



Eröffnungs-Pressekonferenz

16. September 2009,

13.00 – 14.00 Uhr

61. Kongress

der Deutschen Gesellschaft

für Urologie e. V. (DGU)

vom 16. bis 19. September 2009

in Dresden



Inhalt der Pressemappe

Teilnehmer der Eröffnungs-Pressekonferenz

Referenten der Pressekonferenz

Referat Professor Dr. med. Wolfgang Weidner:

Neues in der Urologischen Infektiologie

Referat Professor Dr. med. Arnulf Stenzl:

Neue Strategien beim Nierenzellkarzinom

Referat Professor Dr. med. Jürgen Gschwend:

Neue Entwicklungen auf dem Gebiet
des Hamblasenkarzinoms

Curricula Vitae der Referenten

Service-Hinweis Fotos zum Download unter:
www.wahlers-pr.de/pk



Teilnehmer Eröffnungs-Pressekonferenz

Professor Dr. med. Dr. h. c. Manfred Wirth

Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden,
DGU- und Kongress-Präsident

Dr. med. Martin Bloch

Präsident des Berufsverbandes
der Deutschen Urologen e.V. Hamburg

Professor Dr. med. Sabine Kliesch

Chefärztin der Klinischen Andrologie
Centrum für Reproduktionsmedizin und Andrologie
WHO Kollaborationszentrum
EAA Ausbildungszentrum Universitätsklinikum Münster,
DGU-Pressesprecherin,
Moderatorin der Pressekonferenz

Professor Dr. med. Wolfgang Weidner

Direktor der Klinik und Poliklinik
für Urologie und Kinderurologie
Justus-Liebig-Universität Gießen,
DGU-Vizepräsident

Professor Dr. med. Arnulf Stenzl

Direktor der Urologischen Klinik und Poliklinik
Universitätsklinikum Tübingen

Univ.-Professor Dr. med. Jürgen Gschwend

Direktor der Urologischen Klinik und Poliklinik
Klinikum Rechts der Isar München

Professor Dr. med. Michael Stöckle

Direktor der Klinik und Poliklinik
für Urologie und Kinderurologie
Universitätsklinikum des Saarlandes,
DGU-Generalsekretär



**Referent: Professor Dr. med. Wolfgang Weidner
Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie und
Kinderurologie Justus-Liebig-Universität Gießen**

Neues in der Urologischen Infektiologie

Die HIV-Pandemie konnte bisher trotz der Propagierung von „Safer Sex“ nicht eingedämmt werden. Daher erscheint es besonders wichtig, dass sich frühere Untersuchungen bestätigten, dass die radikale Beschneidung die HIV-Infektionsrate bei Männern signifikant vermindert. Zwei große afrikanische Studien in Kenia und Uganda zeigen, dass durch eine radikale Beschneidung eine HIV-Infektion in bis zu 53 % bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr vermindert werden kann. Ursache hierfür ist, dass nur die innere Seite des männlichen Vorhautblattes Rezeptoren für HIV-Viren aufweist, während die äußere Seite der Vorhaut und auch die Eichel durch Plattenepithel weitgehend geschützt ist. Aus diesem Grund muss zumindest bei Hochrisikopatienten darüber nachgedacht werden, die radikale Beschneidung als einen Baustein in der HIV-Prophylaxe mit in die urologische Beratung zu integrieren.

Die neue S3-Leitlinie „Unkomplizierte Harnwegsinfektionen“ unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Urologie ist in der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) abgestimmt. Unter anderem ist diese Leitlinie mit der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für klinische Nephrologie, der Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie, der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin sowie der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie und unter Mitarbeit von Patientenvertretern erarbeitet worden.

Unkomplizierte Harnwegsinfektionen gehören zu den häufigsten Infektionen im ambulanten Bereich. Hierzu zählen vor allem die unkomplizierte Blasenentzündung und die akute



unkomplizierte Nierenbeckenentzündung (Pyelonephritis).
Überwiegend sind Frauen betroffen.

Es besteht Konsens, dass die Diagnosestellung alleine aufgrund der Symptome (imperativer Hamdrang, Pollakisurie, Schmerz oberhalb der Symphyse) mit einer Fehlerquote von bis zu 30 % behaftet ist. Auch der Einsatz von Urinteststreifen und sogar der Urinmikroskopie erhöht die diagnostische Genauigkeit nicht. Der Goldstandard zur Diagnose einer Harnwegsinfektion ist bei entsprechender Symptomatik die quantitative Urinkultur und deren Beurteilung. Das besondere der Leitlinienempfehlung ist, dass aus wirtschaftlichen Gründen in Anbetracht der derzeitigen Datenlage bei der unkomplizierten Blasenentzündung bei gesunden, nicht schwangeren Frauen auf die Urinkultur verzichtet werden kann. Allein aufgrund der Symptomatik kann eine Antibiotikatherapie eingeleitet werden. Danach wird eine Einmaltherapie oder Kurzzeittherapie empfohlen. Besteht eine Nierenbeckenentzündung (z.B. klopfschmerzhaftes Nierenlager und Flankenschmerzen mit oder ohne Fieber) werden Fluorchinolone empfohlen, die bei der Standardtherapie der unkomplizierten Blasenentzündung aufgrund der erheblichen Resistenzentwicklung nicht mehr als Medikamente der ersten Wahl anzusehen sind.

Der Nachweis von Bakterien ohne Symptome, d.h. die „asymptomatische Bakteriurie“ soll nicht antibiotisch behandelt werden, es sei denn es handelt sich um Schwangere oder es ist eine Intervention im Harntrakt vorgesehen.

Zusammenfassend gibt die neue konsentrierte S3-Leitlinie der unkomplizierten Harnwegsinfektion den Medizinern in Deutschland eine solide „Evidence-Base“ validierte Grundlage für Diagnose und Therapie.



**Referent: Professor Dr. med. Arnulf Stenzl,
Direktor der Urologischen Klinik und Poliklinik
Universitätsklinikum Tübingen**

Neue Strategien beim Nierenzellkarzinom

Die Therapie des Nierenzellkarzinoms hat sich in den letzten Jahren grundlegend gewandelt. Die Einführung der laparoskopischen Nierenteilresektion mit neuen Ischämie- und Blutstillungstechniken ermöglicht es, heutzutage auch ohne größere äußere Narben die vollständige Tumorentfernung bei Erhaltung der Restniere durchzuführen. Die Entwicklung neuer zielgerichteter Chemotherapien als auch moderne Formen der Impftherapie gegen den Nierenkrebs haben in den letzten Jahren zu einer deutlichen Verbesserung in der Therapie des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms geführt.

Minimierte endoskopische Nierenchirurgie

Die Laparoskopie (Schlüssellochtechnik) hat heute einen festen Stellenwert bei urologischen Nierenoperationen. Neben einem geringerem Operationstrauma und einer geringeren Narbenbildung mit rascher Genesung des Patienten ist dieses Operationsverfahren heutzutage als gleichwertig gegenüber der offenen Schnittoperation an der Niere anzusehen. Durch die Entwicklung neuer Instrumente, sowie neuer Ischämie- und Blutstillungsverfahren hat sich die Schlüssellochtechnik auch zunehmend in der endoskopischen Entfernung von Nierentumoren (Nierenteilresektion) unter Erhalt der Restniere durchgesetzt. Hierbei wird die Niere als Organ erhalten und nur der tumortragende Anteil entfernt. Diese selektive Entfernung von Nierentumoren vermindert vor allem das Risiko einer späteren Niereninsuffizienz. Die neuesten Weiterentwicklungen dieser Technik, welche auch auf der diesjährigen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Urologie vorgestellt werden, sind die nahezu



narbenfreie Operation an der Niere E-NOTES – „Embryonic Natural orifice transluminal endoscopic surgery“ mit singulärem Operationszugang in die Bauchhöhle über den Nabel und die komplett narbenfreie Operation NOTES – „Natural orifice transluminal endoscopic surgery“ mit dem Zugangsweg zum Beispiel bei der Frau über die Scheide. Durch diese komplett neu entwickelte Operationstechnik kann an der Niere erstmals ohne sichtbare Hautnarben operiert werden.

Behandlung des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms

Neue Chemotherapien

War früher das Nierenzellkarzinom im fortgeschrittenen Stadium ein Tumor, der schlecht auf eine Chemotherapie ansprach, so kann heute durch zielgerichtete medikamentöse Therapien ein verlängertes Überleben unter Erhalt der Lebensqualität erreicht werden. Dieser Lichtblick für den Patienten gelang durch die Einführung molekularer Medikamente (targeted therapy), die den Nierenkrebs zielgerichtet in seinem Wachstum und der Ausbildung neuer Blutgefäße, die der Tumor zur Nährstoffversorgung benötigt, hemmen. Eine zunehmende Anzahl dieser neuen Medikamente erlaubt es dem Urologen heutzutage, eine individuelle Therapie für den erkrankten Patienten zusammenzustellen. Diese medikamentöse Vielfalt wird aktuell vergrößert durch neu zugelassene Medikamente, aus der Klasse der „m-TOR“ Inhibitoren (Temsirolimus „Torisel“, Rapamycin „Novartis“), die das Nierenkrebswachstum an einem Schlüsselprotein der Zellvermehrung hemmen. An eigenen Arbeiten konnte gezeigt werden, dass dieses Protein im Nierenzellkarzinom verstärkt gebildet wird und eine zentrale Rolle im Tumorwachstum einzunehmen scheint.

Ein weiterer Hoffnungsträger ist die mögliche Kombination neuer Krebsmedikamente. In derzeit laufenden Studien werden praktisch alle Kombinationen beim metastasierten Nierenzellkarzinom getestet, wie z.B. ein Antikörper



gegen die Blutgefäßneubildung (Bevacizumab) zusammen mit dem Zellproliferationshemmer „Everolimus“.

Im fortgeschrittenen Metastasierungsstadium kommt es bei Patienten mit einem Nierenzellkarzinom häufig zu Knochenmetastasen, die oftmals schmerzhaft und mit einem erhöhten Risiko für einen Knochenbruch verbunden sind.

Eine prospektive Studie, die ebenfalls auf dem diesjährigen Kongress diskutiert wird, zeigte durch die regelmäßige Gabe des Medikamentes Zoledronsäure eine Verminderung dieser Komplikationen am Knochen auch beim Nierenzellkarzinom (wurde bislang überwiegend bei Patienten mit Prostatakrebs eingesetzt). Ein weiterer neuer Therapieansatz ist die Hemmung des RANKL durch den monoklonalen Antikörper Desonumab. RANKL (Receptor Activator of Nuclear Factor κ B Ligand), ein TNF-verwandter Botenstoff (Zytokin) fungiert auf der Zelloberfläche als Signalgeber zwischen von Osteoblasten (knochenbildende Zellen) und Osteoklasten (knochenabbauenden Zellen) und kann die Progression von Knochenmetastasen mindern und die Knochendestruktion blockieren.

Impfungen gegen Nierenzellkrebs

Die Bekämpfung des Nierenkrebses durch die Aktivierung der körpereigenen Immunabwehr erscheint ein sanftes und wirksames Verfahren in der Therapie des Nierenkrebses zu sein. Die Idee der Aktivierung des körpereigenen Immunsystems zur Krebstherapie wurde in der Vergangenheit bereits vielfach eingesetzt, jedoch mit eher enttäuschenden Ergebnissen im Vergleich zur bestehenden Chemotherapie. Waren die Impftherapien in der Vergangenheit vor allem dadurch gekennzeichnet, dass das Immunsystem zu ungenau gegen den Nierentumor aktiviert wurde, so besteht heute die Möglichkeit, eine zielgerichtete Immunaktivierung gegen den Nierenkrebs vorzunehmen. Deutsche Forschergruppen, bestehend aus Immunologen und Urologen konnten eine



Vielzahl an Proteinen identifizieren, die vom Nierentumor gebildet werden. In einer laufenden Impfstudie erfolgt dabei eine Sensibilisierung des Immunsystems gegen spezifische vom Tumor verstärkt gebildete Proteine, zur Vorbeugung eines Wiederauftretens des Nierenkrebses bei Risikopatienten nach erfolgter Operation. Nebenwirkungsarm wurde diese Impfstherapie bereits auch bei Patienten mit Fernmetastasen eingesetzt. Führt die heutige Standardtherapie der molekularen Medikamente (targeted therapy) meist zu einem Stillstand der metastasierten Erkrankung, ist ein komplettes Ansprechen und eine Heilung im fortgeschrittenen Stadium des Nierenkrebses eher selten. Hier könnte der Einsatz der Impfstherapie eine weitere Brücke auf dem Weg zur Heilung am Nierenkrebs aufzeigen. Ist durch die „targeted therapy“ ein Stillstand der Erkrankung erreicht, könnte die Impfstherapie durch die Aktivierung des Immunsystems zu einem weiteren Zurückdrängen des Tumors führen. Die Kombination beider Verfahren erscheint sehr viel versprechend und diese klinische Anwendung wird derzeit untersucht.



Referent: Univ.-Professor Dr. med. Jürgen Gschwend
Direktor der Urologischen Klinik und Poliklinik
Klinikum Rechts der Isar München

Neue Entwicklungen auf dem Gebiet des Harnblasenkarzinoms

Die Zahl der Neuerkrankungen für das Harnblasenkarzinom hat sich nach Schätzungen des Robert-Koch-Institutes in den letzten 20 Jahren verdoppelt. In Deutschland erkranken aktuell ca. 28.000 Menschen jährlich neu an einem Harnblasentumor und 13.000 Patienten sterben jährlich an den Folgen der Tumorerkrankung. Mittlerweile gehört das Harnblasenkarzinom zu den teuersten Tumorentitäten in den Vereinigten Staaten und verursacht jährlich direkte Kosten von über 3,7 Milliarden US Dollar. Im Verhältnis dazu ist das Harnblasenkarzinom in der wissenschaftlichen Grundlagenforschung und der klinischen Anwendungsforschung stark unterrepräsentiert. Auf dem diesjährigen ASCO Kongress in Orlando wurden als Beispiel insgesamt 170 urologisch-onkologische Abstrakte publiziert, darunter aber nur 15 Beiträge zum Thema Harnblasenkarzinom. Das Dilemma des „vergessenen Harnblasentumors“ spiegelt sich besonders drastisch bei der Forschungsförderung wider. In den Vereinigten Staaten verzeichnet das Prostatakarzinom die höchste Förderung mit jährlich 293 Millionen US Dollar. An diesem Tumor versterben dort jährlich 27.000 Männer, am Harnblasenkarzinom mit 14.000 Personen etwa die Hälfte. Die amerikanische Forschungsförderung für das Urothelkarzinom beträgt mit nur 24 Millionen US Dollar jedoch weniger als ein Zehntel der Forschungsförderung für das Prostatakarzinom.

Ein interdisziplinärer Zusammenschluss aus Naturwissenschaftlern, Klinikern und Pathologen hat daher im Mai 2008 den „Deutschen Forschungsverbund Blasenkarzinom e.V.“ gegründet. Das Ziel dieser Kooperation ist die Bündelung von



Forschungsaktivitäten, interdisziplinäre Bearbeitung ausgewählter wissenschaftlicher Fragestellungen und stringenter Standardisierung von experimentellen und klinischen Untersuchungen zu dem Themenkomplex Urothelkarzinom. Ein wichtiges Anliegen des Forschungsverbundes ist die Etablierung von Netzwerkstrukturen, die eine Kommunikation zwischen Ärzten und Wissenschaftlern ermöglicht und Kooperationen fördert. Neben den regelmäßigen Treffen der Mitglieder wurde daher erstmals ein international besetztes, zweitägiges Symposium auf Schloss Mickeln in Düsseldorf vom 26. bis 27. Juni 2009 organisiert. Dieses Symposium soll in Zukunft jährlich stattfinden und als fester Bestandteil zur Intensivierung der Erforschung des Blasenkarzinoms etabliert werden. Ein Hauptziel des Symposiums war die Umsetzung der Etablierung einer nationalen Blasentumorbank. Die Verfügbarkeit von standardisiertem, qualitativ hochwertig asserviertem Gewebe stellt gerade in der Zukunft eine wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche Beantwortung wissenschaftlicher Fragestellungen dar. Geplant ist eine aktive Nutzung der Blasentumordatenbank durch alle wissenschaftlich aktiven Kliniken und Institute in Deutschland bereits ab Januar 2010.

Im Bereich der klinischen Forschung gab es im letzten Jahr wichtige Entwicklungen. Für das Gebiet der Tumormarker konnte gezeigt werden, dass das System UroVysion® die Zystoskopie in der Nachsorge nicht ersetzt und generell nicht besser als die konventionelle Zytologie ist. Zudem ist das UroVysion®-System teuer und steht nur wenigen Zentren zur Verfügung. Allerdings scheint in Subpopulationen mit einer BCG-Instillationstherapie und/oder CIS in der Vorgeschichte das FISH-Verfahren jedoch durchaus eine interessante Zusatzdiagnostik zu sein.

Die photoaktive Substanz Hexaminolävulinsäure (Hexvix®) ist mittlerweile in 27 europäischen Ländern für die photodynamische endoskopische Diagnostik zugelassen. Vorteil gegenüber der ursprünglichen 5-Aminolävulinsäure (5-ALA) ist die Lipophilie, weswegen die Zellmembran passiv durch-



drungen und somit schneller intrazellulär aufgenommen wird. Die PDD verbessert die Detektionsrate flacher Läsionen, multifokalen Urothelkarzinomen werden viel seltener übersehen. Residualtumoren und Rezidivraten können um ca. 20 % reduziert werden. Nachteil der PDD ist der hohe Anschaffungspreis des entsprechenden Equipments von ca. 25.000 Euro und den Kosten für das Hexvix® von ca. 420 Euro pro Operation, was in der entsprechenden DRG nicht berücksichtigt ist. Allerdings kann für die PDD im Rahmen von Budgetverhandlungen neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) ein Sonderentgelt vereinbart werden.

Das Ausmaß der Pelvinen LymphNode Dissektion im Rahmen der radikalen Zystektomie ist nach wie vor Gegenstand aktueller Diskussionen. In einer retrospektiven Studie aus Bern und Cleveland konnte gezeigt werden, dass durch eine erweiterte PLND nicht nur ein verbessertes Lymphknotenstaging erfolgt, sondern vor allem die Prognose von fortgeschrittenen Tumoren verbessert wird. Der Cutoff-Wert für zu entfernende Lymphknoten scheint zwischen 10 und 25 Lymphknoten zu liegen. Für Patienten mit lymphogen metastasiertem Urothelkarzinom konnte ebenfalls belegt werden, dass das Ausmaß der Lymphadenektomie mit der Prognose der Patienten korreliert. Diese Fragestellung ist auch Gegenstand der prospektiven Studie der AUO zum Lymphadenektomie-Template beim Harnblasenkarzinom (LEA-Studie). Die zu erwartenden Ergebnisse der LEA-Studie (Prospektiv randomisierte Studie zum Vergleich einer ausgedehnten mit einer eingeschränkten pelvinen Lymphadenektomie bei der operativen Therapie des Harnblasenkarzinoms) werden zeigen, ob sich diese Erkenntnis auch in einer prospektiven Studie bestätigen lässt.

Alle bisher publizierten randomisierten Phase-III Studien zur Fragestellung der sofortigen versus verzögerten Chemotherapie nach radikaler Zystektomie bei Patienten mit einem lokal fortgeschrittenen Blasenkarzinom hatten entweder ein mangelhaftes Studiendesign oder statistische Fehlerquellen. Bisher konnte die Frage zur Effektivität der adjuvanten



Chemotherapie nicht eindeutig geklärt werden. Zahlreiche Studien weisen aber darauf hin, dass vorrangig Patienten mit positivem Lymphknotenbefall einen Benefit aus der adjuvanten Chemotherapie ziehen können. Für das metastasierte und cisplatinvorbehandelte Blasenkarzinom wurden recht aktuell zwei prospektive, randomisierte Phase-III Studien zur Zweitlinien-Chemotherapie publiziert. Aufgrund des Studiendesigns und unzureichender statistischer Auswertung, sowie der hohen Toxizitätsrate, kann die Substanz Vinflunine derzeit nur eingeschränkt als Zweitlinientherapie empfohlen werden. Das Gemcitabin/Paclitaxel 3 Wochen-Schema (Gemcitabin 1000 mg/m² am Tag 1 und 8; Paclitaxel 175 mg/m² am Tag 1) mit maximal 6 Zyklen kann hingegen als echte Alternative für die Zweitlinientherapie bei cisplatinvorbehandelten und metastasierten Blasenkarzinompatienten bewertet werden. Für die Therapie des metastasierten Urothelkarzinoms mit Targetsubstanzen konnte zusammenfassend mit ersten Studiendaten gezeigt werden, dass eine Monotherapie mit Sunitinib oder Sorafenib bei fortgeschrittenen, metastasierten Blasenkarzinomen nur eine geringe Tumoransprechrage aufweist. Kombinationstherapien werden derzeit geprüft (siehe AUO-Studien).

Aktuelle Studien der Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie (AUO)

Studiencode	Studientitel
AUO AB 31/05	Randomisierte, doppelblinde, multizentrische Phase-II-Studie zum Vergleich der Wirksamkeit einer Chemotherapie mit Gemcitabin plus Cisplatin und Sorafenib (BAY 43-9006) versus Gemcitabin plus Cisplatin und Placebo in der Therapie des lokal fortgeschrittenen bzw. metastasierten Urothelkarzinoms - SUSE
AUO AB 25/02	Prospektiv randomisierte Studie zum Vergleich einer ausgedehnten mit einer eingeschränkten pelvinen Lymphadenektomie bei der operativen Therapie des Harnblasenkarzinoms



Studien ab Herbst 2009/2010	
AUO AB-09	Multizentrische, einarmige Phase-II Studie zur Bestimmung der Wirksamkeit von Everolimus (RAD001) plus Paclitaxel in der Zweitlinientherapie des cisplatinvorbehandelten und metastasierten Urothelkarzinoms
AUO/ARO-09	Prospektiv randomisierte, multizentrische Phase-III Studie zum Vergleich der präoperativen Radiochemotherapie gefolgt von Zystektomie versus Zystektomie alleine beim lokal fortgeschrittenen Harnblasenkarzinom

Weitere Details bzw. Kontaktinformationen unter www.auo-online.de einsehbar

Im Bereich der Grundlagenforschung und translationalen Forschung werden derzeit umfangreiche Gewebe- und Datenbanken genutzt und primär Hochdurchsatzverfahren zur RNA- und DNA-Analyse (Expression, Gendosis, SNP) eingesetzt. Verschiedene Arbeitsgruppen haben Muster der Genexpression von Harnblasenkarzinomen identifiziert, die eine Verbesserung der Prognosestellung aufgrund klinischer und histopathologischer Parameter erlauben. In ähnlicher Weise wurden Genexpressionsmuster und einzelne Gene charakterisiert, die Metastasierung und Ansprechen auf Cisplatin-Chemotherapie anzeigen. Ein wichtiges Ergebnis kombinierter Gendosisanalysen mittels SNP-Arrays – die chromosomale Veränderungen widerspiegeln – und gezielter Mutationsanalysen folgen der Hypothese, dass es bei der Entwicklung von Urothelkarzinomen prinzipiell drei Sequenzen gibt. Eine Sequenz führt über Mutationen in dem Wachstumsfaktorrezeptor FGFR3 zu wenig malignen papillären Tumoren. Die Entwicklung invasiver Karzinome geht zumeist mit vielfältigen chromosomalen Veränderungen einher, darunter Verlusten von Chromosom 17p und 8p. Über eine dritte Sequenz können auch Tumoren mit FGFR3-Mutationen hochmaligne werden. Mutation von p53 kommt hierbei eine Schlüsselrolle zu.



Untersuchungen zu micro-RNAs im Harnblasenkarzinom sind ebenfalls Gegenstand der aktuellen Forschung. Anhand der Expressionsmuster dieser kleinen regulatorischen Nukleinsäuren konnten Urotheltumoren nach Tumorstadium und klinischem Verlauf klassifiziert werden. Bestimmte micro-RNAs werden als prognostische Marker evaluiert. Die unterschiedliche Expression bestimmter micro-RNAs hat direkte Auswirkungen auf die Eigenschaften der Tumoren bezüglich ihrer Proliferationsrate und Apoptoserate.



Professor Dr. med. Wolfgang Weidner
Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie und
Kinderurologie Justus-Liebig-Universität Gießen

CURRICULUM VITAE

- 23.08.1947** Geboren als Sohn des Arztes für Innere Medizin Dr. Georg Weidner und der Pianistin Ruth Weidner geb. Schulz in Herford/Westf.
- 1954 – 1957** Schulzeit Bünde/Westf.
- 1957 – 1966** Freiherr v. Stein-Gymnasium Bünde
- 23.02.1966** Reifeprüfung
- 1966 – 1972** Medizinstudium Justus-Liebig-Universität Gießen
- 09/1970** Eheschließung mit Frau Dr. med.vet. Eva Weidner geb. Schmitz, Vater von 3 Töchtern (Nelly, geb. 1976, Julia, geb. 1977, Nadia, geb. 1980)
- 07.01.1972** Ärztliche Prüfung
- 08.06.1972** Promotion. Thema: Immunhistologische Untersuchungen zur Lokalisation von Wachstumshormon und Prolaktin im Hypophysenvorderlappen verschiedener Spezies (Prof. Dr. J. Kracht, Zentrum f. Pathologie)
- 1972/1973** Medizinalassistentenzeit (Chirurgie: Bad Nauheim; Innere Medizin: Gießen; Urologie: Gießen)
- 28.02.1973** Approbation
- 1973/1974** 15-monatiger Wehrdienst
- 01.09.1974 – 31.08.1975** Chirurgie, Kreiskrankenhaus Gießen in Lich (Direktor: Prof. Dr. A. Bikfalvi)
- 01.09.1975** Beginn der Ausbildung zum Arzt für Urologie an der Urologischen Universitätsklinik Gießen (Direktor: Prof. Dr. C.F. Rothauge)
- 01.11.1975** Gründung der Prostatitissprechstunde Gießen



- 01.09.1979** Arzt für Urologie
- 21.03.1980** Ernennung zum Hochschulassistenten und zum
Oberarzt der Klinik, Teilnahme an der Rufbereitschaft
- 11.04.1983** Habilitation für das Fach Urologie
und Ernennung zum Privatdozenten
Thema: Prostatitisdiagnostik.
Untersuchungen zur Objektivierung und Differentialdiagnose
verschiedener Prostatitisformen
- 10/1984** Benennung für den „Arbeitskreis Andrologie“
der Deutschen Urologen (AKA)
- 01.04.1985** Berufung zum Professor (C2) auf Zeit
- 11/1985** Perkutanes Operationstraining –
Gastaufenthalt (St. Franziskus Hospital Bielefeld:
Prof. Dr. U. Eickenberg)
- 04/1986** Benennung für den wissenschaftlichen Beirat der Zeitschrift
Fertilität (Springer – Berlin – Heidelberg – New York – Tokio)
- 12/1987** ESWL-Training – Gastaufenthalt
(Urologische Universitätsklinik Marburg; Prof. Dr. G. Rodeck)
- 01/1988** Ernennung zum weiteren Stellvertreter
von Prof. Dr. C.F. Rothauge
- 02/1989** Benennung für den erweiterten Vorstand des Arbeitskreises
für Infektiologie in der Urologie
- 03/1989** Benennung für den „Arbeitskreis Andrologie“
der Deutschen Dermatologen
- 06/1989** Benennung für den wissenschaftlichen Beirat der
Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung
der Geschlechtskrankheiten (GBGK)
- 09/1989** Wahl zum Vorsitzenden des „Arbeitskreises Andrologie“
der Deutschen Urologen (AKA)
- 01.10.1990** Leitender Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Urologie
der Georg-August-Universität Göttingen
(Direktor: Prof. Dr. R.-H. Ringert)



- 04/1991** Ernennung zum apl. Professor für Urologie auf Lebenszeit durch den Fachbereich Humanmedizin der Justus-Liebig-Universität Gießen
- 12/1991** Benennung zum wissenschaftlichen Beirat der Deutschen Gesellschaft für Andrologie
- 20.07.1992** Fellow of the European Board of Urology
- 25.02.1993** Ruf auf den Lehrstuhl C4 für Urologie der Justus-Liebig-Universität Gießen
- 04/1993** Mitherausgeber der Zeitschrift „Fertilität“ (Springer – Berlin – Heidelberg – New York – Tokio)
- 14.04.1993** Umhabilitation für das Fach Urologie und Ernennung zum apl. Professor für Urologie auf Lebenszeit durch die Medizinische Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen
- 07/1993** Benennung für den wissenschaftlichen Beirat der Zeitschrift „Urologia Internationalis“ (Karger – Basel – London – New York)
- 08/1993** Mitherausgeber des „Urologen A“ (Springer – Berlin – Heidelberg – New York – Tokio)
- 01.10.1993** Übernahme der Urologischen Klinik (C4) der Justus-Liebig-Universität Gießen
- 10/1993** Benennung zum Mitglied der European Academy of Andrology (Academician)
- 09/1994** Wahl zum Sekretär der Deutschen Gesellschaft für Andrologie
- 10/1994** Clinical Andrologist (European Academy of Andrology)
- 01/1995** Mitherausgeber der „Aktuellen Urologie“ (Thieme – Stuttgart)
- 05/1995** (Co-)Chairman of the Andrology Training Center Gießen European Academy of Andrology (zusammen mit Prof. Dr. W.-B. Schill, Universitätsklinik)
- 05/1996** Benennung zum Mitglied der ESHRE Special Interest Group in Andrology



- 05/1996** Benennung für den Scientific Advisory Board von Andrologia (Blackwell Verlag)
- 03/1997** Benennung für den wissenschaftlichen Beirat des Urologen B (Springer – Berlin – Heidelberg – New York – Tokio)
- 07/1997** Wahl zum Generalsekretär der Europäischen Gesellschaft für Genitalchirurgie
- 11/1997** Wissenschaftlicher Beirat der Reihe „Psychologische Testverfahren für die Medizin“, Hogrefe, Verlag für Psychologie (Göttingen – Bern – Toronto – Seattle)
- 11/1997** Fakultative Weiterbildung Spezielle Urologische Chirurgie im Gebiet „Urologie“
- 01/1998** Benennung als „Reviewing Editor“ für Urologia Internationalis (Karger – Berlin – Heidelberg – New York)
- 04/1998** Präsident der Mitteldeutschen Gesellschaft für Urologie
- 05/1998** Grandest Round Visiting Professor, University of Washington, Seattle, USA
- 11/1998** Wiss. Beirat Bundesärztekammer (Richtlinien Reproduktionsmedizin)
- 11/1998** Mitglied des International Prostatitis Collaborative Network des National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases des NIH, Washington, Bethesda
- 06/1999** Vorstand DFG-Graduiertenkolleg Gießen – Marburg „Zell-Zell-Interaktion im Reproduktionsgeschehen“
- 10/1999** „Fakultätsmitglied (Lecturer) der European School of Urology“ der EAU (Europäischen Gesellschaft für Urologie)
- 04/2000** Ernennung zum DEGUM-Ausbilder für das Gebiet Urologie der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin e.V. (DEGUM)
- 09/2000** Verleihung des Felix Martin Oberländer-Preises der Deutschen Gesellschaft für Urologie für hervorragende Leistungen in der Fort- und Weiterbildung in der Urologie



- 09/2000** Wahl in den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Urologie und Wahl zum Leiter des Vorstandsressorts „Struktur und Strategie“
- 09/2000** Wahl zum Vorsitzenden des Arbeitskreises „Der alternde Mann“ der Fort- und Weiterbildungskommission der deutschen Urologen
- 12/2000** Wahl zum Stellvertretenden Vorsitzenden der Hessischen Krebsgesellschaft
- 01/2001** Editorial Board der Zeitschrift Magyar Andrológia/Hungarian Andrology
- 04/2001** Gast Professor – Royal Free and University College 00 Medical School University College of London, Institut für Urologie und Nephrologie in Kooperation mit dem St. Peter’s Hospital, London
- 06/2001** Bestellung zum stellvertretenden Ärztlichen Direktor des Universitätsklinikums Gießen für vier Jahre
- 09/2001** Wahl zum Vizepräsidenten der Deutschen Gesellschaft für Andrologie
- 02/2002** Sprecher der Gruppe Infertilität der Section European Society of Andrological Urology (EAU)
- 08/2002** Berufung zum Herausgeber für die Zeitschrift „Andrologia“, Blackwell Verlag Berlin Wien
- 11/2002** Wahl zum Vorsitzenden der Hessischen Krebsgesellschaft
- 01/2003** Urologe A – Organ der Deutschen Gesellschaft für Urologie und Organ des Berufsverbandes der Deutschen Urologen Herausgeber „Leitlinien der DGU und des BDU“
- 04/2003** Benennung zum Herausgeber Rubrik Urologie für die Zeitschrift „Reproduktionsmedizin“ Springer-Verlag
- 04/2003** Bestellung als Mitglied der Arbeitsgruppe Prostata der BQS (Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung) Bonn
- 04/2003** Benennung zum Mitglied des Steering-Komitees „Krebsfrüherkennung“ der Deutschen Krebshilfe



- 09/2003** Wiederwahl in den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Urologie und Bestätigung als Leiter des Vorstandsressorts „Leitlinien und Qualitätssicherung“
- 10/2003** Benennung zum Associate Editor des „International Journal of Andrology“ Blackwell Berlin, (Organ der Europäischen Akademie für Andrologie)
- 11/2003** Benennung zum Herausgeber – Sektion Urologische Andrologie des Journals für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie (Krause & Pachernegg GmbH, Verlag für Medizin und Wirtschaft, Gablitz)
- 06/2004** Internationaler Advisory Board Onkologia, Budapest
- 07/2004** Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Gießen
- 01/2005** Benennung zum International Associate Editor des „Journal of Andrology“ der Amerikanischen Society for Andrology, New York
- 04/2005** Ehrenmitglied der Ungarischen Gesellschaft für Urologie, Budapest
- 07/2005** Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Gießen und Marburg
- 08/2005** Mitglied des Editorial Board der Zeitschrift „Aging Health“, Future Medicine Publishers, London
- 09/2005** Bestellung als Mitglied des Gutachterausschusses im Weiterbildungswesen für die Zusatz-Weiterbildung „Andrologie“ der Landesärztekammer Hessen
- 01/2006** Mitglied des Editorial Board der Zeitschrift „European Urology“, Elsevier, Philadelphia/USA
- 03/2006** Mitglied des Editorial Board der Zeitschrift „International Brazilian Journal of Urology“, offizielles Journal der Brasilianischen Gesellschaft für Urologie und der Confederación Americana de Urologia, Rio de Janeiro/Brasilien
- 04/2006** Mitglied des International Advisory Board der Zeitschrift „Uroonkologia“, Budapest/Ungarn



- 06/2006** Mitglied des Editorial Board der Zeitschrift „The Journal of Sexual Medicine“, offizielles Journal der Internationalen Gesellschaft für Sexualmedizin (ISSM)
- 08/2006** Mitglied des Krankenhausausschusses der Landesärztekammer Hessen
- 10/2006** Dekan des Fachbereichs Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen
- 10/2007** Wahl zum 2. Vizepräsidenten (Internationale Beziehungen) der Deutschen Gesellschaft für Urologie und Wahl zum Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Urologie 2010
- 12/2007** Wahl zum Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Andrologie



**Professor Dr. med. Arnulf Stenzl,
Direktor der Urologischen Klinik und Poliklinik
Universitätsklinikum Tübingen**

CURRICULUM VITAE

- 06.06.1973** Abitur, Pestalozzi-Gymnasium, Graz
- 01.10.1973 – 31.01.1980** Medizinstudium (Karl-Franzens Universität Graz)
- 15.02.1980** Promotion
- 01.06.1980 – 31.12.1980** I. Medizinische Abteilung des Landeskrankenhauses
Klagenfurt
- 01.01.1981 – 31.05.1981** II. Medizinische Abteilung des Landeskrankenhauses
Klagenfurt
- 01.06.1981 – 31.03.1983** Universitätsassistent am Pathologisch-Anatomischen
Institut der Karl-Franzens Universität Graz
- 01.04.1983 – 31.06.1987** Universitätsassistent an der
Chirurgischen Universitätsklinik am LKH Graz
- 01.04.1983 – 31.10.1984** Rotation durch die Departments für
Allgemein-, Herz-, Gefäß-, Thorax-, Unfall-,
Plastische und Experimentelle Chirurgie
- 01.11.1984 – 31.06.1987** Universitätsassistent am Department für Urologie
(Leiter: Univ. Prof. Dr. G. Hubmer) der Chirurgischen
Universitätsklinik in Ausbildung zum Facharzt
für Urologie
- 01.07.1987 – 31.06.1988** Resident (Fellow in General Urology) Division of
Urology, University of California, Los Angeles, USA
- 01.07.1988 – 31.06.1989** Urologic Oncology Fellow, Division of Urology,
Department of Surgery
(Vorstand Prof. J.B. deKernion),
University of California, Los Angeles, USA



- seit 01.07.1989** (Rückkehr nach Österreich) als Facharzt für Urologie
in die Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer
eingetragen
- 01.09.1989 – 31.08.1990** Department für Urologie der
Chirurgischen Universitätsklinik am LKH, Graz
- 01.08.1990 – 01.09.1992** Oberarzt an der Urologischen Universitätsklinik,
Inselspital, Bern
- 04.11.1992 – 31.03.2002** Oberarzt bzw. GF OA und Stellvertreter des
Vorstandes an der Urologischen Universitätsklinik,
Innsbruck
- seit 01.04.2002** Ärztlicher Direktor der Klinik für Urologie,
Eberhard-Karls-Universität, Tübingen



Referent: Univ.-Professor Dr. med. Jürgen Gschwend
Direktor der Urologischen Klinik und Poliklinik
Klinikum Rechts der Isar München

CURRICULUM VITAE

- 27. April 1962** geboren in Ulm
- 1982 – 1988** Studium der Humanmedizin an der Ludwig-Maximilian Universität in München und an der Universität Ulm, Staatsexamen Medizin 1988
- 11/1988** Promotion an der Fakultät für Theoretische Medizin der Universität Ulm
- ab 11/1988** Wissenschaftlicher Assistent an der Urologischen Universitätsklinik Ulm
- ab 01/1991** Weiterbildungsassistent Chirurgie Krankenhaus Neu-Ulm
- ab 01/1993** Wissenschaftlicher Assistent an der Urologischen Universitätsklinik Ulm
- 01/1995** Gebietsarztanerkennung für das Fachgebiet Urologie
- 05/1995 – 09/96** Research Fellowship am Urology Service, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, USA,
- 08/1998** Klinischer Oberarzt an der Urologischen Universitätsklinik Ulm
- 11/1998** Habilitation für das Fachgebiet Urologie an der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm
- 11/2000** Leitender Oberarzt und stellvertretender Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie am Klinikum der Universität Ulm
- 12/2003** Ernennung zum außerplanmäßigen Professor an der Universität Ulm



Seit 10/2006

Direktor der Klinik für Urologie am Klinikum Rechts der Isar
der Technischen Universität München

Tätigkeit in Fachgremien:

Stellvertretender Sprecher der Arbeitsgemeinschaft
Urologische Onkologie (AUO) der
Deutschen Krebsgesellschaft (DKG)

Sprecher des Arbeitskreis Onkologie der
Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU)

Leitlinienkoordinator im Vorstand der
Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU)

Gewählter Fachvertreter im DFG-Fachkollegium Medizin,
Schwerpunkt Onkologie1.

Stellvertretender Sprecher des Tumorzentrums
München (TZM)