

XXXIII.

Wissenschaftliche Tagung
der Arbeitsgemeinschaft für
Gynäkologische Onkologie (AGO)
der OEGGG 2025

Fortbildungsseminar für
onkologisches Pflegepersonal
am 9. Mai 2025

7.–10. Mai 2025
Salzburg Congress

Programm



www.ago-austria.at


Verzenios[®]
abemaciclib

DESIGNED TO BE DIFFERENT[®]

A Lilly Medicine



Jahre, die sich auszahlen.

Mit einer 2-jährigen Verzenios[®]-Therapie das IDFS und DRFS beim nodal-positiven, HR+, HER2-frühen Mammakarzinom mit hohem Rezidivrisiko* langanhaltend verbessern.**,¹



**Gelbe
Box (L6)
EBC+MBC**

* Hohes Rezidivrisiko definiert als ≥ 4 positive axilläre Lymphknoten oder 1-3 positive axilläre Lymphknoten und mind. eins der folgenden Kriterien: Tumorgroße ≥ 5 cm oder histologischer Grad 3.² ** Die ITT-Population in der monarchE Studie bestand aus Kohorte 1 (n = 5.120) und Kohorte 2 (n = 517). Die Zulassung wurde basierend auf Kohorte 1 erteilt. Einschlusskriterien der Kohorte 2 waren 1-3 positive axilläre Lymphknoten und zentral getesteter Ki-67-Index $\geq 20\%$. ^o Abemaciclib unterscheidet sich von den anderen Vertretern dieser Substanzklasse unter anderem durch eine 14-fach selektivere Hemmung von CDK4 gegenüber CDK6.³

¹ Rastogi P, et al. J Clin Oncol. 2024 Mar 20;42(9):987-993. ² Aktuelle Fachinformation Verzenios[®]. ³ Chen P, Lee NV, Hu W et al. Spectrum and Degree of CDK Drug Interactions Predicts Clinical Performance. Mol Cancer Ther. 2016; 15(10). Ther. 2016; 15(10).

PP-AL-AT-0932, Jan 2025

Fachkurzinformation siehe Seite 35


A MEDICINE COMPANY

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Wir dürfen Sie herzlichst zur XXXIII. wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für gynäkologische Onkologie (AGO), die vom 07.-10. Mai 2025 stattfinden wird, einladen. Der direkte und niederschwellige Austausch zwischen allen gynäko-onkologisch interessierten Mediziner:innen und Pflegepersonen in Österreich stellt den wohl größten Mehrwert dieser Veranstaltungen dar. Daher möchten wir Ihnen wieder in dem bewährtem Rahmen in Salzburg das dafür bestmögliche Umfeld bieten.

In den wissenschaftlichen Sitzungen legen wir dieses Jahr bewusst einen Schwerpunkt auf klinisch relevante operative Fragestellungen wie „Innovationen in der operativen Gynäkologie“ und „Stellenwert der HIPEC/PIPAC“. Dies wird durch Themen am Anfang - „Innovationen in der prätherapeutischen Diagnostik“ - und am Ende der Krebserkrankung - „End-Stage: was können wir tun, wenn „man nichts mehr tun kann“?“ – ergänzt. Daneben werden die etablierten, wichtigen Bereiche der zunehmend präziseren Systemtherapie, deren Nebenwirkungen und das entsprechende Nebenwirkungsmanagement thematisiert.

So wie jedes Jahr ist natürlich die Nachwuchsförderung ein zentrales Anliegen und mit Aktivitäten wie einer Podiumsdiskussion im Rahmen der WAAGO, der Posterpreise mit internationalen Gutachter:innen, dem Young-Scientist-Award und der Postersitzung fest im Hauptprogramm verankert.

In bewährter Weise bieten wir auch dieses Jahr eine durchgehende kostenlose Kinderbetreuung während der Kongresszeiten an (die Anmeldung hierfür ist lediglich vorab im Rahmen der Kongressanmeldung notwendig). Auch dieses Jahr werden die Sitzungen aufgenommen und zeitnahe nach der Jahrestagung online über unsere Homepage <https://ago-austria.at/> jederzeit und für Kongressteilnehmer:innen kostenlos abrufbar sein.

Im Bereich der Fortbildungen werden wir eine aktualisierte Ausgabe des AGO Manuals und der AGO Broschüre „Nebenwirkungsmanagement“ auflegen können, um Ihnen einen bestmöglichen klinischen Leitfaden für den Bereich der gynäkologischen Onkologie in Österreich zu bieten.

Wir hoffen Sie in Salzburg begrüßen zu dürfen und freuen uns auf interessante praxisrelevante Sitzungen und einen regen persönlichen Austausch vor Ort.

Christoph Grimm
Präsident der AGO

Stephan Polterauer
Sekretär der AGO

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Wir freuen uns, Sie auch heuer wieder zum Pflorgetag im Rahmen der XXXIII. wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für gynäkologische Onkologie (AGO) begrüßen zu dürfen. Im Rahmen dieser wissenschaftlichen Tagung bietet die AGO schon seit vielen Jahren auch der Pflege eine Plattform Wissen zu vertiefen, sich auszutauschen und zu vernetzen. In einer Zeit, in der die medizinische Versorgung stetig komplexer und spezialisierter wird, gewinnt die multiprofessionelle Betreuung von Patientinnen mit gynäkologischen Krebserkrankungen zunehmend an Bedeutung. Dieser Kongress steht ganz im Zeichen der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Fachrichtungen und Professionen, die gemeinsam daran arbeiten, die bestmögliche Versorgung für unsere Patientinnen zu gewährleisten. Heuer liegt unser Schwerpunkt in der vielfältigen Problematik der Tumorthherapie aus Sicht der Pflege. Wir freuen uns, dass wir Pflegeexpert:innen gewinnen konnten, die uns an ihrer Expertise teilhaben lassen. Durch ihre Fachkenntnisse und empathische Betreuung können Pflegeexpert:innen nicht nur die Lebensqualität, sondern auch die Compliance von onkologischen Patient:innen verbessern. Am Herzen liegen uns auch die fachlichen Beiträge. Beginnend mit HPV-Erkrankungen und Präventionsmöglichkeiten, über die komplexe Begleitung von Mutationsträgerinnen mit Mammakarzinom, den Herausforderungen zielgerichteter Therapien in der Gynäkoonkologie, bis hin zur Problematik von Kiefernekrosen unter antiresorptiver Therapie.

In diesem Sinne wünschen wir Ihnen inspirierende Vorträge, bereichernde Diskussionen und viele neue Erkenntnisse. Lassen Sie uns gemeinsam die Zukunft der gynäkologisch-onkologischen Pflege gestalten!

Angelika Hajdinyak
Alexandra Dalla-Rosa
Gabriele Moitzi
Philipp Fischer

Vorstand der AGO der OEGGG

Christoph Grimm
Präsident der AGO

Stephan Polterauer
Sekretär der AGO

Thomas Bartl

Christine Brunner

Nicole Concin

Daniel Egle

Thorsten Fischer

Lukas Hefler

Horst Koch

Vassiliki Kolovetsiou-Kreiner

Christian Marth

Edgar Petru

Daniel Reimer

Christian Schauer

Richard Schwameis

Veronika Seebacher-Shariat

Christian Singer

Karl Tamussino

Gerda Trutnovsky

Irina Tsibulak

Birgit Volgger

Alain G. Zeimet



Veranstalter

Arbeitsgemeinschaft für gynäkologische Onkologie der OEGGG

Präsident der Gesellschaft

Assoz. Prof. Priv.-Doz. Dr. Christoph Grimm
Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Klinische Abteilung für Allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie
1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20

Sekretär der Gesellschaft

Assoz. Prof. Priv.-Doz. Dr. Stephan Polterauer
Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Klinische Abteilung für Allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie
1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20

Tagungssekretariat

Ingrid Zeimet-Kirchmair
Österr. Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe/
Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie
A-6020 Innsbruck, Kaiser Josef-Straße 9
Tel.: +43 (0) 676 7300642
e-mail: kontakt@ago-austria.at

Fachausstellung, Inseratenwerbung, Programmgestaltung und -druck



MAW – Medizinische Ausstellungs- und Werbegesellschaft
Freyung 6, A-1010 Wien
Tel. (+43/1) 536 63-32 od. 68
e-mail: maw@media.co.at

Tagungszeiten

Mittwoch,	07.05.2025 – 16.00 – 18.30 Uhr
Donnerstag,	08.05.2025 – 08.00 – 19.30 Uhr
Freitag,	09.05.2025 – 08.30 – 18.00 Uhr
	19.00 Uhr – Festabend im Restaurant Mönchsberg Mönchsberg 32
Samstag,	10.05.2025 – 08.00 – 13.00 Uhr

Allgemeine Hinweise

Tagungsgebühren

FachärztInnen/AllgemeinmedizinerInnen (OEGGG Mitglied)	€ 340,-
FachärztInnen/AllgemeinmedizinerInnen (Nichtmitglied)	€ 390,-
FachärztInnen/AllgemeinmedizinerInnen – Tageskarten	
Donnerstag/Freitag jeweils € 180,-/Samstag € 100,-	
Ärztin/Arzt in Ausbildung (OEGGG Mitglied)	€ 220,-
Ärztin/Arzt in Ausbildung (Nichtmitglied)	€ 250,-
Ärztin/Arzt in Ausbildung – Tageskarten	
Donnerstag/Freitag jeweils € 130,-/Samstag € 70,-	
Study nurses/Pflegepersonal	€ 170,-

(berechtigt zur Teilnahme an allen Sitzungen/Seminaren der Tagung)

StudentInnen bis zum < 26. Lj. bei Vorlage eines gültigen Studentenausweises gratis.

Die Anmeldung erfolgt per mail an **kontakt@ago-austria.at** oder mittels Onlinebuchung über **www.ago-austria.at**.

Zahlungsmodalitäten

Wir bitten um Einzahlung auf das Konto: IBAN: AT13 2011 1285 1828 5304, BIC: GIBAATWWWXX, Kontowortlaut: OEGGG - Arbeitsgemeinschaft für gynäkologische Onkologie, Tagung 2025 Bankspesen zu Lasten des Auftraggebers). Die Teilnahme-/Zahlungsbestätigung erhalten Sie an der Registratur. Die Buchung der DFP-Punkte erfolgt elektronisch auf Ihr Fortbildungskonto.

Posterausstellung/-präsentation

Die Autor:innen der für die Posterpräsentation ausgesuchten Poster, werden von der AGO vorab per e-mail verständigt. Die Autor:innen können Ihre Poster im Rahmen einer Posterbegehung Donnerstag abends präsentieren. Die besten Poster werden in einer eigenen Sitzung am Samstag im Rahmen von Vorträgen präsentiert und die Gewinner:innen prämiert.

Diplomfortbildungsprogramm

DFP

Diese Veranstaltung wird für das Diplomfortbildungsprogramm der Österreichischen Akademie der Ärzte eingereicht.

Roche

Doing now what
patients need next

PHESGO®
PERTUZUMAB-TRASTUZUMAB

TECENTRIQ® SC
atezolizumab subcutaneous

Kadcyla®
trastuzumab emtansine

PERJETA®
Herceptin®
Pertuzumab Trastuzumab

M-AT-00003317
Fachkurzinformationen
siehe Seite 31-34

TECENTRIQ®
atezolizumab

AVASTIN®
bevacizumab

Herceptin® SC
trastuzumab
subcutaneous

WAAGO-Sitzung 16.00 – 18.30

Termin: Mittwoch, 07. Mai 2025 – Trakl Saal (3. OG)

"Young Gynae Oncologist´s Corner by WAAGO"

• Präsentation ESGO Fellowship in Österreich
Medizinische Universität Wien und Medizinische Universität Innsbruck

- Bericht AGO Observership Grant
Christoph W. Ebner (*Innsbruck*)

"Ultraschall in der gynäkologischen Onkologie"

Aufenthalt bei Daniela Fischerova in Prag

WAAGO Networking Dinner

Imlauer Sky Restaurant
(Imlauer Hotel Pitter, 5020 Salzburg, Rainerstraße 6)

Anmeldung unter: kontakt@ago-austria.at
bis spätestens 22. April 2025

NEU



**MEIN KREBS
IST RESISTENT.
DAS BIN ICH AUCH.**

**FOLATREZEPTOR-ALPHA +
PLATINRESISTENTES
OVARIALKARZINOM***

3-FACH ÜBERLEGEN*

- ▶ signifikant verlängertes mOS¹
- ▶ verträglicheres Sicherheitsprofil¹
- ▶ Erhalt der Lebensqualität²

*ELAHERE als Monotherapie ist indiziert zur Behandlung von erwachsenen Patientinnen mit Folatrezeptor-alpha (FR α)-positivem, platinresistentem, high-grade serösem epitheliale Ovarial-, Tuben- oder primärem Peritonealkarzinom, die zuvor ein bis drei systemische Behandlungslinien erhalten haben.*Verglichen mit investigator's choice Chemotherapie (Paclitaxel, pegyliertes liposomales Doxorubicin, Topotecan)¹. Moore KN et al. N Engl J Med. 2023; 389(23):2162-2174.; 2. Konecny GE, et al. Präsentation am Society of Gynecologic Oncology (SGO) Annual Meeting on Women's Cancer. 16.-18. März 2024; 3. Fachinformation ELAHERE® Stand: 11/2024.

Fachkurzinformation auf Seite 36

abbvie

Herausgeber:
AbbVie GmbH, Wien | www.abbvie.com
AT-ELAH-240019-12122024

Tagessponsor ohne Einfluss auf das Programm – 

08.00 – 09.00 Uhr Breakfast Symposium



Fortschritte in der zielgerichteten Therapie beim platinresistenten Ovarialkarzinom – (FR α)-ADCs im Fokus

Vorsitz: Nicole Concin (*Wien*), Christian Marth (*Innsbruck*)

Begrüßung

Christian Marth (Innsbruck)

Ovarialkarzinomrezidiv: eine Historie von Fehlschlägen

Christian Marth (Innsbruck)

(FR α)-ADCs als neue personalisierte Therapieoption

Christoph Grimm (Wien)

Therapiemanagement

Irina Tsubulak (Innsbruck)

Paneldiskussion & Fazit:

Moderatorin: *Nicole Concin (Wien)*

Diskutanten: *Christoph Grimm (Wien), Lukas Hefler (Linz),*

Vassiliki Kolovetsiou-Kreiner (Graz), Christian Marth (Innsbruck),

Irina Tsubulak (Innsbruck)

09.00 – 10.30 Uhr Innovationen in der operativen Gynäkologie

Vorsitz: Irina Tsubulak (*Innsbruck*), Stephan Polteraueuer (*Wien*)

ICG in Gynecologic Oncology

Nicolo Bizzarri (Rom, Italien)

Use of robotic surgery in Gynecologic Oncology

Radovan Pilka (Olomouc, Tschechien)

Deeskalation in der Axillachirurgie

Daphne Gschwantler-Kaulich (Wien)

10.30 – 10.45 Uhr Kaffeepause und Besuch der Fachausstellung

PUSH THE PARADIGM

DIE THERAPIEENTSCHEIDUNG
FÜR EIN LÄNGERES ÜBERLEBEN^{a,1-8}

- Hohe Ansprechraten¹⁻⁸
- Überlegene Wirksamkeit¹⁻⁸
- Bessere Chancen für noch mehr PatientInnen¹⁻⁸



Anwendungsgebiete:¹

- * ENHERTU[®] wird angewendet als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen PatientInnen mit inoperablem oder metastasiertem HER2-positivem Brustkrebs, die bereits mindestens eine gegen HER2 gerichtete Vorbehandlung erhalten haben.
- # ENHERTU[®] wird angewendet als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen PatientInnen mit inoperablem oder metastasiertem HER2-low-Brustkrebs, die bereits eine Chemotherapie in der metastasierten Situation erhalten haben oder bei denen während oder innerhalb von 6 Monaten nach Beendigung der adjuvanten Chemotherapie ein Rezidiv aufgetreten ist.
- ° ENHERTU[®] wird angewendet als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen PatientInnen mit fortgeschrittenem HER2-positivem Adenokarzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs (GEJ), die bereits ein vorhergehendes Trastuzumab-basiertes Therapieschema erhalten haben.
- § ENHERTU[®] wird angewendet als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen PatientInnen mit fortgeschrittenem NSCLC, deren Tumoren eine aktivierende *HER2(ERBB2)*-Mutation aufweisen und die nach einer platinbasierten Chemotherapie mit oder ohne Immuntherapie eine systemische Therapie benötigen.

^a Vergleichssubstanzen: T-DM1 (DB-03), Capecitabin, Eribulin, Gemcitabin, Paclitaxel und nab-Paclitaxel (DB-04), Irinotecan+Paclitaxel (DG-01).

HER2: humaner epidermaler Wachstumsfaktor-Rezeptor 2; **mGC:** metastasierter Magenkrebs (gastric cancer); **mBC:** metastasierter Brustkrebs (breast cancer); **ERBB2:** erb-b2 Rezeptor Tyrosin Kinase; **HER2m:** HER2-mutiert; **mNSCLC:** metastasiertes nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom (non-small cell lung cancer).

Referenzen: 1. ENHERTU[®] (trastuzumab deruxtecan) Fachinformation. Stand: 10/2023. 2. Modi S, et al. N Engl J Med. 2022 Jul 7;387(1):9-20. 3. Modi S, et al. N Engl J Med. 2020;382(7):610-621. 4. Hurvitz SA, et al. Lancet. 2023 Jan 14;401(10371):105-117. 5. Cortés J, et al. N Engl J Med. 2022 Mar 24;386(12):1143-1154. 6. Shitara K, et al. N Engl J Med. 2020;382(25):2419-2430. 7. Van Cutsem E, et al. Lancet Oncol. 2023;24(7):744756. 8. Goto K, et al. J Clin Oncol. 2023;41(31):4852-4863.

Fachkurzinformation siehe Seite 36

AT/ENH/01/24/0012, AT-10624, 01/2024

10.45 – 11.15 Uhr ERÖFFNUNG mit Key Note Lecture
**Willkommen im Zeitalter der Gegentrends -
Generationswandel und Digitalisierung**
Tristan Horx (Wien)

11.15 – 12.45 Uhr Fertilitätserhaltende Therapien
Vorsitz: Nicole Concin (*Wien*), Karl Tamussino (*Graz*)
Fertilitätserhalt bei Patientinnen mit Zervixkarzinom
Karl Tamussino (Graz)
Fertilitätserhalt bei Patientinnen mit Endometriumkarzinom
Nicole Concin (Wien)
Fertilitätserhalt bei Patientinnen mit Ovarialkarzinom oder BOT
Stephan Polterauer (Wien)

12.45 – 13.00 Uhr Kaffeepause und Besuch der Fachausstellung

13.00 – 14.00 Uhr Lunch Symposium



**Therapeutische Fortschritte in der Onkologie:
Behandlungsoptionen und Managementstrategien bei
fortgeschrittenen Endometrium- und Mammakarzinomen**

Vorsitz: Daniel Egle (*Innsbruck*), Nicole Concin (*Wien*),
Das MMR-profiziente fortgeschrittene Endometriumkarzinom –
Therapieoptionen und deren Anwendung in der klinischen Praxis
Richard Schwameis (Wien)
ADCs im fortgeschrittenen Mammakarzinom –
Therapieoptionen und deren Anwendung in der klinischen Praxis
Georg Pfeiler (Wien), Danijela Dohnal-Suvajac (Mödling)

14.00 – 15.30 Uhr Management zielgerichteter Therapien
Vorsitz: Edgar Petru (*Graz*), Christoph Grimm (*Wien*)
ADC's und Augentoxizität
Irina Tsibulak (Innsbruck)
Immuntherapie –
Monitoring und Management der häufigsten Toxizitäten
Vassiliki Kolovetsiou-Kreiner (Graz)
Von der CDK4/6-Inhibition und den oralen SERDS bis zur Blockade
des AKT-/PIK3CA-/PTEN-Pathways
Sabine Danzinger (Wien)

15.30 – 16.00 Uhr Kaffeepause und Besuch der Fachaussstellung

16.00 – 17.30 Uhr Entwicklungen in der prätherapeutischen Diagnostik

Vorsitz: Daniel Reimer (*Innsbruck*), Horst Koch (*Salzburg*)

Der Stellenwert der Re-Biopsie und der
Liquid Biopsy in der gynäkologischen Onkologie
Sigurd Lax (Graz)

Aktuelle Entwicklungen in der prätherapeutischen Diagnostik:
Radiomics und KI
Leo Gruber (Innsbruck)

The impact of ultrasound in the line of pre-therapeutic diagnosis and
therapy monitoring in gynecologic malignancies
Rosa-Maria Laterza (Wien)

17.30 – 18.30 Uhr Dinersymposium



**Ribociclib beim HR+/HER2- Mammakarzinom:
Bewährt in der Metastasierung, Neu in der Adjuvanz**

Vorsitz: Christian Singer (*Wien*), Daniel Egle (*Innsbruck*)

Neue Wege in der Adjuvanz: Reduktion des Rezidivrisikos mit
Ribociclib – Unabhängig vom Nodalstatus
Gunda Pristauz-Telsnigg (Feldbach-Fürstenfeld)

Bewährte Pfade: ein Fallbericht zur Effektivität von Ribociclib im
metastasierten Setting
Sabine Danzinger (Wien)

Guideline-Update beim HR+/HER2- Mammakarzinom:
Ein Blick auf die neuesten Empfehlungen
Clemens Dormann (Linz)

18.30 – 18.50 Uhr Young Scientist Award

Verleihung durch Alain G. Zeimet (*Innsbruck*)



18.50 – 19.30 Uhr Postervisite „Wein + Käse“

Lukas Hefler (*Linz*),
Christian Schauer (*Graz*)

Prof. Philipp Harter

Herr Prof. Philipp Harter absolvierte sein Medizinstudium an der Johannes Gutenberg Universität in Mainz, promovierte 2000 und erlangte 2001 mit seiner Dissertation unter dem Titel „In vitro testing of chemosensitivity of primary tumour cells“ den akademischen Dokortitel. Von 2000 bis 2001 arbeitete er in Ludwigshafen, von 2002 – 2005 machte er die Facharzt Ausbildung bei Prof. Andreas Du Bois an der Dr. Horst Schmidt Klinik in Wiesbaden und war dort von 2005 – 2010 als Oberarzt tätig.



Im Rahmen dieses Aufenthaltes absolvierte er seine Spezialisierung im Bereich der gynäkologischen Onkologie. Von 2011 bis Juli 2021 war er stellvertretender Direktor der Abteilung für Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie der Evangelischen Kliniken Essen-Mitte (KEM), Deutschland. In dieser Zeit habilitierte er 2016 mit dem Titel „Wertigkeit und Prädiktion der Rezidiv-OP bei Ovarialkarzinom“ an der Universität Marburg. Seit August 2021 leitet er die Abteilung für Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie an der KEM – eine der weltweit größten Abteilungen für die Behandlung von Frauen mit Ovarialkarzinom.

Herr Prof. Harter ist einer der weltweiten Experten in der Therapie des Ovarialkarzinoms – sowohl im Bereich der operativen Therapie als auch der Systemtherapie. Dazu passend war bzw. ist er einer der hauptverantwortlichen Personen für die klinisch höchst relevanten operativen Studien LION (Stellenwert der systematischen Lymphadenektomie beim fortgeschrittenen epithelialen Ovarialkarzinom), DESKTOP 1-3 (Stellenwert der zytoreduktiven Operation beim platinensiblen Rezidiv des epithelialen Ovarialkarzinoms) und TRUST (Stellenwert des Timings der zytoreduktiven Operation im Rahmen der Primärtherapie des fortgeschrittenen Ovarialkarzinoms). Im Bereich der Systemtherapie leitete er als Principal Investigator zahlreiche internationale Studien, die die Therapiestandards weltweit prägten, darunter u.a. AGO-OVAR 23 (DUO-O), AGO-OVAR 2.23 (SOLO2), AGO-OVAR 2.22 (NOVA)

Prof. Harter ist Mitglied in zahlreichen nationalen (AGO-Studiengruppe Deutschland, Deutsche Krebsgesellschaft, Kommission Ovar der AGO Deutschland) wie auch internationalen Gesellschaften (ESGO, GCIG). Darüber hinaus leitet er seit 2017 die AGO Studiengruppe und ist seit 2018 fixes Mitglied im Board of Directors der GCIG.

Herr Prof. Harter publizierte mehr als 300 Arbeiten in peer-reviewed Journalen und ist Mitglied des Editorials Boards in mehreren internationalen Journalen.

Lassen Sie ihr

Licht

erstrahlen – länger als je zuvor.



NEU: Jetzt auch für Ihre Patientinnen mit Endometriumkarzinom und MMRp/MSS zugelassen¹

JEMPERLI (Dostarlimab) + Chemotherapie

Die einzige zugelassene Immuntherapie mit signifikantem OS-Vorteil

für Patientinnen mit primär fortgeschrittenem oder rezidivierendem Endometriumkarzinom, für die eine systemische Therapie infrage kommt.^{1,2}



Signifikante **Verlängerung des medianen Gesamtüberlebens um 16 Monate** in der Gesamtpopulation^{2,a,b}

a. Im Vergleich zu Carboplatin-Paclitaxel+Placebo. – **b.** Patientinnen aus der RUBY-Studie (n=494; JEMPERLI+CP: n=245; Placebo+CP: n=249); Primärer Endpunkt HR=0,69 (95 %-KI: 0,54-0,89; p=0,002); medianes OS: JEMPERLI+CP: 44,6 Monate [95 %-KI: 32,6-NR] vs. Placebo+CP: 28,2 Monate [95 %-KI: 22,1-35,6]).

Referenzen: 1. JEMPERLI. Fachinformation, aktueller Stand. – 2. Powell MA, et al. Annals of Oncology 2024;35(8):728-738.

Die Fachkurzinformation finden Sie auf Seite 37

Copyright © 2025 GlaxoSmithKline Unternehmensgruppe. GlaxoSmithKline Pharma GmbH Wienerbergstraße 7, 5. Stock, 1100 Wien JEMPERLI ist eine eingetragene Marke der GlaxoSmithKline Unternehmensgruppe.

PM-AT-DST-ADVR-250001 01/2025

Jemperli 
(dostarlimab) Injektion 500 mg

GSK

Tagessponsor ohne Einfluss auf das Programm – **GSK**

8.30 – 9.30 Uhr Breakfast Symposium



**Mythen und Fakten der CDK4/6-Inhibitor Therapie -
Personalisierte Therapieoptionen 2025**

Vorsitz: Christian Singer (*Wien*), Daniel Egle (*Innsbruck*)

Mythen und Fakten – Abemaciclib im Datencheck
Georg Pfeiler (Wien)

Fallbericht 1:

HR+ /HER2 – früher Brustkrebs:
Die nodal-positive „High-Risk“ Patientin
Birgit Volgger (Lienz)

Fallbericht 2:

HR+ /HER2 – metastasierter Brustkrebs:
Die endokrin-resistente Patientin
Magdalena Ritter (Dornbirn)

Paneldiskussion

9.30 – 11.00 Uhr Individualisierung der Therapie des Mammakarzinoms

Vorsitz: Daniel Egle (*Innsbruck*), Christian Singer (*Wien*)

Biomarker beim Mammakarzinom:
welche Analysen sind Standard?
Florentia Peintinger (Graz)

Therapie des frühen Mammakarzinoms mit hohem Rezidivrisiko
Daniel Egle (Innsbruck)

Mutationen in Genen mit intermediärer Penetranz und FamHx:
klinische Konsequenzen?
Christian Singer (Wien)

11.00 – 11.30 Uhr Kaffeepause und Besuch der Fachausstellung

**11.30 – 12.30 Uhr Laudatio und Verleihung des Wertheim-Preises
an Prof. Dr. Philipp Harter (Essen, Deutschland)**



Festvortrag:

Rolle der operativen Therapie beim rezidierten Ovarialkarzinom
Philipp Harter (Essen, Deutschland)

12.30 – 13.30 Uhr Lunch Symposium



Non-dMMR EC=CP + IO

Der Standard für alle non-dMMR EC Patientinnen ist CP+ IO?

Vorsitz: Christian Marth (*Innsbruck*), Nicole Concin (*Wien*)

Begrüßung

Christian Marth (Innsbruck)

Pro & Kontra Diskussion

PRO

Stephan Polterauer (Wien)

KONTRA

Christoph Grimm (Wien)

Podiumsdiskussion:

Moderation: *Nicole Concin (Wien)*

Teilnehmer: *Birgit Volgger (Lienz), Christian Marth (Innsbruck),
Christoph Grimm (Wien), Stephan Polterauer (Wien)*

Wrap up & Key take aways

Nicole Concin (Wien)

13.30 – 15.00 Uhr Stellenwert der HIPEC/PIPAC in der Behandlung der Peritonealkarzinose

Vorsitz: Alain G. Zeimet (*Innsbruck*), Richard Schwameis (*Wien*)

PRO

Oliver Zivanovic (Heidelberg)

KONTRA

Philipp Harter (Essen)

15.00 – 15.30 Uhr Kaffeepause und Besuch der Fachausstellung

**15.30 – 17.00 Uhr End-Stage:
Was können wir tun, wenn „man nichts mehr tun kann“?**

Vorsitz: Gerda Trutnovsky (*Graz*), Thorsten Fischer (*Salzburg*)

Palliative tumorspezifische Therapie – wann ist es genug?
Gerda Trutnovsky (Graz)

Palliative Symptomlinderung –
intestinale Obstruktion, Schmerzen, Blutungen und Co
Feroniki Adamidis (Wien)

Assistierter Suizid – was wir darüber wissen sollten
Sonja Fruhwald (Graz)

Lebenssinn und Resilienz – was wir von Viktor Frankl lernen können
Harald Mori (Wien)

17.00 – 18.00 Uhr Dinner Symposium



**Tradition trifft Innovation: Die Rolle der Chemotherapie im
Zeitalter der ADCs beim HR+/HER2- mBC**

Vorsitz: Daniel Egle (*Innsbruck*)

Was sagen die Guidelines?“
Gunda Pristauz-Telsnigg (Feldbach)

„Tradition trifft Innovation:
Die Rolle der Chemotherapie im Zeitalter der ADCs“
Gabriel Rinnerthaler (Graz)

Fallpräsentation:
Vassiliki Kolovetsiou-Kreiner (Graz)

Fallpräsentation:
Sabine Danzinger (Wien)

Diskussionsrunde

18.00 – 18.30 Uhr Vollversammlung der OEGGG

Fortbildungsseminar für onkologisches Pflegepersonal

Organisation und Programmgestaltung:

Angelika Hajdinyak, Alexandra Dalla-Rosa, Gabriele Moitzi,
Philipp Fischer und Christoph Grimm

Vorsitz: Gabriele Moitzi, Angelika Hajdinyak (Graz)

9.00 Uhr

Begrüßung

9.05 Uhr

HPV und HPV-Impfung

Karl Tamussino (Graz)

9.30 Uhr

Alltag einer Cancer Nurse

Alexandra Dalla-Rosa (Salzburg)

10.00 Uhr

Weiblichkeit neu definiert: Leben mit einem Stoma

Mario Gradischnig (Preding)

11.00 – 11.30 Uhr

Kaffeepause – Besuch der Fachausstellung

Vorsitz: Philipp Fischer (Wien), Enikö Steiner (Wien)

11.30 Uhr

Schmerzmanagement bei Tumorpatientinnen

Veronika Gautsch (Salzburg)

12.00 Uhr

Mangelernährung in der gynäkologischen Onkologie – Chancen der Ernährungstherapie

Johanna Donabaum (St. Pölten)

12.30 – 13.30 Uhr

Mittagspause

Vorsitz: Alexandra Dalla-Rosa, Valerie Gallee (Salzburg)

13.30 Uhr

Management von BRCA Mutationsträgerinnen nach Mammakarzinom

Gunda Pristauz (Feldbach)

14.00 Uhr

PARP-Inhibitoren, CDK 4/6 Inhibitoren, ADCs und andere Zungenbrecher

Vassiliki Kolovetsiou-Kreiner (Graz)

14.30 – 15.00 Uhr

Kaffeepause – Besuch der Fachausstellung

Vorsitz: Gabriele Moitzi, Angelika Hajdinyak (Graz)

15.00 Uhr

„Prepare for Chemo“: was gilt es vor dem Start der Chemotherapie zu beachten

Philipp Fischer (Wien)

15.30 Uhr

Kiefernekrosen unter antiresorptiver Therapie bei Patientinnen mit Mammakarzinom

Christine Brunner (Innsbruck)

16.00 Uhr

Schlussworte

8.00 – 9.00 Uhr

Breakfast Symposium



**The Power of IO: Neue Therapiemöglichkeiten
beim Endometrium – und Zervixkarzinom**

Vorsitz: Lukas Hefler (*Linz*)

Zervixkarzinom

Stephan Polterauer (Wien)

Endometriumkarzinom

Christian Marth (Innsbruck)

Verleihung des GYN-AKTIV Preises
gestiftet vom MedMedia Verlag

9.00 – 10.30 Uhr

Postersitzung +

Wolfgang Stummvoll-Poster-Award

Lukas Hefler (Linz), Christian Schauer (Graz)

Immunglobulin G (IgG) Serumspiegel als Prädiktor des Ansprechens
auf Immuntherapie bei gynäkologischen Malignomen

Danisch M, Postl M, Grain S, Grimm C, Polterauer S, Bartl T (Wien)

Vitale Tumorzellen am Ende der kombinierten Radiochemotherapie
sind ein negativer prognostischer Marker beim lokal fortgeschrittenen
oder nodal positiven Zervixkarzinom

*Ebner L, Ebner C, Purtscheller R, Feroz B, Rieker J, Mantovan M,
Marth C, Zeimet AG (Innsbruck)*

Diagnostischer Wert von PET-CT zur Früherkennung von MRONJ
bei Brustkrebspatientinnen

*Emmelheinz M, Marth C, Egle D, Baumgart F, Walch B, Laimer J,
Bruckmoser E, Rossetti L, Bayerschmidt S, Brunner C (Innsbruck)*

Vier Brachytherapie-Fraktionen (BT) nach Intensity-Modulated Radio-
therapy (IMRT) versus fünf BT nach 3D-konformaler Radiotherapie mit
Mittelblock in der kombinierten Radiochemotherapie des Zervixkarzi-
noms: Überlebensanalysen und Toxizität

*Feroz B, Ebner C, Kofler R, Rieker J, Skvortsov S, Marth C, Zeimet AG
(Innsbruck)*

Östrogen- und Progesteronrezeptorstatus im epithelialen Ovarialkarzinom

*Fessler N, Lingenhel LM, Fiegl H, Marth C, Zeimet AG, Leitner K
(Innsbruck)*

OvCanalysis (Beta-Version) – ein auf maschinellem Lernen basiertes
Tool zur Analyse von Kopienzahlveränderung bei Eierstockkrebs

*Murauer B, Laschtowiczka J, Fiegl H, Zeimet AG, Zschocke J,
Schnaiter S (Innsbruck)*

„Chemobrain“ in der Gynäkologischen Onkologie:
Kognitive Einschränkung unter platinbasierter Rezidivtherapie
bei Patientinnen mit gynäkologischen Malignomen
*Onoprienko A, Kocsis-Bogar K, Kohlmann M, Fichtinger G, Wipfel A,
Grimm C, Bartl T (Wien)*

Konkordanz zwischen dem Status der Mismatch-Reparatur-Proteine
/Mikrosatelliteninstabilität und der p53-Abnormalität/TP53-Mutations-
status definiert durch Immunhistochemie und Next-Generation-Sequencing
und deren prognostische Implikation beim Endometriumkarzinom:
Eine österreichische retrospektive multizentrische Kohortenstudie
*Postl M, Petrov P, Bartl T, Schwameis R, Polterauer S, Grimm C,
Marth C, Zeimet AG, Fiegl H, Concin N (Wien)*

Immuntherapie bei Patientinnen mit rezidivierten Vaginalkarzinomen:
Immunologisches Profiling und Klinische Wirksamkeit
*Schulte-Bockholt M, Liptak T, Cacsire Castillo-Tong D, Schmid M,
Schwameis R, Grimm C, Oberndorfer F, Onoprienko A, Bartl T (Wien)*

Tumor Immune Microenvironment beim TP53-mutierten
Endometriumkarzinom, high-grade serösen Ovarialkarzinom
und triple-negativen Mammakarzinom
*Steger K, Hackl H, Leitner K, Fiegl H, Feroz B, Marth C, Zeimet AG
(Innsbruck)*

10.30 – 10.45 Uhr Kaffeepause und Besuch der Fachaussstellung

10.45 – 12.15 Uhr Therapiesequenz – State of the art 2025

Vorsitz: Christian Marth (*Innsbruck*), Birgit Volgger (*Lienz*)

Vorstellung der neuen ESGO/ESTRO/ESP LL Endometriumkarzinom
Risikoklassifikation und adjuvante Therapie
Nicole Concin (Wien)

Therapiesequenz in der Behandlung des primär
fortgeschrittenen/metastasierten Endometriumkarzinoms
Christian Marth (Innsbruck)

Ovarialkarzinom
Christoph Grimm (Wien)

Mammakarzinom
Christine Brunner (Innsbruck)

Zervixkarzinom
Gerda Trutnovsky (Graz)

12.45 – 13.00 Uhr Abschlussworte und Übergabe der AGO-Präsidentschaft

Christoph Grimm, Nicole Concin

Immunglobulin G (IgG) Serumspiegel als Prädiktor des Ansprechens auf Immuntherapie bei gynäkologischen Malignomen

Danisch M, Postl M, Grain S, Grimm C, Polterauer S, Bartl T (Wien)

Hirnmetastasen beim POLE mutierten Endometriumkarzinom – Eine Fallserie

Ebner C, Lindemann K, Kristensen G, Frosch A, Askautrud HA, Leitner K, Marth C, Zeimet AG (Innsbruck)

Vitale Tumorzellen am Ende der kombinierten Radiochemotherapie sind ein negativer prognostischer Marker beim lokal fortgeschrittenen oder nodal positiven Zervixkarzinom

Ebner L, Ebner C, Purtscheller R, Feroz B, Rieker J, Mantovan M, Marth C, Zeimet AG (Innsbruck)

Diagnostischer Wert von PET-CT zur Früherkennung von MRONJ bei Brustkrebspatientinnen

Emmelheinz M, Marth C, Egle D, Baumgart F, Walch B, Laimer J, Bruckmoser E, Rossetti L, Bayerschmidt S, Brunner C (Innsbruck)

Vier Brachytherapie-Fraktionien (BT) nach Intensity-Modulated Radiotherapy (IMRT) versus fünf BT nach 3D-konformaler Radiotherapie mit Mittelblock in der kombinierten Radiochemotherapie des Zervixkarzinoms: Überlebensanalysen und Toxizität

Feroz B, Ebner C, Kofler R, Rieker J, Skvortsov S, Marth C, Zeimet AG (Innsbruck)

Östrogen- und Progesteronrezeptorstatus im epithelialen Ovarialkarzinom

Fessler N, Lingenhel LM, Fiegl H, Marth C, Zeimet AG, Leitner K (Innsbruck)

Bewertung des Bewusstseins, Wissens und aktuellen Impfstatus zu HPV-Impfstoffen unter Medizinstudierenden in Österreich:

Eine explorative deskriptive Fragebogenstudie

Georgouloupoulos S, Schubert S (St. Pölten)

„CD36+ Immunzellphänotyp“ als Einflussfaktor auf das Gesamtüberleben im fortgeschrittenen HGSO

Grech C, Aust S, Hinterleitner L, Scheinost M, Danisch M, Grimm C, Polterauer S, Pils D (Wien)

Screening von Hirnmetastasen bei Patientinnen mit HER2 positivem Mammakarzinom

Kabashi F, Leser C, Singer C, Gschwantler-Kaulich D (Wien)

OvCanalysis (Beta-Version) – ein auf maschinellem Lernen basiertes Tool zur Analyse von Kopienzahlveränderung bei Eierstockkrebs

Murauer B, Laschtowiczka J, Fiegl H, Zeimet AG, Zschocke J, Schnaiter S (Innsbruck)

„Chemobrain“ in der Gynäkologischen Onkologie: Kognitive Einschränkung unter platinbasierter Rezidivtherapie bei Patientinnen mit gynäkologischen Malignomen

Onoprienko A, Kocsis-Bogar K, Kohlmann M, Fichtinger G, Wipfel A, Grimm C, Bartl T (Wien)

Symptomatische vs asymptomatische Patientinnen mit gynäkologischen Malignomen

Patzak M, Binder U, Grabner S, Hadjari L, Lafleur J, Hefler L (Linz)

Konkordanz zwischen dem Status der Mismatch-Reparatur-Proteine/Mikrosatelliteninstabilität und der p53-Abnormalität/TP53-Mutationsstatus definiert durch Immunhistochemie und Next-Generation-Sequencing und deren prognostische Implikation beim Endometriumkarzinom:

Eine österreichische retrospektive multizentrische Kohortenstudie
Postl M, Petrov P, Bartl T, Schwameis R, Polterauer S, Grimm C, Marth C, Zeimet AG, Fiegl H, Concin N (Wien)

Effekt von OMNI-LOGIC®FIBRE auf BMI-Veränderungen bei Patientinnen mit Ovarialkarzinom – Interimsanalyse einer Mikrobiomstudie

Safran J, Aust S, Pichler M, Kelemen M, Hinterleitner L, Onoprienko A, Bartl T, Pils D, Grech C (Wien)

Immuntherapie bei Patientinnen mit rezidierten Vaginalkarzinomen: Immunologisches Profiling und Klinische Wirksamkeit

Schulte-Bockholt M, Liptak T, Cacsire Castillo-Tong D, Schmid M, Schwameis R, Grimm C, Oberndorfer F, Onoprienko A, Bartl T (Wien)

Tumor Immune Microenvironment beim TP53-mutierten Endometriumkarzinom, high-grade serösen Ovarialkarzinom und triple-negativen Mammakarzinom

Steger K, Hackl H, Leitner K, Fiegl H, Feroz B, Marth C, Zeimet AG (Innsbruck)

Vergleich der prognostischen Wertigkeit der CA125

Eliminationsratenkonstante K (KELIM) und der konventionellen CA125 Halbwertszeit (HWZ) im Rahmen der neoadjuvanten platinbasierten Chemotherapie bei Ovarialkarzinompatientinnen

Triendl P, Fessler N, Würdehoff A, Fiegl H, Leitner K, Nardelli P, Marth C (Innsbruck)

Vorsitzende und Vortragende

ADAMIDIS Feroniki, Dr.

Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Innere Medizin,
Klin. Abteilung für Palliativmedizin
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

BIZZARI Nicolò, Dr.

Catholic University of the Sacred Heart, Policlinico Agostino Gemelli IRCCS, Gynecologic
Oncology Unit
I-00168 Rom, Largo A. Gemelli

BRUNNER Christine, Dr.

Department Frauenheilkunde, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe,
6020 Innsbruck, Anichstraße 35

CONCIN Nicole, Prof. Dr.

Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde, Abt. für allgemeine
Gynäkologie und gynäkologische Onkologie, 1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

DALLA-ROSA Alexandra, DGuKS, BScN MSc ANP

Landeskrankenhaus Salzburg, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe,
5020 Salzburg, Müllner Hauptstraße 48

DANISCH Melina, Dr.

Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde,
Abt. für allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie,
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

DANZINGER Sabine, Dr.

Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde,
Abt. für allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie,
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

DOHNAL-SUVAJAC Danijela, DGKP, MSc

Landeskrankenhaus Mödling, Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe
2340 Mödling, Sr. M. Restituta-Gasse 12

DONABAUM Johanna, BSc MSc

Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Innere Medizin III,
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

DORMANN Clemens, Dr.

Ordensklinikum Linz, Barmherzige Schwestern,
Interne 1: Medizinische Onkologie und Hämatologie,
4010 Linz, Seilerstätte 4

EBNER Christoph, Dr.

Department Frauenheilkunde, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe,
6020 Innsbruck, Anichstraße 35

Vorsitzende und Vortragende

EBNER Linda, cand. med.

Department Frauenheilkunde, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe,
6020 Innsbruck, Anichstraße 35

EGLE Daniel, Dr.

Department Frauenheilkunde, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe,
6020 Innsbruck, Anichstraße 35

EMMELHEINZ Miriam, Dr.

Department Frauenheilkunde, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe,
6020 Innsbruck, Anichstraße 35

FEROZ Barin, Dr.

Department Frauenheilkunde, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe,
6020 Innsbruck, Anichstraße 35

FESSLER Nina, Dr.

Department Frauenheilkunde, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe,
6020 Innsbruck, Anichstraße 35

FISCHER Philipp, DGKP

Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde,
Abt. für allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie,
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

FISCHER Thorsten, Univ.-Prof. Dr.

Landeskrankenhaus Salzburg, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe,
5020 Salzburg, Müllner Hauptstraße 48

FRUHWALD Sonja, ao Univ.-Prof. Dr.

LKH Univ.-Klinikum Graz, Univ.-Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin,
8036 Graz, Auenbruggerplatz 29

GALLEE Valerie, DGuKS

Landeskrankenhaus Salzburg, Univ.-Klinik für Innere Medizin III mit Hämatologie,
internistischer Onkologie, Hämostaseologie, Infektiologie,
Rheumatologie und Onkologisches Zentrum-Tagesklinik
5020 Salzburg, Müllner Hauptstraße 48

GAUTSCH Veronika, DGuKS

Landeskrankenhaus Salzburg, Univ.-Klinik für Anästhesiologie,
perioperative Medizin und allgemeine Intensivmedizin, Schmerzambulanz
5020 Salzburg, Müllner Hauptstraße 48

GEORGOULOPOULOS Stefanos, cand. med.

Universitätsklinikum St. Pölten – Lilienfeld, Standort St. Pölten,
Klinische Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe
3100 St. Pölten, Dunant-Platz 1

Vorsitzende und Vortragende

GRADISCHNIG Mario, DGuKP
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz
8020 Graz, Marschallgasse 12

GRECH Christina, Dr.
Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde,
Abt. für allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie,
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

GRIMM Christoph, Assoz.-Prof. PD Dr.
Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde,
Abt. für allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie,
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

GRUBER Leonhard, PD Dr.
Univ.-Klinik für Radiologie,
6020 Innsbruck, Anichstraße 35

GSCHWANTLER-KAULICH Daphne, Assoc.-Prof. PD Dr.
Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde
Abt. für allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

HAJDINYAK Angelika, DGuKS, BCN
Univ.-Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Klin. Abt. für Gynäkologie,
8036 Graz, Auenbruggerplatz 14

HARTER Philipp, Univ.-Prof. Dr.
KEM | Evang. Kliniken Essen-Mitte, Evang. HuysSENS-Stiftung Essen-Huttrop
Klinik für Gynäkologie & Gynäkologische Onkologie
D-45136 Essen, Henricistraße 92

HEFLER Lukas, Prim. Univ.-Prof. Dr.
Ordensklinikum Linz, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Abt. für Gynäkologie,
4010 Linz, Seilerstätte 4

HORX Tristan
Horx Future GmbH,
1170 Wien, Promenadegasse 61

KABASHI Fiona, cand. med.
Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde,
Abt. für allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie,
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

KOCH Horst, Dr.
Landeskrankenhaus Salzburg, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe,
5020 Salzburg, Müllner Hauptstraße 48

Vorsitzende und Vortragende

KOLOVETSIOU-KREINER Vassiliki, Dr.

Univ.-Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Klin. Abt. für Gynäkologie,
8036 Graz, Auenbruggerplatz 14

LATERZA Rosa Maria, Dr.

Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde,
Abt. für allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

LAX Sigurd F, Prim. Univ.-Prof. Dr.

Institut für Pathologie des Landeskrankenhauses Graz II
8020 Graz, Göstinger Straße 22

MARTH Christian, Univ.-Prof. Dr.

Department Frauenheilkunde, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe,
6020 Innsbruck, Anichstraße 35

MOITZI Gabriele, DGuKS, BCN

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Abt. für Gynäkologie,
8020 Graz, Marschallgasse 12

MORI Harald, MSc (Pth.)

Psychotherapeut / Psychoonkologe, VFA-Medical Viktor Frankl Association Vienna
1160 Wien, Erdbrustgasse 46

MURAUER Benjamin, cand. med.

Medizinische Universität Innsbruck, Institut für Humangenetik
6020 Innsbruck, Peter Mayr-Straße 1

ONOPRIENKO Arina, Dr.

Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde,
Abt. für allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

PATZAK Magdalena, Dr.

Ordensklinikum Linz, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Abt. für Gynäkologie,
4010 Linz, Seilerstätte 4

PEINTINGER Florentia, Univ.-Prof. PD Dr.

Univ.-Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Klin. Abt. für Gynäkologie,
8036 Graz, Auenbruggerplatz 14

PETRU Edgar, Univ. Prof. Dr.

Univ.-Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Klin. Abt. für Gynäkologie,
8036 Graz, Auenbruggerplatz 14

Vorsitzende und Vortragende

PFEILER Georg, Assoz.-Prof. PD Dr.
Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde,
Abt. für allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

PILKA Radovan, Prof. Dr.
Dept. Obstetrics and Gynecology, Faculty Hospital Olomouc
CZ-77900 Olomouc, Zdravotníků

POLTERAUER Stephan, Assoz.-Prof. PD Dr.
Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde,
Abt. für allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

POSTL Magdalena, Dr.
Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde,
Abt. für allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

PRISTAUF-TELSNIGG Gunda, PD Dr.
LKH Feldbach/Fürstenfeld, Abt. für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
8330 Feldbach, Ottokar-Kernstock-Straße 18

REIMER Daniel, PD Dr.
Department Frauenheilkunde, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe,
6020 Innsbruck, Anichstraße 35

RINNERHALER Gabriel, Ass.-Prof. PD Dr.
Medizinische Universität Graz, Univ.-Klinik für Innere Medizin, Klinische Abteilung für Onkologie,
8036 Graz, Auenbruggerplatz 15

RITTER Magdalena, Dr.
Krankenhaus Dornbirn, Abteilung für Frauenheilkunde
6850 Dornbirn, Lustenauer Straße 4

SAFRAN Jera, cand. med.
Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde,
Abt. für allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

SCHAUER Christian, Dr.
8111 Gratwein Straßengel, Gratweinerstraße 17

SCHULTE-BOCKHOLT Maren, cand. med.
Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde,
Abt. für allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

Vorsitzende und Vortragende

SCHWAMEIS Richard, Assoz.-Prof. PD DDr.
Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde,
Abt. für allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie,
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

SINGER Christian, Univ.-Prof. Dr.
Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde,
Abt. für allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie,
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

STEGER Katharina, Dr.
Department Frauenheilkunde, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe,
6020 Innsbruck, Anichstraße 35

STEINER Enikő, DGuKS
Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde,
Abt. für allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie,
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

TAMUSSINO Karl, Univ.-Prof. Dr.
Univ.-Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Klin. Abt. für Gynäkologie,
8036 Graz, Auenbruggerplatz 14

TRIENDL Paul, Dr.
Department Frauenheilkunde, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe,
6020 Innsbruck, Anichstraße 35

TRUTNOVSKY Gerda, Assoz.-Prof. PD Dr.
Univ.-Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Klin. Abt. für Gynäkologie,
8036 Graz, Auenbruggerplatz 14

TSIBULAK Irina, Dr.
Department Frauenheilkunde, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe,
6020 Innsbruck, Anichstraße 35

VOLGGER Birgit, PD Prim.a Dr.
Bezirkskrankenhaus Lienz, Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe
9900 Lienz, Em. v. Hibler-Straße 5

ZEIMET Alain G., Univ.-Prof. Dr.
Department Frauenheilkunde, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe,
6020 Innsbruck, Anichstraße 35

ZIVANOVIC Oliver, Prof. Dr.
Universitätsklinikum Heidelberg, Frauenheilkunde und Geburtshilfe
D-69120 Heidelberg, Im Neuenheimer Feld 672

Sponsoren/Aussteller/Inserenten

AbbVie GmbH, Wien

ACCORD Healthcare GmbH, Salzburg

AMGEN GmbH, Wien

APPLIED MEDICAL DISTRIBUTION EUROPE B.V. – Zweigniederlassung Österreich, Salzburg

ASTRAZENECA Österreich GmbH, Wien

DAIICHI SANKYO Austria GmbH, Wien

EISAI GmbH, Wien

ELI LILLY GmbH, Wien

EUROBIO Scientific Service GmbH, München, D

GILEAD Sciences GmbH, Wien

GLAXOSMITHKLINE Pharma GmbH, Wien

intros Medical Laser GmbH, Heilbad Heiligenstadt, D

MED MEDIA Verlag und Media Service GmbH, Wien

MEDOS Medizintechnik OG, Wien

MERCK SHARP & DOHME GmbH, Wien

NOVARTIS Pharma GmbH, Wien

PFIZER Corporation Austria GmbH, Wien

pharmaand Schweiz GmbH, Cham, CH

TEVA ratiopharm Arzneimittel Vertriebs-GmbH, Wien

ROCHE Austria GmbH, Wien

SANDOZ GmbH, Kundl

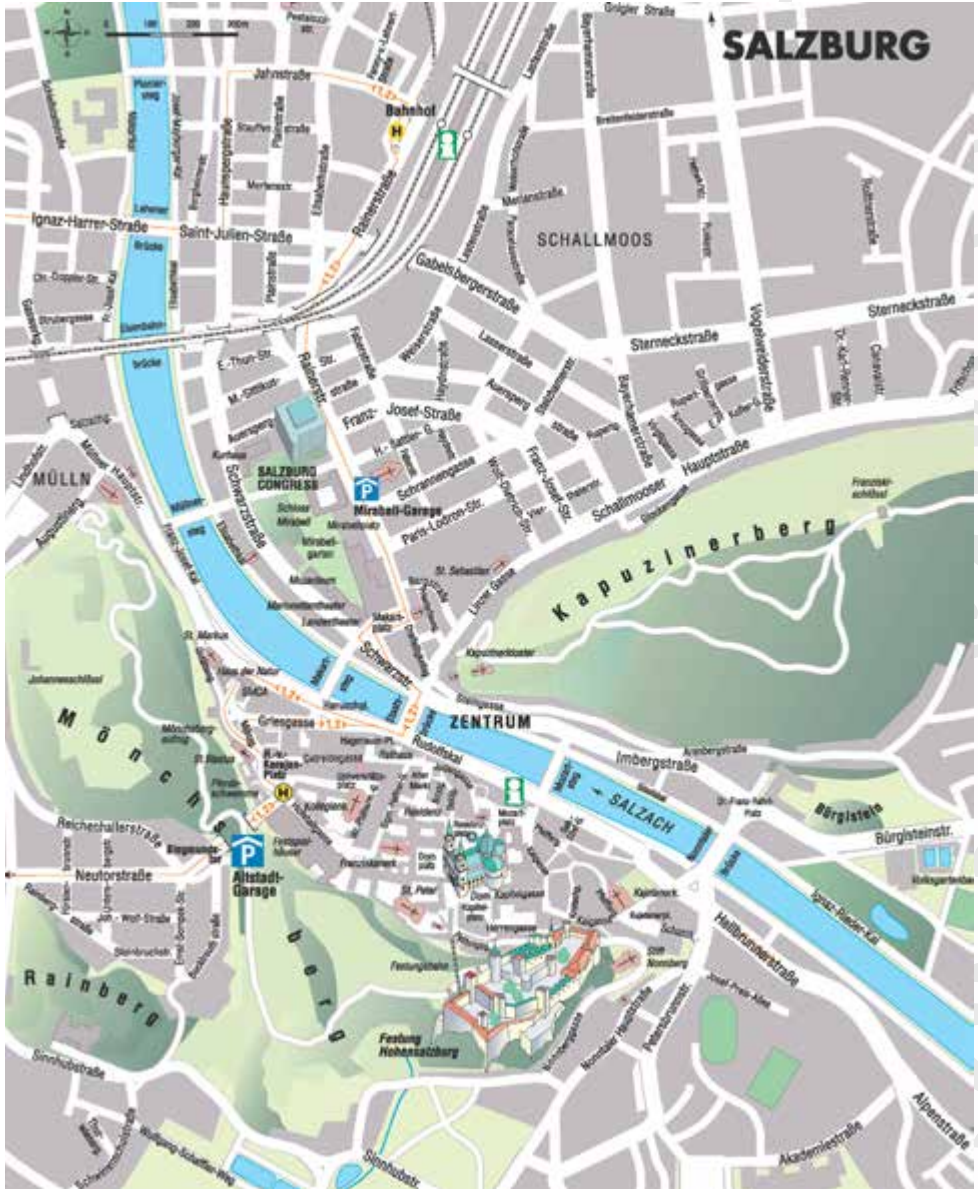
STEMLINE Therapeutics Switzerland GmbH, Zug, CH

STRYKER Austria GmbH, Wien

XXXIII.

Wissenschaftliche Tagung
der Arbeitsgemeinschaft für
Gynäkologische Onkologie (AGO)
der OEGGG 2025

Plan



Druck: ROBIDRUCK, A-1200 Wien - www.robidruck.co.at

Für den Inhalt verantwortlich:
Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie (AGO) der OEGGG

www.ago-austria.at

Fachkurzinformation Inserter Roche:

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

Phesgo® 600 mg/600 mg Injektionslösung. Phesgo® 1 200 mg/600 mg Injektionslösung. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: *Phesgo 600 mg/600 mg Injektionslösung:* Eine Durchstechflasche mit 10 ml Lösung enthält 600 mg Pertuzumab und 600 mg Trastuzumab. Jeder ml Lösung enthält 60 mg Pertuzumab und 60 mg Trastuzumab. *Phesgo 1 200 mg/600 mg Injektionslösung:* Eine Durchstechflasche mit 15 ml Lösung enthält 1 200 mg Pertuzumab und 600 mg Trastuzumab. Jeder ml Lösung enthält 80 mg Pertuzumab und 40 mg Trastuzumab. Pertuzumab und Trastuzumab sind humanisierte monoklonale Immunglobulin(Ig)G1-Antikörper, die mit rekombinanter Desoxyribonukleinsäure(DNA)-Technologie in Säugetierzellen (Ovarialzellen des chinesischen Hamsters) hergestellt werden. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Vorhyaluronidase alfa, Histidin, Histidindihydrochlorid-Monohydrat, Trehalose- Dihydrat (Ph.Eur.), Saccharose, Methionin, Polysorbat 20 (E 432), Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Brustkrebs im Frühstadium (*early breast cancer – EBC*): Phesgo ist zur Anwendung in Kombination mit Chemotherapie indiziert zur: – neoadjuvanten Behandlung von erwachsenen Patienten mit HER2-positivem lokal fortgeschrittenem, entzündlichem oder frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation); – adjuvanten Behandlung von erwachsenen Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). **Metastasierter Brustkrebs (metastatic breast cancer – MBC):** Phesgo ist zur Anwendung in Kombination mit 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 die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile. **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration GmbH, Emil-Barell-Straße 1, 79639 Grenzach-Wyhlen, Deutschland. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Substanzen, monoklonale Antikörper, ATC-Code: L01XY02. **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.** Juli 2024.

Fachkurzinformation:

Tecentriq® 840 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung.

Tecentriq® 1 200 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung.

Tecentriq® 1 875 mg Injektionslösung.

Qualitative und quantitative Zusammensetzung: *Tecentriq 840 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung:* Eine Durchstechflasche mit 14 ml Konzentrat enthält 840 mg Atezolizumab*. *Tecentriq 1 200 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung:* Eine Durchstechflasche mit 20 ml Konzentrat enthält 1 200 mg Atezolizumab*. Nach Verdünnung (siehe Abschnitt 6.6 der Fachinformation) soll die finale Konzentration der verdünnten Lösung zwischen 3,2 und 16,8 mg/ml liegen. *Tecentriq 1 875 mg Injektionslösung:* Eine Durchstechflasche mit 15 ml Injektionslösung enthält 1 875 mg Atezolizumab. Jeder ml Lösung enthält 125 mg Atezolizumab*. *Atezolizumab ist ein im Fc-Teil modifizierter, humanisierter monoklonaler Immunglobulin(Ig)G1-anti-PD-L1(programmed death ligand 1)-Antikörper, der in Ovarialzellen des chinesischen Hamsters mittels rekombinanter Desoxyribonukleinsäure(DNA)-Technologie hergestellt wird. **Liste der sonstigen Bestandteile:** *Tecentriq 840 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung und Tecentriq 1 200 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung:* Histidin, Essigsäure 99 %, Saccharose, Polysorbat 20, Wasser für Injektionszwecke. *Tecentriq 1 875 mg Injektionslösung:* Rekombinante humane Hyaluronidase (rHuPH20), Histidin, Essigsäure 30 %, Methionin, Polysorbat 20, Saccharose, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** **Urothelkarzinom (urothelial carcinoma, UC):** Tecentriq als Monotherapie wird angewendet bei erwachsenen Patienten zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten UC – nach vorheriger platinhaltiger Chemotherapie oder – die für eine Behandlung mit Cisplatin als ungeeignet angesehen werden, und deren Tumoren eine PD-L1-Expression $\geq 5\%$ aufweisen (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). **Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom (non-small cell lung cancer, NSCLC) im Frühstadium:** Tecentriq als Monotherapie wird angewendet zur adjuvanten Behandlung des NSCLC nach vollständiger Resektion und platinbasierter Chemotherapie bei erwachsenen Patienten mit hohem Risiko für ein Rezidiv und deren Tumoren eine PD-L1-Expression auf $\geq 50\%$ der Tumorzellen (*tumour cells, TC*) aufweisen und kein EGFR(*epidermal growth factor receptor*, epidermaler Wachstumsfaktorrezeptor)-mutiertes oder ALK(*anaplastische-Lymphomkinase*)-positives NSCLC haben (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation zu den Auswahlkriterien). **Fortgeschrittenes NSCLC:** Tecentriq wird angewendet in Kombination mit Bevacizumab, Paclitaxel und Carboplatin bei erwachsenen Patienten zur Erstlinienbehandlung des metastasierten NSCLC mit nicht-plattenepithelialer Histologie. Bei Patienten mit EGFR-mutiertem oder ALK-positivem NSCLC ist Tecentriq in Kombination mit Bevacizumab, Paclitaxel und Carboplatin nur nach Versagen der entsprechenden zielgerichteten Therapien anzuwenden (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). Tecentriq wird angewendet in Kombination mit nab-Paclitaxel und Carboplatin zur Erstlinienbehandlung des metastasierten NSCLC mit nicht-plattenepithelialer Histologie bei erwachsenen Patienten, die kein EGFR-mutiertes oder ALK-positives NSCLC haben (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). Tecentriq als Monotherapie wird angewendet bei erwachsenen Patienten zur Erstlinienbehandlung des metastasierten NSCLC, deren Tumoren eine PD-L1-Expression $\geq 50\%$ der TC oder $\geq 10\%$ bei tumorinfiltrierenden Immunzellen (*immune cells, IC*) aufweisen und die kein EGFR-mutiertes oder ALK-positives NSCLC haben (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). Tecentriq als Monotherapie wird angewendet bei erwachsenen Patienten zur Erstlinienbehandlung des fortgeschrittenen NSCLC, die für eine platinbasierte Therapie ungeeignet sind (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation zu den

Auswahlkriterien). Tecentriq als Monotherapie wird angewendet bei erwachsenen Patienten zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten NSCLC nach vorheriger Chemotherapie. Patienten mit EGFR-mutiertem oder ALK-positivem NSCLC sollten vor der Therapie mit Tecentriq zudem auch bereits entsprechende zielgerichtete Therapien erhalten haben (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). **Kleinzelliges Lungenkarzinom (small cell lung cancer, SCLC):** Tecentriq wird angewendet in Kombination mit Carboplatin und Etoposid bei erwachsenen Patienten zur Erstlinienbehandlung des SCLC im fortgeschrittenen Stadium (*extensive-stage small cell lung cancer, ES-SCLC*) (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). **Triple-negatives Mammakarzinom (triple-negative breast cancer, TNBC):** Tecentriq wird angewendet in Kombination mit nab-Paclitaxel bei erwachsenen Patienten zur Behandlung des nicht resezierbaren lokal fortgeschrittenen oder metastasierten TNBC, deren Tumoren eine PD-L1-Expression $\geq 1\%$ aufweisen und die keine vorherige Chemotherapie zur Behandlung der metastasierten Erkrankung erhalten haben. **Hepatocelluläres Karzinom (hepatocellular carcinoma, HCC):** Tecentriq wird angewendet in Kombination mit Bevacizumab bei erwachsenen Patienten zur Behandlung des fortgeschrittenen oder nicht resezierbaren HCC, die keine vorherige systemische Behandlung erhalten haben (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Atezolizumab oder einen der sonstigen Bestandteile. **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration GmbH, Emil-Barell-Straße 1, 79639 Grenzach-Wyhlen, Deutschland. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Mittel, monoklonale Antikörper und Antikörper-Wirkstoff-Konjugate, PD-1/PDL-1 (*Programmed Cell Death-1-Rezeptor/Programmed Cell Death-Ligand-1*)-Inhibitoren. ATC-Code: L01FF05. **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.** August 2024

Fachkurzinformation:

Kadcyla® 100 mg Pulver zur Herstellung eines Infusionslösungskonzentrats

Kadcyla® 160 mg Pulver zur Herstellung eines Infusionslösungskonzentrats

Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Kadcyla 100 mg Pulver zur Herstellung eines Infusionslösungskonzentrats:

Eine Durchstechflasche mit Pulver zur Herstellung eines Infusionslösungskonzentrats enthält 100 mg Trastuzumab Emtansin. Nach Zubereitung enthält eine Durchstechflasche mit 5 ml Lösung 20 mg/ml Trastuzumab Emtansin (siehe Abschnitt 6.6 der Fachinformation). Kadcyla 160 mg Pulver zur Herstellung eines Infusionslösungskonzentrats: Eine Durchstechflasche mit Pulver zur Herstellung eines Infusionslösungskonzentrats enthält 160 mg Trastuzumab Emtansin. Nach Zubereitung enthält eine Durchstechflasche mit 8 ml Lösung 20 mg/ml Trastuzumab Emtansin (siehe Abschnitt 6.6 der Fachinformation). 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. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Bernsteinsäure, Natriumhydroxid, Saccharose, Polysorbit 20. **Anwendungsgebiete:** Brustkrebs im Frühstadium (EBC – Early Breast Cancer), Kadcyla wird als Einzelsubstanz zur adjuvanten Behandlung bei erwachsenen Patienten mit HER2-positivem Brustkrebs im Frühstadium angewendet, die nach einer neoadjuvanten Taxan-basierten und HER2-gerichteten Therapie eine invasive Resterkrankung in der Brust und/oder den Lymphknoten aufweisen. Metastasierter Brustkrebs (MBC – Metastatic Breast Cancer), Kadcyla wird als Einzelsubstanz zur Behandlung bei erwachsenen Patienten mit HER2-positivem, inoperablem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs angewendet, 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 sonstigen Bestandteile. **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration GmbH, Emil-Barell-Straße 1, 79639 Grenzach-Wyhlen, Deutschland. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische und immunmodulierende Mittel, antineoplastische Mittel, monoklonale Antikörper und Antikörper-Wirkstoff-Konjugate, HER2-Inhibitoren. ATC-Code: L01FD03 **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.** September 2022. Melden Sie jede Schwangerschaft, die unter einer Kadcyla Therapie, oder innerhalb von 7 Monaten nach der letzten Kadcyla Dosis auftritt, sofort an das Roche Austria Drug Safety Team (Email: austria.drug_safety@roche.com. Hotline: +43 1 277 39 0, Fax: +43 1 277 39 254). Zusätzliche Informationen werden während einer Kadcyla exponierten Schwangerschaft und während des ersten Lebensjahres des geborenen Kindes abgefragt. Dies ermöglicht Roche die Sicherheit von Kadcyla besser zu verstehen und entsprechende Auskünfte den Behörden, dem medizinischen Fachkreis und den Patienten zukommen zu lassen. Weitere Informationen können in der Fachinformation von Kadcyla nachgelesen werden.

Fachkurzinformation:

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. 3,02 mg Pertuzumab für die Initialdosis und ca. 1,59 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. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Essigsäure 99 %, Histidin, Saccharose, Polysorbit 20, Wasser für Injektionszwecke **Anwendungsgebiete:** Brustkrebs im Frühstadium (early breast cancer – EBC): Perjeta ist zur Anwendung in Kombination mit

Trastuzumab und Chemotherapie indiziert zur: – neoadjuvanten Behandlung von erwachsenen Patienten mit HER2-positivem lokal fortgeschrittenem, entzündlichem oder frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). – adjuvanten Behandlung von erwachsenen Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). **Metastasierter Brustkrebs:** 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 den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 6.1 „Liste der sonstigen Bestandteile“). **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration GmbH, Emil-Barell-Straße 1, 79639 Grenzach-Wyhlen, Deutschland. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Substanzen, monoklonale Antikörper, ATC-Code: L01FD02. **Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen sowie Informationen zu Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit und zu Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.** April 2023.

Fachkurzinformati on:

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. Jede Durchstechflasche zu 16 ml enthält 400 mg Bevacizumab. Zur Verdünnung und sonstige Hinweise zur Handhabung, siehe veröffentlichte Fachinformation unter Abschnitt 6.6 „Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Beseitigung und sonstige Hinweise zur Handhabung“. *Bevacizumab ist ein rekombinanter humanisierter monoklonaler Antikörper, der mittels DNA-Technologie aus Ovarialzellen des chinesischen Hamsters (CHO-Zellen) gewonnen wird. **Liste der sonstigen Bestandteile:** α , β -D-Trehalose 2 H₂O, Natriumphosphat, Polysorbat 20, Wasser für Injektionszwecke. **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 platinhaltigen 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 Erlotinib zur *First-Line*-Behandlung von erwachsenen Patienten mit inoperablem fortgeschrittenem, metastasiertem oder rezidivierendem nicht-kleinzelligem Nicht-Plattenepithel-Bronchialkarzinom mit Mutationen, die den epidermalen Wachstumsfaktorrezeptor (EGFR) aktivieren, angewendet (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). 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 IIIB, IIIC und IV angewendet. (Siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). Bevacizumab wird in Kombination mit Carboplatin und Gemcitabin oder in Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit einem ersten platin sensitiven Rezidiv eines epithelalen 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. Bevacizumab wird in Kombination mit Paclitaxel, Topotecan oder pegyliertem liposomalen Doxorubicin zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit platinresistentem Rezidiv eines epithelalen Ovarialkarzinoms, Eileiterkarzinoms oder primären Peritonealkarzinoms angewendet, die zuvor mit höchstens zwei Chemotherapien behandelt wurden und die zuvor keine Therapie mit Bevacizumab oder einem anderen VEGF-Inhibitor bzw. auf den VEGF-Rezeptor zielenden Substanzen erhalten haben (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). Bevacizumab wird in Kombination mit Paclitaxel und Cisplatin – oder alternativ mit Paclitaxel und Topotecan bei Patienten, die keine platinhaltige Therapie erhalten können – zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit persistierendem, rezidivierendem oder metastasiertem Zervixkarzinom angewendet (siehe veröffentlichte Fachinformation unter Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). **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“). **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration GmbH, Emil-Barell-Straße 1, 79639 Grenzach-Wyhlen, Deutschland. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische und immunmodulierende Mittel, antineoplastische Mittel, monoklonale Antikörper und Antikörper-Wirkstoff-Konjugate, ATC-Code: L01F G01. **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.** Juli 2022

Fachkurzinformation:

Herceptin® 600 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche

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 Säugtierzellen (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. **Liste der sonstigen Bestandteile:** *Herceptin 600 mg Injektionslösung:* Rekombinante humane Hyaluronidase (rHuPH20), Histidin, Histidinhydrochlorid-Monohydrat, Trehalose-Dihydrat (Ph.Eur.), Methionin, Polysorbat 20 (E432), Wasser für Injektionszwecke. *Herceptin-150 mg Pulver:* Histidinhydrochlorid-Monohydrat, Histidin, Trehalose-Dihydrat (Ph.Eur.), Polysorbat 20 (E432). **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 Abschnitt 5.1 der Fachinformation). – 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 Abschnitte 4.4 und 5.1 der Fachinformation). 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 Abschnitte 4.4 und 5.1 der Fachinformation). **Zusätzlich für Herceptin 150 mg Pulver: 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 Abschnitte 4.4 und 5.1 der Fachinformation). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Trastuzumab, Mausproteine oder einen der sonstigen Bestandteile. Schwere Ruhedyspnoe, die durch Komplikationen der fortgeschrittenen Krebserkrankung verursacht wird oder die eine unterstützende Sauerstofftherapie benötigt. *Für 600 mg Injektionslösung zusätzlich:* Überempfindlichkeit gegen Hyaluronidase. **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration GmbH, Emil-Barell-Straße 1, 79639 Grenzach-Wyhlen, Deutschland. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Substanzen, monoklonale Antikörper, ATC-Code: L01FD01. **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.** August 2024

Fachkurzinformation zu Insetat Eli Lilly:

BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS: Verzenios® 50 [100] {150} mg Filmtabletten. **QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG:** Jede Filmtablette enthält 50 [100] {150} mg Abemaciclib. *Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung:* Jede Filmtablette enthält 14 [28] {42} mg Lactose-Monohydrat. Vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile, siehe Fachinformation Abschnitt 6.1. **4.1 Anwendungsgebiete:** Brustkrebs im frühen Stadium: Verzenios ist in Kombination mit einer endokrinen Therapie angezeigt für die adjuvante Behandlung von erwachsenen Patientinnen und Patienten mit Hormonrezeptor (HR)-positivem, humanem epidermalem Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem, nodal-positivem Brustkrebs im frühen Stadium mit einem hohen Rezidivrisiko (siehe Fachinformation Abschnitt 5.1). Bei prä- oder perimenopausalen Frauen sollte die endokrine Aromatasehemmer-Therapie mit einem LHRH-Agonisten (LHRH= Luteinising Hormone Releasing Hormone) kombiniert werden. Fortgeschrittener oder metastasierter Brustkrebs: Verzenios ist angezeigt zur Behandlung von Frauen mit Hormonrezeptor (HR)-positivem, humanem epidermalem Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs in Kombination mit einem Aromatasehemmer oder Fulvestrant als initiale endokrine Therapie oder bei Frauen mit vorangegangener endokriner Therapie. Bei prä- oder perimenopausalen Frauen sollte die endokrine Therapie mit einem LHRH-Agonisten kombiniert werden. **4.3 Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. **6.1 Liste der sonstigen Bestandteile:** Tablettenkern: Croscarmellose-Natrium, Lactose-Monohydrat, Mikrokristalline Cellulose, Siliciumdioxid-Hydrat, Natriumstearilylfumarat. Filmüberzug: *Verzenios 50 mg Filmtabletten* Poly(vinylalkohol) (E1203), Titandioxid (E171), Macrogol (E1521), Talkum (E553b), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172), Eisen(III)-oxid (E172); *Verzenios 100 mg Filmtabletten* Poly(vinylalkohol) (E1203), Titandioxid (E171), Macrogol (E1521), Talkum (E553b); *Verzenios 150 mg Filmtabletten* Poly(vinylalkohol) (E1203), Titandioxid (E171), Macrogol (E1521), Talkum (E553b), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Mittel, Protein kinase-Inhibitoren. **ATC-Code:** L01EF03. **7. INHABER DER ZULASSUNG:** Eli Lilly Nederland B.V., Papendorpseweg 83, 3528 BJ Utrecht, Niederlande. **Abgabe:** Rezept- und Apothekenpflichtig, NR. **Stand der Information:** Juni 2023

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

Fachkurzinformation zu Insetat Novartis:

BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS: Kisqali® 200 mg Filmtabletten **QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG** Jede Filmtablette enthält Ribociclibsuccinat, entsprechend 200 mg Ribociclib. *Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung:* Jede Filmtablette enthält 0,344 mg Phospholipide aus Sojabohnen. *Liste der sonstigen Bestandteile:* Tablettenkern: Mikrokristalline Cellulose, Crospovidon (Typ A), Hypromellose (5,0-16,0 % m/m Hydroxypropoxy-Gruppen), Magnesiumstearat, Hochdisperses Siliciumdioxid. Filmüberzug: Eisen(II,III)oxid (E172, schwarz), Eisen(III)oxid (E172, rot), Phospholipide aus Sojabohnen (E322), Poly(vinylalkohol), Talkum, Titandioxid (E171), Xanthangummi. **ANWENDUNGSGEBIETE** Frühes Mammakarzinom Kisqali wird in Kombination mit einem Aromatasehemmer als adjuvante Behandlung bei Patientinnen und Patienten mit einem Hormonrezeptor(HR)-positiven, humanen epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2(HER2)-negativen frühen Mammakarzinom mit hohem Rezidivrisiko angewendet (siehe Abschnitt 5.1 für die Kriterien zur Therapieeignung). Bei prä- oder perimenopausalen Frauen und bei Männern sollte der Aromatasehemmer mit einem Luteinisierendes-Hormon-Release Hormon (LHRH = Luteinising Hormone-Releasing Hormone)-Agonisten kombiniert werden. Fortgeschrittenes oder metastasiertes Mammakarzinom Kisqali wird zur Behandlung von Frauen mit einem HR positiven, humanen HER2 negativen, lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Mammakarzinom in Kombination mit einem Aromatasehemmer oder Fulvestrant als initiale endokrinbasierte Therapie oder bei Frauen mit vorangegangener endokriner Therapie angewendet. Bei prä- oder perimenopausalen Frauen sollte die endokrine Therapie mit einem LHRH-Agonisten kombiniert werden. **GEGENANZEIGEN** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder gegen Erdnuss, Soja oder einen der in Abschnitt 6.1 der Fachinformation genannten sonstigen Bestandteile. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Mittel, Proteinkinase Inhibitoren, ATC Code: L01EF02 **INHABER DER ZULASSUNG** Novartis Europharm Limited, Vista Building Elm Park, Merriion Road, Dublin 4, Irland **Version: 12/2024** Informationen betreffend Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung mit anderen Mitteln, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekte sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. **Abgabe:** Rezept und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten.

Fachkurzinformation zu Inserat Daiichi-Sankyo / AstraZeneca:**Enhertu® 100 mg Pulver** für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung.

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. Hinweise zur Meldung von Nebenwirkungen, siehe Abschnitt 4.8. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Eine Durchstechflasche mit Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung enthält 100 mg Trastuzumab deruxtecan. Nach der Rekonstitution enthält eine Durchstechflasche mit 5 ml Lösung 20 mg/ml Trastuzumab deruxtecan (siehe Abschnitt 6.6). Trastuzumab deruxtecan ist ein Antikörper-Wirkstoff-Konjugat (AWK), das einen humanisierten monoklonalen Anti-HER2-IgG1-Antikörper (mAb) mit der gleichen Aminosäuresequenz wie Trastuzumab enthält, welcher in Säugetierzellen (Ovarialzellen des chinesischen Hamsters) gebildet wird und über einen Tetrapeptid-basierten abspaltbaren Linker kovalent an DxD, ein Exatecan-Derivat und Topoisomerase-I-Inhibitor, gebunden ist. An jedes Antikörpermolekül sind ungefähr 8 Deruxtecan-Moleküle gebunden. Vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile: L-Histidin, L-Histidinhydrochlorid-Monohydrat, Saccharose, Polysorbat 80. **Anwendungsgebiete:** Brustkrebs: *HER2-positiver Brustkrebs:* Enhertu® wird angewendet als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit inoperablem oder metastasiertem HER2-positivem Brustkrebs, die bereits mindestens eine gegen HER2 gerichtete Vorbehandlung erhalten haben. *HER2-low-Brustkrebs:* Enhertu® wird angewendet als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit inoperablem oder metastasiertem HER2-low-Brustkrebs, die bereits eine Chemotherapie in der metastasierten Situation erhalten haben oder bei denen während oder innerhalb von 6 Monaten nach Beendigung der adjuvanten Chemotherapie ein Rezidiv aufgetreten ist (siehe Abschnitt 4.2). Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC): Enhertu® wird angewendet als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit fortgeschrittenem NSCLC, deren Tumoren eine aktivierende HER2(ERBB2)-Mutation aufweisen und die nach einer platinbasierten Chemotherapie mit oder ohne Immuntherapie eine systemische Therapie benötigen. Magenkrebs: Enhertu® wird angewendet als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit fortgeschrittenem HER2-positivem Adenokarzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs (GEJ), die bereits ein vorhergehendes Trastuzumab-basiertes Therapieschema erhalten haben. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile.

Pharmakotherapeutische Gruppe: antineoplastische Mittel, Humaner-epidermaler-Wachstumsfaktor-Rezeptor-2(HER2)-Inhibitoren, ATC-Code: L01FD04. **Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Aufbewahrung:** Im Kühlschrank lagern (2°C - 8°C). Nicht einfrieren. Aufbewahrungsbedingungen nach Rekonstitution und Verdünnung des Arzneimittels, siehe Abschnitt 6.3. **Inhaber der Zulassung:** Daiichi Sankyo Europe GmbH, Zielstattstraße 48, 81379 München, Deutschland. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Stand der Information:** Oktober 2024. Ausführliche Informationen zu diesem Arzneimittel sind auf den Internetseiten der Europäischen Arzneimittel-Agentur <http://www.ema.europa.eu> verfügbar. Falls Sie weitere Informationen über das Arzneimittel wünschen, setzen Sie sich bitte mit dem örtlichen Vertreter des pharmazeutischen Unternehmers in Verbindung. In Österreich: Daiichi Sankyo Austria GmbH; Tel: +43-(0) 1 485 86 42 0.

Fachkurzinformation zu Inserat Abbvie:

BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS: ELAHERE 5 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung

ZUSAMMENSETZUNG: 1 ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung enthält 5 mg Mirvetuximab-Soravtansin. Eine Durchstechflasche enthält 100 mg Mirvetuximab-Soravtansin in 20 ml. Mirvetuximab-Soravtansin ist ein gegen FRα gerichtetes Antikörper-Wirkstoff-Konjugat (antibody-drug conjugate, ADC). Das ADC besteht aus einem monoklonalen Anti-FRα-Antikörper des IgG1-Subtyps, der mittels rekombinanter DNA-Technologie in Ovarialzellen des chinesischen Hamsters hergestellt und über einen spaltbaren Linker (Butansäure, 4-(2-Pyridinylidithio)-2-sulfo-1-(2,5-dioxo-1-pyrrolidinyl)-Ester) an ein Maytansinoid DM4, einen Antitubulinwirkstoff, gebunden ist. Mirvetuximab-Soravtansin enthält durchschnittlich 3,4 DM4 Payload-Moleküle, die an den Anti-FRα-Antikörper gebunden sind. Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung Dieses Arzneimittel enthält 2,11 mg Polysorbat 20 pro Durchstechflasche. Vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile, siehe Abschnitt 6.1. **ANWENDUNGSGEBIETE:** ELAHERE als Monotherapie ist indiziert zur Behandlung von erwachsenen Patientinnen mit Folatrezeptor-alpha (FRα)-positivem, platinresistentem, high-grade serösem epitheliale Ovarial-, Tuben- oder primärem Peritonealkarzinom, die zuvor ein bis drei systemische Behandlungslinien erhalten haben (siehe Abschnitt 4.2). **GEGENANZEIGEN:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. **SONSTIGE BESTANDTEILE:** Essigsäure 99 % (E 260), Natriumacetat (E 262), Saccharose, Polysorbat 20 (E 432), Wasser für Injektionszwecke

NAMEN UND ANSCHRIFT DES PHARMAZEUTISCHEN UNTERNEHMERS: AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Knollstraße, 67061 Ludwigshafen, Deutschland **VERTRETUNG DES ZULASSUNGSINHABERS IN ÖSTERREICH:** AbbVie GmbH, Wien **VERSCHEIBUNGSPFLICHT/APOTHEKENPFLICHT:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **PHARMAKOTHERAPEUTISCHE GRUPPE:** Antineoplastische und immunmodulierende Mittel, monoklonale Antikörper und Antikörper-Wirkstoff-Konjugate, andere monoklonale Antikörper und Antikörper-Wirkstoff-Konjugate. ATC-Code: L01FX26

Informationen zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. **STAND DER INFORMATION:** 11/2024. ▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. Hinweise zur Meldung von Nebenwirkungen, siehe Abschnitt 4.8.

Fachkurzinformation zu Inerat GSK:

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

Bezeichnung des Arzneimittels: JEMPERLI 500 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Eine Durchstechflasche mit 10 ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung enthält 500 mg Dostarlimab. 1 ml des Konzentrats zur Herstellung einer Infusionslösung enthält 50 mg Dostarlimab. Dostarlimab ist ein humanisierter monoklonaler anti-programmed cell death protein-1 (PD-1)-Antikörper (Immunglobulin G4, IgG4), der mittels rekombinanter DNA-Technologie in Säugetier-Ovarialzellen des chinesischen Hamsters (CHO-Zellen) produziert wird. **Sonstige Bestandteile:** Natriumcitrat (Ph. Eur.), Citronensäure-Monohydrat, Argininhydrochlorid, Natriumchlorid, Polysorbat 80, Wasser für Injektionszwecke **Klinische Angaben:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Antineoplastische Mittel, monoklonale Antikörper und Antikörper-Wirkstoff-Konjugate, ATC-Code: L01FF07 **Anwendungsgebiete:** JEMPERLI ist in Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel zur Erstlinienbehandlung von erwachsenen Patientinnen mit primär fortgeschrittenem oder rezidivierendem Endometriumkarzinom (endometrial cancer, EC) angezeigt, für die eine systemische Therapie infrage kommt. JEMPERLI ist als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patientinnen mit rezidivierendem oder fortgeschrittenem EC mit Mismatch-Reparatur-Defizienz (dMMR)/hoher Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H) angezeigt, das während oder nach einer vorherigen Behandlung mit einer Platin-basierten Therapie progredient ist. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 der Fachinformation genannten sonstigen Bestandteile. **Inhaber der Zulassung:** GlaxoSmithKline (Ireland) Limited, 12Riverwalk, Citywest Business Campus, Dublin 24, Irland **Zulassungsnummer(n):** EU/1/21/1538/001 **Abgabe:** rezept- und apothekenpflichtig **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 <https://www.ema.europa.eu/> verfügbar. *Stand der Fachkurzinformation:* 01.2025

Die gültigen Fach- und Gebrauchsinformationen zu den GSK Produkten in Österreich finden Sie auf www.gsk-kompendium.at. Unerwünschte Nebenwirkungen melden Sie bitte an unsere Pharmakovigilanzabteilung; Tel.: +43 1970 75 – 0; E-Mail: arzneimittelsicherheit@gsk.com.

NO NEWS IS
GOOD NEWS

KISQALI[®]
Ribociclib

**KISQALI[®]: Jetzt auch im
frühen Brustkrebs zugelassen.^{1,a}**

Bei HR+/HER2**- eBC**

FÜR NEUIGKEITEN, DIE MAN GERNE TEILT.

KISQALI[®] der erste und einzige CDK4/6-Inhibitor, der in Kombination mit AI unabhängig vom Nodalstatus zugelassen ist:^{1,2,a,b}

- ✓ **Um das Rezidivrisiko zu senken**
KISQALI[®] + AI^a kann das relative Rezidivrisiko um 28,5 % reduzieren^{3,c}
- ✓ **In einer breiten Patientenpopulation**
Für alle N+ PatientInnen und für N0 PatientInnen mit hohem Rezidivrisiko^{1,b}
- ✓ **Bei bekanntem Sicherheitsprofil und erhaltener Lebensqualität.^{1,3-6}**

a KISQALI[®] wird in Kombination mit einem Aromatasehemmer als adjuvante Behandlung bei Patientinnen und Patienten mit einem HR+, HER2- frühen Mammakarzinom mit hohem Rezidivrisiko angewendet. Bei prä- oder perimenopausalen Frauen und bei Männern sollte der Aromatasehemmer mit einem LHRH-Agonisten kombiniert werden.¹ In der NATALEE-Studie wurde KISQALI[®] in Kombination mit einem Aromatasehemmer (AI, Letrozol oder Anastrozol) im Vergleich zu AI allein untersucht. Prämenopausale Frauen und Männer erhielten außerdem Goserelin (LHRH-Agonist).² **b** In die NATALEE-Studie wurden Patientinnen und Patienten mit HR+, HER2- frühem Mammakarzinom im Stadium II oder III mit hohem Rezidivrisiko eingeschlossen: N+ (N1, N2, N3, jedes T) und N0: T2 (Grad 3, oder Grad 2 mit hohem genomischen Risiko oder Ki-67 \geq 20 %), T3, T4. Hohes genomisches Risiko gemäß Genexpressionsanalysen (Oncotype DX/Prosigna/MammaPrint/EndoPredict).^{1,d} **c** Rezidive bezogen auf iDFS-Events. 28,5 % relative Risikoreduktion des invasiven-krankheitsfreien Überlebens (iDFS) von KISQALI[®] plus NSAI vs. NSAI allein. HR = 0,715 (95 %-KI: 0,609 – 0,840; nominaler 1-seitiger p-Wert < 0,0001)³

HER2- Humaner epidermaler Wachstumsfaktor-Rezeptor-2-negativ. **HR+** Hormonrezeptor-positiv. **eBC** early breast cancer = frühes Mammakarzinom. **CDK4/6i** Cyclin-Dependent Kinases 4 and 6 Inhibitor. **AI** Aromatase-Inhibitor. **N+** Lymphknotenbeteiligung (N1, N2, N3, Mikroskopischer Lymphknotenbefall nicht inkludiert). **N0** keine Lymphknotenbeteiligung. **NSAI** Nicht-steroidaler Aromatase-Inhibitor. **LHRH** Luteinising Hormone-Releasing Hormone. **HR** Hazard Ratio. **KI** Konfidenzintervall. **iDFS** Invasive Disease-Free Survival (Überleben ohne invasive Erkrankung). **AJCC** American Joint Committee on Cancer. **G2** Mäßig differenzierter Tumor. **G3** Schlecht differenzierter Tumor. **N1mi** Mikrometastasen. **T0** Kein Nachweis eines Primärtumors. **T1** Tumor ist kleiner gleich 2 cm. **T2** Tumor ist größer als 2 cm, aber kleiner gleich 5 cm. **T3** Tumor ist größer als 5 cm. **T4** Tumor mit direkter Ausdehnung auf die Brustwand und/oder die Haut oder inflammatorisches Mammakarzinom.

1. KISQALI[®] Fachinformation. **2.** Verzenies[®] Fachinformation. **3.** Fasching PA, et al. ESMO 2024, LBA13 (Oral Presentation). Presented at ESMO 2024, 13-17 September 2024, Barcelona, Spain. Abstract available in Annals of Oncology, Volume 35 S1207. **4.** Burris HA, et al. Br J Cancer. 2021; 125(5):679-686. **5.** Barrios C, et al. ESMO Breast 2024, 113MO. Presented at ESMO Breast 2024, 15-17 May 2024, Berlin, Germany. Abstract available in Annals of Oncology (2024) 9 (suppl_4):1-25. **6.** Fasching PA, et al. ESMO 2023 Virtual Plenary, Oral VP3-2023.

Novartis Pharma GmbH Jakob-Lind-Straße 5 / Top 3.05, 1020 Wien, www.novartis.at

FA-11354279, 2/2025

NOVARTIS