

NEU:  
parallel  
„Best of  
Hematology  
2025“

ONCONOVUM   
.academy

OeGHO  
Österreichische Gesellschaft für  
Hämatologie & Medizinische Onkologie

# BEST OF ASCO®

## OFFICIALLY LICENSED

### HAUPTPROGRAMM

Palais Niederösterreich  
Herrengasse 13, 1010 Wien

26.–27. Juni 2025

Aktuelle Entwicklungen vom ASCO® 2025 & aus dem Bereich Hämatologie  
komprimiert und von Fachleuten diskutiert!



# INAQOVI®

## Zeit für Momente

**Praxischeck**  
Experten berichten  
Zu den Video-Statements:



### Die erste orale HMA-Monotherapie für unfitte AML-Patienten

- Oral verfügbares Decitabin<sup>1</sup>
- Bioäquivalent zur i. v.-Gabe<sup>1</sup>
- Wirksamkeit und Verträglichkeit vergleichbar mit i. v.-Gabe<sup>1-3</sup>
- Zeit für Sie und Ihre Patienten<sup>4,5</sup>

**INAQOVI®**  
(Decitabin und Cedazuridin)  
35 mg / 100 mg Filmtabletten

Weitere Informationen zu INAQOVI® finden Sie auf unserer Webseite: 



AML = akute myeloische Leukämie, HMA = Hypomethylierende Substanz, i. v. = intravenös

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verzichten wir auf die gleichzeitige Nutzung von männlich, weiblich und divers (m/w/d). Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

INAQOVI® wird angewendet als Monotherapie bei der Behandlung von erwachsenen Patienten mit neu diagnostizierter akuter myeloischer Leukämie (AML), für die eine Standard-Induktionstherapie nicht in Frage kommt.<sup>1</sup> 1. Fachinformation INAQOVI®, Stand September 2023. 2. Geissler K et al. Oral decitabine/cedazuridine versus intravenous decitabine for acute myeloid leukaemia: A randomised, crossover, registration, pharmacokinetics study. *Br J Haematol.* 2024;205(5):1734–1745. 3. Dacogon 50 mg powder for concentrate for solution for infusion. Summary of Product Characteristics. February 2022. 4. Eberhardt A et al. Exploring Preferences of Different Modes of Administration of Hypomethylating Agent (HMA). Treatments Among Patients With Acute Myeloid Leukaemia (AML). Poster #PCR8; presented at ISPOR, Vienna, Austria, 2022. 5. Acute Leukemia Advocates Network (ALAN) Global Quality of Life Survey 2023; accessed at: <https://acuteleuk.org/wp-content/uploads/2017/09/ALAN-Global-Quality-of-Life-survey-Final-report-2023.pdf>; date accessed: July 2023.

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung.

**Bezeichnung des Arzneimittels:** Inaqovi 35 mg/100 mg Filmtabletten. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Filmtablette enthält 35 mg Decitabin und 100 mg Cedazuridin. **Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung:** Jede Filmtablette enthält 306 mg Lactose (als Lactose-Monohydrat). **Liste der sonstigen Bestandteile:** **Tablettenkern:** Lactose-Monohydrat, Hypromellose (E464), Croscarmellose-Natrium (E466), Hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat (E572). **Filmüberzug:** Poly(vinylalkohol) (E1203), Titandioxid (E171), Macrogol (E1521), Talkum (E553b), Eisen(III)-oxid (E172). **Anwendungsgebiete:** Inaqovi wird angewendet als Monotherapie bei der Behandlung von erwachsenen Patienten mit neu diagnostizierter akuter myeloischer Leukämie (AML), für die eine Standard-Induktionstherapie nicht in Frage kommt. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile; Stillzeit. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Mittel, Antimetaboliten, Pyrimidin-Analoga; Cytidin-Desaminase-Inhibitor, **ATC-Code:** L01BC58. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Otsuka Pharmaceutical Netherlands B.V., Herikerbergweg 292, 1101 CT Amsterdam, Niederlande. **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen zur sicheren Anwendung, Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen und zutreffendenfalls Angaben über Gewöhnungseffekte sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.** **Stand der Information:** 07/2023.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,  
 geschätzte Vertreterinnen und Vertreter der  
 pharmazeutischen Industrie!

Als Mitglieder des wissenschaftlichen Komitees freuen wir uns über Ihr Interesse am diesjährigen Best of ASCO® & Best of Hematology der OeGHO.

Um der **dynamischen Entwicklung** sowohl in der Onkologie als auch in der Hämatologie Rechnung zu tragen, haben wir das bewährte Konzept der Veranstaltung erweitert und werden heuer erstmalig zusätzlich die aktuellsten Neuerungen im hämatologischen Bereich, insbesondere die Ergebnisse des EHA-Kongresses, präsentieren.

In etablierter Weise wird das diesjährige Best of ASCO® & Best of Hematology wieder in einer wissenschaftlichen Kooperation zwischen acht **onkologisch tätigen Fachgesellschaften** durchgeführt.

**Zahlreiche Expert\*innen** werden ihr Fachwissen in die Vorträge, Analysen und Diskussionen einbringen und die Bedeutung dieser Entwicklungen für die klinische Praxis mit den Teilnehmer\*innen erörtern.

Die Rückkehr von der hybriden Veranstaltung hin zu einer reinen Präsenzveranstaltung war mutig, hat sich jedoch gelohnt. Neben dem **interdisziplinären Austausch** im Rahmen des wissenschaftlichen Programms stehen die Möglichkeiten, neue Netzwerke zu knüpfen und bestehende Freundschaften zu pflegen, im Mittelpunkt. Dafür eignet sich unter anderem die neu geschaffene **Netzwerkfläche**, in der die unterstützenden Firmen ihre neuesten Produkte präsentieren und gleichzeitig für Ihr leibliches Wohl sorgen.



# EIN SCHLÜSSEL ZU MEHR MOMENTEN FÜR IHRE PATIENT:INNEN



Bitte beachten Sie vor der Verordnung von KEYTRUDA® die vollständige, aktuelle Fachinformation. Fachkurzinformation siehe Seite 22.

Merck Sharp & Dohme Ges.m.b.H., THE ICON VIENNA, Wiedner Gürtel 9–13, 1100 Wien.

® Eingetragene Handelsmarke. ® Urheberrechtlich geschützt für Merck Sharp & Dohme Corp., ein Unternehmen von Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, U.S.A.  
Verlags- & Herstellungsort: Wien. Medieninhaber & Herausgeber: Merck Sharp & Dohme Ges.m.b.H. AT-KEY-01647\_09/2024.

Wie schon die beiden Jahre davor wird auch heuer der „Innovation Award“ vergeben. Dieser Award zeichnet besonders innovative Publikationen aus dem Bereich der soliden Onkologie aus. Die Einladung zur Einreichung ist an die Mitglieder aller beteiligter Fachgesellschaften ergangen. Die Verleihung wird direkt vor Ort am Freitag vorgenommen.

Mit großer Freude blicken wir Ihrer aktiven Teilnahme am **Best of ASCO & Best of Hematology in Wien** entgegen.

Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Hilbe  
Prim. Univ.-Doz. Dr. Holger Rumpold  
Univ.-Prof. Dr. Dominik Wolf  
Prim. Univ.-Prof. Dr. Ewald Wöll

## WISSENSCHAFTLICHE KOOPERATIONSPARTNER

Wir bedanken uns recht herzlich bei den nachstehenden Fachgesellschaften für deren Unterstützung bei der Nominierung von Mitwirkenden und bei der Bewerbung der Veranstaltung:



## Allgemeine Veranstaltungsinformationen

### VERANSTALTUNGSZEITEN

**Do., 26. Juni 2025**  
12:25 – 19:35 Uhr  
im Anschluss Abendempfang &  
Netzwerken

**Fr., 27. Juni 2025**  
07:55 – 13:50 Uhr  
im Anschluss Mittagessen

*Änderungen bei den Zeiten vorbehalten!*

### ANMELDUNG

ausschließlich online unter [www.onconovum.academy](http://www.onconovum.academy)

Kostenlos für medizinisches Fachpersonal

### DFP-APPROBATION

Die Veranstaltung ist für das Diplom-Fortbildungsprogramm der Österreichischen Ärztekammer mit 15 Punkten im Fach Innere Medizin (*Hämatologie und Internistische Onkologie*) approbiert.

Die DFP-Punkte werden jeweils gemäß Anwesenheit nach der Veranstaltung auf Ihr Fortbildungskonto gebucht. Die Teilnahmebestätigungen werden am Ende der Veranstaltung elektronisch zugesandt.

Ärztlicher  
Fortbildungsanbieter



### KONTAKT

Onconovum.academy – OeGHO Akademie für Aus- und Fortbildung GmbH  
Judengasse 11/Top 6, A-1010 Wien  
Verena Seyrlehner & Lisa-Maria Widhalm  
**T** +43 1 934 62 67 | **E** [academy@onconovum.at](mailto:academy@onconovum.at)

**WWW.ONCONOVUM.ACADEMY**

Medienkooperationspartner



## Raumplan



- Vortragssaal
- Fachausstellung u. Pausenbereich
- Sonstige Räumlichkeiten
- Foodtruck
- Pausenverpflegung
- Registratur

## Innovation Award 2025

Der Award prämiert wissenschaftliche Arbeiten, die in besonderem Maß zur qualitätsvollen Versorgung onkologischer Patient\*innen beitragen.

Mit freundlicher Unterstützung von

Roche

Preis-  
verleihung

Freitag,  
11:20 Uhr  
Rittersaal



Die Vorstellungen der Arbeiten werden nach jedem Sitzungsblock am Donnerstag, 26. Juni 2025 im Rittersaal als **Video** gezeigt.

Die **Vergabe der Preise** erfolgt am Freitag, 27. Juni 2025 anschließend an den zweiten Sitzungsblock um 11:20 Uhr ebenfalls im Rittersaal.

Folgende Arbeiten wurden für die Vergabe ausgewählt:

### 1. PLATZ:

**Neoadjuvant atezolizumab in combination with dual HER2 blockade plus epirubicin in women with early HER2-positive breast cancer: the randomized phase 2 ABCSG-52/ATHENE trial**  
Gabriel RINNERTHALER  
Medizinische Universität Graz

### 2. PLATZ:

**Prediction of clinically significant prostate cancer by a specific collagen-related transcriptome, proteome, and urinome signature**  
Isabel HEIDEGGER-PIRCHER  
Medizinische Universität Innsbruck

### 3. PLATZ:

**Kidney function assessment for eligibility in clinical cancer trials – Data from the European Organisation for Research and Treatment of Cancer**  
Hannah PUHR  
Medizinische Universität Wien

**Differences in immunogenicity of TP53-mutated cancers with low tumor mutational burden (TMB): A study on TP53mut endometrial-, ovarian- and triple-negative breast cancer**  
Katharina STEGER  
Medizinische Universität Innsbruck



## VERPFLEGUNG



Auch in diesem Jahr ist für Ihr leibliches Wohl bestens gesorgt! Unsere **Aussteller\*innen** laden Sie in den Pausen herzlich auf **Kaffee** und kleine **Häppchen** ein – nutzen Sie die Gelegenheit für anregende Gespräche im Landtagssaal und im Foyer. Im **Innenhof** des Palais Niederösterreich erwartet Sie zudem ein **Foodtruck** mit köstlichen Hot Dogs.



Darüber hinaus möchten auch wir herzlich zum Essen einladen: Bleiben Sie im Anschluss an das Programm am **Donnerstag** (ab 19:35 Uhr) zum **Abendempfang**. Am **Freitag** erwartet Sie außerdem ein gemeinsames **Mittagessen** ab 13:50 Uhr – freuen Sie sich auf ein köstliches Buffet (bei Schönwetter draußen im Innenhof).

**Omjjara**  
mometinib

OMJJARA mit **1. März 2025**  
in der **gelben Box/RE1**

**OMJJARA** die **einzig** erstattete & **effektive Therapie** für Ihre **Myelofibrose** Patient:innen mit moderater bis schwerer Anämie (Hb < 10g/dL)<sup>1-3</sup>

**Starten Sie jetzt mit Omjjara,**  
denn Omjjara ist zugelassen für Myelofibrose Patient:innen

**ohne**  
**JAK-Inhibitor**  
**Vorbehandlung**<sup>1,3</sup>

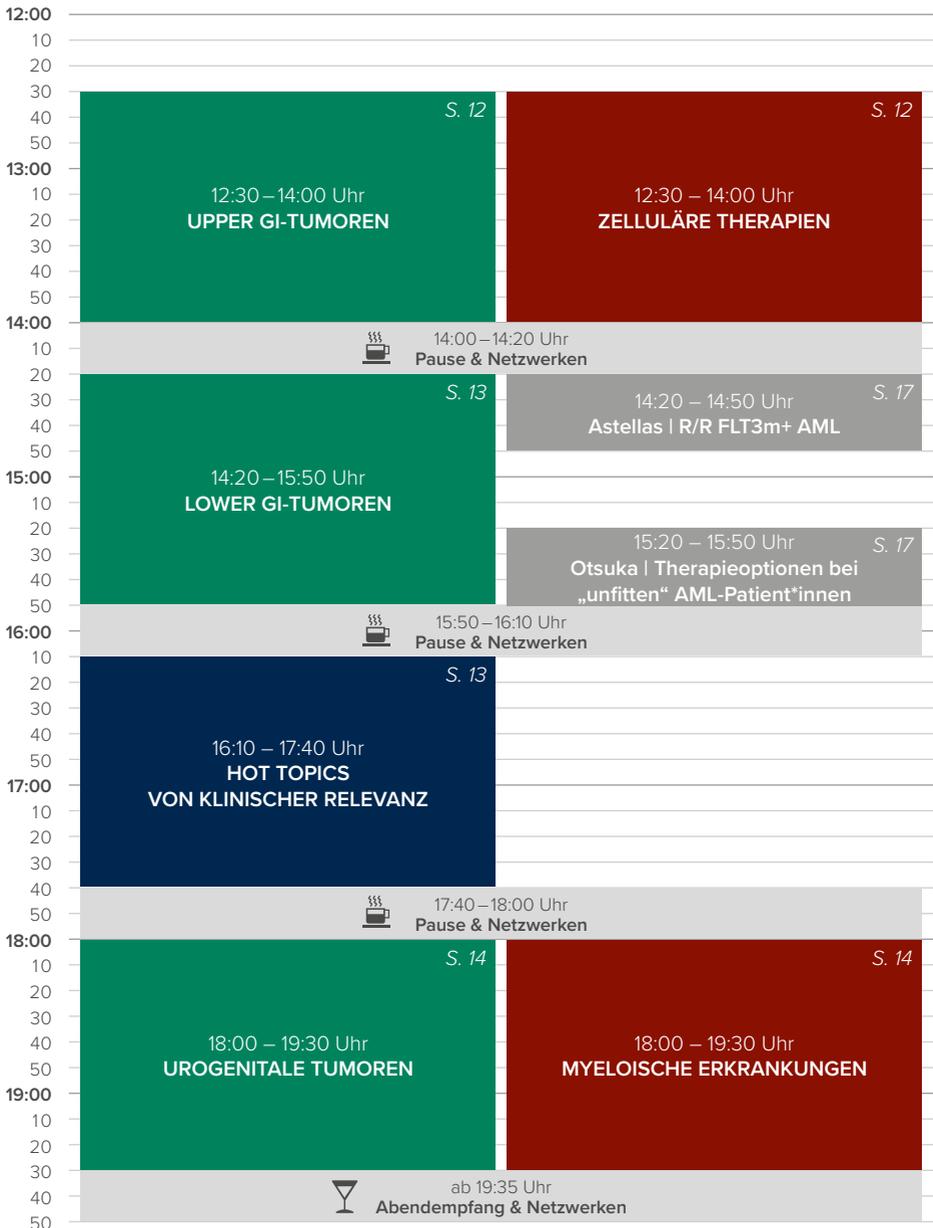


**mit**  
**Ruxolitinib**  
**Vorbehandlung**<sup>1,2</sup>

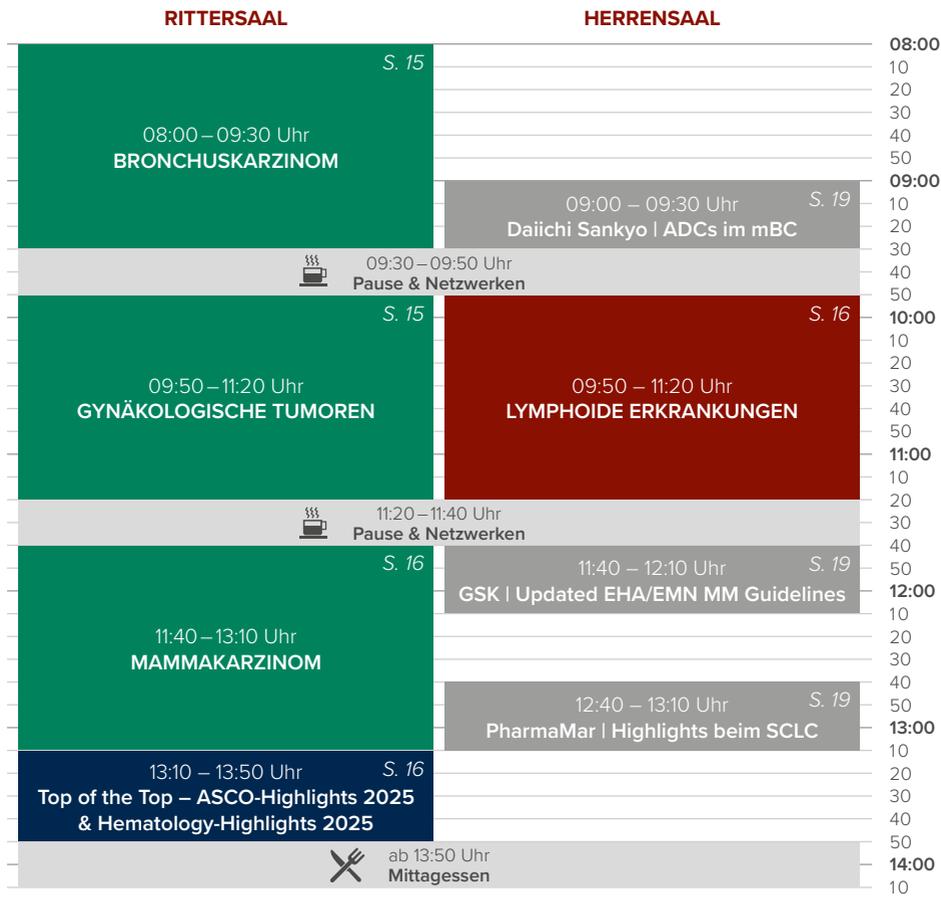
# Donnerstag, 26. Juni 2025

## RITTERSAAL

## HERRENSAAL



# Freitag, 27. Juni 2025



- Onkologie
- Hämatologie
- Onkologie & Hämatologie
- Mini-Symposium (Programm ab Seite 17)

(Stand Juni 2025; Änderungen vorbehalten)

# Wissenschaftliches Programm

Donnerstag, 26. Juni 2025

12:25 Eröffnung & Begrüßung

Ewald WÖLL

12:30  
–  
14:00

## UPPER GI-TUMOREN

Vorsitz: Klaus SAHORA (ACO-ASSO) & Ewald WÖLL

RITTERSAAL

Magen- & Ösophaguskarzinom Aysegül ILHAN-MUTLU

Pankreaskarzinom Bernhard DOLESCHAL

Hepatozelluläres & cholangiozelluläres Karzinom Angela DJANANI (ÖGGH)

Analyse & Bewertung der Daten Thomas WINDER



### Moderierte Diskussion:

Was nehmen wir für die Praxis mit?

Moderation: Holger RUMPOLD

Zusätzliche Diskutanten:

Thomas BRUNNER (ÖGRO), Rupert LANGER (ÖGPath)



14:00

Innovation Award Präsentation

Hannah PUHR | 3. Platz



12:30  
–  
14:00

## ZELLULÄRE THERAPIEN

Vorsitz: Johannes CLAUSEN & Annkristin HEINE

HERRENSAAL

Lymphatische zelluläre Therapien Josia FAUSER

Zelluläre Therapien beim Multiplen Myelom Irene STRASSL

Andere Zelltherapien (inkl. allogene Transplantation) Normann STEINER

Analyse & Bewertung der Daten Philipp STABER



### Moderierte Diskussion:

Was nehmen wir für die Praxis mit?

Moderation: Annkristin HEINE

Ab  
14:00

PAUSE & NETZWERKEN



14:20  
–  
15:50

## LOWER GI-TUMOREN

Vorsitz: Wolfgang EISTERER & Klaus KACZIREK (ACO-ASSO)

RITTERSAAL

(Neo-)Adjuvante Therapie des Kolonkarzinoms Gudrun PIRINGER

(Neo-)Adjuvante Therapie des Rektumkarzinoms Lukas WEISS

Systemische Therapie des metastasierten Kolorektalkarzinoms Renate SCHABERL-MOSER

Analyse & Bewertung der Daten Gerald PRAGER



### Moderierte Diskussion:

Was nehmen wir für die Praxis mit?

Moderation: Armin GERGER  
 Zusätzliche Diskutant\*innen:  
 Birgit GRÜNBERGER  
 Robert JÄGER (ÖGRO)  
 Leonhard MÜLLAUER (ÖGPath)



15:50

Innovation Award Präsentation Katharina STEGER | 3. Platz



Ab  
15:50

## PAUSE & NETZWERKEN



16:10  
–  
17:40

## HOT TOPICS VON KLINISCHER RELEVANZ

Vorsitz: Anna BERGHOFF & Alexander EGLE

RITTERSAAL

Melanome Christian POSCH

Hirnmetastasen Anna BERGHOFF

Präzisionsmedizin in der Hämatologie und Onkologie Philipp JOST

Chronische Entzündung und Krebs Dominik WOLF

ctDNA: universelles Disease Monitoring der Zukunft? Ellen HEITZER

17:40

Innovation Award Präsentation Gabriel RINNERTHALER | 1. Platz



Ab  
17:40

## PAUSE & NETZWERKEN



18:00  
–  
19:30

## UROGENITALE TUMOREN

Vorsitz: Thomas BAUERNHOFER & Anton PONHOLZER (ÖGU)

RITTERSAAL

Prostatakarzinom

Ercan MÜLDÜR

Urothelkarzinom

Dora NIEDERSÜSS-BEKE

Nierenzellkarzinom

Jasmin A. SPIEGELBERG

Analyse & Bewertung der Daten

Renate PICHLER (ÖGU)



### Moderierte Diskussion:

Was nehmen wir für die Praxis mit?

Moderation: Isabel HEIDEGGER-PIRCHER (ÖGU)

Zusätzliche Diskutant\*innen:

Ute GANSWINDT (ÖGRO)

Martin PICHLER



Österreichische Gesellschaft  
für Urologie und Nierenerkrankungen



Österreichische Gesellschaft  
für Radiotherapie

19:30

Innovation Award Präsentation

Isabel HEIDEGGER-PIRCHER | 2. Platz



18:00  
–  
19:30

## MYELOISCHE ERKRANKUNGEN

Vorsitz: Sonja HEIBL & Albert WÖFLER

HERRENSAAL

MDS

Verena PETZER

MPN

Veronika BUXHOFER-AUSCH

AML

Armin ZEBISCH

Analyse & Bewertung der Daten

Karoline GLEIXNER



### Moderierte Diskussion:

Was nehmen wir für die Praxis mit?

Moderation: Albert WÖFLER

Zusätzlicher Diskutant:

Dominik WOLF

Ab  
19:30

## ABENDEMPFANG & NETZWERKEN



## Freitag, 27. Juni 2025

07:55 **Eröffnung & Begrüßung**

Wolfgang HILBE

08:00  
–  
09:30

### BRONCHUSKARZINOM

Vorsitz: Wolfgang HILBE & Eveline KINK (ÖGP)

ITTERSAAL

NSCLC – Early Stage & Advanced target Maximilian HOCHMAIR (ÖGP)

SCLC & Mesotheliom Andreas PIRCHER

NSCLC – Early Stage & Advanced non target Gudrun ABSENGER

Analyse & Bewertung der Daten Georg PALL



**Moderierte Diskussion:**

Was nehmen wir für die Praxis mit?

Moderation: Philipp JOST  
 Zusätzliche Diskutantinnen:  
 Dagmar KRENBEK (ÖGPath)  
 Katja SCHMITZ (ÖGPath)



Ab  
09:30

### PAUSE & NETZWERKEN



09:50  
–  
11:20

### GYNÄKOLOGISCHE TUMOREN

Vorsitz: Nicole CONCIN (AGO) & Kathrin STRASSER-WEIPPL

ITTERSAAL

Endometriumkarzinom Irina TSIBULAK (AGO)

Ovarialkarzinom Birgit GRÜNBERGER

Zervixkarzinom Veronika SEEBACHER-SHARIAT (AGO)

Analyse & Bewertung der Daten Christoph GRIMM (AGO)



**Moderierte Diskussion:**

Was nehmen wir für die Praxis mit?

Moderation: Nicole CONCIN (AGO)  
 Zusätzliche Diskutant\*innen:  
 Sigurd LAX (ÖGPath)



11:20

Innovation Award Vergabe

Ewald WÖLL | OeGHO-Präsident  
 Alexandra DWORAK | Roche Austria



09:50  
–  
11:20

## LYMPHOIDE ERKRANKUNGEN

Vorsitz: Katharina PROCHAZKA & Clemens SCHMITT

HERRENSAAL

Indolente Lymphome

Jan-Paul BOHN

Aggressive Lymphome

Natalia ROTTER

Myelom

Maria KRAUTH

Analyse & Bewertung der Daten

Thomas MELCHARDT



### Moderierte Diskussion:

Was nehmen wir für die Praxis mit?

Moderation: Clemens SCHMITT

Zusätzlicher Diskutant:

Daniel HEINTEL

Ab  
11:20

## PAUSE & NETZWERKEN



11:40  
–  
13:10

## MAMMAKARZINOM

Vorsitz: Ruth EXNER (ACO-ASSO) & Richard GREIL

RITTERSAAL

Luminales HER2-negatives Mammakarzinom

Gabriel RINNERHALER

HER2-positives Mammakarzinom

Simon GAMPENRIEDER

Triple-negatives Mammakarzinom

Renate PUSCH

Analyse & Bewertung der Daten

Rupert BARTSCH



### Moderierte Diskussion:

Was nehmen wir für die Praxis mit?

Moderation: Kathrin STRASSER-WEIPPL

Zusätzliche Diskutantinnen:

Zsuzsanna BAGO-HORVATH (ÖGPath)

Daniela KAUER-DORNER (ÖGRO)



13:10  
–  
13:50

## TOP OF THE TOP

RITTERSAAL

ASCO-Highlights 2025

Thorsten FÜREDER

Hematology Highlights 2025

Holger RUMPOLD

Ab  
13:50

## MITTAGESSEN



## Programm Mini-Symposien

Donnerstag, 26. Juni 2025

14:20  
–  
14:50

### NEUE RWE-DATEN VON GILTERITINIB BEI DER THERAPIE VON R/R FLT3m+ AML

HERRENSAAL

Vorsitz: Dominik WOLF

RWE-Daten in R/R AML FLT3m+ mit Gilteritinib Elisabeth KOLLER

Time to respond bei FLT3m+ Inhibitor in R/R AML Karoline GLEIXNER



15:20  
–  
15:50

### THERAPIEOPTIONEN BEI „UNFITTEN“ AML PATIENT\*INNEN

HERRENSAAL

Vorsitz: Verena PETZER

Vortrag

Philipp WOHLFARTH

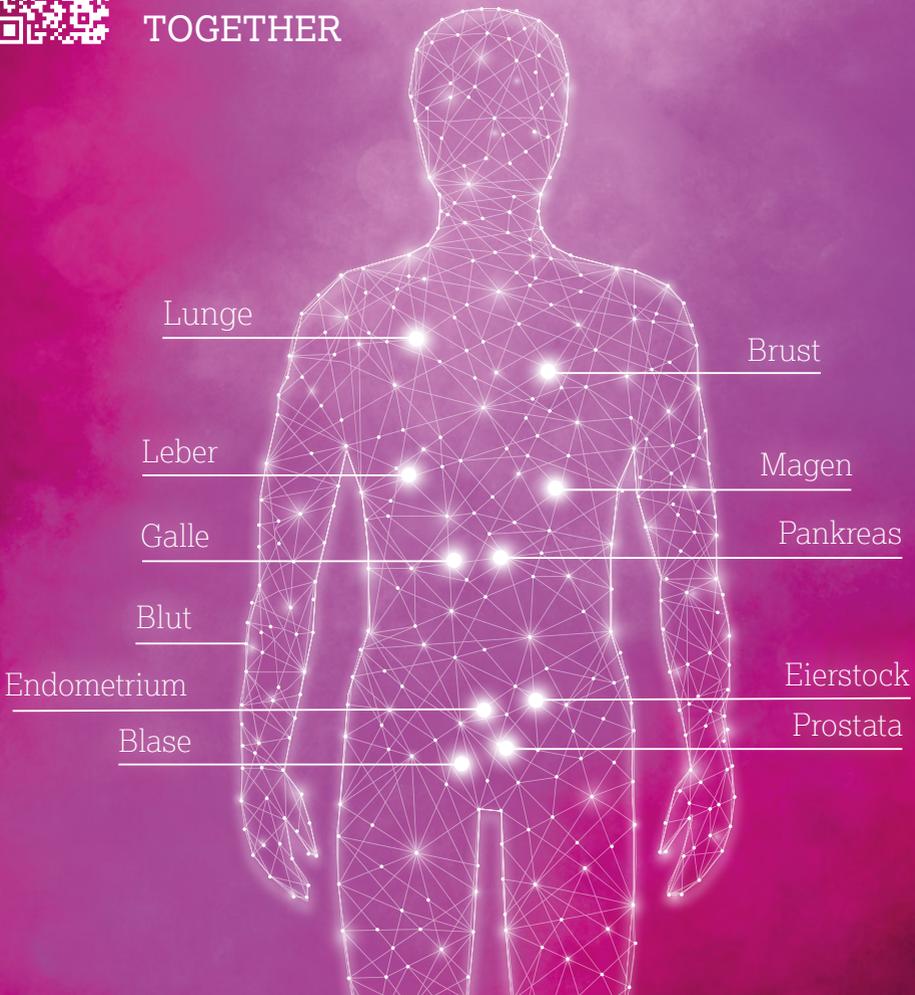


Programm Freitag siehe S. 19

# Leading a Revolution in Oncology



DRIVING  
INNOVATION  
TOGETHER



Lunge

Brust

Leber

Magen

Galle

Pankreas

Blut

Eierstock

Endometrium

Prostata

Blase

Freitag, 27. Juni 2025

09:00  
–  
09:30

## WIE ADCs DIE THERAPIE DES METASTASIIERTEN MAMMAKARZINOMS NEU DEFINIEREN

HERRENSAAL

Vorsitz: Simon GAMPENRIEDER

Präsentation der Daten

Simon GAMPENRIEDER



Diskussion:

Zusätzliche Diskutanten:  
Rupert BARTSCH  
Gabriel RINNERTHALER



11:40  
–  
12:10

## UPDATED EHA/EMN GUIDELINES IN MULTIPLE MYELOMA

HERRENSAAL

Vorsitz: Maria KRAUTH & Thomas MELCHARDT

Aktualisierte EHA/EMN MM Guidelines und die  
Integration von Belantamab Mafodotin

Maria KRAUTH  
Thomas MELCHARDT



12:40  
–  
13:10

## HIGHLIGHTS BEIM SCLC

HERRENSAAL

Vorsitz: Gudrun ABSENGER & Andreas PIRCHER

Vortrag

Maximilian HOCHMAIR



www.check-onko.at

# check-onko

FALLBASIERTE E-LEARNINGS



**BRONCHIALKARZINOM**



**GASTROINTESTINALE TUMOREN**



**GYNÄKOLOGISCHE TUMOREN**



**MAMMAKARZINOM**



**MULTIPLES MYELOM**



**UROLOGISCHE TUMOREN**



**COMING SOON:  
CHRONISCHE LYMPHATISCHE LEUKÄMIE**



Part of  
**FUTURO**  
Publishing Group



SCAN ME

Die technische Umsetzung dieser Diplomfortbildung wurde ermöglicht mit freundlicher Unterstützung von:



Goldsponsor



Silbersponsor



Bronzesponsoren

Astellas

AstraZeneca

GSK

Mit freundlicher Unterstützung von

AbbVie  
Amgen GmbH  
AOP Health  
BeiGene Austria GmbH  
Bristol-Myers Squibb  
Daiichi Sankyo  
Gilead  
Incyte  
Janssen-Cilag Pharma GmbH,  
a Johnson & Johnson company

Jazz Pharmaceuticals Austria GmbH  
Merck GesmbH  
Novartis  
Otsuka  
Pfizer Corporation Austria  
PharmaMar  
Pierre Fabre Pharma Austria  
Servier Austria  
Stemline Therapeutics Switzerland GmbH  
Takeda Pharma GesmbH

(Stand bei Drucklegung, Juni 2025)



**Brukinsa**<sup>®</sup>  
Zanubrutinib 80 mg  
Hartkapseln

## Eine Dosierung – vier Indikationen:<sup>1, #</sup>

Zugelassen bei

**CLL**

ab der ersten Linie<sup>1</sup>

Zugelassen bei

**MZL**

ab der zweiten Linie nach Anwendung  
eines Anti-CD20-Antikörpers<sup>1</sup>

Zugelassen bei

**FL**

in Kombination mit Obinutuzumab ab der  
dritten Linie<sup>1</sup>

Zugelassen bei

**MW**

nach vorangegangener Therapie oder  
Nichtleistung für CIT<sup>1</sup>

# Brukinsa<sup>®</sup> – einfach\*, sicher\*\*, wirtschaftlich\*\*\*

### Referenzen:

1. Fachinformation BRUKINSA<sup>®</sup>. Stand 04/2024. 2. Tam CS et al. Lancet Oncol 2022; 23: 1031-1043. + Suppl. SEQUOIA ist eine randomisierte, open-label, Phase-3-Studie (N = 590). Kohorte 1: Arm A (Zanubrutinib, n = 241) und Arm B (BR, n = 238). Kohorte 2 (nicht-randomisiert): Arm C (Zanubrutinib, n = 111), 3. Shadman M et al. J Clin Oncol 2025; DOI: <https://doi.org/10.1200/JCO-24-02265>. 4. Brown JR et al. N Engl J Med 2023; 388: 319-332. + Suppl. ALPINE ist eine globale, randomisierte, open-label, Phase-3-Studie mit Head-to-Head-Vergleich von Zanubrutinib vs. Ibrutinib (N = 652). Arm A (Zanubrutinib, n = 327) und Arm B (Ibrutinib, n = 325). 5. Brown J et al. Blood 2024; 144: 2706-2717 + Suppl. DOI: [10.1182/blood.2024024667](https://doi.org/10.1182/blood.2024024667). 6. Dimopoulos MA et al. J Clin Oncol 2023 41: 5099-5106. + Suppl. 7. Zinzani PL et al. J Clin Oncol 2023; 41: 5107-5117. + Suppl. ROSEWOOD ist eine randomisierte, open-label Phase-2-Studie (N = 217). 8. Opat S et al. Clin Cancer Research 2021; 27: 6323-6332. MAGNOLIA ist eine einarmige, open-label, Phase-2-Studie (N = 68). 9. Tam CS et al. Blood 2020; 136: 2038-2050. + Suppl. ASPEN ist eine randomisierte, open-label Phase-3-Studie, Kohorte 1 (n = 201); Arm A und B, Kohorte 2 (n = 28); Arm C. 10. Opat S et al. Blood Adv 2023; 7: 6801-6811. 11. Flowers C et al. Poster Presentation ASCO 2023; Abstract #7545. 12. Munir T et al. Presented EHA 2024; Abstract S333.

\* Einfaches Therapiemanagement durch orale Therapie mit Flexibilität durch zwei Dosierschemata (zwei 80-mg-Kapseln 2x täglich oder vier 80-mg-Kapseln 1x täglich); Einnahme unabhängig von Mahlzeiten sowie mit Protonenpumpeninhibitoren möglich.<sup>1</sup>

\*\* Vorteilhaftes Sicherheitsprofil<sup>1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12</sup> – auch im kardialen Bereich.<sup>1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12</sup>

\*\*\* Die Ergebnisse der wirtschaftlichen Analyse deuten darauf hin, dass Zanubrutinib im Vergleich zu Acalabrutinib im Hinblick auf das Management von UE bei Patient:innen mit B-Zell-Tumoren in UK kostensparend und mit einem zusätzlichen gesundheitlichen Nutzen verbunden ist.<sup>12</sup>

† UE, die in klinischen Studien zum Therapieabbruch führten: ASPEN: BRUKINSA<sup>®</sup> (8,9 %) vs. Ibrutinib (20,4 %);<sup>5</sup> MAGNOLIA: BRUKINSA<sup>®</sup> (7,4 %);<sup>9</sup> ALPINE: BRUKINSA<sup>®</sup> (20,1 %) vs. Ibrutinib (27,5 %);<sup>6</sup> SEQUOIA: BRUKINSA<sup>®</sup> (8,0 %) vs. BR (14,0 %);<sup>4</sup> ROSEWOOD: BRUKINSA<sup>®</sup> plus Obinutuzumab (16 %) vs. Obinutuzumab (11 %).<sup>7</sup>

‡ UE, die zur Dosisreduktion geführt haben: ASPEN: BRUKINSA<sup>®</sup> (15,8 %) vs. Ibrutinib (26,5 %);<sup>5</sup> MAGNOLIA: BRUKINSA<sup>®</sup> (0 %);<sup>9</sup> ALPINE: BRUKINSA<sup>®</sup> (15,1 %) vs. Ibrutinib (18,8 %);<sup>6</sup> SEQUOIA: BRUKINSA<sup>®</sup> (14,0 %) vs. BR (36,0 %);<sup>4</sup> ROSEWOOD: BRUKINSA<sup>®</sup> plus Obinutuzumab (9 %).<sup>7</sup>

# Die genauen Indikationslabel, Zulassungen von Brukinsa<sup>®</sup> in Kombinations- oder Monotherapie sowie Einschränkungen bezüglich einzelner Patient:innengruppen finden Sie in der aktuellen Fachinformation.

CD = Cluster of Differentiation | CIT = Chemoimmuntherapie | CLL = Chronische Lymphatische Leukämie | FL = Follikuläres Lymphom | MW = Morbus Waldenström | MZL = Marginalzonenlymphom

Aktuelle Fachkurzinformation BRUKINSA<sup>®</sup> s. S. 29

 **BeiGene**

## Veranstaltungsort

### ADRESSE

Palais Niederösterreich, Herrengasse 13, 1010 Wien

### ANREISE/PARKMÖGLICHKEITEN

#### Öffentliche Verkehrsmittel:

 U-Bahn: U1 Stephansplatz; U2 Schottentor; U3 Herrengasse

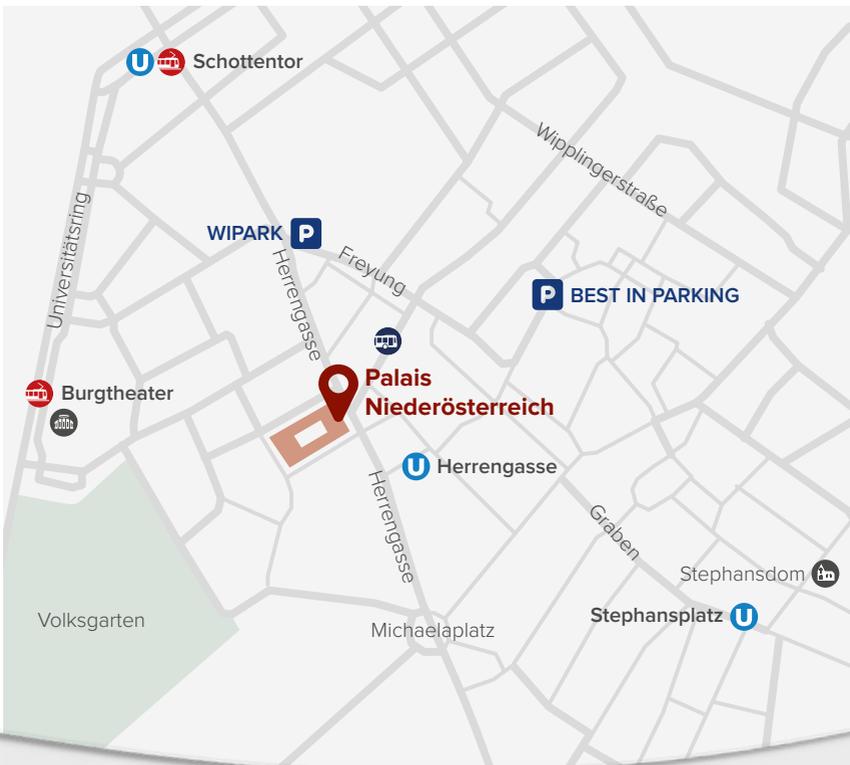
 Autobus: 1A & 2A Herrengasse

 Straßenbahn: 1, 37, 38, 40, 41, 42, 71 & D Schottentor; 1, 71 & D Burgtheater

### Parkmöglichkeiten:

WIPARK Freyung Parkgarage (*Herrengasse, 1010 Wien*)

BEST IN PARKING Garage am Hof (*Am Hof 1, 1010 Wien*)



## Expert\*innenverzeichnis

(in alphabetischer Reihenfolge, nach Institut gruppiert)

### **Kepler Universitätsklinikum Linz**

LANGER Rupert  
PIRINGER Gudrun  
SCHMITT Clemens

### **Klinik Floridsdorf**

HOCHMAIR Maximilian  
KRENBEEK Dagmar

### **Klinik Oberwart**

PICHLER Martin  
SPIEGELBERG Jasmin Alija

### **Klinik Ottakring**

HILBE Wolfgang  
MÜLDÜR Ercan  
NIEDERSÜSS-BEKE Dora  
STRASSER-WEIPPL Kathrin

### **Krankenhaus Zams**

SCHMITZ Katja  
WÖLL Ewald

### **Medizinische Universität Graz**

ABSENGER Gudrun  
BAUERNHOFER Thomas  
BRUNNER Thomas  
HEINE Annkristin  
HEITZER Ellen  
JOST Philipp  
KINK Eveline

LAX Sigurd  
PROCHAZKA Katharina  
RINNERTHALER Gabriel  
SCHABERL-MOSER Renate  
WÖFLER Albert  
ZEBISCH Armin

### **Medizinische Universität Innsbruck**

BOHN Jan-Paul  
DJANANI Angela  
FAUSER Josia  
GANSWINDT Ute  
HEIDEGGER-PIRCHER Isabel  
JÄGER Robert  
PETZER Verena  
PICHLER Renate  
PIRCHER Andreas  
STEINER Normann  
TSIBULAK Irina  
WOLF Dominik

### **Medizinische Universität Wien**

BAGO-HORVATH Zsuzsanna  
BARTSCH Rupert  
BERGHOFF Anna  
CONCIN Nicole  
EXNER Ruth  
FÜREDER Thorsten  
GLEIXNER Karoline

GRIMM Christoph  
ILHAN-MUTLU Aysegül  
KACZIREK Klaus  
KAUER-DORNER Daniela  
KRAUTH Maria  
MÜLLAUER Leonhard  
PRAGER Gerald  
SAHORA Klaus  
SEEBACHER-SHARIAT Veronika  
STABER Philipp  
WOHLFARTH Philipp

### **Ordensklinikum Linz**

BUXHOFER-AUSCH Veronika  
CLAUSEN Johannes  
DOLESCHAL Bernhard  
PUSCH Renate  
ROTTER Natalia  
RUMPOLD Holger  
STRASSL Irene

### **Uniklinikum Salzburg**

EGLE Alexander  
GAMPENRIEDER Simon  
MELCHARDT Thomas  
WEISS Lukas

### **Weitere**

EISTERER Wolfgang  
*Klinikum Klagenfurt*  
GERGER Armin  
*Landesklinikum Amstetten*  
GREIL Richard  
*Labor für Immunologische und  
Molekulare Krebsforschung*  
GRÜNBERGER Birgit  
*Universitätsklinikum Wiener Neustadt*  
HEIBL Sonja  
*Klinikum Wels-Grieskirchen*  
HEINTEL Daniel  
*Landesklinikum Horn*  
KOLLER Elisabeth  
*Hanusch Krankenhaus Wien*  
PALL Georg  
*Kardinal Schwarzenberg Klinikum*  
PONHOLZER Anton  
*Barmherzige Brüder Wien*  
POSCH Christian  
*Klinik Hietzing*  
WINDER Thomas  
*Landeskrankenhaus Feldkirch*

## Fachkurzinformation zu Seite 4

### Bezeichnung des Arzneimittels:

KEYTRUDA 25 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung

### Qualitative und Quantitative Zusammensetzung:

Eine Durchstechflasche mit 4 ml Konzentrat enthält 100 mg Pembrolizumab.

Jeder ml des Konzentrats enthält 25 mg Pembrolizumab.

Pembrolizumab ist ein humanisierter monoklonaler „anti-programmed cell death-1“ (PD-1)-Antikörper (IgG4/Kappa-Isotyp mit einer stabilisierenden Sequenzänderung in der Fc-Region), welcher mittels rekombinanter DNA-Technologie in Chinesischen-Hamster-Ovarialzellen („CHO-Zellen“) hergestellt wird.

### Liste der sonstigen Bestandteile:

L-Histidin, L-Histidinhydrochlorid-Monohydrat, Saccharose, Polysorbit 80 (E 433), Wasser für Injektionszwecke.

### Anwendungsgebiete:

#### Melanom

KEYTRUDA ist als Monotherapie zur Behandlung des fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierenden) Melanoms bei Kindern und Jugendlichen ab 12 Jahren und Erwachsenen angezeigt.

KEYTRUDA ist als Monotherapie zur adjuvanten Behandlung des Melanoms in den Tumorstadien IIB, IIC oder III nach vollständiger Resektion bei Kindern und Jugendlichen ab 12 Jahren und Erwachsenen angezeigt.

#### Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom (non-small cell lung carcinoma, NSCLC)

KEYTRUDA ist in Kombination mit Platin-basierter Chemotherapie zur neoadjuvanten und anschließend als Monotherapie zur adjuvanten Behandlung des resezierbaren nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms mit hohem Rezidivrisiko bei Erwachsenen angezeigt.

KEYTRUDA ist als Monotherapie zur adjuvanten Behandlung des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms mit hohem Rezidivrisiko nach vollständiger Resektion und Platin-basierter Chemotherapie bei Erwachsenen angezeigt.

KEYTRUDA ist als Monotherapie zur Erstlinienbehandlung des metastasierenden nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms mit PD-L1-exprimierenden Tumoren (Tumor Proportion Score [TPS]  $\geq$  50 %) ohne EGFR- oder ALK-positive Tumormutationen bei Erwachsenen angezeigt.

KEYTRUDA ist in Kombination mit Pemetrexed und Platin-Chemotherapie zur Erstlinienbehandlung des metastasierenden nicht-platteneithelialen nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms ohne EGFR- oder ALK-positive Tumormutationen bei Erwachsenen angezeigt.

KEYTRUDA ist in Kombination mit Carboplatin und entweder Paclitaxel oder nab-Paclitaxel zur Erstlinienbehandlung des me-

tastasierenden platteneithelialen nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms bei Erwachsenen angezeigt.

KEYTRUDA ist als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierenden nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms mit PD-L1-exprimierenden Tumoren (TPS  $\geq$  1 %) nach vorheriger Chemotherapie bei Erwachsenen angezeigt. Patienten mit EGFR- oder ALK-positiven Tumormutationen sollten vor der Therapie mit KEYTRUDA ebenfalls eine auf diese Mutationen zielgerichtete Therapie erhalten haben.

#### Klassisches Hodgkin-Lymphom (HL)

KEYTRUDA ist als Monotherapie zur Behandlung des rezidivierenden oder refraktären klassischen Hodgkin-Lymphoms bei Kindern und Jugendlichen ab 3 Jahren und Erwachsenen nach Versagen einer autologen Stammzelltransplantation (auto-SZT) oder nach mindestens zwei vorangegangenen Therapien, wenn eine auto-SZT nicht in Frage kommt, angezeigt.

#### Urothelkarzinom

KEYTRUDA ist in Kombination mit Enfortumab Vedotin zur Erstlinienbehandlung des nicht resezierbaren oder metastasierenden Urothelkarzinoms bei Erwachsenen angezeigt.

KEYTRUDA ist als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierenden Urothelkarzinoms nach vorheriger Platin-basierter Therapie bei Erwachsenen angezeigt.

KEYTRUDA ist als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierenden Urothelkarzinoms bei Erwachsenen, die nicht für eine Cisplatin-basierte Therapie geeignet sind und deren Tumoren PD-L1 mit einem kombinierten positiven Score (CPS)  $\geq$  10 exprimieren, angezeigt.

#### Platteneithelkarzinom der Kopf-Hals-Region (head and neck squamous cell carcinoma, HNSCC)

KEYTRUDA ist als Monotherapie oder in Kombination mit Platin- und 5-Fluorouracil (5-FU)-Chemotherapie zur Erstlinienbehandlung des metastasierenden oder nicht resezierbaren rezidivierenden Platteneithelkarzinoms der Kopf-Hals-Region bei Erwachsenen mit PD-L1-exprimierenden Tumoren (Combined Positive Score [CPS]  $\geq$  1) angezeigt.

KEYTRUDA ist als Monotherapie zur Behandlung des rezidivierenden oder metastasierenden Platteneithelkarzinoms der Kopf-Hals-Region mit PD-L1-exprimierenden Tumoren (TPS  $\geq$  50 %) und einem Fortschreiten der Krebserkrankung während oder nach vorheriger Platin-basierter Therapie bei Erwachsenen angezeigt.

#### Nierenzellkarzinom (renal cell carcinoma, RCC)

KEYTRUDA ist in Kombination mit Axitinib zur Erstlinienbehandlung des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms bei Erwachsenen angezeigt.

KEYTRUDA ist in Kombination mit Lenvatinib zur Erstlinienbehandlung des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms bei Erwachsenen angezeigt.

KEYTRUDA ist als Monotherapie zur adjuvanten Behandlung des Nierenzellkarzinoms mit erhöhtem Rezidivrisiko nach Nephrektomie

mie oder nach Nephrektomie und Resektion metastasierter Läsionen bei Erwachsenen angezeigt.

Tumoren mit hochfrequenter Mikrosatelliten-Instabilität (MSI-H) oder mit einer Mismatch-Reparatur-Defizienz (dMMR)

Kolorektalkarzinom (colorectal cancer, CRC)

KEYTRUDA ist als Monotherapie des Kolorektalkarzinoms mit MSI-H oder mit einer dMMR wie folgt bei Erwachsenen angezeigt:

- zur Erstlinienbehandlung des metastasierenden Kolorektalkarzinoms.
- zur Behandlung des nicht resezierbaren oder metastasierenden Kolorektalkarzinoms nach vorheriger Fluoropyrimidin-basierter Kombinationstherapie.

Nicht-kolorektale Karzinome

KEYTRUDA ist als Monotherapie zur Behandlung der folgenden Tumoren mit MSI-H oder mit einer dMMR bei Erwachsenen angezeigt:

- fortgeschrittenes oder rezidivierendes Endometriumkarzinom mit einem Fortschreiten der Erkrankung während oder nach vorheriger Platin-basierter Therapie in jedem Krankheitsstadium, wenn eine kurative chirurgische Behandlung oder Bestrahlung nicht in Frage kommt.
- nicht resezierbares oder metastasierendes Magen-, Dünndarm- oder biliäres Karzinom mit einem Fortschreiten der Erkrankung während oder nach mindestens einer vorherigen Therapie.

Ösophaguskarzinom

KEYTRUDA ist in Kombination mit einer Platin- und Fluoropyrimidin-basierten Chemotherapie zur Erstlinienbehandlung des lokal fortgeschrittenen nicht resezierbaren oder metastasierenden Ösophaguskarzinoms bei Erwachsenen mit PD-L1-exprimierenden Tumoren (CPS  $\geq 10$ ) angezeigt.

Triple-negatives Mammakarzinom (triple-negative breast cancer, TNBC)

KEYTRUDA ist in Kombination mit Chemotherapie zur neoadjuvanten und anschließend nach Operation als Monotherapie zur adjuvanten Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder frühen triple-negativen Mammakarzinoms mit hohem Rezidivrisiko bei Erwachsenen angezeigt.

KEYTRUDA ist in Kombination mit Chemotherapie zur Behandlung des lokal rezidivierenden nicht resezierbaren oder metastasierenden triple-negativen Mammakarzinoms mit PD-L1-exprimierenden Tumoren (Combined Positive Score [CPS]  $\geq 10$ ) bei Erwachsenen, die keine vorherige Chemotherapie zur Behandlung der metastasierenden Erkrankung erhalten haben.

Endometriumkarzinom (endometrial carcinoma, EC)

KEYTRUDA ist in Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel zur Erstlinienbehandlung des primär fortgeschrittenen oder rezidivierenden Endometriumkarzinoms bei Erwachsenen, die für eine

systemische Therapie geeignet sind, angezeigt.

KEYTRUDA ist in Kombination mit Lenvatinib zur Behandlung des fortgeschrittenen oder rezidivierenden Endometriumkarzinoms bei Erwachsenen mit einem Fortschreiten der Erkrankung während oder nach vorheriger Platin-basierter Therapie in jedem Krankheitsstadium, wenn eine kurative chirurgische Behandlung oder Bestrahlung nicht in Frage kommt, angezeigt.

Zervixkarzinom

KEYTRUDA ist in Kombination mit Radiochemotherapie (perkutane Strahlentherapie, gefolgt von einer Brachytherapie) zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen Zervixkarzinoms (Stadium III bis IVA gemäß FIGO 2014) bei Erwachsenen, die keine vorherige definitive Therapie erhalten haben, angezeigt.

KEYTRUDA ist in Kombination mit Chemotherapie mit oder ohne Bevacizumab zur Behandlung des persistierenden, rezidivierenden oder metastasierenden Zervixkarzinoms mit PD-L1-exprimierenden Tumoren (CPS  $\geq 1$ ) bei Erwachsenen angezeigt.

Adenokarzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs (gastro-oesophageal junction, GEJ)

KEYTRUDA ist in Kombination mit Trastuzumab sowie einer Fluoropyrimidin- und Platin-basierten Chemotherapie zur Erstlinienbehandlung des lokal fortgeschrittenen, nicht resezierbaren oder metastasierenden HER2-positiven Adenokarzinoms des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs bei Erwachsenen mit PD-L1-exprimierenden Tumoren (CPS  $\geq 1$ ) angezeigt.

KEYTRUDA ist in Kombination mit einer Fluoropyrimidin- und Platin-basierten Chemotherapie zur Erstlinienbehandlung des lokal fortgeschrittenen nicht resezierbaren oder metastasierenden HER2-negativen Adenokarzinoms des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs bei Erwachsenen mit PD-L1-exprimierenden Tumoren (CPS  $\geq 1$ ) angezeigt.

Biliäres Karzinom (biliary tract carcinoma, BTC)

KEYTRUDA ist in Kombination mit Gemcitabin und Cisplatin zur Erstlinienbehandlung des lokal fortgeschrittenen nicht resezierbaren oder metastasierenden biliären Karzinoms bei Erwachsenen angezeigt.

**Gegenanzeigen:**

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

**Ausgewählte besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung:**

Bitte beachten Sie die vollständigen Angaben in der aktuellen Fachinformation zu: Rückverfolgbarkeit, Bestimmung des PD-L1-Status, immunvermittelte Nebenwirkungen, immunvermittelte Pneumonitis, immunvermittelte Kolitis, immunvermittelte Hepatitis, immunvermittelte Nephritis, immunvermittelte Endokrinopathien, immunvermittelte Nebenwirkungen an der Haut, andere immunvermittelte Nebenwirkungen, Nebenwirkungen in Verbindung mit einer Organtransplantation, Reaktionen im

Zusammenhang mit einer Infusion, Anwendung von Pembrolizumab in Kombination mit Chemotherapie, erkrankungsspezifische Vorsichtsmaßnahmen, von klinischen Studien ausgeschlossene Patienten und Patientenkarte.

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

Da Pembrolizumab durch katabolischen Abbau aus dem Blutkreislauf eliminiert wird, sind keine Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln zu erwarten. Eine systemische Anwendung von Kortikosteroiden oder Immunsuppressiva vor Therapiebeginn mit Pembrolizumab sollte vermieden werden. Bitte beachten Sie die vollständigen Angaben in der aktuellen Fachinformation.

#### **Ausgewählte Nebenwirkungen:**

Sehr häufige Nebenwirkungen (≥ 1/10) unter Pembrolizumab als Monotherapie: Anämie, Hypothyreose, verminderter Appetit, Kopfschmerzen, Dyspnoe, Husten, Diarrhö, Abdominalschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Ausschlag, Pruritus, Schmerzen des Muskel- und Skelettsystems, Arthralgie, Ermüdung/Fatigue, Asthenie, Ödeme und Fieber.

Sehr häufige Nebenwirkungen (≥ 1/10) unter Pembrolizumab in Kombination mit Chemotherapie oder Radiochemotherapie: Neutropenie, Anämie, Thrombozytopenie, Hypothyreose, Hypokaliämie, verminderter Appetit, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, periphere Neuropathie, Schwindelgefühl, Dyspnoe, Husten, Diarrhö, Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Abdominalschmerzen, Ausschlag, Alopezie, Pruritus, Schmerzen des Muskel- und Skelettsystems, Arthralgie, Ermüdung/Fatigue, Asthenie, Fieber, Ödeme, Alaninaminotransferase (ALT) erhöht, Aspartataminotransferase (AST) erhöht, Kreatinin im Blut erhöht.

Sehr häufige Nebenwirkungen (≥ 1/10) unter Pembrolizumab in Kombination mit Axitinib oder Lenvatinib: Harnwegsinfektionen, Anämie, Hypothyreose, verminderter Appetit, Kopfschmerzen, Dysgeusie, Hypertonie, Dyspnoe, Husten, Diarrhö, Abdominalschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Ausschlag, Pruritus, Arthralgie, Schmerzen des Muskel- und Skelettsystems, Myositis, Schmerzen in den Extremitäten, Ermüdung/Fatigue, Asthenie, Ödeme, Fieber, Lipase erhöht, ALT-/AST erhöht, Kreatinin im Blut erhöht.

**Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Mittel, PD-1/BDL-1 (Programmed Cell Death-1-Rezeptor/ Programmed Cell Death-Ligand-1)-Inhibitoren. ATC-Code: L01FF02

#### **Inhaber der Zulassung:**

Merck Sharp & Dohme B.V.  
Waarderweg 39  
2031 BN Haarlem  
Niederlande

#### **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:**

Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten

#### **Stand der Information:**

Jänner 2025

Weitere Angaben zu Dosierung und Art der Anwendung,

Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit, Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen, Nebenwirkungen, Überdosierung, Pharmakologische Eigenschaften und Pharmazeutische Angaben sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

#### **Fachkurzinformation zu Seite 9**

#### **Omjara 100 mg Filmtabletten, Omjara 150 mg Filmtabletten, Omjara 200 mg Filmtabletten;**

**Qualitative und Quantitative Zusammensetzung:** Omjara 100 mg Filmtabletten: Jede Filmtablette enthält Momelotinibdihydrochlorid 1 H<sub>2</sub>O entsprechend 100 mg Momelotinib. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: 50,8 mg Lactose-Monohydrat pro Tablette. Omjara 150 mg Filmtabletten: Jede Filmtablette enthält Momelotinibdihydrochlorid 1 H<sub>2</sub>O entsprechend 150 mg Momelotinib. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: 76,1 mg Lactose-Monohydrat pro Tablette. Omjara 200 mg Filmtabletten: Jede Filmtablette enthält Momelotinibdihydrochlorid 1 H<sub>2</sub>O entsprechend 200 mg Momelotinib. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: 101,5 mg Lactose-Monohydrat pro Tablette. Sonstige Bestandteile: Tablettenkern: Mikrokristalline Cellulose, Lactose-Monohydrat, Carboxymethylstärke-Natrium (Typ A), Magnesiumstearat, Hochdisperses Siliciumdioxid, Propylgallat; Tablettenüberzug: Polyvinylalkohol, Macrogole, Titandioxid (E171), Talkum, Eisenoxid gelb (E172), Eisenoxid rot (E172); **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastika, Proteinkinase-Inhibitoren, ATC-Code: noch nicht zugeordnet. **Anwendungsgebiete:** Omjara wird angewendet zur Behandlung von krankheitsbedingter Splenomegalie oder Symptomen bei erwachsenen Patienten mit moderater bis schwerer Anämie, die an primärer Myelofibrose, Post-Polycythaemia Vera-Myelofibrose oder Post- Essentieller Thrombozythämie-Myelofibrose erkrankt sind, und die nicht mit einem Januskinase (JAK)- Inhibitor vorbehandelt sind oder die mit Ruxolitinib behandelt wurden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in der Fachinformation Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. Schwangerschaft und Stillzeit (siehe Fachinformation Abschnitt 4.6). **Inhaber der Zulassung:** GlaxoSmithKline Trading Services Limited, 12 Riverwalk, Citywest Business Campus, Dublin 24, Irland. **Rezeptpflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Zulassungsnummer:** Omjara 100 mg Filmtabletten: EU/1/23/1782/001, Omjara 150 mg Filmtabletten: EU/1/23/1782/002; Omjara 200 mg Filmtabletten: EU/1/23/1782/003

▼ 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 Fachinforma-

tion Abschnitt 4.8. Weitere Angaben zu 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.

Ausführliche Informationen zu diesem Arzneimittel sind auf den Internetseiten der Europäischen

Arzneimittel-Agentur <http://www.ema.europa.eu/> verfügbar.

Stand der Fachkurzinformation: 01/2024

Die gültigen Fach- und Gebrauchsinformationen zu den GSK Produkten in Österreich finden Sie auf [www.gsk-kompodium.at](http://www.gsk-kompodium.at). Un erwünschte Nebenwirkungen melden Sie bitte an unsere

Pharmakovigilanzabteilung; Tel.: +43 1 970 75 – 0; E-Mail: [arzneimittelsicherheit@gsk.com](mailto:arzneimittelsicherheit@gsk.com).

PI-12770

## Fachkurzinformation zu Seite 22

### BRUKINSA® 80 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.  
**Wirkstoff:** Zanubrutinib. **Zusammensetzung:** Jede Hartkapsel enthält 80 mg Zanubrutinib. **Sonstige Bestandteile:** *Kapselinhalt:* mikrokristalline Cellulose, Croscarmellose-Natrium, Natriumdodecylsulfat (E487), hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat (Ph.Eur.) *Kapselhülle:* Gelatine, Titandioxid (E171). **Druckfarbe:** Verestertes Schellack (E904), Eisen(II,III)-oxid (E172), Propylenglykol (E1520). **Anwendungsgebiete:** Eine BRUKINSA-Monotherapie wird zur Behandlung erwachsener Patienten mit Morbus Waldenström (MW) angewendet, die mindestens eine vorherige Therapie erhalten haben, oder zur Erstlinientherapie bei Patienten, die für eine Chemo-Immuntherapie nicht geeignet sind. Eine BRUKINSA-Monotherapie wird zur Behandlung erwachsener Patienten mit Marginalzonenlymphom (MZL) angewendet, die mindestens eine vorherige Therapie mit einem Anti-CD20-Antikörper erhalten haben. Eine BRUKINSA-Monotherapie wird zur Behandlung erwachsener Patienten mit chronischer lymphatischer Leukämie (CLL) angewendet. BRUKINSA wird in Kombination mit Obinutuzumab zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit refraktärem oder rezidiviertem follikulärem Lymphom (FL) angewendet, die mindestens zwei vorherige systemische Therapien erhalten haben. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Infektion der oberen Atemwege, Blutergüsse, Blutungen/Hämatome, Neutropenie, Schmerzen des Muskel- und Skelettsystems, Hautausschlag, Pneumonie, Durchfall, Husten, Prellung, Erschöpfung, Thrombozytopenie, Anämie, Arthralgie, Harnwegsinfektion, Verstopfung, Schwindel, Rückenschmerzen, Hämaturie,

Neutrophilenzahl und Blutplättchenzahl verringert, Hämoglobinspiegel verringert. *Häufig:* Hypertonie, Peripheres Ödem, Epistaxis, Pruritus, Patechien, Infektion der unteren Atemwege, Purpura, Vorhofflimmern und -flattern, Asthenie, Bronchitis, Ekchymose, Febrile Neutropenie. *Gelegentlich:* Gastrointestinale Blutungen, Hepatitis-B-Reaktivierung, Tumorlysesyndrom. *Häufigkeit nicht bekannt:* generalisierte exfoliative Dermatitis. **Weitere Hinweise:** Weitere Informationen zu Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit, Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung und Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. **Zulassungsinhaber:** BeiGene Ireland Ltd., 10 Earlsfort Terrace, Dublin 2, D02 T380, Irland. **Örtlicher Vertreter:** Deutschland: BeiGene Germany GmbH, München; verschreibungspflichtig; Österreich: BeiGene Austria GmbH, Wien; rezept- und apothekenpflichtig. **Stand:** 04/2024.

## Fachkurzinformation zu Seite 31

### Ibrance 75 mg/100 mg/125 mg Filmtabletten

**Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Filmtablette enthält 75 mg/100 mg/125 mg Palbociclib. **Liste der sonstigen Bestandteile:** *Tablettenkern:* mikrokristalline Cellulose, hochdisperses Siliciumdioxid, Crospovidon (Ph.Eur.), Magnesiumstearat, Bernsteinsäure. *Filmüberzug:* Hypromellose (E 464), Titandioxid (E 171), Triacetin, Indigocarmin-Aluminiumsulfat (E 132), Eisen(III)-oxid (E 172) (nur 75-mg- und 125-mg-Tabletten), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E 172) (nur 100-mg-Tabletten) **Anwendungsgebiete:** IBRANCE ist angezeigt zur Behandlung von Hormonrezeptor (HR)-positivem, humanem epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs: in Kombination mit einem Aromatasehemmer; in Kombination mit Fulvestrant bei Frauen, die zuvor eine endokrine Therapie erhielten (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 Arzneimitteln, die Johanniskraut enthalten (siehe Abschnitt 4.5 der Fachinformation). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Mittel, Proteinkinase-Inhibitoren, ATC-Code: L01EF01 **Inhaber der Zulassung:** Pfizer Europe MA EEIG, Boulevard de la Plaine 17, 1050 Brüssel, Belgien. **Stand der Information:** Oktober 2024. **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.**



FÜR IHRE PATIENT\*INNEN MIT HR+/HER2-  
METASTASIERTEM BRUSTKREBS<sup>1</sup>

**IBRANCE**<sup>®</sup>  
palbociclib

**SCHÖNE  
MOMENTE SIND  
UNERMESSLICH.**

**LEBENSQUALITÄT  
IST MESSBAR.**

**DER EINZIGE  
CDK4/6-INHIBITOR  
IN DER HELLGELBEN BOX  
(RE2) DES EKO<sup>11</sup>**

**Seit der Zulassung vor 8 Jahren wurden weltweit bereits mehr als 665.000 Patient\*innen mit IBRANCE<sup>®</sup> behandelt.<sup>1,2</sup> Daten zu Wirksamkeit und Verträglichkeit<sup>+</sup> sowie umfangreiche Erfahrungen aus Klinik und Real-World<sup>++</sup> zeigen:<sup>1-10</sup> IBRANCE<sup>®</sup> kann dazu beitragen, das Leben von Patient\*innen lebenswerter zu gestalten.<sup>5</sup>**

**IBRANCE<sup>®</sup> ist zugelassen für die Therapie von HR+/HER2- lokal fortgeschrittenem oder mBC<sup>1</sup>:** in Kombination mit einem Aromataseinhibitor oder 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. Die häufigsten (20%) Nebenwirkungen beliebiger Schweregrade in klinischen Studien waren Neutropenie, Infektionen, Leukopenie, Fatigue, Übelkeit, Stomatitis, Anämie, Diarrhö, Alopezie und Thrombozytopenie. Weitere Details finden Sie in der aktuellen IBRANCE<sup>®</sup>-Fachinformation.

+ Wirksamkeit und Verträglichkeit in klinischen Studien mit konsistentem PFS.<sup>1-4</sup> ++ Real-World-Daten seit 2015.<sup>1,5,9</sup>  
§ Bezogen auf die Erhaltung der Lebensqualität.<sup>2,3,5,6</sup>

**Referenzen:** **1.** IBRANCE<sup>®</sup>-Fachinformation; aktueller Stand. **2.** Rugo HS, et al. Int. J. Cancer. 2023;1-11. **3.** Rugo H et al. Breast Cancer Res Treat. 2019;174(3):719-729. **4.** Rugo HS et al. Ann Oncol. 2018;29:888-894. **5.** Cristofanilli M et al. Clin Cancer Res. 2022;28(16):3433-3442. **6.** Harbeck N et al. Future Oncol. 2021;17(16):2107-2122. **7.** Richardson D et al. Breast Cancer Res Treat. 2021;187(1):113-124. **8.** Mycock K et al. Clin Ther. 2022;44(12):1588-1601. **9.** Finn R et al. Oncologist. 2021;26:e749-e755. **10.** Rugo HS, et al. NPJ Breast Cancer. 2022;8:114. **11.** Online Warenverzeichnis des Apothekerverlages, Stand: 11.2024.

**Abkürzungen:** HR+/HER2- = Hormonrezeptor-positiv/humaner epidermaler Wachstumsfaktor-Rezeptor 2-negativ; LHRH = Luteinizing Hormone-Releasing Hormone; mBC = metastasierter Brustkrebs; PFS = progressionsfreies Überleben.

Fachkurzinformationen siehe S. 29



Pfizer Corporation  
Austria GmbH, Wien.  
www.pfizer.at | www.pfizermed.at  
PP-IBR-AUT-0688/11.2024

**Pfizer**

# IHR EINSATZ FÜR EIN LÄNGERES ÜBERLEBEN\*

bei rezidivierter oder refraktärer FLT3m+ AML mit  
XOSPATA™ vs. Salvage-Chemotherapie\*\*

\* **Mediane Gesamtüberlebenszeit (OS)**

**9,3** Monate mit  
XOSPATA™ (n=247)

vs. 5,6 Monate mit Salvage-Chemotherapie (n = 124)  
HR = 0,64 (95 %-KI: 0,49 – 0,83); p < 0,001<sup>1</sup>

## XOSPATA™ als einmal tägliche orale Monotherapie<sup>2</sup>:

- zeigt in der Auswertung eine CR/CRh-Rate von 34,0 % gegenüber 15,3 % im Salvage-Chemotherapie-Arm (Differenz: 18,6 %; 95%-KI: 9,8–27,4)<sup>1</sup>
- kann bei Patienten mit FLT3-ITD, FLT3-TKD sowie bei beiden Mutationen eingesetzt werden<sup>2</sup>

**XOSPATA™**  
gilteritinib 40mg  
tablets

\*\*XOSPATA™ ist angezeigt als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierter oder refraktärer akuter myeloischer Leukämie (AML) mit einer FLT3-Mutation.<sup>2</sup>

AML: akute myeloische Leukämie; CR: Komplettre Remission; CRh: Komplettre Remission mit teilweiser hämatologischer Besserung; FLT3m+: FMS ähnliche Tyrosinkinase 3 Mutation positiv; FLT3-ITD: FLT3 interne Tandemduplikationen; FLT3-TKD: FLT3 Tyrosinkinasedomäne; HR: Hazard Ratio; KI: Konfidenzintervall; R/R: rezidiviert/refraktär OS: Gesamtüberlebenszeit

Referenzen: 1. Perl AE et al. Gilteritinib or Chemotherapy for Relapsed or Refractory FLT3-Mutated AML. N Engl J Med 2019; 381(18): 1728–1740. 2. XOSPATA™ Fachinformation, aktueller Stand.

### FACHKURZINFORMATION

**BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS:** Xospata 40 mg Filmtabletten **QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG:** Jede Filmtablette enthält 40 mg Gilteritinib (als Fumarat). Liste der sonstigen Bestandteile: **Tablettenkern:** Mannitol (Ph.Eur) (E421), Hydroxypropylcellulose, Niedrigsubstituierte Hydroxypropylcellulose, Magnesiumstearat. **Filmüberzug:** Hypromellose, Talcum, Macrogol 8000, Titandioxid, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E172). **ANWENDUNGSGEBIETE:** Xospata ist angezeigt als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierter oder refraktärer akuter myeloischer Leukämie (AML) mit einer FLT3-Mutation (siehe Abschnitte 4.2 und 5.1 der SmPC). **GEGENANZEIGEN:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 der SmPC genannten sonstigen Bestandteile. **PHARMAKOTHERAPEUTISCHE GRUPPE:** Antineoplastische Mittel, Proteinkinase-Inhibitoren, ATC-Code: L01EX13 **INHABER DER ZULASSUNG:** Astellas Pharma Europe B.V., Sylviusweg 62, 2333 BE Leiden, Niederlande **VERTRIEB IN ÖSTERREICH:** Astellas Pharma Ges.m.b.H, Donau-City-Straße 7, A-1220 Wien, Tel: +43 1 877 26 68, E-Mail: office.at@astellas.com **STAND DER INFORMATION:** Juni 2021 **ABGABE: Rezept- und apothekenpflichtig.** „Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft, Stillzeit, Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen, sowie Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.“