

Österreichische Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie
Arbeitsgemeinschaft hämato-onkologischer Pflegepersonen



2014
Frühjahrstagung

HAUPTPROGRAMM

Congress Innsbruck

10.-12. 4.

Neulasta® – Geschützt von Anfang an³



■ WIRKUNG

Neulasta® – den täglichen G-CSF überlegen^{1,*}

■ ERFAHRUNG

Neulasta® – seit Jahren verlässlich und bewährt^{2,3,4}

■ VERTRAUEN

Neulasta® geprüft bei 5.400 Patienten in über 30 Studien^{2,4}

AMGEN

Onkologie

 **Neulasta®**
(Pegfilgrastim)

**Schützt Ihre Patienten,
optimiert die Chemotherapie**

* Aussage einer Metaanalyse (keine Superioritätsstudie).

Vorwort	3
Wichtige Kontakte	5
Allgemeine Hinweise	6
Raumpläne Congress Innsbruck	8
Programmübersicht	11
Wissenschaftliches Programm OeGHO Donnerstag	15
Wissenschaftliches Programm OeGHO Freitag	21
Wissenschaftliches Programm OeGHO Samstag	29
Posterübersicht	32
Klinische Studien	39
Wissenschaftliches Programm AHOP	42
Satellitensymposien Donnerstag	44
Satellitensymposien Freitag	49
Sponsoren, Aussteller und Inserenten	54
Anreise	55

LONQUEx

Ein neues glycopegyliertes,
langwirksames
G-CSF

CHEMOTHERAPIEZYKLUSPLANUNG



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).^{**}

[°] EPAR Lonquex; Procedure No. EMEA/H/C/002556/0000; EMA/371234/2013

^{*} Bondarenko et al. BMC Cancer 2013, 13: 386

^{**} Fachinformation Lonquex

Fachkurzinformation siehe Seite 59

LONQUEx[®]
lipegfilgrastim

**langwirksames G-CSF
schnellere Erholung der
Neutrophilen***

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Damen und Herren,

Herzlich willkommen zur diesjährigen gemeinsamen Frühjahrstagung von OeGHO und AHOP in Innsbruck. Das Motto dieser Tagung lautet „Fortschritt und Herausforderungen in Hämatologie & Onkologie“. Dazu wird uns Prof. Gunter Dueck als ehemaliger Mathematikprofessor, Chief Technology Officer bei IBM, Querdenker und Teilzeitphilosoph in seinem Vortrag in die Zukunft unserer Arbeitswelt innerhalb und ausserhalb der Medizin entführen. Zusätzlich werden auf diesem Kongress spezielle Zukunftsthemen wie die Neuentwicklung von Medikamenten, den Einsatz der Informationstechnologie, die Zukunft der Medizinuniversitäten und die künftigen Anforderungen an unsere Fachdisziplin behandelt. Zum Kongressstart stellen wir aktuelle Projekte aus der translationalen Forschung in Österreich vor. Parallel dazu bietet ein Mikroskopiekurs die Möglichkeit zur Vertiefung praktischer Fertigkeiten in der hämatologischen Zytomorphologie. Als Kernpunkt der Frühjahrstagung bieten wir allen Teilnehmern reichlich Gelegenheit zur fachspezifischen Fortbildung und stellen neueste Forschungsergebnisse und aktuelle klinische Studien aus Hämatologie und Onkologie vor. Im Mittelpunkt werden dabei z.B. Studienergebnisse zu hochwirksamen Signalinhibitoren und Immuntherapeutika sein. Eine Posterausstellung bietet den Forschern in Labor und Klinik ihre Projekte und Daten zu präsentieren. Die besten Arbeiten junger ForscherInnen werden im Young Investigator Meeting vorgestellt und prämiert. Zur Nachwuchsförderung in Hämatologie und internistischer Onkologie laden wir auch in diesem Jahr Medizin-StudentInnen aus allen Universitätsstandorten Österreichs zu einem speziellen Studententag dieser Frühjahrstagung ein. Die forschende Industrie stellt traditionellerweise Produktportfolio in einer Firmenausstellung zur Schau. Zusätzlich bieten insgesamt 16 Satelliten-Symposien der Industrie den Teilnehmern die Möglichkeit zu vertiefter Information über neue Produktentwicklungen und deren Stellenwert im Vergleich zu bisherigen Standards in Diagnostik und Therapie. Ein gemeinsames Symposium von OeGHO und AHOP befasst sich mit dem Thema „Integrative Onkologie“ und beleuchtet kritisch den Stellenwert komplementärmedizinischer Ansätze in der Onkologie. Im Vorfeld der Frühjahrstagung laden wir Patienten und Laienpublikum zu einer Informationsveranstaltung mit dem Titel „Neue Krebstherapien – neue Hoffnung“.

Nützen Sie Ihren Kongressbesuch auch zu kollegialen Kontakten, geniessen Sie das Ambiente des Gesellschaftsabends und den Reiz der Tiroler Landeshauptstadt.

Im Namen unseres Organisationsteams und der ÖGHO begrüsse ich Sie herzlich bei unserer Frühjahrstagung 2014



Univ.-Prof. Dr. Günther Gastl
Kongresspräsident

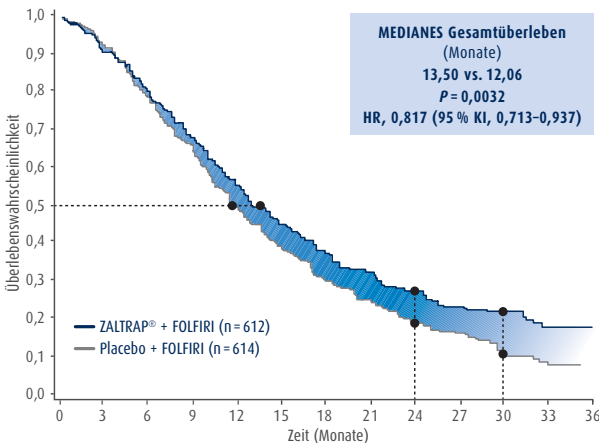
ZALTRAP® bei metastasiertem kolorektalem Karzinom (mCRC)¹



ZALTRAP®
aflibercept

- fängt freie Wachstumsfaktoren ab¹
- verlängert das Gesamtüberleben¹

Gesamtüberleben (ITT-Population) ab Randomisierung



ZALTRAP® verbessert in Kombination mit FOLFIRI bei Erwachsenen mit metastasiertem kolorektalem Karzinom, das unter oder nach einem Oxaliplatin-haltigen Regime fortgeschritten ist,¹

- ◆ die **2-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit** bei ZALTRAP® + FOLFIRI behandelten Patienten auf **28 %** (vs. 18,7 % unter Placebo + FOLFIRI).¹
- ◆ das mediane **progressionsfreie Überleben (PFS)** signifikant um **2,2 Monate** vs. Placebo + FOLFIRI.¹
- ◆ das **Gesamtüberleben** sowie das **PFS** durchweg sowohl bei mit Bevacizumab vorbehandelten als auch bei Bevacizumab-naïven Patienten.¹
- ◆ die **Tumorsprechraten** bei vorbehandelten Patienten signifikant um fast das Zweifache auf **19,8 %** (vs. 11,1 % unter Placebo + FOLFIRI).¹

ITT = intent to treat

¹ 95 % KI, 0,237-0,324 vs. 0,149-0,225. ² 95 % KI, 16,4-23,2 vs. 8,5-13,8. **Referenzen:** 1. Van Cutsem, E., et al. Addition of Aflibercept to Fluorouracil, Leucovorin, and Irinotecan Improves Survival in a Phase III Randomized Trial in Patients With Metastatic Colorectal Cancer Previously Treated With an Oxaliplatin-based Regime. J Clin Oncol 30, 3499-3506 (2012).

Fachkurzinformation siehe Seite 59

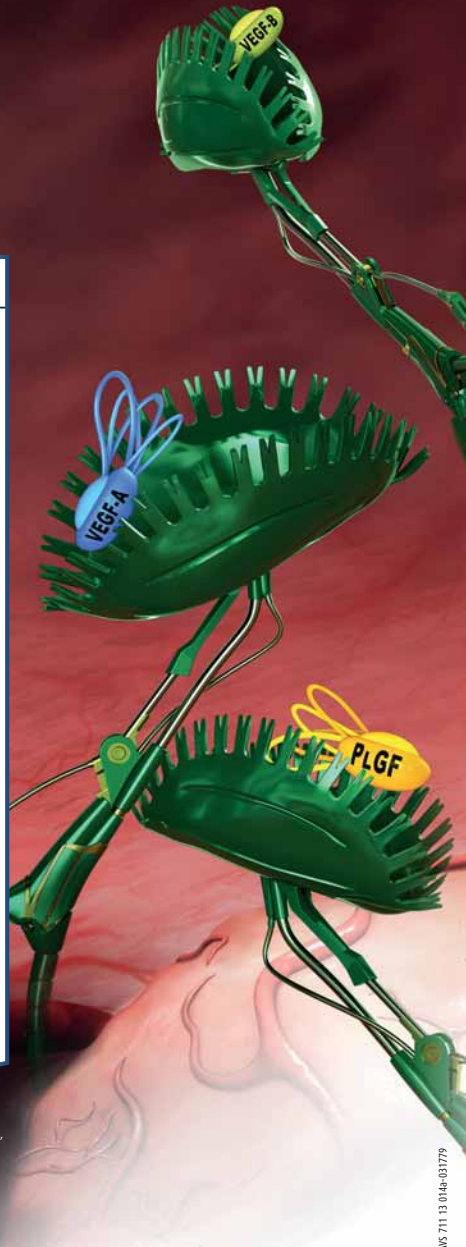
SANOFI

sanofi-aventis GmbH, SATURN Tower, Leonard-Bernstein-Straße 10, 1220 Wien,
Tel: 01 801 85-0, www.sanofi.at



ZALTRAP®
aflibercept

fängt freie Wachstumsfaktoren ab



Tagungspräsident:

Univ.-Prof. Dr. Günther Gastl
Medizinische Universität Innsbruck
Universitätsklinik für Innere Medizin V
Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck

Tagungssekretäre:

Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Hilbe
Univ.-Prof. Dr. Michael Steurer
Medizinische Universität Innsbruck
Universitätsklinik für Innere Medizin V
Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck

Tagungssekretariat:

Katharina Eller
Medizinische Universität Innsbruck
Universitätsklinik für Innere Medizin V
Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck
Tel.: +43 (0)512 504-24003
E-Mail: katharina.eller@uki.at

AHOP **Pflegeetagung:**

OPfl. Wolfgang Hofer
AKH Wien
Währinger Gürtel 18 - 20, A-1090 Wien
Tel.: +43 (0)1 40 400-1390
E-Mail: w.hofer@akhwien.at

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: oegho2014@mondial-congress.com

Fachausstellung:

Medizinische Ausstellungs- und Werbegesellschaft
Freyung 6, A-1010 Wien
Tel.: +43 (0)1 536 63-42 oder -32 oder -37, Fax: +43 (0)1 535 60-16
E-Mail: maw@media.co.at

Tagungsort:

Congress Innsbruck
Eingang: Herzog-Otto-Ufer
A-6020 Innsbruck

Anmeldung:

Donnerstag, 10. April 2014	09:00 – 18:00 Uhr
Freitag, 11. April 2014	07:15 – 18:00 Uhr
Samstag, 12. April 2014	07:15 – 12:30 Uhr

Für Neuanmeldungen am Tagungsort wenden Sie sich bitte an die Registratur.

Teilnahmegebühren:

Mitglied OeGHO & AHOP	kostenfrei
Nichtmitglied Akademiker	EUR 45,00
Nichtmitglied Pflegeperson	EUR 15,00
MTA, MTF	EUR 15,00
Tageskarte	EUR 25,00
Arzt in Ausbildung*, Student*	kostenfrei

*Nachweis erforderlich

Approbation:

Dieser Kongress ist als Veranstaltung für das Diplom-Fortbildungsprogramm der Österreichischen Ärztekammer mit 12 Punkten im Fach Innere Medizin (Hämatologie und Internistische Onkologie) approbiert.

Vorträge/Präsentationsmöglichkeiten:

Bitte beachten Sie, dass Präsentationen ausschließlich mit PowerPoint (ppt) durchgeführt werden können. Die digitalen ppt-Slides Ihres Vortrages müssen spätestens 2 Stunden vor Beginn der wissenschaftlichen Sitzung in der Medienannahme im Inn Foyer, EG abgegeben werden. Sollten Sie Ihren Vortrag gleich in der Früh haben, ersuchen wir Sie Ihre Präsentation bereits am Vorabend abzugeben.

Posterpräsentation:

Postermaß: Höhe 130 cm, Breite 90 cm

Die Poster müssen am Freitag, 11. April 2014 bis 08:00 Uhr aufgehängt und am Samstag, 12. April 2014 bis spätestens 13:00 Uhr abgenommen werden.

Die Erstautoren werden ersucht, während der Posterbegehung am Freitag, 11. April 2014, in der Zeit von 14:45 - 15:45 Uhr bei ihrem Poster für Fragen und Diskussionen zur Verfügung zu stehen.

Posterpreise 2014:

Wie bereits in den vergangenen Jahren werden auch heuer wieder mit Unterstützung der Janssen-Cilag Pharma GmbH die Posterpreise für ein Poster Onkologie und ein Poster Hämatologie vergeben. Diese werden im Rahmen des Gesellschaftsabends am Freitag, 11. April 2014 bekanntgeben und verliehen.

WLAN:

Ein kostenloser WLAN-Zugang steht allen Teilnehmern der Tagung zur Verfügung.
Drahtlosnetzwerk: **wlan4ibk**
kein Passwort benötigt

Gesellschaftsabend im Messe Forum 2:

Freitag, 11. April 2014

19:00 Aperitif

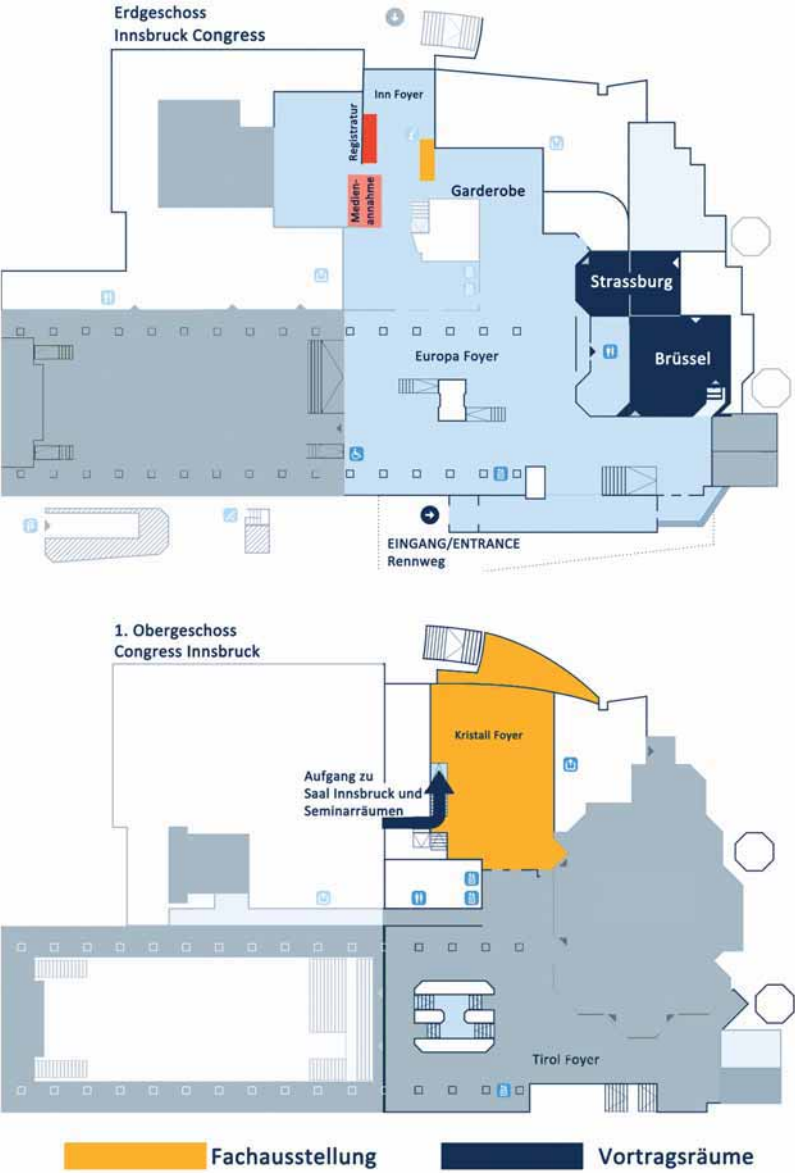
19:30 Beginn Abendessen

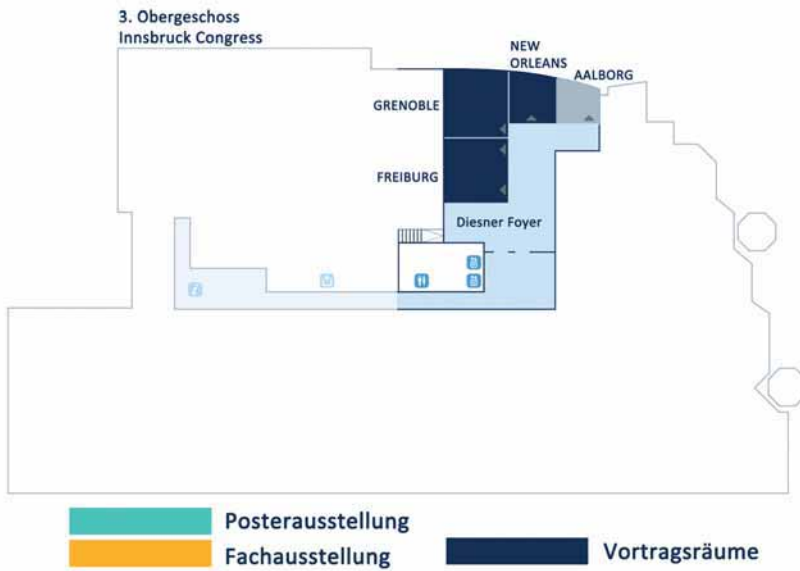
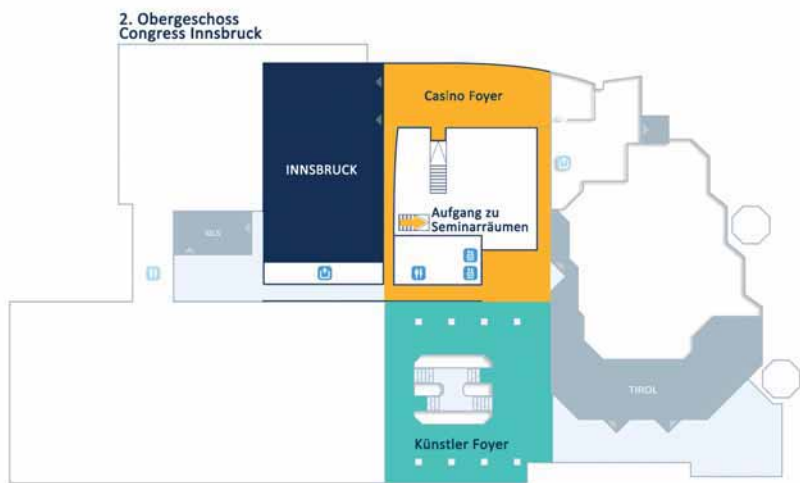
Verleihung OeGHO Förderpreise, AHOP Förderpreis, Posterpreise und Preisverleihung für das Young Investigators Meeting (zur Verfügung gestellt von Janssen-Cilag Pharma GmbH)

Unkostenbeitrag: EUR 35,00 pro Person

Eigenanreise, ca. 12 Min. Gehdistanz vom Kongresshaus

Anmeldung erforderlich (begrenzte Teilnehmerzahl) unter **www.oegho.at** oder je nach Verfügbarkeit am Registraturschalter vor Ort.





MCRPC 3-FACH UNTER KONTROLLE



XTANDI – ein neuer Therapieansatz bei metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom (mCRPC):

- **Neuer Wirkmechanismus**
hemmt alle drei Phasen des Androgenrezeptor-Signalwegs^{1,2}
- **Signifikanter Überlebensvorteil**
von 4,8 Monaten³ (Median)
- **Verbesserte Lebensqualität**
und Schmerzlinderung^{3,4}
- **Gute Verträglichkeit**^{1,3}
und einfache Dosierung
ohne spezielles Monitoring¹



1. Bezeichnung: Xtandi 40 mg Weichkapseln
2. Zusammensetzung (arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge): Jede Weichkapsel enthält 40 mg Enzalutamid. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: Jede Weichkapsel enthält 52,4 mg Sorbitol. Vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile siehe Abschnitt 6.1
3. Anwendungsgebiete: Xtandi ist angezeigt zur Behandlung erwachsener Männer mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom, deren Erkrankung während oder nach einer Chemotherapie mit Docetaxel fortschreitet.
4. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile; Frauen, die schwanger sind oder schwanger werden können (siehe Abschnitt 4.6 der Fachinformation)
5. Pharmakologische Eigenschaften: Pharmakotherapeutische Gruppe: noch nicht zugewiesen, ATC-Code: noch nicht zugewiesen
6. Pharmazeutische Angaben (Hilfsstoffe): 6.1 Liste der sonstigen Bestandteile: Kapselhülle: Macrogolglycerolcaprylocaprate 400, Butylhydroxyanisol

(E 320), Butylhydroxytoluol (E 321); Kapselhülle: Gelatine, Lösung von partiell dehydratisiertem Sorbitol (Sorbitol, Sorbitan), Glycerol, Titandioxid (E 171), gereinigtes Wasser; Drucktinte: Eisen(II,III)-oxid (E 172), Poly(phthalsäure-co-vinylacetat)
7. Pharmazeutischer Unternehmer: Astellas Pharma Europe B.V., Sylviusweg 62, 2333 BE Leiden, Niederlande
8. Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht: rezept- und apothekenpflichtig

„Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.“
 06/2013

Literaturnachweis: 1. XTANDI: Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels, 2013. 2. Tran C et al. *Science* 2009; **324**(5928): 787–790. 3. Scher H et al. *N Engl J Med*. 2012; **367**(13): 1187–1197. 4. Fizazi K et al. Vortrag anlässlich des ESMO, Wien 2012.

OeGHO Programm – Donnerstag, 10. April 2014					
	Saal Innsbruck	Saal Strassburg	Saal Freiburg	Saal Grenoble	Saal New Orleans
10:00 – 11:30	Translational Research Seite 15			Mikroskopier- kurs Seite 15	
12:00 – 13:30	Symposium: Mundipharma Seite 44	Symposium: Boehringer Ingelheim Seite 44	Symposium: Eli Lilly Seite 45		
13:45 – 15:00	Zukunft Med Uni Seite 17	GI Tumoren Seite 17	Palliativmedizin Seite 17		
15:00 – 15:30	Eröffnungsempfang				
15:30 – 17:00	Plenarsitzung: Eröffnung & Preisverleihung Seite 19				ab 16:00 <i>AHOP</i> Vorstands- sitzung Seite 42
17:15 – 18:45	Symposium: TEVA- ratiopharm I Seite 45	Symposium: Pierre Fabre Seite 46	Symposium: Celgene Seite 46	Symposium: Astellas Seite 47	
ab 19:00	OeGHO Beiratsitzung im Restaurant Villa Blanka				

 Programm – Freitag, 11. April 2014					
	Saal Innsbruck	Saal Strassburg	Saal Freiburg	Saal Grenoble	Saal Brüssel
08:00 – 09:15	Hämoglobino- pathien Seite 21	Sarkome Seite 21	Stammzell- transplantation Seite 21	EDV Systeme in der Häm/Onko Seite 22	ab 08:30 <i>AHOP</i> Eröffnungs- sitzung Seite 42
09:45 – 11:00	Young Investigators Meeting Seite 22		Myelom Plattform Seite 22		Gemeinsame Sitzung <i>AHOP</i>  Integrative Medizin Seite 23
11:30 – 12:45	Myeloprolifera- tive Neoplasien Seite 23	Lungen- karzinom Seite 23	MDS Seite 25	Ernährung & Onkologie Seite 25	<i>AHOP</i> Seite 42/43
13:15 – 14:45	Symposium: Roche I Seite 49	Symposium: TEVA- ratiopharm II Seite 49	Symposium: Novartis I Seite 51	Symposium: Janssen-Cilag Seite 51	
14:45 – 15:45	POSTERBEGEHUNG Hämatologie, Onkologie, Klinische Studien Seite 25		MDS Plattform Seite 25	StudentInnen Tag Seite 27	
15:45 – 17:00	Multiples Myelom Seite 27	Mamma- karzinom Seite 27	Inhibitoren des BCR-Signalwegs bei CLL und NHL Seite 28	StudentInnen Tag Seite 28	
17:15 – 18:45	Symposium: Amgen Seite 52	Symposium: Novartis II Seite 52	Symposium: Roche II Seite 53	Symposium: Bristol-Myers Squibb Seite 53	
ab 19:00	Gesellschaftsabend in der Messe Innsbruck Forum 2, Anmeldung erforderlich (begrenzte Teilnehmerzahl) Seite				

OeGHO Programm – Samstag, 12. April 2014					
	Saal Innsbruck	Saal Strassburg	Saal Freiburg	Saal Grenoble	Saal Brüssel
08:00 – 09:00		OeGHO Mitglieder- versammlung Seite 29			ab 08:30 AHOP Workshops Seite 43
09:15 – 10:45	Plenarsitzung: Häma & Onko News 2013/2014 Seite 29				
11:00 – 12:00	New Drugs Seite 29	AML Seite 29	CML Plattform Seite 31	Future Demands Seite 29	
12:15 – 13:15	CML Seite 31	Immun- therapie Seite 31	Hämo- staseologie Seite 31		
13:15 – 14:00	OeGHO 2014 Farewell				

Farbschlüssel:

	Hautpsitzungen mit allgemeinen Themen
	Schiene Onkologie mit Fokus solide Tumoren
	Schiene Hämatologie
	OeGHO Gesellschaft
	Firmensymposien
	Arbeitsgruppen
	AHOP
	StudentInnen Tag
	Palliativmedizin

Tyverb® + Trastuzumab

HER2+/HR-
met. Brustkrebs¹

die **vertikale** duale Blockade



Tyverb®
lapatinib



Donnerstag 10. April 2014

**10:00–11:30 Translational Research –
Forschungsschwerpunkte der Universitäten**

Saal Innsbruck

Vorsitz: A. Egle, Salzburg / H. Sill, Graz

Die EXACT-Studie zur Erfassung der Effektivität der personalisierten Medizin in der Onkologie: Darlegung des Konzepts und erster Erfahrungen

G. Prager, Wien

Charakterisierung einer genetischen Prädisposition zu familiärem, kolorektalem Karzinom TypX-Syndrom

E. Schulz, Graz

Clinical/translational Science Programm zum Diffuse Large B-Lymphom

T. Melchardt, Salzburg

Multiple Myeloma the EU FP7 project OPTATIO

W. Willenbacher, Innsbruck / W. Wunderlich, Innsbruck

10:00–11:30 Mikroskopiekurs

Saal Grenoble

Vorsitz: W. Willenbacher, Innsbruck / P. Bettelheim, Linz

In memoriam Helmut Löffler: Hämatologische Diagnostik –
gestern, heute, morgen

T. Haferlach, München

IgM Myelom vs. M. Waldenström

W. Willenbacher, Innsbruck / A. Hammerer-Lercher, Innsbruck /

A. Brunner, Innsbruck / C. Manzl, Innsbruck

3x M3?

A. Hammerer-Lercher, Innsbruck / D. Geissler, Klagenfurt /

A. Lang, Feldkirch

Hämolyse zur Weihnacht, unklare Eosinophilie

P. Bettelheim, Linz

23-jährige Patientin mit Bauchschmerzen, Lymphomen, LDH-Erhöhung

G. Tschurtschenthaler, Linz

Mixed Lineage Leukemia

D. Geissler, Klagenfurt

33 Monate Gesamtüberleben

gab es noch nie beim Ras-Wildtyp
(Subset) metastasierenden Kolorektal-
karzinom in der Erstlinienbehandlung
in einer Phase III Studie.¹⁻⁶

**Bitte beachten Sie die Änderung
in der Zulassung!**



Merck Oncology | *Combination is key*

1 OPUS-NRAS-analyse: Tejpar S. et al.; Abstract : LBA444 ;Citation: J Clin Oncol 32, 2014 (suppl 3; abstr LBA444). 2 CORE-2-NRAS-Analyse: Brodowicz Th. et al.; Abstract: LBA391; Citation: J Clin Oncol 32, 2014 (suppl 3; abstr LBA391). 3 Heinemann V et al.; Onkologie 2013 October 36 (suppl 7):104; Abstract No: V388. 4 Stintzing S, et al.; European Journal of Cancer 2013 49 (Suppl 3): s8-9; Abstract No: LBA17. 5 Modest D, et al.; Annals of oncology 2013 24 (Suppl 4): iv11-24; Abstract No: O-0029. 6 Heinemann V, et al.; Journal of clinical oncology 2013 31(suppl): abstr LBA3506

Donnerstag 10. April 2014

13:45–15:00 Future Demands: Saal Innsbruck
Zukunft der Medizinischen Universitäten

Vorsitz: H. Samonigg, Graz / G. Gastl, Innsbruck

Herausforderungen und Defizite des neuen Curriculums
angefragt

Limitierungen der klinischen Forschung
R. Greil, Salzburg

Entakademisierung der ärztlichen Ausbildung/Karriere
C. Brezinka, Innsbruck

Diskussion:

Vorsitzende und Referenten

Mitglied des Rektorats

Programmleiter des PHD Studiums „Clinical Cancer Research“
W. Hilbe, Innsbruck

Assistentin in Ausbildung und ehemalige ÖH-Vorsitzende
G. Gamerith, Innsbruck

13:45–15:00 Seltene gastrointestinale Tumoren Saal Strassburg

Vorsitz: W. Eisterer, Innsbruck / M. Raderer, Wien

Magenkarzinom – new drugs, new hopes?
E. Wöll, Zams

Medikamentöse Therapie der nicht-pankreatischen NET
M. Raderer, Wien

Pseudomyxoma peritonei – Systematik und therapeutische Optionen?
M. Zitt, Innsbruck

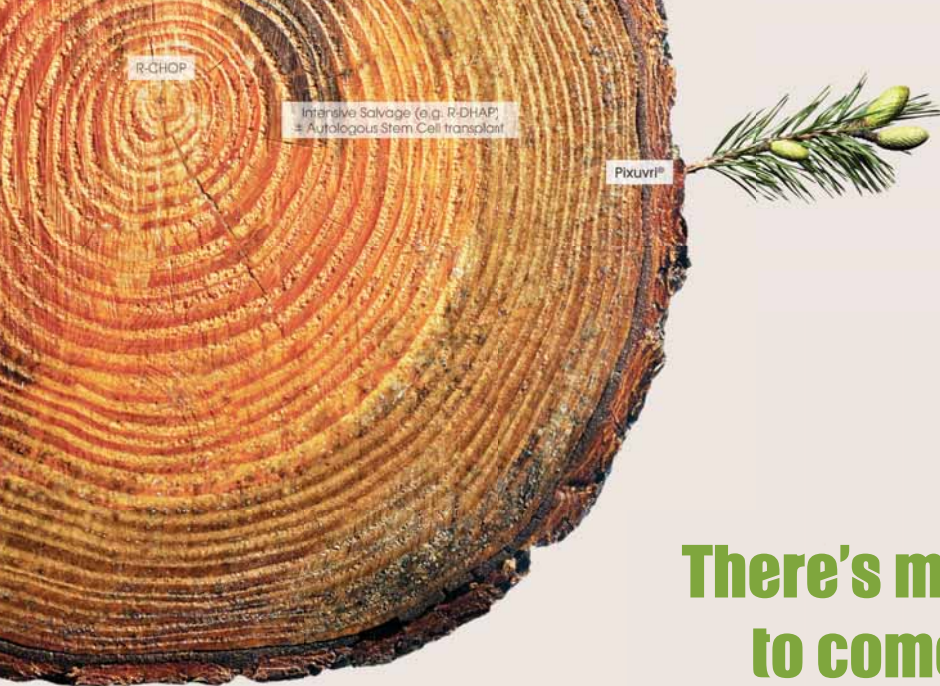
13:45–15:00 Palliativmedizin Saal Freiburg

Vorsitz: E. Medicus, Innsbruck / W. Weyrer, Innsbruck

Palliative Sedierung
A. Zabernigg, Kufstein

Palliativmedizin und Intensivstation – ein Widerspruch?
B. Friesenecker, Innsbruck

Wir lassen Patienten sterben: dürfen wir das?
J. Wallner, Wien



There's more to come

Pixuvri® ist als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit mehrfach rezidiertem oder refraktärem aggressivem Non-Hodgkin-B-Zellen-Lymphom (NHL) indiziert.*¹

NEU

Pixuvri®
(PIXANTRONE)

Erweitert die Optionen bei aggressivem NHL

*Der Nutzen der Pixantron-Behandlung ist nicht bewiesen bei einer Anwendung als Fünft- und Mehrlinientherapie bei Patienten, die refraktär gegen die vorausgegangene Therapie waren.

R-CHOP = Rituximab, Cyclophosphamid, Doxorubicin, Vincristin, Prednison.
R-DHAP = Rituximab, Dexamethason, Cytarabin, Cisplatin

Verkürzte Gebrauchsinformation: Pixuvri® (Pixantron)
Pixuvri® Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung.
Zusammensetzung: Jedes Fläschchen enthält Pixantron 29mg (als Dimaleat) **Andere Bestandteile:** Natriumchlorid, Laktosemonohydrat
Indikationen: Die Monotherapie mit Pixuvri ist indiziert bei erwachsenen Patienten mit mehrfach rezidiertem oder therapierefraktärem aggressivem Non-Hodgkin-B-Zell-Lymphom (NHL). Der Nutzen der Pixantron-Behandlung ist nicht erwiesen bei Anwendung als Fünft- und Mehrlinientherapie bei Patienten, die refraktär gegen die vorausgegangene Therapie waren. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegen Pixantronmaleat oder irgendwelche der Trägerstoffe. Immunisierung mit Lebendimpfstoffen. Starke Knochenmarksuppression. Schwere abnormale Leberfunktion. **Pharmakotherapeutische Gruppe:**

Antineoplastische Wirkstoffe, Anthracycline und zugehörige Substanzen. ATC-Code: L01DB11 **Andere Bestandteile:** Natriumchlorid, Laktosemonohydrat **Schwangerschaft und Stillzeit:** Gebärfähige Frauen und ihre Partner müssen darüber informiert werden, Schwangerschaften zu verhüten. Pixuvri wird während der Schwangerschaft und für gebärfähige Frauen, die keine Empfängnisverhütung anwenden, nicht empfohlen. Es ist nicht bekannt, ob Pixuvri oder dessen Stoffwechselprodukte in die Muttermilch ausgeschieden werden. Das Stillen ist während der Behandlung zu unterbrechen. **Verkaufsbeschränkung:** Verschreibungs- und apothekenpflichtig. **Zulassungsinhaber:** CTI Life Sciences Limited, BioPark, Broadwater Road, Welwyn Garden City, Herts. AL7 3AX, GB. **Weitere Informationen zu Dosierung, Verabreichungsmethode, besonderen Warn-**

hinweisen und Vorsichtsmaßnahmen bei der Anwendung, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen siehe bitte der veröffentlichten Gebrauchsinformation auf der EMA-Website www.ema.europa.eu Datum der Erstellung der Gebrauchsinformation (SPC): Juli 2012.

Literatur **1.** Pixuvri Summary of Product Characteristics, August 2013

Erstellungsdatum: September 2013
PIX-AT-09-2013-0007

 **cti**
Making cancer more treatable®

Donnerstag 10. April 2014

15:30–17:00 **Eröffnung – Aufbruch in die Moderne –** **Saal Innsbruck**
die Hämatologie und medizinische Onkologie im 21. Jahrhundert

Vorsitz: G. Gastl, Innsbruck / H. Samonigg, Graz

Begrüßung

G. Gastl, Innsbruck

Eine Reise in die Zukunft – Trends, die unser Leben, die Gesellschaft und Wirtschaft, unter besonderer Berücksichtigung des Gesundheitsbereiches bis 2020/2025 verändern werden.

G. Dueck, Waldhilsbach

Preisverleihung

H. Samonigg, Graz

Jeden Tag mit Leben füllen! Meine Therapie: SUTENT[®]



5. Jänner



Schiurlaub

16. April



Start Golfkurs

11. November



Ganslessen

24. Dezember



Weihnachtsfeier mit der Familie

SUTENT[®] – gute Wirksamkeit bei mRCC³:

- 11 Monate progressionsfreies Überleben
- 26,4 Monate medianes Gesamtüberleben
- 47 % Objektives Ansprechen

Fachkurzinformation siehe Seite 60

1 SUTENT[®] Fachinformation März 2013

2 NCCN Practice Guidelines in Oncology: Kidney Cancer v1.2013

3 Motzer RJ et al. J Clin Oncol 2009;27:3584-90



www.pfizeroncology.at
Pfizer Corporation Austria G.m.b.H., Wien



www.pfizer.at



Weil jeder Tag zählt

Freitag 11. April 2014

08:00–09:15 Hämoglobinopathien – Saal Innsbruck
State of the Art von Diagnose & Management*Vorsitz: R. Dickerhoff, Düsseldorf / C. Sillaber, Wien**Management der Sichelzellerkrankung des Erwachsenen*
*R. Dickerhoff, Düsseldorf**Management der Thalassämie des Erwachsenen*
*C. Sillaber, Wien**Spezielle Probleme: Schwangerschaft und perioperatives*
Management
*A. Piccin, Bozen***08:00–09:15 Weichteilsarkome: Saal Strassburg**
Rolle der gezielten Tumorthherapie*Vorsitz: T. Brodowicz, Wien / G. Pall, Innsbruck**Diagnostik: State of the Art und Ausblick in die Zukunft*
*B. Liegl-Atzwanger, Graz**Histologie und Molekularpathologie haben therapeutische*
Bedeutung
*F. Ploner, Graz**Laufende und geplante Studien: Einfluss auf die Praxis*
*W. Eisterer, Innsbruck***08:00–09:15 Stammzelltransplantation Saal Freiburg***Vorsitz: H. Greinix, Wien / C. Peters, Wien**Salvagetherapie bei rezidivierter/refraktärer AML vor allogener*
Stammzelltransplantation
*J. Schetelig, Dresden**Haploidente Stammzelltransplantation*
*H. Greinix, Wien**Zelluläre Immuntherapie von B-Zell-Malignomen mit genetisch*
modifizierten CD19-spezifischen T-Zellen
C. Rössig, Münster

Freitag 11. April 2014

08:00–09:15 EDV Systeme in der Hämatologie und Onkologie**Saal Grenoble***Vorsitz: M. Fridrik, Linz / M. Mitterer, Meran*SAP-KIS integrierte Tumordatenbank
M. Fridrik, Linz„Saratiba“ – Ein Expertensystem zum Management onkologischer Patienten
*M. Mitterer, Meran*CHES – eine Software zur elektronischen Erhebung von Patient-reported Outcomes
*B. Holzner, Innsbruck***09:45–11:00 Young Investigators Meeting****Saal Innsbruck***Vorsitz: M. Steurer, Innsbruck / A. Wölfler, Graz*Nilotinib induces Pro-Atherogenic and Anti-Angiogenic Effects on Human Vascular Endothelial Cells: A Potential Explanation for Drug-induced Vasculopathies in CML Patients
*E. Hadzijušufovic, Wien*DNA methylation transcriptionally regulates the tumor cell growth suppressor ZNF677 in non-small cell lung cancers
*G. Heller, Wien*The Spiegelmer® NOX-A12 mobilizes CLL cells from lymphoid organs and prevents their recirculation
*E. Hinterseer, Salzburg*Chronic Lymphocytic Leukemia Cells with Trisomy 12 Home to the Bone Marrow in a CXCR4-independent Manner
*E. Hutterer, Salzburg*Identification and Characterization of a Neoplastic Stem Cell in Human Mast Cell Leukemia
*G. Eisenwort, Wien*Overexpression of miR-23a, miR-24 and miR-15a in acute myeloid leukemia with loss of the RAF kinase inhibitor protein
*M. K. Küpper, Graz***09:45–11:00 Myelom Plattform****Saal Freiburg***Vorsitz: W. Willenbacher, Innsbruck*

Freitag 11. April 2014

**09:45–11:00 Integrative Medizin:
Gemeinsame Sitzung der ÖGHO-AHOP**

Saal Brüssel

Vorsitz: G. Gastl, Innsbruck / W. Hofer, Wien

Kompetenznetzwerk für Komplementärmedizin (KOKON)
M. Horneber, Nürnberg

Komplementäre Pflege in der Onkologie
B. Geiger, Richterswil

Integrative Onkologie in der Wahlarztpraxis
I. Rathke-Valencak, Linz

11:30–12:45 Myeloproliferative Neoplasien

Saal Innsbruck

Vorsitz: H. Gisslinger, Wien / M. Steurer, Innsbruck

Biologie und Genetik der MPN
H. Rumpold, Linz

Klinische Relevanz der CALR-Mutationen bei MPN
H. Gisslinger, Wien

Nicht nur JAK-Inhibitoren: neue Therapieansätze bei der
Myelofibrose
M. Steurer, Innsbruck

11:30–12:45 Lungenkarzinom – individualisierte Strategien

Saal Strassburg

Vorsitz: R. Pirker, Wien / F. Ploner, Graz

Kurative Resektion singulärer Metastasen
G. Gamerith, Innsbruck

Lung Cancer Project
M. Filipits, Wien

EML4ALK beim NSCLC
G. Absenger, Graz

AmBisome® – von Anfang an¹



Vertrauen Sie bei vermuteten und gesicherten Systemmykosen auf mehr als 22 Jahre Erfahrung²

- **Unübertroffene Wirksamkeit^{3,4,5,6}**
- **Umfassendes Wirkspektrum, auch bei Mucormykosen^{7,8,9}**
- **Gute Verträglichkeit durch liposomale Formulierung^{3,10}**

AmBisome®
Liposomales Amphotericin B



Von Anfang an¹

Fachkurzinformation:

AmBisome 50mg Pulver zur Herstellung einer Infusionslösung **Pharmakotherapeutische**

Gruppe: Antimykotika zur systemischen Anwendung, Antibiotika; **ATC-Code:** J02AA01.

Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 1 Durchstechflasche enthält 50mg Amphotericin B eingebettet in Liposomen. Nach der Rekonstitution enthält das Konzentrat 4mg/ml Amphotericin B. Sonstige Bestandteile: Hydriertes Sojaphosphatidylcholin, Cholesterol, Distearoylphosphatidylglycerol, Saccharose, Dinatriumsuccinat-Hexahydrat, α -Tocopherol, Natriumhydroxid-Lösung (zur pH-Einstellung), Salzsäure-Lösung (zur pH-Einstellung) **Anwendungsgebiete:** AmBisome ist angezeigt zur -Behandlung von schweren systemischen und/oder tiefen Mykosen. Zu den erfolgreich mit AmBisome behandelten Mykosen gehören disseminierte Candidose, Aspergilllose, Kryptokokkenmeningitis, Mucormykose und chronisches Myzelom. -empirischen Behandlung von vermuteten Pilzinfektionen bei Patienten mit febriler Neutropenie. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der Bestandteile, außer wenn nach Meinung des Arztes die zu behandelnde Infektion lebensbedrohlich ist und nur mit AmBisome behandelt werden kann. **Zulassungsinhaber:** Gilead Sciences International Limited, Granta Park, Abington, Cambridge CB21 6GT, Großbritannien **NR, apothekenpflichtig.**

Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, sowie Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

Datum der Erstellung: Februar 2014
131/AT/14-02/PM/1090

Referenzen:

1. AmBisome Fachinformation, Mai 2013.
2. Richardson and de Pauw., Clin Microbiol Infect 2008;14(S4):1-4.
3. Walsh TJ et al., NEJM 1999;340:764-771.
4. Kuse ER et al., Lancet 2007;369: 1519-1527.
5. Walsh TJ et al., NEJM 2002;346:225-234.
6. Walsh TJ et al., NEJM 2004;351:1391-1402.
7. Lass-Flörl C et al., Antimicrob Agents Chemother 2008;52(10):3637-3641.
8. Ellis D et al., J Antimicrob Chemother 2002;49(1):7-10.
9. Cuenca-Estrella M et al., Antimicrob Agents Chemother 2006;50(3):917-920.
10. Prentice et al., Br J Haematol 1997;98:711-718.



Freitag 11. April 2014

11:30–12:45 MDS

Saal Freiburg

Vorsitz: P. Valent, Wien / M. Pfeilstöcker, Wien

Molecular Biology of MDS

J. Jansen, Nijmegen

Therapie der low-risk MDS

R. Stauder, Innsbruck

Therapie der high-risk MDS

L. Pleyer, Salzburg

**11:30–12:45 Ernährung und Hämatoonkologie:
Nutrition goes science?**

Saal Grenoble

Vorsitz: F. Keil, Wien / E. Wöll, Zams

Ernährungszustand, Ernährungstherapie und Prognose

Onkologischer Patienten im Krankenhaus

M. Hiesmayr, Wien

Lipidstoffwechsel und Tumorkachexie

E. Stadelmeyer, Graz

Ernährung und Strahlentherapie

A. De Vries, Feldkirch

Prognostische Relevanz der Tumorkachexie und

Therapiemöglichkeiten

F. Keil, Wien

14:45–15:45 Posterbegehung in der Posterausstellung

Künstler Foyer

Hämatologie – Vorsitz: A. Böhm, Linz / G. Hopfinger, Salzburg

Onkologie – Vorsitz: W. Eisterer, Innsbruck / A. Lang, Feldkirch

Klinische Studien – Vorsitz: M. Fridrik, Linz

Posterübersicht ab Seite 32

14:45–15:45 MDS Plattform

Saal Freiburg

Vorsitz: Michael Pfeilstöcker, Wien

Votrient[®]
pazopanib
für eine lebenswerte Zeit.

**Orale Erstlinien-Therapie für das
fortgeschrittene Nierenzellkarzinom¹**



Fachkurzinformation siehe Seite 60

Referenzen:

1. Fachinformation Votrient, Stand Nov. 2013.

AT/PAZ/0001a/14 Februar 2014



Freitag 11. April 2014

14:45–15:45 StudentInnen Seminar 1

Saal Grenoble

Vorsitz: G. Gastl, Innsbruck / A. Petzer, Linz

Ausbildung zum Hämato-/Onkologen – eine persönliche Darstellung
A. Pircher, Innsbruck

Clinical PHD, Programm "Clinical Cancer Research"
W. Hilbe, Innsbruck

Therapiesäulen in der Onkologie
J. König, Linz

15:45–17:00 Multiples Myelom

Saal Innsbruck

Vorsitz: H. Ludwig, Wien / E. Gunsilius, Innsbruck

Clonal evolution and molecular pathogenesis of multiple myeloma
N. Zojer, Wien

Progress in understanding the pathophysiology, diagnosis and in
management of myeloma bone disease
E. Terpos, Athen

The role of new imaging techniques in staging, prognostication and
response evaluation
J. Hillengass, Heidelberg

15:45–17:00 Mammarkarzinom NEWS

Saal Strassburg

Vorsitz: G. Steger, Wien / H. Stöger, Graz

Was spricht für eine Primärtumoroperation beim metastasierten
Mammarkarzinom?
M. Balic, Graz

HER2-Blockade: Je mehr, desto besser?
R. Bartsch, Wien

Das Triple Negative Mammarkarzinom: eine therapeutische
Herausforderung?
S. Gampenrieder, Salzburg

Freitag 11. April 2014

**15:45–17:00 Inhibitoren des BCR-Signalwegs bei CLL und NHL: Saal Freiburg
zukünftige Standardtherapie(?)**

Vorsitz: R. Greil, Salzburg / P. Neumeister, Graz

Biologische Bedeutung des BCR Signalwegs bei CLL/NHL

A. Egle, Salzburg

Hemmung des BCR-Signalwegs bei CLL und indolenten NHL

T. Nösslinger, Wien

Hemmung des BCR-Signalwegs bei aggressiven NHL

M. Fridrik, Linz

15:45–17:00 StudentInnen Seminar 2 Saal Grenoble

Vorsitz: A. Weltermann, Linz / R. Stauder, Innsbruck

Meilensteine in der Hämatologie

K. Lechner, Wien

Diagnose Krebs und Lebensqualität

A. Zabernigg, Kufstein

Allogenen Transplantation – die maximale Immuntherapie

A. Böhm, Linz

Samstag 12. April 2014

08:00–09:00 OeGHO Mitgliederversammlung

Saal Strassburg

09:15–10:45 Plenarsitzung: Häma & Onko News 2013/14

Saal Innsbruck

Vorsitz: H. Sill, Graz / R. Greil, Salzburg

Hämatologie

H. Ludwig, Wien

Solide Tumoren

E. Wöll, Zams

**11:00–12:00 Innovative Drug Development in Oncology –
A Paradigm Shift**

Saal Innsbruck

Vorsitz: C. Dittrich, Wien / H. Zwierzina, Innsbruck

Challenges of Early Clinical Drug Development

C. Dittrich, Wien

Biomarkers for Immuno-Oncology Therapies: Understanding Tumor-
Host Networks

H. Zwierzina, Innsbruck

Scientific Basis and Translational Research for Combination Therapy

Y. Yarden, Rehovot

11:00–12:00 AML

Saal Strassburg

Vorsitz: P. Valent, Wien / K. Geissler, Wien

Prognostische und therapeutische Bedeutung von neuen molekularen
Markern bei der AML

H. Döhner, Ulm

Epigenetische Therapien und Zielstrukturen bei AML: Update 2014

P. Valent, Wien

Konsolidierung und Erhaltungstherapie beim älteren Patienten mit AML

W. Sperr, Wien

**11:00–12:00 Future Demands: Bedarfsprüfung für eine
onkologische Versorgung der Zukunft**

Saal Grenoble

Vorsitz und Moderation: H. Samonigg, Graz

Referent: B. Güntert, Hall/Tirol

Diskussion

See SURVIVAL in a Different Light Look to JEVTANA®

Viele Ihrer mCRPC Patienten erfüllen die Kriterien für eine Behandlung mit **JEVTANA®** und zeigen gute Voraussetzungen für einen signifikanten Überlebensvorteil.¹

- Therapiekontinuum bei mCRPC: Docetaxel vor **JEVTANA®**
- Chance auf 2 ½ Jahre Überlebenszeit für Ihre Patienten²

Fachkurzinformation siehe Seite 60

Samstag 12. April 2014

11:00–12:00 CML Plattform

Saal Freiburg

Vorsitz: S. Schmidt, Innsbruck

12:15–13:15 CML

Saal Innsbruck

Vorsitz: A. Petzer, Linz / J. Thaler, Wels

Kardiovaskuläre Nebenwirkungen von Tyrosinkinaseinhibitoren in der CML

P. Valent, Wien

Aktuelles Management der CML

S. Schmidt, Innsbruck

12:15–13:15 Immuntherapie

Saal Strassburg

Vorsitz: G. Gastl, Innsbruck / D. Wolf, Bonn

Immunosurveillance & tumor-induzierte Immunsuppression

D. Wolf, Bonn

Krebsimmuntherapie durch Targeting immunzellulärer Signalwege

G. Baier, Innsbruck

Immuntherapie des Melanoms – Stand & Perspektive

C. Höller, Wien

12:15–13:15 Hämostaseologie

Saal Freiburg

Vorsitz: M. Steurer, Innsbruck / A. Weltermann, Linz

Altersadjustiertes D-Dimer in der Primärdiagnostik der VTE

A. Weltermann, Linz

Diagnostik des Antiphospholipidantikörpersyndroms

T. Gary, Graz

NOAKs beim Tumorpatienten

C. Feistritzer, Innsbruck

Wie hoch muss das jährliche VTE-Rezidivrisiko betragen, damit eine Langzeitantikoagulation sinnvoll ist?

S. Eichinger, Wien

Poster Hämatologie**P01 – P08****Lymphome**

- **P01 Autologous stem cell transplantation with BeEAM (bendamustine, etoposide, cytarabine, melphalan) in aggressive NHL and Hodgkin's Lymphoma**
T. Noesslinger, Wien
- **P02 18 Months Follow-up: Continuous CR with Good QoL following Brentuximab Vedotin in a Patient with Multiple-Refractory Hodgkin Lymphoma**
J. Drach, Graz
- **P03 Hohe Expression von microRNA-199a_1 und microRNA-497_1 ist assoziiert mit besserem Überleben bei Patienten mit aggressivem Non-Hodgkin-Lymphom**
K. Troppan, Salzburg
- **P04 LFA-1 (CD18/CD11a) in Chronic Lymphocytic Leukemia – Increased Expression in Trisomy 12 cases due to Demethylation and Microenvironmental Regulation**
E. Hutterer, Innsbruck

Multiples Myelom

- **P05 In-vitro Anti-Myeloma Activity of the Iron Chelator Deferasirox (DFX)**
E. Willenbacher, Innsbruck
- **P06 Sustained VGPR in a refractory multiple myeloma patient with oral Cyclophosphamide and Dexamethasone**
N. Steiner, Innsbruck
- **P07 In-vitro Anti-Myeloma Activity of Pixantrone (PIX)**
E. Willenbacher, Innsbruck
- **P08 Third Line Therapy of Multiple Myeloma (MM) in Austria: A report from the Austrian Myeloma Registry**
E. Willenbacher, Innsbruck

Poster Hämatologie

P10 – P17

Akute Leukämien

- **P10** Selektion eines prae-existenten TP53 mutierten Klons durch zytotoxische Behandlung bei einem Patienten mit Therapie-assoziiierter AML (t-AML)
E. Schulz, Graz
- **P11** RAF kinase inhibitor protein inhibits 1,25-dihydroxyvitamin D3 induced myelomonocytic differentiation of HL-60 acute myeloid leukemia cells
O. Wolf, Graz
- **P12** Defizienz der Basen-Exzisions-Reparatur (BER) bei akuter myeloischer Leukaemie (AML)
K. Lind, Graz
- **P13** Myeloid progenitors contribute to formation of plasmacytoid dendritic cells in the thymus
A. Wölfler, Graz
- **P14** Orale Fettzufuhr waehrend des stationaeren Aufenthalts bei Patienten unter Posaconazol
J. Kosi, Leoben
- **P15** A rare case of precursor B-cell acute lymphoblastic leukemia presenting with osteolytic bone lesions and overexpression of VLA-4 and CXCR4
E. Hinterseer, Salzburg

Transplantation

- **P16** Delayed hematopoietic recovery in two patients treated with tigecycline after autologous stem cell transplantation
B. Huber-Krassnitzer, Graz
- **P17** Umbilical cord blood transplantation in acute leukemia – the Graz experience
A. Valentin, Graz

Poster Hämatologie

P18 – P25

CML/MPN

- **P18 Identification of BRD4 as a novel epigenetic target and marker in aggressive systemic mastocytosis and mast cell leukemia**
G. Wedeh, Wien
- **P19 Updated report of the Austrian CML registry**
S. Schmidt, Innsbruck
- **P20 Adverse events reported to a the Austrian CML registry**
S. Schmidt, Innsbruck
- **P21 Rapid identification of compound mutations in patients with Ph-positive leukemias by long-range next generation sequencing**
A. Zopf, Linz
- **P22 Identification of a TPR-FGFR1 fusion in a patient with 8q11 myeloproliferative syndrome and a novel ins(1;8)(q25;p11p23)**
T. Malli, Linz
- **P23 The Ki-1 antigen (CD30) as a novel marker and therapeutic target in neoplastic mast cells in advanced mastocytosis**
K. Blatt, Wien

MDS

- **P24 PPT and VES-13 in elderly cancer patients: evaluation in multidimensional geriatric assessment and prediction of survival**
J. Augschöll, Innsbruck
- **P25 Assessment of quality of life – a comparison of a German reference population, a cohort from an Innsbruck senior fair and MDS-patients**
A. Rieger, Innsbruck

Poster Onkologie**P26 – P34****Supportivtherapie**

- **P26 SOMPAS: Eine prospektive, nicht-interventionelle Studie des Managements der symptomatischen Chemotherapie-induzierten Anaemie (CIA) bei Patienten mit Kolorektal-, Mamma- oder Lungenkarzinom in Oesterreich**
R. Kolb, Wels
- **P27 A cross-section study evaluating patients' satisfaction with totally implanted access ports (PAC). Final update**
C. Minichsdorfer, Wien

Cancer General

- **P28 Soluble EpCAM in Malignant Ascites Predicts Poor Survival in Patients Treated with Catumaxomab**
A. Seeber, Innsbruck
- **P29 Bewegung als Tumorprävention: Wissen und Wahrnehmung dieser Gesundheitsförderung in der Bevölkerung**
B. Drach-Schauer, Wien

Experimental Cancer Research

- **P30 MiR-96-5p level influences cellular growth and survival in colorectal cancer**
A.L. Ress, Graz
- **P31 Drug Transporter-Dependent Chemoresistance of Ovarian Cancer Stem Cells**
M. Boesch, Innsbruck
- **P32 First results of the Praemarker08 study: Soluble and cellular biomarkers and functional imaging during anti-angiogenic therapy in cancer patients**
A. Pircher, Innsbruck
- **P33 Development of a novel 3D tri-culture system in an in vitro non-small cell lung cancer (NSCLC) model**
A. Amann, Innsbruck
- **P34 The role of apelin in lymphangiogenesis and lymph node metastasis**
V. Laszlo, Wien

Poster Onkologie**P35 – P43****Gastrointestinal Cancer Research**

- **P35** **The preoperative C-reactive protein (CRP) and fibrinogen level predicts clinical outcome in patients with stage III colon cancer**
M. Stotz, Graz
- **P36** **Combination of tumor markers CEA and CA19-9 improves the prognostic prediction in patients with pancreatic cancer**
D. Reitz, Graz
- **P37** **Truncated EpCAM variant (EpCAMMT) is associated with a more aggressive phenotype and predicts poor overall survival in colorectal cancer**
A. Seeber, Innsbruck
- **P38** **MiR-200a regulates epithelial to mesenchymal transition and determines prognosis in colorectal cancer patients**
A.L. Röss, Graz
- **P39** **External validation of the derived neutrophil to lymphocyte ratio as a prognostic marker on a large cohort of pancreatic cancer patients**
F. Seggewies, Graz
- **P40** **The lymphocyte to monocyte ratio in peripheral blood represents a novel prognostic marker in patients with pancreatic cancer**
M. Stotz, Graz
- **P41** **Validation of C-reactive protein levels as a prognostic indicator for survival in a large cohort of pancreatic cancer patients**
M. Stotz, Graz
- **P42** **MiRNA expression differences in colon cancer stages I/II and III**
M. Rammer, Linz
- **P43** **Analyse des Österreichischen Registers für Gastrointestinale Stromatumore**
T. Kühr, Wels-Grieskirchen

Poster Onkologie**P44 – P51****Urogenital Cancers**

- **P44** High pre-operative monocyte-lymphocyte ratio (MLR) represents a poor prognostic factor in non-metastatic clear cell renal cell carcinoma
A. Bezan, Graz
- **P45** High pre-operative plasma fibrinogen levels represent a negative prognostic factor regarding cancer-specific, metastasis-free and overall survival in renal cell carcinoma
A. Bezan, Graz
- **P46** Evaluierung der Wertigkeit der präoperativen Neutrophilen-Lymphozyten-Ratio als Prognosefaktor bezüglich des krebsspezifischen-, metastasenfreien- und Gesamtüberlebens von Nierenzellkarzinompatienten
A. Bezan, Graz

Breast Cancer

- **P47** Ki-67 und Grading als Therapieentscheidungshilfe bei nicht-metastasiertem Mammacarcinom
D. Lenger, Linz
- **P48** TP53 codon 72 polymorphism and association with TP53 mutation in triple-negative breast cancer (TNBC) patients
M. Fördermayr, Linz
- **P49** T-DM1 in Her2-positive breast cancer brain metastases (BM)
R. Bartsch, Wien

Lung Cancer

- **P50** Activin A is novel circulating biomarker in lung cancer
A. Rozsas, Wien
- **P51** Relevanz von PET Untersuchungen im Staging und prognostische Bedeutung des metabolischen Ansprechens beim neoadjuvant therapierten NSCLC im Stadium IB-IIIa
F. Kocher, Innsbruck

Poster Onkologie

P52 – P58

- **P52** **Dacomitinib + pemetrexed for patients with advanced non-squamous non-small cell lung cancer (NSCLC): a phase I CECOG trial to identify a dose of dacomitinib in combination with pemetrexed that is safe and tolerated as determined by the incidence of dose l**
G. Pall, Innsbruck
- **P53** **Multicenter Phase II Study evaluating Dxl/Cis as Induction Regimen prior to Surgery or Radiochemotherapy in Stage II-IIIB NSCLC Patients (TAX-AT 1.203).**
F. Kocher, Innsbruck

Orphan Cancers

- **P54** **Preinterventional serum albumin level as an independent prognostic factor in patients with malignant pleural mesothelioma**
T. Klikovits, Wien
- **P55** **Activin (Beta)A is a novel circulating biomarker in malignant pleural mesothelioma patients**
M.A. Hoda, Wien
- **P56** **Efficacy of sorafenib in a patient with metastatic high grade thymic carcinoma**
C. Suppan, Graz
- **P57** **Partielle Remission unter neoadjuvanter Therapie mit Everolimus bei 51-jähriger Patientin mit Lymphangioleiomyomatose**
F. Eisner, Graz
- **P58** **Individualisierter Therapieansatz bei der Radionuklidpeptidtherapie von metastasierten neuroendokrinen Tumoren – Erste Ergebnisse des TumorZentrums am Linzer AKh.**
M. Gabriel, Linz

Klinische Studien

K01 – K09

- **K01** HD18 für fortgeschrittene Stadien: Therapieoptimierungsstudie in der Primaertherapie des fortgeschrittenen Hodgkin Lymphoms: Therapiestratifizierung mittels FDG-PET
R. Greil, Salzburg
- **K02** HD17 für intermediaere Stadien: Therapieoptimierungsstudie in der Primaertherapie des intermediaeren Hodgkin Lymphoms: Therapiestratifizierung mittels FDG-PET
R. Greil, Salzburg
- **K03** HD16 für frühe Stadien: Therapieoptimierungsstudie in der Primaertherapie des frühen Hodgkin Lymphoms: Therapiestratifizierung mittels FDG-PET
R. Greil, Salzburg
- **K04** NHL7-2008/A: Prospektiv randomisierte Studie zur Therapieoptimierung (Primärtherapie) fortgeschrittener progredienter follikulärer und anderer niedrig maligner sowie Mantelzell Lymphome
M. Fridrik, Linz
- **K05** AGMT_PTCL-Reg: PATIENTENREGISTER Erhebung epidemiologischer Daten von T-Zell Lymphomen in Österreich
R. Greil, Salzburg
- **K06** AGMT_CML-1: Phase 1 study to evaluate the feasibility and efficacy of the addition of P1101 (PEG-Proline-Interferon alpha-2b)
J. Thaler, Wels
- **K07** AGMT_Vidaza Register: VIDAZA® in patients with MDS, CMML, or AML
R. Greil, Salzburg
- **K08** AGMT-ALL Reg: PATIENT REGISTRY Registry and Biobank for the collection of clinical data and biomaterial from adult ALL patients
A. Hauswirth, Wien
- **K09** Update CACOCA Trial (cardiovascular complications of cancer treatment)
F. Kocher, Salzburg

Klinische Studien

K10 – K17

- **K10** AGMT_MBC 6: Capecitabine in combination with Bendamustine in women with pretreated locally advanced or metastatic Her2-negative breast cancer, a Phase II Trial
R. Greil, Salzburg
- **K11** AGMT_Sport-1: Randomized trial of exercise training in postmenopausal patients with hormone-receptor positive breast cancer undergoing treatment with aromatase inhibitors
R. Greil, Wien
- **K12** ABCSG 28 Primaere Operation bei SYnchron meTastasiertem InVasivEm Brustkrebs – die POSYITIVE-Studie
R. Bartsch, Wien
- **K13** ABCSG-34 Prospektive, offene, randomisierte Phase II Studie einer therapeutischen Impfung gegen Krebs (L-BLP25) in der praeoperativen Behandlung von primaerem Brustkrebs
R. Bartsch, Wien
- **K14** ABCSG 36/ Phase-III-Studie zur Evaluierung von Palbociclib (PD-0332991), in Patienten (HR pos, Her2-normalem) primaerem Brustkrebs mit Rückfallrisiko nach neoadjuvanter Chemotherapie
R. Bartsch, Wien
- **K15** ABCSG 37 Studie zur neoadjuvanten Therapie mit Trastuzumab plus/minus BKM120, mit Paclitaxel bei HER2-positivem, PIK3CA wildtyp /PIK3CA mutiertem primaerem Mammakarzinom
R. Bartsch, Wien
- **K16** ABCSG 38 Studie zum Vergleich von neoadjuvanterem Letrozol plus GDC-0032/ Placebo bei postmenopausalen Frauen mit ER-positivem/HER2-negativem Brustkrebs im Frühstadium
R. Bartsch, Wien
- **K17** AGMT_HNO 2: Randomisierte Phase II Pilot Studie: Induktionstherapie mit Docetaxel, Cisplatin und Cetuximab versus Docetaxel, Cisplatin und 5 FU gefolgt von Radioimmuntherapie mit Cetuximab bei lokal fortgeschrittenen oder inoperablen Kopf-Hals Tumoren
F. Keil, Salzburg

Klinische Studien

K18 – K23

- **K18** **AGMT_HNO_Reg: PATIENTENREGISTER** Prospektive Datenerhebung der Therapie bei Patienten mit lokal fortgeschrittenen und rezidivierenden/metastasierenden Kopf-Hals-Tumoren
R. Greil, Feldkirch

- **K19** **AGMT_ERCC1: Pilotstudy: Biomarker directed treatment in metastatic colorectal cancer**
A. Lang, Salzburg

- **K20** **AGMT_LMR: PATIENTENREGISTER** Chirurgische Resektion von Lebermetastasen
R. Greil, Wien

- **K21** **LM02 Phase II Studie zur Wirksamkeit und Sicherheit von Panitumumab mit FOLFIRI bei unbehandeltem RAS-Wildtyp Kolorektalkarzinom mit potenziell operablen Lebermetastasen**
R. Bartsch, Zams

- **K22** **AGMT_GASTRIC 5: PATIENT REGISTRY: 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**
E. Wöll, Wien

- **K23** **ABCSG P00** Prospektive, randomisierte, multizentrische, Studie zur Evaluierung des Effektes von Fibrin-Kollagen Vlies auf die Wundheilung bei einer Bauspeicheldrüsenkopffentfernung
R. Bartsch, Wien

Donnerstag 10. April 2014

16:00–19:00 **AHOP-Vorstandssitzung**

Saal New Orleans

Freitag 11. April 2014

08:30–09:30 **Eröffnungssitzung**

Saal Brüssel

Vorsitz: J. Trattner, Graz / S. Nessler, Innsbruck

Eröffnung

W. Hofer, Wien / G. Gastl, Innsbruck / F. Mannsberger, Innsbruck

Begegnung mit der Angst: eine Herausforderung in der onkologischen Pflege

G. Schauer-Maurer, Innsbruck

Nebenwirkungs-Workshops - ein neues AHOP-Angebot

M. Röthlin, Linz

09:45–11:00 **Integrative Medizin:
Gemeinsame Sitzung der ÖGHO-AHOP**

Saal Brüssel

Vorsitz: G. Gastl, Innsbruck / W. Hofer, Wien

Kompetenznetzwerk für Komplementärmedizin (KOKON)

M. Horneber, Nürnberg

Komplementäre Pflege in der Onkologie

B. Geiger, Richterswil

Integrative Onkologie in der Wahlarztpraxis

I. Rathke-Valencak, Linz

11:00–12:30 **Cancer Nurse**

Saal Brüssel

Vorsitz: H. Bickel, Feldkirch / E. Wauch, Klagenfurt

Kommunikation als Chance für die Pflege

P. Hofmann, Graz

Rechtliche Aspekte der Cancer Nurse

T. Radner, Innsbruck

Die Entwicklung und Trends der onkologischen Weiterbildung

H. Tamerl, Innsbruck

12:30–13:15 **MITTAGSPAUSE**

Freitag 11. April 2014

13:15–14:45 **AHOP – Förderpreise 2014** **Saal Brüssel**

Vorsitz: B. Kosel, Graz / G. Frim, Vöcklabruck

AHOP – Generalversammlung 2014

W. Hofer, Wien

Vorstellung der nominierten Beiträge für die AHOP-Förderpreise 2014

Preisverleihung der AHOP-Förderpreise 2014

H. Bickel, Feldkirch / G. Gastl, Innsbruck

15:15–17:00 **Nachmittagssitzung** **Saal Brüssel**

Vorsitz: B. Rieger, Innsbruck / B. Glawogger, Graz

Orale mTOR-Hemmer: Wirksamkeit und Nebenwirkungsmanagement

N. Frank, Wien

Kinder krebskranker Eltern

M. Ertl, Villach

Kardiotoxizitäten von Chemotherapien

T. Suter, Bern

Schlussworte

W. Hofer, Wien

Samstag 12. April 2014

08:30–10:00 **Workshop „Der onkologische Notfall“**

R. Wegscheider, Innsbruck

10:30–12:00 **Workshop „Das Lächeln der Weinenden“**

I. Patsch, Innsbruck

Donnerstag 10. April 2014

12:00–13:30 **Symposium Mundipharma**

Saal Innsbruck



**Bendamustin und liposomales Cytarabin:
Neue Daten – Neue Bedeutung?**

Vorsitz: G. Gastl, Innsbruck / J. Thaler, Wels

Begrüßung

J. Thaler, Wels

Bendamustin beim Multiplen Myelom: Wo? Wie? Wann?

W. Willenbacher, Innsbruck

Meningeosis lymphomatosa: Diagnose – Behandlung – Prophylaxe

M. Pfeilstöcker, Wien

Neue Ergebnisse zur First-line Behandlung der CLL

A. Gaiger, Wien

Bendamustin als Konstante in Kombination mit neuen Substanzen:

Ein Blick in die (nähere) Zukunft von CLL und NHL

M. Steurer, Innsbruck

Zusammenfassung

G. Gastl, Innsbruck

12:00–13:30 **Symposium Boehringer Ingelheim**

Saal Strassburg



**GIOTRIF®: Irreversible ErbB-Family Blockade –
Die neue Chance beim fortgeschrittenen NSCLC**

Vorsitz: W. Hilbe, Innsbruck / R. Pirker, Wien

Management des NSCLC: State of the Art

F. Ploner, Graz

Giotrif®: Klinische Datenlage und Stellenwert in der Therapie des NSCLC

G. Pall, Innsbruck

Hemmung der Signaltransduktion: Möglichkeiten und Grenzen

R. Greil, Salzburg

Donnerstag 10. April 2014

12:00–13:30 **Symposium Eli Lilly**

Saal Freiburg



Fortschritte in der Therapie des Magenkarzinoms

Vorsitz: H. Samonigg, Graz / G. Gastl, Innsbruck

Die Rolle der Pathologie

F. Wrba, Wien

Aspekte der Chirurgie

M. Zitt, Innsbruck

Entwicklung der systemischen Therapien

M. Hejna, Wien

Perspektiven im klinischen Management des fortgeschrittenen Magenkarzinoms

E. Wöll, Zams

17:15–18:45 **Symposium TEVA-ratiopharm I**

Saal Innsbruck



ratiopharm

Onko Talk – Das blinde Fenster in der Kommunikation mit Krebspatienten

Vorsitz: P. Hofmann, Graz

Diskutanten:

W. Hilbe, Innsbruck

F. Keil, Wien

G. Gastl, Innsbruck

A. Weltermann, Linz

R. Stauder, Innsbruck

Donnerstag 10. April 2014

17:15–18:45 **Symposium Pierre Fabre**

Saal Strassburg



Vinorelbine im NSCLC – Von der Palliation bis zur Heilung

Vorsitz: R. Pirker, Wien

Begrüßung und Einleitung

R. Pirker, Wien

Vinorelbine, der rote Faden in der Entwicklung der Behandlung des NSCLC

R. Pirker, Wien

Die Rolle von Vinorelbine in der Behandlung des metastasierenden NSCLC

F. Ploner, Graz

Vinorelbine, der Goldstandard in der Behandlung der Stages I bis III?

R. Huber, München

Diskussion

17:15–18:45 **Symposium Celgene**

Saal Freiburg



Extension of Life in Hematology & Oncology

Vorsitz: W. Scheithauer, Wien / P. Valent, Wien

Nanotechnologie: was bewirkt sie wirklich für Patientinnen mit mBC?

M. Balic, Graz

Abraxane® – der neue Standard beim metastasierten Pankreaskarzinom?

W. Eisterer, Innsbruck

Imnovid® – die neue Option beim rrMM

H. Gisslinger, Wien

Revlimid® – auf zu neuen Horizonten!

W. Willenbacher, Innsbruck

Vidaza® – Bewährtes und Neues

L. Pleyer, Salzburg

Donnerstag 10. April 2014

17:15–18:45 **Symposium Astellas**

Saal Grenoble



Neue Wege in der antiandrogenen Therapie bei mCRPC

Vorsitz: M. Krainer, Wien

Enzalutamid als neuer Player in der Prostatakarzinomtherapie im
Konzert der anderen

J. Meran, Wien

Was kommt wann? Sequenz der Therapien

T. Bauernhofer, Graz

Neue Daten: PREVAIL

T. Füreder, Wien

Kompetenz in der Onkologie.

Länger gut leben.



Freitag 11. April 2014

13:15–14:45 **Symposium Roche I**

Saal Innsbruck



Personalisierte Medizin in der Onkologie (HER2 & CD20)

Vorsitz: M. Fridrik, Linz / G. Steger, Wien

Herceptin subkutan: Ein monoklonaler Antikörper, der unter die Haut geht

M. Balic, Graz

Perjeta: 1 Jahr Erfahrung in der 1. Linie – schon progredient?

R. Bartsch, Wien

Kadcyla: Die Innovation 2014 beim HER2 positiven Mammakarzinom

G. Steger, Wien

Mabthera subkutan: Minuten anstatt Stunden

N. Bajraszewski, Linz

13:15–14:45 **Symposium TEVA-ratiopharm II**

Saal Strassburg



ratiopharm

Hämatotoxizität unter Chemotherapie bei soliden Tumoren – die unterschätzte Gefahr

Vorsitz: H. Samonigg, Graz

Thorakale Tumore

W. Hilbe, Innsbruck

GI-Tumore

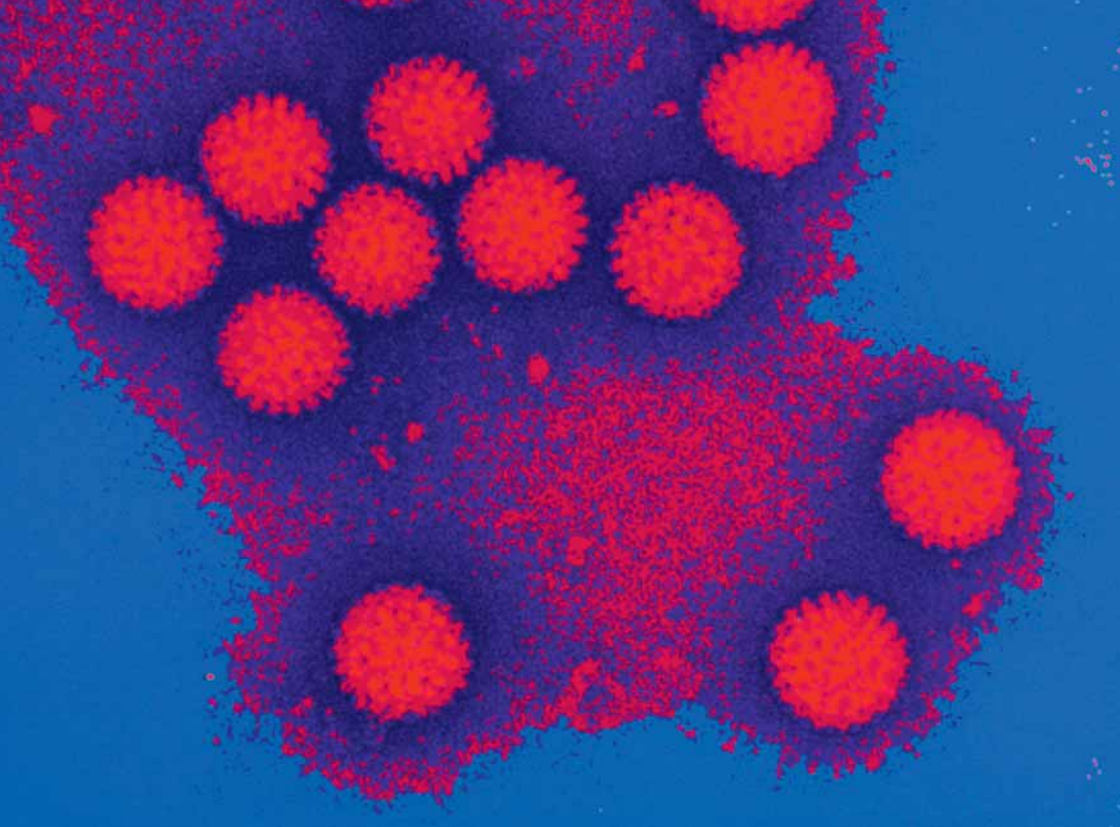
E. Wöll, Zams

HNO-Tumore

F. Keil, Wien

Lipegfilgrastim – eine neue Alternative

G. Gastl, Innsbruck



Our commitment to **Oncology.**

 **VELCADE**[®]
(bortezomib)

DACOGEN[®]
decitabine

 **Zytiga**[®]
abiraterone acetate

 **CAELYX**[®]
(pegylated liposomal doxorubicin hydrochloride)

Janssen-Cilag Pharma GmbH

janssen 
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF **Johnson & Johnson**

Freitag 11. April 2014

13:15–14:45 **Symposium Novartis I**

Saal Freiburg



**Fortschritte beim HR+, HER2- Mammakarzinom:
neue Signalwege und Therapiekombinationen**

Vorsitz: M. Fiegl, Hochrum / B. Mlineritsch, Salzburg

Begrüßung

Blockade relevanter, intrazellulärer Signalwege beim HR+, HER2-
Mammakarzinom

M. Filipits, Wien

Die neue Ära der zielgerichteten Therapien beim HR+, HER2-
fortgeschrittenem Mammakarzinom

R. Bartsch, Wien

Von der Theorie in die Praxis: welchen Benefit haben HR+,
HER2- Patientinnen von PI3K/AKT/mTOR Inhibitoren?

B. Mlineritsch, Salzburg

Diskussion & Zusammenfassung

13:15–14:45 **Symposium Janssen**

Saal Grenoble



Innovationen für den Patienten: Prostatakarzinom und B-zell Tumore

Vorsitz: T. Kühr, Wels-Grieskirchen / D. Geissler, Klagenfurt

Begrüßung durch die Vorsitzenden

T. Kühr, Wels-Grieskirchen, D. Geissler, Klagenfurt

Uro-onkologische Therapiemöglichkeiten des mCRPC in der Praxis

T. Bauernhofer, Graz

Paradigmenwechsel in der Therapie der Chronisch Lymphatische
Leukämie und dem Mantelzelllymphom

M. Steurer, Innsbruck

Optimiertes Patientenmanagement beim Multiplen Myelom

D. Lechner, Linz

Zusammenfassung durch die Vorsitzenden

Freitag 11. April 2014

17:15–18:45 **Symposium Amgen**

Saal Innsbruck



Onkologie – quo vadis?

Vorsitz & Moderation: H. Samonigg, Graz

Innovation: Wie sichern wir den Zugang in Österreich?

R. Greil, Salzburg

Personalisierte Medizin: Umsetzung mit Oncotryol?

L. Huber, Innsbruck

Finanzierung innovativer Therapien: Benötigen wir neue Konzepte?

W. Hilbe, Innsbruck

Wrap-up

H. Samonigg, Graz

17:15–18:45 **Symposium Novartis II**

Saal Strassburg



Herausforderungen in der Behandlung hämatologischer Erkrankungen

Vorsitz: M. Steurer, Innsbruck

Begrüßung

M. Steurer, Innsbruck

Treatment discontinuation in CML: vision or reality?

F.-X. Mahon, Bordeaux

Revolution der Diagnose- und Behandlungsstrategien bei MPN

H. Gisslinger, Wien

Multiplies Myelom: Standards auf dem Prüfstand

W. Willenbacher, Innsbruck

Diskussion & Zusammenfassung

M. Steurer, Innsbruck

Freitag 11. April 2014

17:15–18:45 **Symposium Roche II**

Saal Freiburg



Avastin®: Neue Ansätze zu bewährten Strategien (CRC & BC)

Vorsitz: A. Petzer, Linz / W. Scheithauer, Wien

Therapie des mCRC – State of the Art

A. Gerger, Graz

Therapiedauer beim mCRC – State of the Art

W. Eisterer, Innsbruck

Der Risk Factor Index bei mBC – Neues von Turandot und Avastin in der 1st line Therapie

T. Brodowicz, Wien

Von der Krankheitskontrolle zur Symptomkontrolle

R. Bartsch, Wien

17:15–18:45 **Symposium Bristol-Myers Squibb**

Saal Grenoble



Immun-Onkologie im Aufbruch

Vorsitz: G. Gastl, Innsbruck

Einleitung

G. Gastl, Innsbruck

Grundlagen in der Immun-Onkologie

C. Höller, Wien

Immun-Onkologie in soliden Tumoren

D. Jäger, Heidelberg

Immun-Onkologie in der Hämatologie

D. Wolf, Bonn

Schlusswort

G. Gastl, Innsbruck

(Stand bei Drucklegung)

ALEXION Pharma Germany, München, Deutschland

AMGEN, Wien

AOP Orphan Pharmaceuticals, Wien

ARIAD Pharmaceuticals (Austria), Wien

ASTELLAS Pharma, Wien

ASTRO-PHARMA, Wien

Baxter Healthcare GmbH, Wien

BAYER Austria, Wien

Boehringer Ingelheim, Wien

BRISTOL-MYERS SQUIBB, Wien

CELGENE, Wien

CLIMED Medizinische Produkte, Wien

CODAN Medical, Salzburg

CSC Pharmaceuticals, Bisamberg

CTI Life Sciences, Mannheim, Deutschland

ELI LILLY, Wien

EUSA Pharma, München, Deutschland

ewimed, Hechingen, Deutschland

FRESENIUS Kabi Austria, Graz

Genzyme A SANOFI COMPANY, Wien

GILEAD Sciences, Wien

GLAXOSMITHKLINE Pharma, Wien

JANSSEN-CILAG Pharma, Wien

MedMedia Verlag und Mediaservice, Wien

MERCK SERONO, Wien

MERCK SHARP & DOHME, Wien

MUNDIPHARMA, Wien

NORDIC Pharma, Ismaning, Deutschland

NOVARTIS Pharma, Wien

PFIZER Corporation Austria, Wien

PharmaMar, Colmenar Viejo (Madrid), Spanien

Pierre Fabre Onkologie Österreich, Baden

ROCHE Austria, Wien

sanofi-aventis, Wien

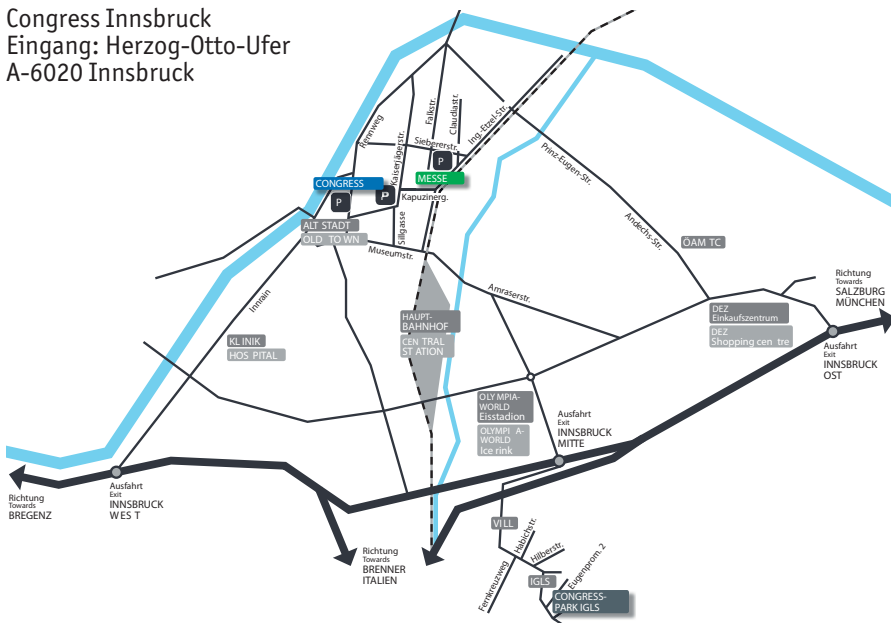
Sepropharm, Kirchheim, Deutschland

TAKEDA Pharma, Wien

TEVA/ratiopharm Arzneimittel, Wien

THE BINDING SITE, Schwetzingen, Deutschland

Congress Innsbruck
Eingang: Herzog-Otto-Ufer
A-6020 Innsbruck



Anreise per Auto:

Aus Salzburg/Wien/München kommend
(Osten):

Über die A8 Richtung München/Salzburg bis
Abfahrt auf die A93/A12 – A12 bis Innsbruck
Ost

Aus Bregenz kommend (Westen):
A12 Fahrtrichtung Innsbruck – Ausfahrt
Innsbruck West

Aus Italien kommend (Süden):
A13 Richtung Innsbruck bis Knoten Innsbruck
auf die A12 – Ausfahrt Innsbruck West

Parkmöglichkeiten

Für Teilnehmer stehen in der Congress Garage
und in der City Tiefgarage Parkplätze zur
Verfügung.

Congress Garage
Einfahrt Herrengasse/Rennweg, A-6020 Innsbruck
Pro ½ Stunde: € 1,10

Tagestarif (nach 6-24 Stunden): € 14,00

Beim Portier im Kongresshaus können

vergünstigte Tagestickets für die Congress
Garage erworben werden.

City Tiefgarage über 700
Kaiserjägerstraße 1, A-6020 Innsbruck
Pro ½ Stunde: € 1,10
Tagestarif (nach 6 Stunden): € 14,00

Flughafen:

Flughafen Innsbruck
A-6020 Innsbruck, Fürstenweg 180
<http://www.innsbruck-airport.com>

Bahnhof:

Hauptbahnhof Innsbruck
Südtiroler Platz 7, A-6020 Innsbruck

Öffentliche Verkehrsmittel in Innsbruck

Mit öffentlichen Verkehrsmitteln anreisende
Kongressbesucher steigen an der Bus-Halte-
stelle "Congress/Hofburg" (Buslinie TS oder H
halten dort) aus und erreichen den Congress
bequem per 50-Meter-Fußweg. www.ivb.at

Avastin® 25 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung

Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jeder Milliliter Konzentrat enthält 25 mg Bevacizumab. Jede Durchstechflasche zu 4 ml enthält 100 mg Bevacizumab, entsprechend 1,4 mg/ml bei Verdünnung gemäß Empfehlung. Jede Durchstechflasche zu 16 ml enthält 400 mg Bevacizumab, entsprechend 16,5 mg/ml bei Verdünnung gemäß Empfehlung. "Bevacizumab ist ein rekombinanter humanisierter monoklonaler Antikörper, der mittels DNA-Technologie aus Ovarialzellen des chinesischen Hamsters (CHO-Zellen) gewonnen wird.

Anwendungsgebiete: Bevacizumab wird in Kombination mit einer Chemotherapie auf Fluoropyrimidin-Basis zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit metastasiertem Kolon- oder Rektumkarzinom angewendet. Bevacizumab wird in Kombination mit Paclitaxel zur *First-Line*-Behandlung von erwachsenen Patienten mit metastasiertem Mammakarzinom angewendet. Zu weiteren Informationen wie auch zum humanen epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor 2 (HER2)-Status siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“. Bevacizumab wird in Kombination mit Capecitabin zur *First-Line*-Behandlung von erwachsenen Patienten mit metastasiertem Mammakarzinom angewendet, bei denen eine Behandlung mit anderen Chemotherapie-Optionen, einschließlich Taxanen oder Anthracyclinen, als nicht geeignet angesehen wird. Patienten, die innerhalb der letzten 12 Monate Taxan- und Anthracyclin-haltige Therapieregime im Rahmen der adjuvanten Behandlung erhalten haben, sollten nicht mit Avastin in Kombination mit Capecitabin therapiert werden. Zu weiteren Informationen wie auch zum HER2-Status siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“. Bevacizumab wird zusätzlich zu einer Platin-haltigen Chemotherapie zur *First-Line*-Behandlung von erwachsenen Patienten mit inoperablem fortgeschrittenem, metastasiertem oder rezidivierendem nicht kleinzelligem Bronchialkarzinom, außer bei vorwiegender Plattenepithel-Histologie, angewendet. Bevacizumab wird in Kombination mit Interferon alfa-2a zur *First-Line*-Behandlung von erwachsenen Patienten mit fortgeschrittenem und/oder metastasiertem Nierenzellkarzinom angewendet. Bevacizumab wird in Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel zur Primärbehandlung von erwachsenen Patienten mit fortgeschrittenem epithelalem Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primärem Peritonealkarzinom in den *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO)-Stadien IIB, IIC und IV angewendet. Bevacizumab wird in Kombination mit Carboplatin und Gemcitabin zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit einem ersten Platin-sensitiven Rezidiv eines epithelialen Ovarialkarzinoms, Eileiterkarzinoms oder primären Peritonealkarzinoms angewendet, die zuvor noch nicht mit Bevacizumab oder mit anderen VEGF-Inhibitoren bzw. auf den VEGF-Rezeptor zielenden Substanzen behandelt wurden. **Gegenanzeigen:** - Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. - Überempfindlichkeit gegen CHO-Zellprodukte oder andere rekombinante humane oder humanisierte Antikörper. - Schwangerschaft (siehe veröffentlichte Fachinformation unter Abschnitt 4.6 „Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit“). **Liste der sonstigen Bestandteile:** -, Trehalose 2 H₂O, Natriumphosphat, Polysorbat 20, Wasser für Injektionszwecke. **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration Limited, 6 Falcon Way, Shire Park, Welwyn Garden City, AL7 1TW, Vereinigtes Königreich. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische und immunmodulierende Mittel, antineoplastische Mittel, andere antineoplastische Mittel, monoklonale Antikörper, ATC-Code: L01XC07. Stand der Information: September 2013. **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.**

Erivedge® 150 mg Hartkapseln

Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Hartkapsel Erivedge enthält 150 mg Vismodegib. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: Jede Hartkapsel enthält 71,5 mg Lactose-Monohydrat pro Kapsel. **Anwendungsgebiete:** Erivedge wird angewendet bei erwachsenen Patienten mit: - symptomatischem metastasiertem Basalzellkarzinom, - lokal fortgeschrittenem Basalzellkarzinom, bei denen eine Operation oder Strahlentherapie nicht geeignet ist (veröffentlichte Fachinformation unter Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). **Gegenanzeigen:** - Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. - Schwangere oder stillende Frauen (siehe veröffentlichte Fachinformation unter Abschnitt 4.4 „Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“ und Abschnitt 4.6 „Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit“). - Frauen im gebärfähigen Alter, die sich nicht an das Erivedge Schwangerschaftsverhütungs-Programm halten (siehe veröffentlichte Fachinformation unter Abschnitt 4.4 „Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“ und Abschnitt 4.6 „Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit“). - Gleichzeitige Anwendung von Johanniskraut (*Hypericum perforatum*) (siehe veröffentlichte Fachinformation unter Abschnitt 4.5 „Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen“). **Liste der sonstigen Bestandteile:** *Kapselhülle:* Mikrokristalline Cellulose, Lactose-Monohydrat, Natriumdodecylsulfat, Povidon, Poly(O-carboxymethylstärke, Natriumsalz (Typ A), Talkum, Magnesiumstearat. *Kapselhülle:* Eisen(II,III)-oxid (E172), Eisen(III)-oxid (E172), Titandioxid (E171), Gelatine. *Druckfarbe:* Schellack, Eisen(II,III)-oxid (E172). **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration Limited, 6 Falcon Way, Shire Park, Welwyn Garden City, AL7 1TW, Vereinigtes Königreich. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Substanzen, andere antineoplastische Substanzen, ATC-Code: L01XX43. **Stand der Information:** Juli 2013. **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.**

▼ 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, Inst. Pharmakovigilanz, Traisengasse 5, 1200 Wien, Fax: + 43 (0) 50 555 36207, Website: <http://www.basg.gv.at/> und an Roche Austria GmbH, www.roche.at.

Zelboraf® 240 mg Filmtabletten

Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Tablette enthält 240 mg Vemurafenib (als Koprazipitat von Vemurafenib und Hypromellosesuccinat). **Anwendungsgebiete:** Vemurafenib ist angezeigt als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit BRAF-V600 Mutation positivem nicht resezierbarem oder metastasiertem Melanom (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Liste der sonstigen Bestandteile:** *Tablettenkern:* Croscarmellose-Natrium, hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat, Hypollose; *Filmüberzug:* Poly(vinylalkohol), Titandioxid (E 171), Macrogol 3350, Talkum, Eisen(III) oxid (E 172). **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration Limited, 6 Falcon Way, Shire Park, Welwyn Garden City, AL7 1TW, Vereinigtes Königreich. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Mittel, Proteinkinase Inhibitor, ATC-Code: L01XE15. **Stand der Information:** Dezember 2013. **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.**

▼ 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, Inst. Pharmakovigilanz, Traisengasse 5, 1200 Wien, Fax: + 43 (0) 50 555 36207, Website: <http://www.basg.gv.at/> und an Roche Austria GmbH, www.roche.at.

Herceptin® 600 mg/5 ml Injektionslösung

Herceptin® 150 mg Pulver zur Herstellung eines Infusionslösungskonzentrats

Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Eine 5-ml-Durchstechflasche enthält 600 mg Trastuzumab / Eine Durchstechflasche enthält 150 mg Trastuzumab, einen humanisierten monoklonalen IgG1 Antikörper, der aus einer Suspensionskultur von Säugetierzellen (Ovarialzellen des chinesischen Hamsters) hergestellt und durch eine Affinitäts- und Ionenaustauschchromatographie, die spezifische virale Inaktivierungs- und Entfernungsprozesse beinhaltet, gereinigt wird. Die rekonstituierte Lösung mit Herceptin enthält 21 mg/ml Trastuzumab. **Anwendungsgebiete: Brustkrebs: Metastasierter Brustkrebs:** Herceptin ist zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit HER2-positivem metastasiertem Brustkrebs (metastatic breast cancer – MBC) indiziert: - als Monotherapie zur Behandlung von Patienten, die mindestens zwei Chemotherapieregime gegen ihre metastasierte Erkrankung erhalten haben. Die vorangegangene Chemotherapie muss mindestens ein Anthrazyklin und ein Taxan enthalten haben, es sei denn, diese Behandlung ist für die Patienten nicht geeignet. Bei Patienten mit positivem Hormonrezeptor-Status muss eine Hormonbehandlung erfolglos gewesen sein, es sei denn, diese Behandlung ist für die Patienten nicht geeignet. - in Kombination mit Paclitaxel zur Behandlung von Patienten, die noch keine Chemotherapie gegen ihre metastasierte Erkrankung erhalten haben und für die ein Anthrazyklin ungeeignet ist. - in Kombination mit Docetaxel zur Behandlung von Patienten, die noch keine Chemotherapie gegen ihre metastasierte Erkrankung erhalten haben. - in Kombination mit einem Aromatasehemmer zur Behandlung von postmenopausalen Patienten mit Hormonrezeptor-positivem MBC, die noch nicht mit Trastuzumab behandelt wurden. **Brustkrebs im Frühstadium:** Herceptin ist zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit HER2-positivem Brustkrebs im Frühstadium (early breast cancer – EBC) indiziert: - nach einer Operation, Chemotherapie (neoadjuvant oder adjuvant) und Strahlentherapie (soweit zutreffend) (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). - nach adjuvanter Chemotherapie mit Doxorubicin und Cyclophosphamid, in Kombination mit Paclitaxel oder Docetaxel. - in Kombination mit adjuvanter Chemotherapie mit Docetaxel und Carboplatin. - in Kombination mit neoadjuvanter Chemotherapie gefolgt von adjuvanter Therapie mit Herceptin, bei lokal fortgeschrittenem (einschließlich entzündlichem) Brustkrebs oder Tumoren > 2 cm im Durchmesser (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitte 4.4 „Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“ und 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). Herceptin ist nur bei Patienten mit metastasiertem Brustkrebs oder Brustkrebs im Frühstadium anzuwenden, deren Tumore entweder eine HER2-Überexpression oder eine HER2-Genamplifikation aufweisen, die durch eine genaue und validierte Untersuchung ermittelt wurde (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitte 4.4 „Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“ und 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). **Metastasiertes Magenkarzinom:** Herceptin ist in Kombination mit Capecitabin oder 5-Fluorouracil und Cisplatin indiziert zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit HER2-positivem metastasiertem Adenokarzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs, die bisher keine Krebstherapie gegen ihre metastasierte Erkrankung erhalten haben. Herceptin ist nur bei Patienten mit metastasiertem Magenkarzinom (metastatic gastric cancer – MGC) anzuwenden, deren Tumore eine HER2-Überexpression, definiert durch ein IHC2+ und ein bestätigendes SiSH- oder FISH-Ergebnis, oder durch ein IHC3+ Ergebnis, aufweisen. Hierfür sollten genaue und validierte Untersuchungsmethoden angewendet werden (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitte 4.4 „Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“ und 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Trastuzumab, Mausproteine, Hyaluronidase oder einen der sonstigen Bestandteile. Schwere Ruhedyspnoe, die durch Komplikationen der fortgeschrittenen Krebserkrankung verursacht wird oder die eine unterstützende Sauerstofftherapie benötigt. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Herceptin 600 mg/5 ml Injektionslösung: Rekombinante humane Hyaluronidase (rHuPH20), L-Histidin, L-Histidinhydrochlorid-Monohydrat, α,α -Trehalose-Dihydrat, L-Methionin, Polysorbat 20, Wasser für Injektionszwecke. **Herceptin® 150 mg Pulver zur Herstellung eines Infusionslösungskonzentrats:** L-Histidinhydrochlorid, L-Histidin, α,α -Trehalosedihydrat, Polysorbat 20. **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration Limited, 6 Falcon Way, Shire Park, Welwyn Garden City, AL7 1TW, Vereinigtes Königreich. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Substanzen, monoklonale Antikörper, ATC-Code: L01XC03. **Stand der Information:** Dezember 2013. **Weitere 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.**

MabThera® 100 mg (10 mg/ml) Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung

MabThera® 500 mg (10 mg/ml) Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung

Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jeder Milliliter enthält 10 mg Rituximab. Jede Durchstechflasche zum einmaligen Gebrauch enthält 100 mg/500 ml Rituximab. Rituximab ist ein gentechnisch hergestellter monoklonaler chimärer Antikörper (Maus/Mensch), ein glykosyliertes Immunglobulin. Seine konstanten Bereiche bestehen aus humanem IgG₁, die variablen Bereiche aus murinen leichten und schweren Kettensequenzen. Der Antikörper wird in einer Zellkultur aus Säugetierzellen (Ovarialzellen des chinesischen Hamsters) hergestellt und durch Affinitäts- und Ionenaustausch-Chromatographie gereinigt, einschließlich spezifischer Schritte zur Virusinaktivierung und -entfernung. **Anwendungsgebiete:** MabThera wird bei Erwachsenen für die folgenden Anwendungsgebiete angewendet: **Non-Hodgkin-Lymphom (NHL):** MabThera ist in Kombination mit einer Chemotherapie für die Erstbehandlung von Patienten mit follikulärem Lymphom im Stadium III-IV angezeigt. Eine MabThera Erhaltungstherapie ist angezeigt zur Behandlung von Patienten mit follikulärem Lymphom, die auf eine Induktionstherapie angesprochen haben. MabThera ist als Monotherapie für die Behandlung von Patienten mit follikulärem Lymphom im Stadium III-IV angezeigt, die gegen eine Chemotherapie resistent sind oder nach einer solchen einen zweiten oder neuerlichen Rückfall haben. MabThera ist für die Behandlung von Patienten mit CD20-positivem, diffus großzelligen B-Zell-Non-Hodgkin-Lymphom in Kombination mit einer CHOP(Cyclophosphamid, Doxorubicin, Vincristin, Prednisolon)-Chemotherapie angezeigt. **Chronische lymphatische Leukämie (CLL):** MabThera ist in Kombination mit einer Chemotherapie für die Behandlung von nicht vorbehandelten Patienten und von Patienten mit rezidivierender/refraktärer chronischer lymphatischer Leukämie angezeigt. Für Patienten, die bereits mit monoklonalen Antikörpern einschließlich MabThera behandelt wurden oder für Patienten, die refraktär auf eine vorherige Behandlung mit MabThera in Kombination mit Chemotherapie sind, liegen nur begrenzte Daten zur Wirksamkeit und Sicherheit vor. Für weitere Informationen siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“. **Rheumatoide Arthritis:** MabThera in Kombination mit Methotrexat ist für die Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer, aktiver rheumatoider Arthritis angezeigt, die ungenügend auf andere krankheitsmodifizierende Antirheumatika (DMARDs) einschließlich einer oder mehrerer Therapien mit Tumornekrosefaktor(TNF)-Hemmern angesprochen oder diese nicht vertragen haben. Es konnte gezeigt werden, dass MabThera in Kombination mit Methotrexat das Fortschreiten der radiologisch nachweisbaren Gelenkschädigung vermindert und die körperliche Funktionsfähigkeit verbessert. **Granulomatose mit Polyangiitis und mikroskopische Polyangiitis** MabThera in Kombination mit Glucocorticoiden wird angewendet zur Induktion einer Remission bei erwachsenen Patienten mit schwerer, aktiver Granulomatose mit Polyangiitis (Wegenerische Granulomatose) (GPA) und mikroskopischer Polyangiitis (MPA). **Gegenanzeigen:** Gegenanzeigen beim Non-Hodgkin-Lymphom und bei der chronischen lymphatischen Leukämie: - Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile oder gegen Maus-Proteine. - Aktive, schwere Infektionen (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 4.4 „Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“). - Patienten mit stark geschwächter Immunabwehr. **Gegenanzeigen bei rheumatoider Arthritis, Granulomatose mit Polyangiitis und mikroskopischer Polyangiitis:** - Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile oder gegen Maus-Proteine. - Aktive, schwere Infektionen (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 4.4 „Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“). - Patienten mit stark geschwächter Immunabwehr. - Schwere Herzinsuffizienz (New York Heart Association Klasse IV) oder schwere, unkontrollierte Herzkrankungen (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 4.4 „Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“). - Patienten mit stark geschwächter Immunabwehr. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Natriumcitrat, Polysorbat 80, Natriumchlorid, Natriumhydroxid, Salzsäure, Wasser für Injektionszwecke. **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration Limited, 6 Falcon Way, Shire Park, Welwyn Garden City, AL7 1TW, Vereinigtes Königreich. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Monoklonale Antikörper, ATC Code: L01XC02. **Stand der Information:** November 2013. **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.**

Tarceva® 100 mg Filmtabletten / Tarceva® 150 mg Filmtabletten

Qualitative und quantitative Zusammensetzung: *Tarceva 100 mg:* Eine Filmtablette enthält 100 mg Erlotinib (als Erlotinibhydrochlorid). Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: Jede Filmtablette enthält 69,21 mg Lactose-Monohydrat. *Tarceva 150 mg:* Eine Filmtablette enthält 150 mg Erlotinib (als Erlotinibhydrochlorid). Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: Jede Filmtablette enthält 103,82 mg Lactose-Monohydrat. **Anwendungsgebiete:** Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC): Tarceva ist zur First-Line-Behandlung bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) mit aktivierenden EGFR-Mutationen angezeigt. Tarceva ist auch als Monotherapie zur Erhaltungsbehandlung bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem NSCLC angezeigt, deren Krankheitszustand nach 4 Behandlungszyklen einer platinbasierten First-Line-Standardchemotherapie unverändert ist. Tarceva ist auch zur Behandlung von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem NSCLC angezeigt, bei denen mindestens eine vorausgegangene Chemotherapie versagt hat. Beim Verschreiben von Tarceva sollten Faktoren, die im Zusammenhang mit einer verlängerten Überlebenszeit stehen, berücksichtigt werden. Bei Patienten mit epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-(EGFR)-ICH-negativen Tumoren konnten weder ein Überlebensvorteil noch andere klinisch relevante Wirkungen durch die Behandlung gezeigt werden (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). **Pankreaskarzinom:** Tarceva in Kombination mit Gemcitabin ist zur Behandlung von Patienten mit metastasiertem Pankreaskarzinom angezeigt. Beim Verschreiben von Tarceva sollten Faktoren, die im Zusammenhang mit einer verlängerten Überlebenszeit stehen, berücksichtigt werden (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitte 4.2 „Dosierung, Art und Dauer der Anwendung“ und 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). Bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem Pankreaskarzinom konnte ein Überlebensvorteil nicht gezeigt werden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Erlotinib oder einen der sonstigen Bestandteile. **Liste der sonstigen Bestandteile:** *Tablettenkern:* Lactose-Monohydrat, Mikrokristalline Cellulose (E 460), Carboxymethylstärke-Natrium (Typ A) (Ph.Eur.), Natriumdodecylsulfat, Magnesiumstearat (Ph.Eur.) (E 470b). *Filmüberzug:* Hypromellose (E 463), Titandioxid (E 171), Macrogol (400), Hypromellose (E 464). **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration Limited, 6 Falcon Way, Shire Park, Welwyn Garden City, AL7 1TW, Vereinigtes Königreich. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastisches Mittel Proteinkinase-Hemmer, ATC-Code: L01XE03. **Stand der Information:** Oktober 2013. **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.

Kadcyla® 100 mg Pulver zur Herstellung eines Infusionslösungskonzentrats

Kadcyla® 160 mg Pulver zur Herstellung eines Infusionslösungskonzentrats

Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 100-mg-Durchstechflasche mit Pulver zur Herstellung eines Infusionslösungskonzentrats zum einmaligen Gebrauch ergibt nach Zubereitung 5 ml Trastuzumab Emtansin 20 mg/ml (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 6.6 „Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Beseitigung und sonstige Hinweise zur Handhabung“). 160-mg-Durchstechflasche mit Pulver zur Herstellung eines Infusionslösungskonzentrats zum einmaligen Gebrauch ergibt nach Zubereitung 8 ml Trastuzumab Emtansin 20 mg/ml (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 6.6 „Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Beseitigung und sonstige Hinweise zur Handhabung“). Trastuzumab Emtansin ist ein Antikörper-Wirkstoff-Konjugat, das Trastuzumab enthält, einen humanisierten monoklonalen IgG1-Antikörper, der aus einer Suspensionskultur von Säugetierzellen (Ovarialzellen des chinesischen Hamsters) hergestellt wird und der über den stabilen Thioether-Linker MCC (4-[N-Maleimidomethyl]cyclohexan-1-carboxylat) kovalent an DM1, einen Mikrotubuli-Hemmer, gebunden ist. Vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile, siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 6.1 „Liste der sonstigen Bestandteile“. **Anwendungsgebiete:** Kadcyla ist als Einzelsubstanz zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit HER2-positivem, inoperablem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs indiziert, die zuvor, einzeln oder in Kombination, Trastuzumab und ein Taxan erhalten haben. Die Patienten sollten entweder - eine vorherige Behandlung gegen die lokal fortgeschrittene oder metastasierte Erkrankung erhalten haben oder - ein Rezidiv während oder innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung der adjuvanten Behandlung entwickelt haben. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 der veröffentlichten Fachinformation genannten sonstigen Bestandteile. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Bernsteinsäure, Natriumhydroxid, Sucrose, Polysorbat 20. **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration Limited, 6 Falcon Way, Shire Park, Welwyn Garden City, AL7 1TW, Vereinigtes Königreich. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Substanzen, andere antineoplastische Substanzen, monoklonale Antikörper, ATC-Code: L01XC14. **Stand der Informationen:** November 2013. **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.

▼ 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, Fax: + 43 (0) 50 555 36207, Website: <http://www.basg.gv.at/> und an Roche Austria GmbH, www.roche.at.

Perjeta® 420 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung

Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Eine Durchstechflasche mit 14 ml Konzentrat enthält insgesamt 420 mg Pertuzumab in einer Konzentration von 30 mg/ml. Nach Verdünnung enthält ein ml der Lösung ca. 3,36 mg Pertuzumab für die Initialdosis und ca. 1,68 mg Pertuzumab für die Erhaltungsdosis (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 6.6 „Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Beseitigung und sonstige Hinweise zur Handhabung“). Pertuzumab ist ein humanisierter monoklonaler IgG1-Antikörper, der mit rekombinanter DNA-Technologie in Säugetierzellen (Ovarialzellen des chinesischen Hamsters) hergestellt wird. **Anwendungsgebiete:** Perjeta ist zur Anwendung in Kombination mit Trastuzumab und Docetaxel bei erwachsenen Patienten mit HER2-positivem metastasiertem oder lokal rezidivierendem, inoperablem Brustkrebs indiziert, die zuvor noch keine anti-HER2-Therapie oder Chemotherapie zur Behandlung ihrer metastasierten Erkrankung erhalten haben. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Pertuzumab oder einen der sonstigen Bestandteile. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Essigsäure 99 %, L-Histidin, Sucrose, Polysorbat 20, Wasser für Injektionszwecke. **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration Limited, 6 Falcon Way, Shire Park, Welwyn Garden City, AL7 1TW, Vereinigtes Königreich. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Substanzen, monoklonale Antikörper, ATC-Code: L01XC13. **Stand der Information:** August 2013. **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.

▼ 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, Inst. Pharmakovigilanz, Traisengasse 5, 1200 Wien, Fax: + 43 (0) 50 555 36207, Website: <http://www.basg.gv.at/> und an Roche Austria GmbH, www.roche.at.

Fachkurzinformation zu Umschlagseite 2 **Neulasta® 6 mg Injektionslösung. Qualitative und Quantitative Zusammensetzung:** Jede Fertigspritze enthält 6 mg Pegfilgrastim* in 0,6 ml Injektionslösung. Basierend auf dem Proteinanteil, beträgt die Konzentration 10 mg/ml**. * Pegfilgrastim wird mittels rekombinanter DNA-Technologie aus *Escherichia coli* und nachfolgender Konjugation mit Polyethylenglykol (PEG) hergestellt. ** Die Konzentration beträgt 20 mg/ml, wenn der PEG-Anteil eingerechnet wird. Die Stärke dieses Produktes sollte nicht mit der Stärke anderer pegylierter oder nicht-pegylierter Proteine der gleichen therapeutischen Klasse verglichen werden. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Natriumacetat (Natriumacetat wird durch Titration von Essigsäure 99% mit Natriumhydroxid gebildet), Sorbitol (E420), Polysorbitat 20, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Zur Verkürzung der Dauer von Neutropenien sowie zur Verminderung der Häufigkeit neutropenischen Fiebers bei Patienten, die wegen einer malignen Erkrankung mit zytotoxischer Chemotherapie behandelt werden (mit Ausnahme von chronisch-myeloischer Leukämie und myelodysplastischem Syndrom). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Zytokine, ATC Code: L03AA13 Inhaber der Zulassung: Amgen Europe B.V., 4817 ZK Breda, NL; **Vertreter in Österreich:** Amgen GmbH, 1040 Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Stand der Information:** Juli 2013. **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:** 1. Cooper K et al. *BMC Cancer*. 2011;11:404-15. 2. Welte K. et al. *Blood*. 1996;88:1907-1929. 3. Vogel C. et al. *J Clin Oncol*. 2005;23:1178-1184. 4. Amgen data on file. * Aussage einer Metaanalyse (keine Superioritätsstudie).

Fachkurzinformation zu Seite 2 **Lonquex 6 mg Injektionslösung. Qualitative und Quantitative Zusammensetzung:** Jede Fertigspritze enthält 6 mg Lipefilgrastim* in 0,6 ml Lösung. Ein ml Injektionslösung enthält 10 mg Lipefilgrastim. Der Wirkstoff ist ein kovalentes Konjugat von Filgrastim** mit Methoxypolyethylenglykol (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 methionyliert 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. Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: Jede Fertigspritze enthält 30 mg Sorbitol. Jede Fertigspritze enthält weniger als 1 mmol (23 mg) Natrium. Sonstige Bestandteile: Essigsäure 99 %, Natriumhydroxid (zur pH-Anpassung); Sorbitol (E 420); Polysorbitat 20; Wasser für Injektionszwecke. **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 in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Immunstimulanzien, koloniestimulierende Faktoren, ATC-Code: L03AA14. **Art und Inhalt des Behältnisses:** 0,6 ml Lösung in einer Fertigspritze (Typ-I-Glas) mit einem Kolbenstopfen [Poly(ethylen co tetrafluorethylen) beschichteter Brombutylkautschuk] 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:** Teva Pharma B.V., Computerweg 10, 3542 DR Utrecht, Niederlande. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Stand der Information:** 07/2013.

Fachkurzinformation zu Seite 4 **ZALTRAP 25 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** 1 ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung enthält 25 mg Afibercept. Afibercept wird aus Ovarialzellen des chinesischen Hamsters (CHO-K1) mittels rekombinanter DNA-Technologie hergestellt. Eine Durchstechflasche mit 4 ml Konzentrat enthält 100 mg Afibercept. Eine Durchstechflasche mit 8 ml Konzentrat enthält 200 mg Afibercept. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Saccharose, Natriumchlorid, Natriumcitrat, Citronensäure-Monohydrat, Polysorbitat 20, Dinatriumhydrogenphosphat 7 H₂O, Natriumhydrogenphosphat 1 H₂O, 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 Afibercept oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. Anwendung am Auge/intravitreale 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 Zusammenfassung 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:** Juni 2013. **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.**

Fachkurzinformation zu Seite 16 **Bezeichnung des Arzneimittels:** Eribut 5mg/ml Infusionslösung. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** 1 ml Infusionslösung enthält 5 mg Cetuximab. Eine Durchstechflasche mit 20 ml enthält 100 mg Cetuximab. Eine Durchstechflasche mit 100 ml enthält 500 mg Cetuximab. Cetuximab ist ein mittels rekombinanter DNA-Technologie aus einer Säugerzelllinie (Sp2/0) gewonnener chimärer monoklonaler IgG1-Antikörper. **Anwendungsgebiete:** Eribut ist indiziert zur Behandlung des metastasierenden, EGFR (epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor) exprimierenden Kolorektalkarzinoms mit Ras-Wildtyp • in Kombination mit einer Irinotecan-basierten Chemotherapie, als Erstlinienbehandlung in Kombination mit FOLFOX, • als Monotherapie bei Patienten, bei denen die Therapie mit Oxaliplatin und Irinotecan versagt hat und die Irinotecan nicht vertragen. **Einzelheiten siehe Abschnitt 5.1.** Eribut ist indiziert zur Behandlung von Patienten mit Plattenepithelkarzinom im Kopf- und Halsbereich • in Kombination mit einer Strahlentherapie für eine lokal fortgeschrittene Erkrankung, • in Kombination mit einer platin-basierten Chemotherapie für eine rezidivierende und/oder metastasierende Erkrankung. **Gegenanzeigen:** Eribut ist kontraindiziert bei Patienten mit bekannten schweren Überempfindlichkeitsreaktionen (Grad 3 oder 4) gegen Cetuximab. Die Kombination von Eribut mit Oxaliplatin-haltiger Chemotherapie ist kontraindiziert bei Patienten mit metastasierendem Kolorektalkarzinom mit Ras-Mutation oder unbekanntem Ras-Mutationsstatus (siehe auch Abschnitt 4.4). Vor Beginn einer Kombinationsbehandlung sind die Gegenanzeigen für die gleichzeitig angewandten Chemotherapeutika oder für eine Strahlentherapie zu beachten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Mittel, monoklonale Antikörper. ATC-Code: L01XC06. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Natriumchlorid, Glycin, Polysorbitat 80, Citronensäure-Monohydrat, Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszwecke. **Inhaber der Zulassung:** Merck KGaA, 64271 Darmstadt, Deutschland. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. Weitere Informationen zu den Abschnitten Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln und sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. **Stand der Information:** 01/2014. Nur für die Abgabe in Österreich bestimmt.

Fachkurzinformation zu Seite 14 **Tyverb 250 mg Filmtabletten. Quantitative und qualitative Zusammensetzung:** Jede Filmtablette enthält Lapatinitridosilat 1 H₂O, entsprechend 250 mg Lapatinitrid. Sonstige Bestandteile: *Tablettenkern:* Mikrokristalline Cellulose, Povidon (K30), Carboxymethylstärke-Natrium (Typ A), Magnesiumstearat. *Filmüberzug:* Hypromellose, Titandioxid (E171), Macrogol 400, Polysorbat 80, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172), Eisen(III)-oxid (E172). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastisches Mittel, andere antineoplastische Mittel, Proteinkinasehemmer, **ATC-Code:** L01XE07. Dieses Arzneimittel wurde unter besonderen Bedingungen zugelassen. Das bedeutet, dass weitere Nachweise für den Nutzen des Arzneimittels erwartet werden. Die Europäische Arzneimittel-Agentur wird neue Informationen zu diesem Arzneimittel mindestens jährlich bewerten und, falls erforderlich, wird die Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels aktualisiert werden. **Anwendungsgebiete:** Tyverb ist angezeigt zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit Brustkrebs, deren Tumore HER2 (ErbB2) Überexprimieren: - in Kombination mit Capecitabin bei Patienten mit fortgeschrittener oder metastasierter Erkrankung, die nach vorangegangener Therapie, die Anthrazykline und Taxane sowie in der metastasierten Situation Trastuzumab einschloss, progredient verläuft (siehe Fachinformation Abschnitt 5.1). In Kombination mit Trastuzumab bei Patienten mit Hormonrezeptor-negativer metastasierter Erkrankung, die nach vorangegangener(n) Trastuzumab-Therapie(n) in Kombination mit Chemotherapie progredient verläuft (siehe Fachinformation Abschnitt 5.1). - In Kombination mit einem Aromatase-Inhibitor bei postmenopausalen Frauen mit Hormonrezeptor-positiver metastasierter Erkrankung, die derzeit nicht für eine Chemotherapie vorgesehen sind. Die Patientinnen in der Zulassungsstudie waren nicht mit Trastuzumab oder einem Aromatase-Inhibitor vorbehandelt (siehe Fachinformation Abschnitt 5.1). Es liegen keine Daten zur Wirksamkeit dieser Kombination im Vergleich zu Trastuzumab in Kombination mit einem Aromatase-Inhibitor in dieser Patientenpopulation vor. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 der Fachinformation genannten sonstigen Bestandteile. Lesen Sie bitte die Angaben zu relevanten Gegenanzeigen und Sicherheitsinformationen in der Information zur Verschreibung zu Capecitabin, wenn Sie Lapatinitrid in Kombination mit Capecitabin anwenden. **Inhaber der Zulassung:** Glaxo Group Limited, 980 Great West Road, Brentford, Middlesex TW9 9GS, Vereinigtes Königreich. **Zulassungsnummern:** EU/1/07/440/001-007. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **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. **Auswahl klinisch relevanter Sicherheitsinformationen zu Tyverb®. Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Warnhinweise:** Vorsicht bei linksventrikulären Funktionsstörungen, Gabe potentiell kardiotoxischer Arzneimittel, Verlängerung des QTc-Intervalls. Herzfunktion mit Echokardiographie und EKG (Messung des QT-Intervalls) überprüfen. Hypokaliämie oder Hypomagnesiämie korrigieren. Auf Zeichen pulmonaler Toxizität (Dyspnoe, Husten, Fieber) achten. Leberwerte (Transaminasen, Bilirubin, alkalische Phosphatase) vor und während der Therapie kontrollieren, bei schweren Leberfunktionsstörungen Therapie absetzen. Vorsicht bei Patienten mit schwerer Nierenfunktionsstörung. Diarrhoe rechtzeitig mit Antidiarrhoika und ggf. intravenösen Flüssigkeitsund Elektrolytzufuhr entgegenwirken. Vorsicht bei gleichzeitiger Behandlung mit Substanzen, die das CYP3A4-Enzymsystem beeinflussen sowie Stoffen, die den pH-Wert des Magens erhöhen. **Nebenwirkungen:** Die häufigsten Nebenwirkungen (>25%) unter der Therapie mit Lapatinitrid waren gastrointestinale Ereignisse (wie Durchfall, Übelkeit und Erbrechen) und Hautausschlag. Durchfall trat bei ungefähr 65% der Patienten auf, die Lapatinitrid in Kombination mit Capecitabin erhalten hatten, bei 64% der Patienten, die Lapatinitrid in Kombination mit Letrozol erhalten hatten, und bei 62% der Patienten, die Lapatinitrid in Kombination mit Trastuzumab erhalten hatten. Hautausschlag trat bei ungefähr 28% der Patienten auf, die Lapatinitrid in Kombination mit Capecitabin erhalten hatten, bei 45% der Patienten, die Lapatinitrid in Kombination mit Letrozol erhalten hatten, und bei 23% der Patienten, die Lapatinitrid in Kombination mit Trastuzumab erhalten hatten. Eine Verringerung der linksventrikulären Auswurfleistung (LVEF) wurde bei ungefähr 1% der Patienten unter Lapatinitrid beobachtet und war in mehr als 70% der Fälle asymptomatisch. **Für eine vollständige Auflistung der Kontraindikationen, Warnhinweise und Nebenwirkungen siehe Fachinformation**

Fachkurzinformation zu Seite 20 **SUTENT 12,5 mg/25 mg/50 mg/50 mg Hartkapseln. Zusammensetzung:** Eine Hartkapsel enthält Sunitinibmalat, entsprechend 12,5 mg/25 mg/50 mg Sunitinib. Sonstige Bestandteile: *Kapselhülle:* Mannitol (E 421) (Ph. Eur.), Croscarmellose-Natrium, Povidon (K 25), Magnesiumstearat (Ph. Eur.) *Orangefarbene Kapselhülle (Sutent 12,5 mg/25 mg):* Gelatine, Eisen(III)-oxid (E 172), Titandioxid (E 171) *Karamellfarbene Kapselhülle (Sutent 25 mg/50 mg):* Gelatine, Titandioxid (E 171), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E 172), Eisen(III)-oxid (E 172), Eisen(II,III)-oxid (E 172) *Druckrinne:* Schellack, Propylen glycol, 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 genannten sonstigen Bestandteile **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Arzneimittel, Protein-Kinase-Inhibitoren **ATC-Code:** L01XE04 **Inhaber der Zulassung:** Pfizer Ltd, Ramsgate Road, Sandwich, Kent CT13 9NJ, Vereinigtes Königreich **Stand der Information:** März 2013 **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig **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.**

Fachkurzinformation zu Seite 26 **Votrient 200 mg Filmtabletten; Votrient 400 mg Filmtabletten; Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** 200 mg Filmtablette enthält 200 mg Pazopanib (als Hydrochlorid). 400 mg Filmtablette enthält 400 mg Pazopanib (als Hydrochlorid). **Sonstige Bestandteile:** *Tablettenkern:* Magnesiumstearat, Mikrokristalline Cellulose, Povidon (K30), Carboxymethylstärke-Natrium (Typ A). *Filmüberzug 200 mg Filmtablette:* Hypromellose, Eisen(III)-oxid (E172), Macrogol (400), Polysorbat 80, Titandioxid (E171). *Filmüberzug 400 mg Filmtablette:* Hypromellose, Macrogol (400), Polysorbat 80, Titandioxid (E171). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Mittel, andere antineoplastische Mittel, Proteinkinase-Inhibitoren. **ATC-Code:** L01XE11. **Anwendungsgebiete:** Nierenzellkarzinom (RCC) Votrient ist angezeigt zur Erstlinien-Behandlung von erwachsenen Patienten mit fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom und zur Behandlung von Patienten, die vorher eine Therapie ihrer fortgeschrittenen Erkrankung mit Zytokinen erhalten hatten. Weichteilsarkom (WTS, STS) Votrient ist angezeigt zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit ausgewählten Subtypen eines fortgeschrittenen Weichteilsarkoms, das vorher eine Chemotherapie ihrer metastasierten Erkrankung erhalten hatten oder die innerhalb von 12 Monaten nach einer (neo) adjuvanten Therapie progredient wurden. Die Wirksamkeit und Sicherheit von Pazopanib wurde nur bei bestimmten histologisch definierten Weichteilsarkom-Subtypen bestimmt (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 der Fachinformation genannten sonstigen Bestandteile. **Inhaber der Zulassung:** Glaxo Group Limited, 980 Great West Road, Brentford, Middlesex, TW9 9GS, Vereinigtes Königreich. **Zulassungsnummern:** EU/1/10/628/001-004. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **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.

Fachkurzinformation zu Seite 30 **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. **Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung:** Jede Durchstechflasche mit Lösungsmittel enthält 573,3 mg Ethanol 96 %. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Konzentrat: Polysorbat 80, Citronensäure-Monohydrat. **Lösungsmittel:** Ethanol 96 %, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Jevtana ist in Kombination mit Prednison oder Prednison zur Behandlung von Patienten mit hormonrefraktärem metastasiertem Prostatakarzinom angezeigt, die mit einem Docetaxel-basierten Therapieschema vorbehandelt sind. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Cabazitaxel, gegen andere Taxane oder einen der sonstigen Bestandteile in der Formulierung, einschließlich Polysorbat 80; Bei einer Neutrophilenzahl kleiner als 1.500/mm³; Bei eingeschränkter Leberfunktion (Bilirubin $\geq$ 1-Fache des oberen Normalwertes oder AST und/oder ALT $\geq$ 1,5-Fache der oberen Normalwerte); Gleichzeitige Impfung mit einem Gelfieberimpfstoff. **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:** Mai 2013. **Weitere Angaben zu den besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie ggf. Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**



Abstrakteinreichung bis
5. Mai 2014

Call for Abstracts

Wir laden Sie herzlich ein, Abstracts für freie Vorträge und
Posterpräsentationen zu folgenden Themen einzureichen:

Hämatologie

- Akute lymphatische Leukämie
- Akute myeloische Leukämie
- Allogene Transplantation
- B-Zell-Lymphome, aggressiv
- B-Zell-Lymphome, indolent
- Chronische lymphatische Leukämie
- Chronische myeloische Leukämie
- Chronische myeloproliferative Neoplasien
- Gerinnung und Thrombozyten
- Hämatopoetische Stammzellen
- Hodgkin-Lymphom
- Multiples Myelom und verwandte Erkrankungen
- Myelodysplastische Syndrome
- Nicht maligne Hämatologie
- Sonstige B-Zell-Lymphome
- Sonstige Hämatologie
- T-Zell-Lymphome

Onkologie

- Gynäkologische Malignome
- Hepatobiliäres Karzinom
- Kolon-/Rektumkarzinom
- Kopf-Hals-Tumore
- Lungenkarzinom
- Magenkarzinom, inkl. Kardia

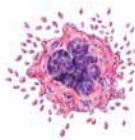
- Mammakarzinom
- Melanom
- Nierenzellkarzinom
- Oesophaguskarzinom
- Pankreaskarzinom
- Prostatakarzinom
- Sarkome
- Sonstige Onkologie
- Urogenitale Malignome
- ZNS-Tumore

Querschnittsthemen

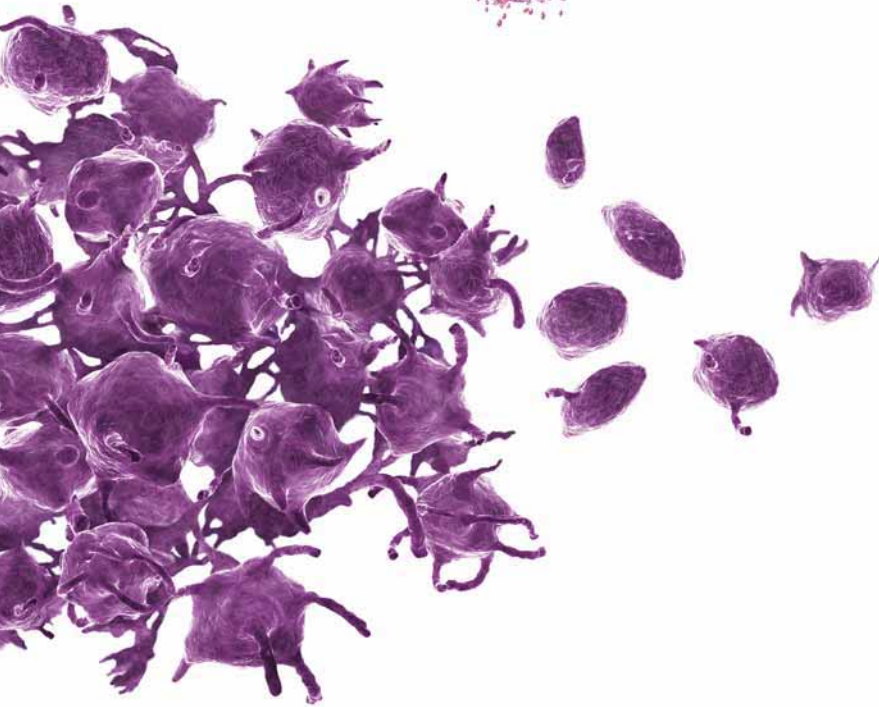
- AYA = Adoleszente und junge Erwachsene
- Betreuung von Patienten und Langzeitüberlebenden
- Der spezielle Fall
- Ethik
- Immuntherapie
- Notfälle in der Onkologie/Hämatologie
- Palliativmedizin
- Prävention/Epidemiologie
- Psychoonkologie
- Supportive Therapie
- Tumor-/Zellbiologie
- Versorgungsforschung

Gesamtorganisation:

DGHO Service GmbH · Alexanderplatz 1 · 10178 Berlin
Tel.: +49 (0) 30-2787 6089-13, -14 · E-Mail: jahrestagung2014@dgho-service.de



Thromboreductin®



Targeted therapy of Essential Thrombocythemia

- Platelet selective^{1,2,3}
- High response rate: 82-85%⁴
- Reduction of thromboembolic complications^{4,5}
- Favorable long term safety profile⁴

www.aoporphan.com

- 1 Hong Y et al., Platelets (2002) 13, 381-386
- 2 Hong Y et al., Leukemia (2006), 1-6
- 3 Ahluwalia M et al., Journal of Thrombosis and Haemostasis (2010) 8: 2252-2261
- 4 Steurer M et al., Blood (2010), ASH Annual Meeting 2010, Abstract 5064
- 5 Steurer M et al., Cancer (2004), Volume 101/Number 10, 2239-2246



AOP ORPHAN
FOCUS ON RARE DISEASES

SPC (short version)

Name of the Medicinal Product Thromboreductin® 0.5 mg capsules **Qualitative and Quantitative Composition** Each capsule contains 0.5 mg anagrelide as hydrochloride. **Lactose warning:** Each capsule contains 94 mg lactose monohydrate. **List of excipients** Capsule filling: lactose monohydrate, povidone, croscopovidone, microcrystalline cellulose, magnesium stearate. Capsule shell: titanium dioxide E171, indigo carmine E132, gelatine, water. **Therapeutic indications** Thromboreductin® is indicated for the reduction of an increased platelet number and associated clinical symptoms in high risk patients with essential thrombocythemia. High risk patients with essential thrombocythemia show one or more following symptoms: Age $\geq$ 60 years, Platelet counts $\geq$ 1.000.000/ μ l. Increase of platelet count $\geq$ 300.000/ μ l within 3 months. Severe thrombohaemorrhagic or ischaemic symptoms in anamnesis. Vascular risk factors. **Contraindications** Hypersensitivity to anagrelide or to any of the excipients of the medicinal product. Cardiovascular disease grade 3 with a negative benefit/risk assessment or grade 4 (South West Oncology Group). Severe renal insufficiency (creatinine clearance < 30ml/min). Moderate to severe hepatic insufficiency. **Marketing Authorisation Holder** Orpha-Devel Handels und Vertriebs GmbH, Austria **Dispensing status:** subject to medical prescription. **Pharmacotherapeutic group:** L01 (other antineoplastic substances). ATC code: L01XX35 **Date of revision of the text:** June 2010. Please refer to the published Summary of Product Characteristics for full prescribing information.