab ist ein humanisierter monoklonaler Typ-II-anti-CD20-Antikörper der IgG1-Subklasse, der durch Humanisierung des parentalen B-Ly1-Maus-Antikörpers gewonnen und mittels rekombinanter DNA-Technologie aus einer Ovarialzelllinie des chinesischen Hamsters hergestellt wird. **Liste der sonstigen Bestandteile:** L-Histidin, L-Histidinhydrochlorid-Monohydrat, Trehalose-Dihydrat, Poloxamer 188, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Chronische lymphatische Leukämie (CLL): Gazyvaro in Kombination mit Chlorambucil wird bei erwachsenen Patienten mit nicht vorbehandelter chronischer lymphatischer Leukämie (CLL) angewendet, die aufgrund von Begleiterkrankungen für eine Therapie mit einer vollständigen Dosis von Fludarabin nicht geeignet sind (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). Follikuläres Lymphom (FL): Gazyvaro in Kombination mit Bendamustin, gefolgt von einer Gazyvaro Erhaltungstherapie, wird angewendet bei Patienten mit follikulärem Lymphom (FL), die auf eine Behandlung mit Rituximab oder einem Rituximab-haltigen Regime nicht angesprochen haben oder während bzw. bis zu 6 Monate nach der Behandlung progressiert wurden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration Limited, 8 Falcon Way, Shire Park, Welwyn Garden City, AL7 1TW, Vereinigtes Königreich. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastika, monoklonale Antikörper, ATC-Code: L01XC15.

**Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen sowie Informationen zu Schwangerschaft und Stillzeit und zu Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.** Juni 2016.

Fachkurzinformation zu Seite 32

- ▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. Hinweise zur Meldung von Nebenwirkungen, siehe Abschnitt 4.8 der Fachinformation

**BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS:** OPDIVO 10 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Mittel, monoklonale Antikörper, ATC-Code: L01XC17. **QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG:** Jeder ml des Konzentrats enthält 10 mg Nivolumab. Eine 4-ml-Durchstechflasche enthält 40 mg Nivolumab. Eine 10-ml-Durchstechflasche enthält 100 mg Nivolumab. Nivolumab wird mittels rekombinanter DNA-Technologie aus Ovarialzellen des Chinesischen Hamsters gewonnen. **Sonstige Bestandteile:** Natriumcitratdihydrat, Natriumchlorid, Mannitol (E421), Diethyltrentriaminpentaessigsäure (Pentetsäure), Polysorbit 80, Natriumhydroxid (zum Einstellen des pH-Werts), Salzsäure (zum Einstellen des pH-Werts), Wasser für Injektionszwecke. Jeder ml des Konzentrats enthält 0,1 mmol (2,5 mg) Natrium. **ANWENDUNGSGEBIETE:** Melanom: OPDIVO ist als Monotherapie oder in Kombination mit Ipilimumab bei Erwachsenen 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) gezeigt (siehe Abschnitte 4.4 und 5.1 der Fachinformation). Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC): OPDIVO ist zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) nach vorheriger Chemotherapie bei Erwachsenen indiziert. Nierenzellkarzinom (RCC): OPDIVO ist als Monotherapie bei Erwachsenen zur Behandlung des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms nach Vortherapie indiziert. Klassisches Hodgkin-Lymphom (cHL): OPDIVO ist zur Behandlung des rezidivierenden oder refraktären klassischen Hodgkin-Lymphoms (cHL) bei Erwachsenen nach einer autologen Stammzelltransplantation (ASCT) und Behandlung mit Brentuximab Vedotin indiziert. **GEGENANZEIGEN:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 (der Fachinformation) genannten sonstigen Bestandteile. **INHABER DER ZULASSUNG:** Bristol-Myers Squibb Pharma EEIG, Uxbridge Business Park, Sanderson Road, Uxbridge UB8 1DH Vereinigtes Königreich **Kontakt in Österreich:** Bristol-Myers Squibb GesmbH, Wien, Tel. +43 1 60143 -0. **VERSCHREIBUNGSPFLICHT/APOTHEKENPFLICHT:** NR, apothekenpflichtig. **STAND: 01/2017.**

Weitere Angaben, insbesondere zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln oder sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

Fachkurzinformation zu Seite 34

- ▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. Hinweise zur Meldung von Nebenwirkungen, siehe Abschnitt 4.8 der Fachinformation.

**XALKORI 200 mg/250 mg Hartkapseln**

**Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Hartkapsel enthält 200 mg/250 mg Crizotinib. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Kapselinhalt: hochdisperses Siliciumdioxid, mikrokristalline Cellulose, Calciumhydrogenphosphat, Carboxymethylstärke-Natrium (Typ A), Magnesiumstearat (pflanzlich), Kapselhülle: Gelatine, Titandioxid (E 171), Eisen(III)-oxid (E 172). **Druckfarbe:** Schellack, Propylenglycol, Kaliumhydroxid, Eisen(II,III)-oxid (E 172). **Anwendungsgebiete:** XALKORI wird angewendet bei Erwachsenen zur Erstlinienbehandlung des Anaplastische-Lymphom-Kinase (ALK)-positiven, fortgeschrittenen nicht kleinzelligen Lungenkarzinoms (*non small cell lung cancer*, NSCLC). XALKORI wird angewendet bei Erwachsenen zur Behandlung des vorbehandelten ALK-positiven, fortgeschrittenen nicht kleinzelligen Bronchialkarzinoms (NSCLC). XALKORI wird angewendet bei Erwachsenen zur Behandlung des ROS1-positiven, fortgeschrittenen nicht kleinzelligen Lungenkarzinoms (*non small cell lung cancer*, NSCLC). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 der Fachinformation genannten sonstigen Bestandteile. Schwere Leberfunktionsstörung (siehe Abschnitte 4.2, 4.4 und 4.8 der Fachinformation). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Mittel, Proteinkinase-Inhibitoren, ATC-Code: L01XE16. **Inhaber der Zulassung:** Pfizer Limited, Ramsgate Road, Sandwich, Kent CT13 9NU, Vereinigtes Königreich. **Stand der Information:** November 2016. **rezeptpflichtig/Apothekenpflichtig:** Rezept- und apothekenpflichtig; wiederholte Abgabe verboten. **Angaben zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.**

Fachkurzinformation zu Seite 18

**JEVTANA 60 mg Konzentrat und Lösungsmittel zur Herstellung einer Infusionslösung**

**Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** 1 ml des Konzentrates enthält 40 mg Cabazitaxel. Jede Durchstechflasche mit 1,5 ml (Nominalvolumen) Konzentrat enthält 60 mg Cabazitaxel. Nach der initialen Verdünnung mit dem gesamten Lösungsmittel enthält jeder ml der Lösung 10 mg Cabazitaxel. Hinweis: Sowohl die Durchstechflasche mit JEV/TANA 60 mg/1,5 ml Konzentrat (Füllvolumen: 73,2 mg Cabazitaxel/1,83 ml) als auch die Durchstechflasche mit Lösungsmittel (Füllvolumen: 5,67 ml) enthalten eine Überfüllung, um einen Flüssigkeitsverlust während der Zubereitung zu kompensieren. Diese Überfüllung gewährleistet, dass sich nach Verdünnung mit dem **GESAMTEN** Inhalt des beigefügten Lösungsmittels eine Lösung ergibt, die 10 mg/ml Cabazitaxel enthält. **Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung:** Jede Durchstechflasche mit Lösungsmittel enthält 573,3 mg Ethanol 96 %. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Konzentrat: Polysorbat 80, Citronensäure. **Lösungsmittel:** Ethanol 96 %, Wasser für Injektionszwecke. • **Anwendungsgebiete:** Jevtana ist in Kombination mit Prednison oder Prednisonol zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit hormonrefraktärem metastasiertem Prostatakarzinom angezeigt, die mit einem Docetaxel-basierten Therapieschema vorbehandelt sind. • **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Cabazitaxel, gegen andere Taxane oder gegen Polysorbat 80 oder einen der sonstigen Bestandteile; Bei einer Neutrophilenzahl kleiner als 1.500/mm<sup>3</sup>; Schwer eingeschränkte Leberfunktion (Gesamt-Bilirubin > 3-Fache ULN); Gleichzeitige Impfung mit einem Gelbfieberimpfstoff. • **Inhaber der Zulassung:** sanofi-aventis groupe, 54, rue La Boétie, 75008 Paris, Frankreich. • **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. • **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Mittel, Taxane, ATC-Code: L01CD04 • **Stand der Information:** Dezember 2016.

**Weitere Angaben zu den besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie ggf. Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

Fachkurzinformation zu Seite 28

**GIOTRIF 20 mg / 30mg / 40mg / 50mg Filmtabletten**

**QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG:** **GIOTRIF 20 mg Filmtabletten:** Eine Filmtablette enthält 20 mg Afatinib (als Dimaleat). **Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung:** Eine Filmtablette enthält 118 mg Lactose (als Monohydrat). **Liste der sonstigen Bestandteile:** **Tablettenkern:** Lactose-Monohydrat, Mikrokristalline Cellulose (E460), Hochdisperses Siliciumdioxid (E551), Crospovidon (Typ A), Magnesiumstearat (E470b). **Filmüberzug:** Hypromellose (E464), Macrogol 400, Titandioxid (E171), Talkum (E553b), Polysorbat 80 (E433). **GIOTRIF 30 mg Filmtabletten:** Eine Filmtablette enthält 30 mg Afatinib (als Dimaleat). **Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung:** Eine Filmtablette enthält 176 mg Lactose (als Monohydrat). **Liste der sonstigen Bestandteile:** **Tablettenkern:** Lactose-Monohydrat, Mikrokristalline Cellulose (E460), Hochdisperses Siliciumdioxid (E551), Crospovidon (Typ A), Magnesiumstearat (E470b). **Filmüberzug:** Hypromellose (E464), Macrogol 400, Titandioxid (E171), Talkum (E553b), Polysorbat 80 (E433), Indigocarmin, Aluminiumsulfat (E132). **GIOTRIF 40 mg Filmtabletten:** Eine Filmtablette enthält 40 mg Afatinib (als Dimaleat). **Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung:** Eine Filmtablette enthält 235 mg Lactose (als Monohydrat). **Liste der sonstigen Bestandteile:** **Tablettenkern:** Lactose-Monohydrat, Mikrokristalline Cellulose (E460), Hochdisperses Siliciumdioxid (E551), Crospovidon (Typ A), Magnesiumstearat (E470b). **Filmüberzug:** Hypromellose (E464), Macrogol 400, Titandioxid (E171), Talkum (E553b), Polysorbat 80 (E433), Indigocarmin, Aluminiumsulfat (E132). **GIOTRIF 50 mg Filmtabletten:** Eine Filmtablette enthält 50 mg Afatinib (als Dimaleat). **Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung:** Eine Filmtablette enthält 294 mg Lactose (als Monohydrat). **Liste der sonstigen Bestandteile:** **Tablettenkern:** Lactose-Monohydrat, Mikrokristalline Cellulose (E460), Hochdisperses Siliciumdioxid (E551), Crospovidon (Typ A), Magnesiumstearat (E470b). **Filmüberzug:** Hypromellose (E464), Macrogol 400, Titandioxid (E171), Talkum (E553b), Polysorbat 80 (E433), Indigocarmin, Aluminiumsulfat (E132). Afatinib ist ein starker und selektiver irreversibler Blocker der ErbB-Familie. **Anwendungsgebiete:** GIOTRIF als Monotherapie wird angewendet zur Behandlung von • epidermalen Wachstumsfaktorrezeptor (EGFR, epidermal growth factor receptor)-Tyrosinkinaseinhibitor (TKI) naiven erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem und/oder metastasiertem nicht kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC, non-small cell lung cancer) mit aktivierenden EGFR Mutationen; • lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem NSCLC mit Plattenepithel-Histologie, das unter oder nach Platin basierter Chemotherapie fortschreitet. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Afatinib oder einen der genannten sonstigen Bestandteile. **INHABER DER ZULASSUNG:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Straße 173, D-55216 Ingelheim am Rhein, Deutschland. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig.

**Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.** Stand der Fachkurzinformation: März 2016.

Zusätzliche medizinische Informationen erhalten Sie telefonisch unter 01/80105-7870 bzw. per e-Mail unter MEDmedicalinformation.AT@boehringer-ingelheim.com

Fachkurzinformation zu Seite 38

**Sutent 12,5 mg/25 mg/50 mg Hartkapseln**

**Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Eine Hartkapsel enthält Sunitinibmalat, entsprechend 12,5 mg/25 mg/50 mg Sunitinib. **Liste der sonstigen Bestandteile:** **Kapselinhalt:** Mannitol (Ph. Eur.) (E 421), Croscarmellose-Natrium, Povidon (K-25), Magnesiumstearat (Ph. Eur.) [pflanzlich]. **Kapselhülle (Sutent 12,5 mg):** Gelatine, Eisen(III)-oxid (E 172), Titandioxid (E 171). **Kapselhülle (Sutent 25 mg/50 mg):** Gelatine, Titandioxid (E 171), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E 172), Eisen(III)-oxid (E 172), Eisen(III)-oxid (E 172). **Druckstoffe:** Schellack, Propylenglycol, Natriumhydroxid, Povidon, Titandioxid (E 171). **Anwendungsgebiete:** Gastrointestinale Stromatumoren (GIST); Sutent wird bei Erwachsenen zur Behandlung nicht resezierbarer und/oder metastasierter maligner gastrointestinaler Stromatumoren (GIST) eingesetzt, wenn eine Behandlung mit Imatinib wegen Resistenz oder Unverträglichkeit fehlgeschlagen ist. Metastasierte Nierenzellkarzinome (mRCC); Sutent wird bei Erwachsenen zur Behandlung fortgeschrittener/metastasierter Nierenzellkarzinome (mRCC) eingesetzt. Pankreatische neuroendokrine Tumoren (pNET); Sutent wird bei Erwachsenen zur Behandlung nicht resezierbarer oder metastasierter, gut differenzierter pankreatischer neuroendokriner Tumoren (pNET) mit Krankheitsprogression eingesetzt, die Erfahrung mit Sutent als First-line-Behandlung ist begrenzt (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 der Fachinformation genannten sonstigen Bestandteile. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Mittel, Protein-Kinase-Inhibitoren. ATC-Code: L01XE04. **Inhaber der Zulassung:** Pfizer Ltd, Ramsgate Road, Sandwich, Kent CT13 9NJ, Vereinigtes Königreich. **Stand der Information:** November 2016. **Rezeptpflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Angaben zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.**

Fachkurzinformationen zu Seite 16

### JEVTANA 60 mg Konzentrat und Lösungsmittel zur Herstellung einer Infusionslösung

**Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** 1 ml des Konzentrates enthält 40 mg Cabazitaxel. Jede Durchstechflasche mit 1,5 ml (Nominalvolumen) Konzentrat enthält 60 mg Cabazitaxel. Nach der initialen Verdünnung mit dem gesamten Lösungsmittel enthält jeder ml der Lösung 10 mg Cabazitaxel. Hinweis: Sowohl die Durchstechflasche mit JEVTANA 60 mg/1,5 ml Konzentrat (Füllvolumen: 73,2 mg Cabazitaxel/1,83 ml) als auch die Durchstechflasche mit Lösungsmittel (Füllvolumen: 5,67 ml) enthalten eine Überfüllung, um einen Flüssigkeitsverlust während der Zubereitung zu kompensieren. Diese Überfüllung gewährleistet, dass sich nach Verdünnung mit dem **GESAMTEN** Inhalt des beigefügten Lösungsmittels eine Lösung ergibt, die 10 mg/ml Cabazitaxel enthält. **Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung:** Jede Durchstechflasche mit Lösungsmittel enthält 573,3 mg Ethanol 96 %. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Konzentrat: Polysorbit 80, Citronensäure, Lösungsmittel: Ethanol 96 %, Wasser für Injektionszwecke. • **Anwendungsgebiete:** Jevtana ist in Kombination mit Prednison oder Prednisolon zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit hormonrefraktärem metastasiertem Prostatakarzinom angezeigt, die mit einem Docetaxel-basierten Therapiechema vorbehandelt sind. • **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Cabazitaxel, gegen andere Taxane oder gegen Polysorbit 80 oder einen der sonstigen Bestandteile; Bei einer Neutrophilenzahl kleiner als 1.500/mm<sup>3</sup>; Schwer eingeschränkte Leberfunktion (Gesamt-Bilirubin > 3-Fache ULN); Gleichzeitige Impfung mit einem Gelbfieberimpfstoff. • **Inhaber der Zulassung:** sanofi-aventis groupe, 54, rue La Boétie, 75008 Paris, Frankreich. • **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. • **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Mittel, Taxane, ATC-Code: L01CD04. • **Stand der Information:** Dezember 2016.

**Weitere Angaben zu den besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie ggf. Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

### ZALTRAP 25 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. Hinweise zur Meldung von Nebenwirkungen, siehe Abschnitt 4.8 der Fachinformation.

**Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** 1 ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung enthält 25 mg Afilibercept. Afilibercept wird aus Ovarialzellen des chinesischen Hamsters (CHO-K1) mittels rekombinanter DNA-Technologie hergestellt. Eine Durchstechflasche mit 4 ml Konzentrat enthält 100 mg Afilibercept. Eine Durchstechflasche mit 8 ml Konzentrat enthält 200 mg Afilibercept. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Sucrose, Natriumchlorid, Natriumcitrat, Citronensäure-Monohydrat, Polysorbit 20, Dinatriumhydrogenphosphat 7 H<sub>2</sub>O, Natriumdihydrogenphosphat 1 H<sub>2</sub>O, Natriumhydroxid und/oder Salzsäure (zur pH-Anpassung), Wasser für Injektionszwecke. • **Anwendungsgebiete:** ZALTRAP in Kombination mit einer Chemotherapie bestehend aus Irinotecan/5-Fluorouracil/Folinsäure (FOLFIRI) wird angewendet bei Erwachsenen mit metastasiertem kolorektalem Karzinom (MCRK), das unter oder nach einem Oxaliplatin-haltigen Regime fortgeschritten ist. • **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Afilibercept oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. Anwendung am Auge/intravitreally Anwendung aufgrund der hyperosmotischen Eigenschaften von ZALTRAP. Für Hinweise zu Gegenanzeigen in Zusammenhang mit Bestandteilen von FOLFIRI (Irinotecan, 5-FU und Folinsäure) siehe entsprechende aktuelle Zusammenfassungen der Merkmale des Arzneimittels (Fachinformation). • **Inhaber der Zulassung:** sanofi-aventis groupe, 54, rue La Boétie, 75008 Paris, Frankreich. • **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig. • **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Mittel, andere antineoplastische Mittel, ATC-Code: L01XX44. • **Stand der Information:** Oktober 2016.

**Weitere Angaben zu den besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie den ggf. Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

### Mozobil® 20 mg/ml Injektionslösung

**Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** 1 ml Lösung enthält 20 mg Plexirafor. Jede Durchstechflasche enthält 24 mg Plexirafor in 1,2 ml Lösung. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Jeder ml enthält circa 5 mg (0,2 mmol) Natrium; Natriumchlorid, Salzsäure 36% (pH-Einstellung), Natriumhydroxid (pH-Einstellung), Wasser für Injektionszwecke. • **Anwendungsgebiete:** Mozobil ist indiziert, in Kombination mit Granulozyten-Kolonie-stimulierendem Faktor (*Granulocyte-Colony Stimulating Factor*, G-CSF), die Mobilisierung von hämatopoetischen Stammzellen in das periphere Blut zur Entnahme und anschließenden autologen Transplantation bei erwachsenen Patienten mit Lymphom und multiplem Myelom zu verbessern, die nicht ausreichend Stammzellen mobilisieren. • **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. • **Inhaber der Zulassung:** Genzyme Europe BV, Gooimeer 10, 1411 DD Naarden, Niederlande. • **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. • **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Andere Immunstimulanzien; ATC-Code: L03AX16. • **Stand der Information:** März 2015.

**Weitere Angaben zu den besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie den ggf. Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

### Fasturtec 1,5 mg/ml Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung eines Infusionslösungskonzentrates

**Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Fasturtec ist ein rekombinantes Uratoxidase-Enzym, das von einem genetisch modifizierten *Saccharomyces cerevisiae*-Stamm gebildet wird. Bei Rasburicase handelt es sich um ein tetrameres Protein mit identischen Untereinheiten mit einer Molekülmasse von etwa 34 kDa. Nach der Rekonstitution enthält 1 ml des Fasturtec-Konzentrates 1,5 mg Rasburicase (1,82 EAU). Eine Erythrozytenhäufigkeit (enzyme activity unit; EAU) entspricht der Enzymaktivität, die pro Minute unter den angegebenen Reaktionsbedingungen (+30 °C +/− 1 °C, TEA-Puffer pH 8,9) 1 μmol Harnsäure in Allantoin umwandelt. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Pulver: Alanin, Mannitol, Natriummonohydrogenphosphat-Dodecahydrat, Natriummonohydrogenphosphat-Dihydrat, Natriumdihydrogenphosphat-Dihydrat. Lösungsmittel: Poloxamer 188, Wasser für Injektionszwecke. • **Anwendungsgebiete:** Zur Behandlung und zur Prophylaxe einer akuten Hyperurikämie, um ein akutes Nierenversagen bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen (im Alter von 0 bis 17 Jahren) mit hämatologischen Malignomen mit hoher Tumorlast und dem Risiko einer raschen Tumolyse oder -verringering nach Beginn der Chemotherapie zu verhindern. • **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile; G6PD-Mangel und andere metabolische Störungen im Zellstoffwechsel, von denen bekannt ist, dass sie eine hämolytische Anämie auslösen können. Wasserstoffperoxid ist ein Nebenprodukt der Umwandlung von Harnsäure in Allantoin. Um einer möglichen durch Wasserstoffperoxid hervorgerufenen hämolytischen Anämie vorzubeugen, ist Rasburicase daher bei Patienten mit diesen Störungen kontraindiziert. • **Inhaber der Zulassung:** sanofi-aventis groupe, 54, rue La Boétie, F-75008 Paris, Frankreich. • **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig. • **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Entgiftende Mittel zur zytoplastischen Behandlung. ATC-Code: V03AF07. • **Stand der Information:** Juli 2016.

**Weitere Angaben zu den besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie ggf. Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

Fachkurzinformationen zu Seite 16

**Volvra 1mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung.**

- ▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. Hinweise zur Meldung von Nebenwirkungen, siehe Abschnitt 4.8.

**Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jeder ml Konzentrat enthält 1 mg Clofarabin. Jede 20-ml-Durchstechflasche enthält 20 mg Clofarabin. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Jede 20-ml-Durchstechflasche enthält 180 mg Natriumchlorid, Wasser für Injektionszwecke. • **Anwendungsgebiete:** Behandlung von akuter lymphoblastischer Leukämie (ALL) bei pädiatrischen Patienten, die nach mindestens zwei Vorbehandlungen ein Rezidiv erleiden oder refraktär sind, und wenn erwartet wird, dass keine andere Behandlungsoption zu einem dauerhaften Ansprechen führt. Sicherheit und Wirksamkeit sind in Studien mit Patienten beurteilt worden, die bei der Erstdiagnose  $\leq 21$  Jahre alt waren. • **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. Anwendung bei Patienten mit schwerer Niereninsuffizienz oder stark eingeschränkter Leberfunktion. Stillzeit • **Zulassungsinhaber:** Genzyme Europe B.V., Gooimeer 10, 1411 DD Naarden, Niederlande. • **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. • **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Mittel, Antimetabolite; ATC Code: L01BB06. **Stand der Information:** September 2016. **Weitere Angaben zu den besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie ggf. Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

Fachkurzinformation zu Seite 12

**Vargatef 100 mg Weichkapseln**

**Vargatef 150 mg Weichkapseln**

**Vargatef 100 mg Weichkapseln**

**QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG:** Jede Kapsel enthält 100 mg Nintedanib (als Esilat). **Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung:** Jede Kapsel enthält 1,2 mg Phospholipide aus Sojabohnen. **Vargatef 150 mg Weichkapseln: QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG:** Jede Kapsel enthält 150 mg Nintedanib (als Esilat). **Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung:** Jede Kapsel enthält 1,8 mg Phospholipide aus Sojabohnen. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Kapselinhalt: Mittelkettige Triglyceride; Hartfett; Phospholipide aus Sojabohnen (E322). **Kapselhülle:** Gelatine; Glycerol (85 %); Titandioxyd (E171); Eisen(III)-oxid (E172); Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E172). **Drucktinte:** Schellack; Eisen(II,III)-oxid (E172); Propylenglycol (E1520). **Anwendungsgebiete:** Vargatef wird angewendet in Kombination mit Docetaxel zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem, metastasiertem oder lokal rezidiviertem nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC) mit Adenokarzinom-Histologie nach Erstlinienc hemotherapie. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Nintedanib, Erdnuss oder Soja, oder gegen einen der genannten sonstigen Bestandteile. **INHABER DER ZULASSUNG:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Straße 173, 55216 Ingelheim am Rhein, Deutschland. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig.

**Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.** Stand der Fachkurzinformation: Jänner 2016.

Zusätzliche medizinische Informationen erhalten Sie telefonisch unter 01/80105-7870 bzw. per e-Mail unter MEDmedicalinformation.AT@boehringer-ingelheim.com

Fachkurzinformation zu Seite 30

- ▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. Hinweise zur Meldung von Nebenwirkungen, siehe Abschnitt 4.8 der Fachinformation.

**1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS:** Cyramza 10mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. **2. QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG:** Jeder ml des Konzentrats zur Herstellung einer Infusionslösung enthält 10 mg Ramucirumab. Jede 10 ml (50 ml) Durchstechflasche enthält 100 mg (500 mg) Ramucirumab. Ramucirumab ist ein mittels rekombinanter DNA-Technologie aus Mäusezellen (NSO-Zellen) gewonnener, humaner, monoklonaler IgG1 Antikörper. **Sonstige Bestandteil(e) mit bekannter Wirkung:** Jede 10 ml (50 ml) Durchstechflasche enthält etwa 17 mg (85 mg) Natrium. Vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile, siehe Abschnitt 6.1. **4.1 Anwendungsgebiete:** Cyramza ist in Kombination mit Paclitaxel indiziert zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit einem fortgeschrittenen Adenokarzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs mit Tumorprogress nach vorausgegangener Platin- und Fluoropyrimidin-haltiger Chemotherapie. Cyramza ist als Monotherapie indiziert zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit einem fortgeschrittenen Adenokarzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs mit Tumorprogress nach vorausgegangener Platin- oder Fluoropyrimidin-haltiger Chemotherapie, wenn diese Patienten für eine Kombinationstherapie mit Paclitaxel nicht geeignet sind (siehe Abschnitt 5.1). Cyramza ist in Kombination mit FOLFIRI (Irinotecan, Folsäure und 5-Fluorouracil) indiziert zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit einem metastasierten Kolorektalkarzinom (mKRK) mit Tumorprogress während oder nach vorausgegangener Therapie mit Bevacizumab und einem Fluoropyrimidin. Cyramza ist in Kombination mit Docetaxel indiziert zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit einem lokal fortgeschrittenen oder metastasierten nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom mit Tumorprogress nach platinhaltiger Chemotherapie. **4.3 Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. Für Patienten mit NSCLC ist Ramucirumab kontraindiziert, wenn eine Tumorbeteiligung an einem großen Gefäß vorliegt (siehe Abschnitt 4.4). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Andere antineoplastische Mittel, monoklonale Antikörper, ATC-Code: L01XC21. **6.1 Liste der sonstigen Bestandteile:** Histidin, Histidinmonohydrochlorid, Natriumchlorid, Glycin (E640), Polysorbat 80 (E433), Wasser für Injektionszwecke. **7. INHABER DER ZULASSUNG:** Eli Lilly Nederland B.V., Papendorpseweg 83, 3528 BJ Utrecht, Niederlande. NR, Apothekenpflichtig. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Stand: Januar 2016



#### Fachkurzinformation zu Seite 24

- ▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden.

**Qualitative und Quantitative Zusammensetzung:** *NINLARO 2,3 mg Hartkapseln:* Jede Hartkapsel enthält 2,3 mg Ixazomib (entspricht 3,3 mg Ixazomibcitrat). *NINLARO 3 mg Hartkapseln:* Jede Hartkapsel enthält 3 mg Ixazomib (entspricht 4,3 mg Ixazomibcitrat). *NINLARO 4 mg Hartkapseln:* Jede Hartkapsel enthält 4 mg Ixazomib (entspricht 5,7 mg Ixazomibcitrat). **Liste der sonstigen Bestandteile:** **Kapselinhalt:** Mikrokristalline Cellulose, Magnesiumstearat pflanzlich, Talkum. **Kapselhülle:** *NINLARO 2,3 mg Hartkapseln:* Gelatine, Titandioxid (E 171), Eisen(III)-oxid (E 172). *NINLARO 3 mg Hartkapseln:* Gelatine, Titandioxid (E 171), Eisen(II,III)-oxid (E 172). *NINLARO 4 mg Hartkapseln:* Gelatine, Titandioxid (E 171), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E 172), Eisen(III)-oxid (E 172). **Drucktinte:** Schellack, Propylenglycol, Kaliumhydroxid, Eisen(II,III)-oxid (E 172). **Anwendungsgebiete:** NINLARO ist in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason für die Behandlung des multiplen Myeloms bei erwachsenen Patienten indiziert, die mindestens eine vorausgegangene Therapie erhalten haben. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Da NINLARO in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason angewendet wird, sind die Fachinformationen dieser Arzneimittel im Hinblick auf zusätzliche Kontraindikationen zu beachten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** antineoplastische Mittel, andere antineoplastische Mittel, ATC-Code: L01XX50. **Inhaber der Zulassung:** Takeda Pharma A/S, Dybendal Alle 10, 2630 Taastrup, Dänemark. **Abgabe:** rezept- und apothekenpflichtig. **Informationen zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.** [1.0]

#### Fachkurzinformation zu Umschlagseite 4

- ▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. Hinweise zur Meldung von Nebenwirkungen, siehe Abschnitt 4.8 der Fachinformation.

**Kyprolis® 10 mg / 30 mg / 60 mg Pulver zur Herstellung einer Infusionslösung Qualitative und Quantitative Zusammensetzung:** Jede Durchstechflasche enthält 10 mg / 30 mg / 60 mg Carfilzomib. Nach Rekonstitution enthält 1 ml Lösung 2 mg Carfilzomib. Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: Jeder ml der rekonstituierten Lösung enthält 7 mg Natrium. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Hexakis- und Heptakis-O-(4-sulfo-butyl)cyclomaltoheptaose-Natriumsalz (1:6,2-6,9), Citronensäure (E 330), Natriumhydroxid (zur pH-Wert Einstellung). **Anwendungsgebiete:** Kyprolis ist in Kombination mit entweder Lenalidomid und Dexamethason oder Dexamethason allein zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom indiziert, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Stillende Frauen. Da Kyprolis in Kombination mit anderen Arzneimitteln angewendet wird, sind deren Zusammenfassungen der Merkmale des Arzneimittels (Fachinformationen) bezüglich zusätzlicher Gegenanzeigen zu beachten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Mittel, ATC-Code: L01XX45 **Inhaber der Zulassung:** Amgen Europe B.V., 4817 ZK Breda, NL, Vertreter in Österreich: Amgen GmbH, 1040 Wien. **Verschreibungspflichtig/Apothekenpflichtig:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Stand der Information:** Dezember 2016. **Weitere Angaben zu Dosierung, Art und Dauer der Anwendung, besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit sowie zu Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.**

#### Referenzen

\* In Kombination mit entweder Lenalidomid und Dexamethason oder Dexamethason allein.

1. Stewart AK et al. *N Engl J Med* 2015;372:142–152. 2. Dimopoulos et al. *Lancet Oncol.* 2016 Jan;17(1):27–38. 3. Dimopoulos MA et al. *EHA 2015, Simultaneous Session, Abstract #S427.* 4. Amgen®, Data on file.

### Anreise mit dem PKW:

Ab den Bregenzer Stadteinfahrten führt Sie ein Leitsystem zum Festspielhaus Bregenz. Vor dem Kongresshaus befindet sich ein kostenpflichtiger Parkplatz mit 380 Stellplätzen. Gebühren: Tageskarte = EUR 6,40/Tag | EUR 1,10/Stunde  
Ca. 5 Gehminuten vom Kongresshaus entfernt, hinter dem Casinostadion, befindet sich der „Parkplatz West“ mit weiteren kostenpflichtigen und kostenfreien Parkplätzen.

- ... aus Richtung Innsbruck  
Autobahn A14 → Abfahrt Bregenz → City-Tunnel → nach dem Tunnel rechts halten (*Rheinstraße*) → nach ca. 400 m rechts auf die Brücke abbiegen (*Schild „Festspielhaus“*)
- ... aus Richtung Deutschland  
Autobahn A14 → Pfänder-Tunnel → nach dem Tunnel erste Abfahrt rechts nach Bregenz → City-Tunnel → nach dem Tunnel rechts halten (*Rheinstraße*) → nach ca. 400 m rechts auf die Brücke abbiegen (*Schild „Festspielhaus“*)
- ... aus Richtung Schweiz  
Zollamt Höchst (A) → danach bei der ersten Kreuzung rechts abbiegen → auf der B202 über Fußsach und Hard Richtung Bregenz Zentrum (*Rheinstraße*) → immer geradeaus bis Schild „Festspielhaus“ rechts auf die Brücke abbiegen.

### Anreise per Flugzeug:

Innerhalb circa einer Autostunde sind 4 Flughäfen, inkl. Shuttle-Diensten zum Hauptbahnhof Bregenz, gelegen.

- *Business Airport St. Gallen – Altenrhein*  
Entfernung 23 km; erreichbar in 30 Autominuten  
<http://www.peoplesbusinessairport.ch/>
- *Bodensee-Airport Friedrichshafen*  
Entfernung 38 km; erreichbar in 40 Autominuten  
<http://www.bodensee-airport.eu/>
- *Flughafen Zürich*  
Entfernung 120 km; erreichbar in 80 Autominuten  
<https://www.flughafen-zuerich.ch/>
- *Flughafen Innsbruck*  
Entfernung 180 km; erreichbar in 120 Autominuten  
<https://www.innsbruck-airport.com>

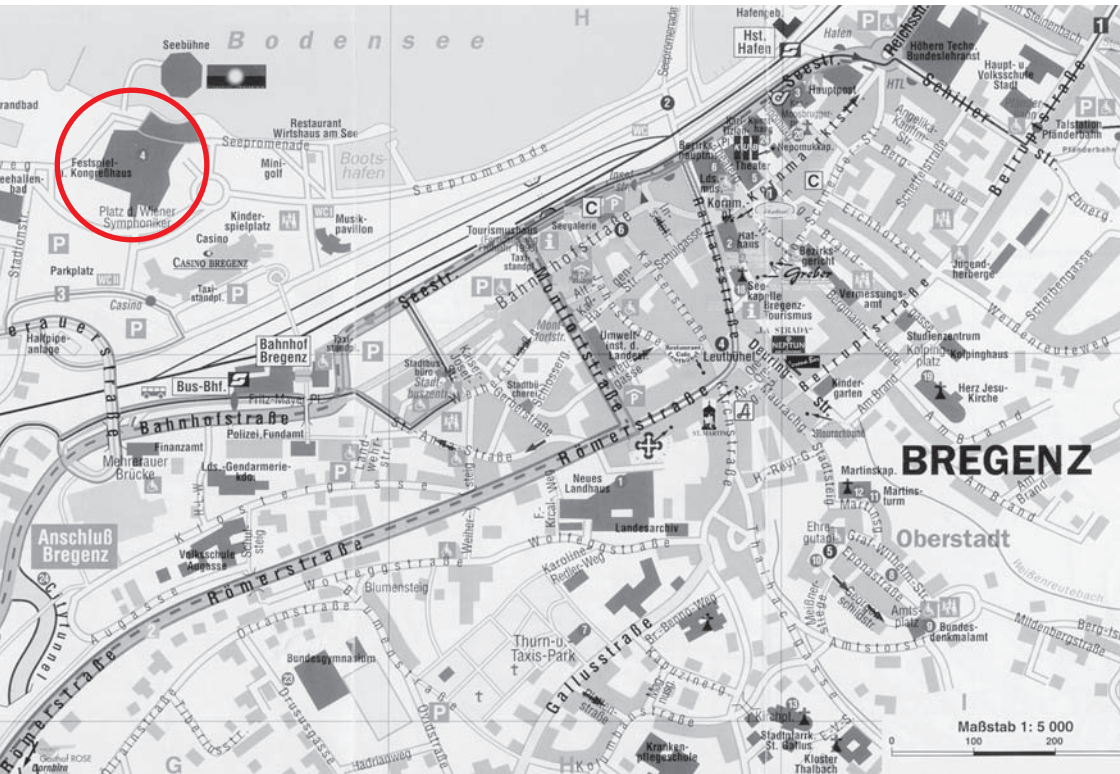
### Anreise per Zug:

Der Festspielbezirk grenzt direkt an den Hauptbahnhof Bregenz, welcher in nur fünf Gehminuten zu erreichen ist.

<http://www.oebb.at/de/>

<http://www.db.de/>

<http://www.sbb.ch/home.html>



Für die Herstellung des Programmes wurde ein Papier aus der Mappe ÖkoKauf Wien für Umwelt- und Klimaschutz ausgewählt.

Druck: ROBIDRUCK, A-1200 Wien – [www.robidruck.co.at](http://www.robidruck.co.at)

# Kyprolis®

(carfilzomib) Powder for solution for infusion

Beim  
**relapsierten**  
Multiplen Myelom

++ Mit den Stärken von Kyprolis®: 10 mg, 30 mg und 60 mg ++



**Kyprolis® ist  
der neue Maßstab<sup>1,2,\*</sup>**

## Kyprolis® setzt neue Maßstäbe im ersten Rezidiv<sup>1,2,\*</sup>

✓ **Tiefes Ansprechen**

Komplettremission bei 1 von 3 Patienten<sup>1</sup>

✓ **Längstes PFS**

29,6 Monate PFS im ersten Rezidiv (ASPIRE)<sup>3</sup>  
Verdoppelung des PFS vs. Bortezomib (ENDEAVOR)<sup>2</sup>

✓ **Sehr gute Verträglichkeit**

Nur 6% periphere Neuropathien vs. 32% mit Bortezomib (Grad  $\geq 2$ ; ENDEAVOR)<sup>2</sup>  
Keine Therapieabbrüche wegen PN unter Kyprolis® (ENDEAVOR)<sup>2</sup>  
<1,4% kardial-assoziierte Therapieabbrüche bei beiden Substanzen (ENDEAVOR)<sup>2,4</sup>  
Bessere Lebensqualität mit KRd vs. Rd über 18 Zyklen (ASPIRE)<sup>1</sup>