



51. TAGUNG DER ÖSTERREICHISCHEN GESELLSCHAFT FÜR UROLOGIE UND ANDROLOGIE UND DER BAYERISCHEN UROLOGENVEREINIGUNG

22.-24. Mai 2025

VIECON MESSE WIEN | Eingang Congress Center

Messeplatz 1, 1020 Wien

Tagungspräsident:

Prof. DDr.(mult.hc.) Shahrokh F. Shariat

Medizinische Universität Wien
Universitätsklinik für Urologie
Währinger Gürtel 18-20
1090 Wien

Anmeldung und
weitere Infos:

conventiongroup.at



convention.group

ERLEADA[®] mHSPC

Ungeheuer wirksam in Low- und High-Volume mHSPC*

LOW-VOLUME¹
66 %

95 % KI 0,22–0,53

OS-Risikoreduktion exkl. Crossover
HIGH-VOLUME¹
39 %

95 % KI 0,49–0,78

* In TITAN wurde inkl. und exkl. Crossover eine signifikante OS-Risikoreduktion in sowohl Low- als auch High-Volume mHSPC bestätigt.¹⁻²

REFERENZEN:

1. Chowdhury S, et al. EAU 2021 Virtual Meeting. 8–12 July 2021. Poster: P0845. 2. Chi KN, et al. J Clin Oncol 2021; 39(20): 2294-303. OS = Gesamtüberleben; mHSPC = Metastasiertes hormonsensitives Prostatakarzinom

IMPRESSUM:

Janssen-Cilag Pharma GmbH, a Johnson & Johnson company
 Vorgartenstraße 206b | 1020 Wien

Fachkurzinformation siehe S. 58

© Janssen-Cilag Pharma GmbH, a Johnson & Johnson company 2024

Vorwort

Herzlich willkommen in Wien!

Im Namen der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie sowie der Bayerischen Urologenvereinigung heißen wir Sie herzlich willkommen zur 51. gemeinsamen Tagung – einem traditionsreichen Ereignis, das sich mit eindrucksvoller Kontinuität und wachsender Relevanz mehr als auf halbem Weg zur Hundert bewegt.



Diese Veranstaltung ist weit mehr als ein Kongress. Sie ist Ausdruck einer über Jahrzehnte gewachsenen Partnerschaft, gelebter Zusammenarbeit und einer tief verankerten Freundschaft zwischen unseren beiden Fachgesellschaften. Was uns verbindet, ist nicht nur ein gemeinsamer geographischer Raum, sondern auch eine gemeinsame Vision für unser Fach: modern, offen, europäisch – und fest verankert in der Realität der klinischen Praxis.

In einer Zeit, in der die Urologie vor großen Herausforderungen steht – geprägt vom demografischen Wandel, von zunehmender Komplexität und rasantem technologischen Fortschritt – offenbart sich zugleich ihr enormes Innovations- und Gestaltungspotenzial. Von der molekularen Onkologie bis zur robotischen Chirurgie, von der Prävention bis zur integrativen Patientenversorgung – die Urologie verkörpert heute ein dynamisches Fach, das sich kontinuierlich weiterentwickelt, ohne dabei seinen humanistischen Kern zu verlieren.

Diese Tagung lebt vom akademischen Puls und interdisziplinären Dialog: lebendige Debatten, interaktive Formate, Votings und die Auseinandersetzung mit aktuellen Brennpunkthemen – nicht nur für den akademischen Elfenbeinturm oder die großen Zentren, sondern für alle Kolleginnen und Kollegen – niedergelassen oder klinisch tätig, jung oder erfahren. Unser Ziel ist es, gemeinsam zu denken, zu hinterfragen, voneinander zu lernen – und vor allem: weiterzuentwickeln.

Mein besonderer Dank gilt meinen geschätzten Kolleginnen und Kollegen auf bayerischer Seite – allen voran Hubert Kübler und Ralph Oberneder. Ihre Weitsicht, ihr unermüdliches Engagement und ihre Bereitschaft zur Mitgestaltung sind tragende Säulen dieses Kongresses – und dieser lebendigen Partnerschaft.

Ein besonderes Highlight ist auch in diesem Jahr der Pflege- und Trainingstag, der sich als integraler Bestandteil des Kongresses etabliert hat. Mein aufrichtiger Dank gilt den beiden Programmverantwortlichen, Elmar Heinrich und Stefan Corvin, die mit außergewöhnlichem Einsatz, fachlicher Brillanz und spürbarem Herzblut ein inhaltlich wie strukturell beeindruckendes Programm gestaltet haben. Ihre Arbeit ist nicht nur Ausdruck organisatorischer Exzellenz, sondern ein klares Bekenntnis zur gleichwertigen Rolle der Pflege in der urologischen Versorgung.

Besonderer Dank gilt auch unseren internationalen Gastrednerinnen und -rednern aus Deutschland, Norwegen, der Schweiz und den Vereinigten Staaten, deren Beiträge diesen Kongress inhaltlich bereichern und international vernetzen. Ihre Perspektiven erweitern unseren Horizont und machen den grenzüberschreitenden Austausch zu einem gelebten Prinzip.

Mit großer Freude dürfen wir zudem die Europäische Urologengesellschaft (EAU) begrüßen, die mit einem hochkarätigen ESU-Kurs zur pädiatrischen Urologie nicht nur Wissen teilt, sondern zugleich den Auftakt zu einer neuen, vielversprechenden Partnerschaft setzt. Dieser Schritt stärkt die europäische Vernetzung und unterstreicht die thematische Breite und Tiefe unseres Fachs.

Und schließlich: ein herzliches Dankeschön an den wunderbaren Fritz Moll, der mit seiner Begeisterung und Expertise die Geschichte der Urologie auf eindrucksvolle Weise lebendig werden lässt. Gemeinsam mit Jörg hat er eine Ausstellung geschaffen, die nicht nur informativ, sondern auch ästhetisch und emotional berührt – ein echtes Highlight für alle, die Geschichte als Grundlage für die Zukunft begreifen.

Wir sind stolz auf das, was wir gemeinsam geschaffen haben – und noch mehr auf das, wofür wir stehen:
 Für ein Fach, das sich nicht mit dem Status quo zufrieden gibt.
 Für Generationen, die voneinander lernen und gemeinsam wachsen.
 Für Patientinnen und Patienten, die die beste Versorgung verdienen.

Ich wünsche Ihnen inspirierende Tage in Wien. Möge dieses Treffen nicht nur eine Veranstaltung sein, sondern ein bleibender Eindruck – eine unverwechselbare Signatur unserer gemeinsamen Zeit. Eine Zeit, in der wir uns gegenseitig ermutigen, besser zu werden, weiter zu denken und das Beste zu geben – für die Urologie, für die Zukunft und für unsere Patientinnen und Patienten.

Mit herzlichen Grüßen,
Prof. DDr.(mult.hc.) Shahrokh F. Shariat
 Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie

Vorwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich freue mich, der Einladung der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie zur 51. gemeinsamen Tagung nachkommen zu dürfen. Es wird uns nicht nur eine große Freude sein, in dieser inspirierenden und dynamischen Umgebung den Austausch von Wissen und Erfahrungen zu fördern, sondern wir werden auch die Möglichkeiten haben, neue Freundschaften und Partnerschaften zu knüpfen.

Diese Tagung ist ein bedeutendes Ergebnis in unserem Fachgebiet und spiegelt die beeindruckende Kontinuität und das Engagement wider, die unsere beiden Fachgesellschaften über die Jahre hinweg geprägt haben. In einer Zeit, in der die Urologie vor zahlreichen Herausforderungen steht – von der demografischen Entwicklung bis hin zu den rasanten Fortschritten in der Technologie – ist es umso wichtiger, dass wir gemeinsam an Lösungen arbeiten und uns gegenseitig unterstützen.

Professor Shariat und die Programmkommission haben ein spannendes Programm für Sie zusammengestellt, das nicht nur aktuelle Forschungsereignisse und innovative Behandlungsmethoden präsentiert, sondern auch Raum für lebendige Diskussionen und interaktive Formate bietet. Lassen Sie uns gemeinsam die neuesten Entwicklungen in der molekularen Onkologie, der robotischen Chirurgie und der integrativen Patientenversorgung erkunden. Ihre Teilnahme und Ihr Engagement sind entscheidend, um den akademischen Puls und den interdisziplinären Dialog lebendig zu halten.

Ich freue mich auf diese Tage in Wien, die ich nicht nur als eine Veranstaltung betrachte, sondern eine Gelegenheit voneinander zu lernen, sich inspirieren zu lassen und gemeinsam an der Zukunft der Urologie zu arbeiten. Lassen Sie uns zusammen die Herausforderungen annehmen und die Chancen nutzen, die vor uns liegen.

Ich wünsche uns allen eine inspirierende und bereichernde Tagung.

Herzliche Grüße,
Univ.-Prof. Dr. med. Hubert Kübler
Präsident der Bayerischen Urologenvereinigung



Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

es ist uns eine große Freude, Sie zum Pflegesymposium im Rahmen der 51. Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie und der Bayerischen Urologenvereinigung in Wien herzlich willkommen zu heißen.

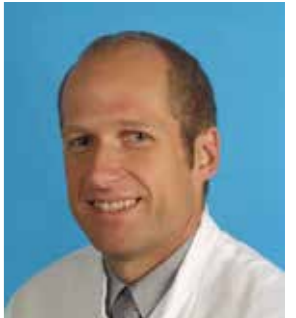
Diese gemeinsame Tagung ist nicht nur ein bedeutender wissenschaftlicher Treffpunkt für die urologische Fachwelt, sondern auch ein wichtiges Forum für den interprofessionellen Dialog – und genau hier setzt unser Pflegesymposium an. Pflege ist ein unverzichtbarer Teil der urologischen Versorgung und unser Ziel ist es, aktuelle Entwicklungen, Herausforderungen und innovative Ansätze aus pflegerischer Perspektive sichtbar zu machen und zu diskutieren.

Mit einem vielfältigen Programm, das praxisnahe Themen ebenso umfasst wie zukunftsweisende Fragestellungen, möchten wir Raum für fachlichen Austausch, neue Impulse und Vernetzung schaffen. Besonders stolz bin ich auf das Engagement und die Expertise der zahlreichen Referentinnen und Referenten, die dieses Symposium mit ihren Beiträgen bereichern.

Wir danken allen, die zum Gelingen dieser Veranstaltung beigetragen haben – von der Programmgestaltung bis zur Organisation – und vor allem Ihnen, liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer, für Ihr Interesse und Ihre wertvolle Arbeit in der Pflege.

Wir wünschen Ihnen inspirierende Vorträge, anregende Gespräche und ein bereicherndes Symposium – und natürlich auch schöne Tage in Wien!

Prim. Priv.-Doz. Dr. Elmar Heinrich
Prof. Dr. Stefan Corvin





PROGRAMMÜBERSICHT | Donnerstag, 22.05.

	STRAUSS 3	LEHAR 2	LEHAR 1	STOLZ 1
09.00-10.30	Session 1: Tumorboard Prostatakrebs – lokalisiert	Session 1: Urogynäkologie und Urogeriatrie		Hands-On Training
11.00-12.30	Session 2: Benigne Erkrankungen – Urolithiasis	Session 2: Digitale Transformation und KI in der Urologie	Moderierte Postersession 1: Urothelkarzinom	Hands-On Training
13.45-15.15	Session 3: Tumorboard Blasenkrebs – lokalisiert	Session 3: Benigne Erkrankungen – Benignes Prostata-syndrom	Moderierte Postersession 2: Prostatakarzinom 1	Hands-On Training
16.30-18.00	Session 4: Uropathologie im klinischen Alltag	Session 4: Fortschritte in der Andrologie & Unfruchtbarkeit	Moderierte Postersession 3: Benigne Urologie 1	Hands-On Training

PROGRAMMÜBERSICHT | Freitag, 23.05.

	STRAUSS 3	LEHAR 2	LEHAR 1	STOLZ 2	STOLZ 1
09.00-10.30	Session 1: Tumorboard Prostatakrebs – fortgeschritten	Session 1: ESU Course		Die Urologische Geschichte	Hands-On Training
11.00-12.30	Session 2: Benigne Erkrankungen – Rekonstruktive Urologie	Session 2: Tumorboard Blasenkrebs – fortgeschritten	Moderierte Postersession 4: Prostatakarzinom 2	Pflegesymposium 1	Hands-On Training
13.45-15.15	Session 3: Tumorboard Nierenkrebs	Session 3: Die nächste Generation	Moderierte Postersession 5: Benigne Urologie 2	Pflegesymposium 2	Hands-On Training
16.30-18.00	Session 4: Urologie im Aufbruch: Digitalisierung, Ambulantisierung, Kompetenzwandel und junge Perspektiven	Session 4: Tumorboard – Hoden- und Peniskrebs	Moderierte Postersession 6: Onkologie	Pflegesymposium 3	Hands-On Training

PROGRAMMÜBERSICHT | Samstag, 24.05.

	STRAUSS 3
09.00-10.40	Session 1: Aktuelle Zukunftsthemen
11.10-12.30	Session 2: Awardverleihung & AUF WIEDERSCHAUN

DONNERSTAG, 22.05. | 08.45–10.30

STRAUSS 3

08.45–09.00	Begrüßung Hubert Kübler, Würzburg, D Shahrokh F. Shariat, Wien, A
09.00–10.30	Session 1: Tumorboard Prostatakrebs – lokalisiert Vorsitz: Michael Dunzinger, Vöcklabruck, A Bernd Wullich, Erlangen, D Anton Ponholzer, Wien, A
09.00–09.15	Keynote-Vortrag: Die Single-Port-Prostatektomie: ein Game-Changer? Agostino Mattei, Luzern, CH
09.15–09.20	Diskussion
09.20–09.25	FALLVORSTELLUNG 1: 66-jähriger Patient mit PSA 6 und MRT PIRADS 4 1,2 cm Basis linke Seite – Voting Nicolai Hübner, Wien, A
09.25–09.30	Transperineale Prostatabiopsie Matthias Jahn, München, D
09.30–09.35	Transrektale Prostatabiopsie Gábor Rosta, St. Pölten, A
09.35–09.40	FALLVORSTELLUNG 2: PCa ISUP 2 – Voting Nicolai Hübner, Wien, A
09.40–09.45	Fokale Therapie Andreas Blana, Fürth, D
09.45–09.50	Strahlentherapie ± ADT Sebastian Rogenhofer, Aschaffenburg, D
09.50–09.55	Radikale Prostatektomie Livia Huber, Wien, A
09.55–10.00	FALLVORSTELLUNG 3: pT3a ISUP 3 N0/8 bei RARP, BCR mit PSA 0,8, PSADT 9 Monate, PSMA PET 1 LK obturatorisch – Voting Nicolai Hübner, Wien, A
10.00–10.05	Enzalutamid ± ADT Antonia Fleischmann, Wien, A
10.05–10.10	Salvage-Strahlentherapie ± ADT Charis Kalogirou, Würzburg, D
10.10–10.15	Salvage pelvine Lymphadenektomie Bernhard Grubmüller, Wien, A
10.15–10.20	FALLVORSTELLUNG 4: Salvage-Strahlentherapie mit 6 Monaten ADT, PSA-Nadir 0,2, dann langsamer Anstieg auf 0,5, PSADT 10 Monate, PET PSMA: einzelne 1 cm Knochenläsion Lendenwirbel 3 – Voting Nicolai Hübner, Wien, A
10.20–10.25	Metastasen-gerichtete Therapie ± Hormone Anna Katharina Seitz, Würzburg, D
10.25–10.30	ADT + ARPI Michael Ladurner, Innsbruck, A
10.30–11.00	Pause und Besuch der Fachaussstellung

DONNERSTAG, 22.05. | 09.00–10.30

LEHAR 2

09.00–10.30	Session 1: Urogynäkologie und Urogeriatrie Vorsitz: Martin Haydter, Wiener Neustadt, A Hans Christoph Klingler, Wien, A Bernhard Liedl, München, D
09.00–09.15	Keynote-Vortrag: Stellenwert der invasiven urodynamischen Abklärung Maxim Kochergin, Wien, A
09.15–09.20	Diskussion
09.20–09.25	FALLVORSTELLUNG 1: Rezidivinkontinenz nach dem 2. Band – was nun? Ghazal Ameli, Korneuburg, A
09.25–09.30	Alternative Techniken: Bulking Agents, ProACT u.a. Christine Höfling-Streitenfeld, Würzburg, D
09.30–09.35	Burch-Operation Lukas Jelisejevas, Innsbruck, A
09.35–09.40	Artificialer Sphinkter Julia Dorfinger, Wr. Neustadt, A
09.40–09.45	Diskussion
09.45–09.50	FALLVORSTELLUNG 2: Therapieresistente Dranginkontinenz unter oraler Medikation Ghazal Ameli, Korneuburg, A
09.50–09.55	Sakrale Neuromodulation Achim Herms, Innsbruck, A
09.55–10.00	Botulinumtoxin Stephan Siepmann, Straubing, D
10.00–10.05	Diskussion
10.05–10.15	Symptomentstehung bei Frauen mit urogenitalem Prolaps Bernhard Liedl, München, D
10.15–10.25	Chronisch rezidivierender Harnwegsinfekt im Alter – wie therapieren? Christine Höfling-Streitenfeld, Würzburg, D
10.25–10.30	Diskussion
10.30–11.00	Pause und Besuch der Fachaussstellung



DONNERSTAG, 22.05. | 09.00–10.30

LEHAR 1

10.30–11.00 Pause und Besuch der Fachausstellung

DONNERSTAG, 22.05. | 09.00–10.30

STOLZ 1

09.00–10.30 **Hands-On Training**

- Laparoskopie Trainer Anfänger (2 TN)
- Laparoskopie Trainer Fortgeschritten (1 TN)
- Flex URS Trainer (6 TN)
- TUR Trainer (6 TN)

10.30–11.00 Pause und Besuch der Fachausstellung

DONNERSTAG, 22.05. | 11.00–12.30

STRAUSS 3

11.00–12.30	Session 2: Benigne Erkrankungen – Urolithiasis Vorsitz: Christian Seitz, Wien, A Michael A. Reiter, Garmisch-Partenkirchen, D Andreas Manseck, Ingolstadt, D
11.00–11.15	Keynote-Vortrag: Hochrisiko-Urolithiasis Präzisionstherapie Michael Straub, München, D
11.15–11.20	Diskussion
11.20–11.25	FALLVORSTELLUNG 1: Partieller Ausgussstein Kuchenniere – Voting Victoria Jahrreiss, Wien, A
11.25–11.30	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie Stephan Seklehner, Baden, A
11.30–11.35	Perkutane Nephrolithotomie Alexander Kaspin, München, D
11.35–11.40	Ureterorenoskopie Sebastian Graf, Linz, A
11.40–11.45	FALLVORSTELLUNG 2: Komplexe bilaterale Nephrolithiasis bei idiopathischer infantiler Hyperkalziurie – Voting Christoph Berger, Linz, A
11.45–11.50	Ureterorenoskopie Maximilian von Barga, Wien, A
11.50–11.55	Perkutane Nephrolithotomie Julian Veser, Wien, A
11.55–12.00	Aktive Überwachung & Metaphylaxe Michael Abenhardt, Salzburg, A
12.00–12.05	FALLVORSTELLUNG 3: 7 mm distaler Ureterstein – Voting Maximilian von Barga, Wien, A
12.05–12.10	Medikamentöse Expulsionstherapie Markus Wöhr, Rosenheim, D
12.10–12.15	URS / Intervention / in-situ ESWL Katharina Reiter, Wien, A
12.15–12.20	FALLVORSTELLUNG 4: Der beste Ansatz während flexibler URS – Voting Jerome Weiss, Wien, A
12.20–12.25	Dusting Clemens Hüttenbrink, Nürnberg, D
12.25–12.30	Aktive Fragmentierung Julia Scheidl, Wien, A
12.30–13.45	Pause und Besuch der Fachausstellung
12.35–13.20	Firmensymposien – Strauss 3, Lehar 1

DONNERSTAG, 22.05. | 11.00–12.30

LEHAR 2

11.00–12.30	Session 2: Digitale Transformation und KI in der Urologie Vorsitz: Sascha Pahernik, Nürnberg, D Stephan Hruby, Zell am See, A Thomas Höfner, Linz, A
11.00–11.15	Keynote-Vortrag: KI und Medizin der Zukunft Ulrike Attenberger, Wien, A
11.15–11.20	Diskussion
11.20–11.25	KI Bots in der Urologie – Braucht jeder Dong-Ho Mun, St. Pölten, A
11.25–11.30	KI Bots in der Urologie – Braucht niemand Jascha Ell, Nürnberg, D
11.30–11.45	KI in der Urologie Emily Rinderknecht, Regensburg, D
11.45–12.00	Optimierung der Roboter-assistierte Ausbildung durch Algorithmen Markus Holub, Zell am See, A
12.00–12.15	KI als Entscheidungshilfe in der Medizin Thomas Höfner, Linz, A
12.15–12.30	Zwischen Science Fiction und Praxis Philipp Seeböck, Wien, A
12.30–13.45	Pause und Besuch der Fachausstellung
12.35–13.20	Firmensymposien – Strauss 3, Lehar 1

DONNERSTAG, 22.05. | 11.00–12.30

LEHAR 1

11.00–12.30 Moderierte Postersession 1: Urothelkarzinom

Vorsitz: Kilian Gust, Wien, A | Andrés Koch, Kittsee, A | Peter J. Goebell, Erlangen, D

11.00–11.05	Poster 1: Der Einfluss hochgradiger postoperativer Komplikationen auf die Lebensqualität und die psychosoziale Belastung von Patienten nach radikaler Zystektomie und Harnableitung <i>Guido Müller</i>
11.05–11.10	Poster 2: Adjuvant Treatment selection in Urothelial Cancer after radical cystectomy based on Circulating Tumor Cells (ATUC-CTC) <i>Felizian Lackner</i>
11.10–11.15	Poster 3: Prospective evaluation of [68Ga]-FAPI-PET/MRI for loco-regional staging of muscle-invasive bladder cancer <i>Ekaterina Laukhtina</i>
11.15–11.20	-
11.20–11.25	Poster 5: Comprehensive Analysis of the Resistance Mechanism and Development against the Antibody Drug Conjugate Enfortumab Vedotin and its Cytotoxic Payload MMAE in Preclinical Urothelial Carcinoma Models <i>Luis Rupp</i>
11.25–11.30	Poster 6: Oncological outcomes in patients after traditional and nerve-sparing radical cystectomy for muscle-invasive bladder cancer: an explorative retrospective study <i>David Zach</i>
11.30–11.35	Poster 7: FGFR1/3 Signaling: Achilles' Heel and Driver of Phenotypic Diversity in Urothelial Carcinoma <i>Renate Pichler</i>
11.35–11.40	Poster 8: First report from the ROUGE-1 multicentric T1 bladder cancer registry <i>Heidemarie Ofner</i>
11.40–11.45	Poster 9: Das nationale Register Urothelkarzinom (UroNAT) von d-uo: 3-Jahres-Analyse der Tumordaten <i>Rolf Eichenauer</i>
11.45–11.50	Poster 10: Trends in der Wahl der Harnableitungen nach Zystektomie – Ergebnisse einer multizentrischen retrospektiven Kohortenstudie <i>Adisch Kiani</i>
11.50–11.55	Poster 11: Efficacy of Immune Checkpoint Inhibitors as Neoadjuvant Therapy for Muscle-invasive Bladder Cancer: A Systematic Review, Meta-analysis, and Network Meta-analysis <i>Akihiro Matsukawa</i>
11.55–12.00	Poster 12: Korrelation des klinischen und pathologischen Tumorstadiums bei der TURB und deren Einfluss auf onkologische Ergebnisse – Eine Subanalyse des ROUGE-1-Registers <i>Katharina Oberneder</i>

12.00–12.05	Poster 13: Zur Therapie des nicht-muskelinvasiven Urothelkarzinoms (NMIBC) high-grade (HG): Ergebnisse aus der VERSUS-Studie von d-uo <i>Christian Doehn</i>
12.05–12.10	Poster 14: Is more better? Optimal number of neoadjuvant chemotherapy cycles in upper tract urothelial carcinoma <i>Stephan Brönimann</i>
12.10–12.15	Poster 15: Molecular characterization of primary tumors and urinary tumor DNA in patients with concurrent bladder and upper tract urothelial carcinoma <i>Maximilian Pallauf</i>
12.15–12.20	Poster 16: A preclinical platform for determination of novel, molecularly-informed bladder cancer vulnerabilities <i>Reinhard Grausenburger</i>
12.20–12.25	Poster 17: Clofarabine displays a distinctly superior therapeutic window over gemcitabine in preclinical bladder cancer models <i>Iris E. Ertl</i>
12.25–12.30	Poster 18: Das Nationale Register Urothelkarzinom (UroNAT) von d-uo: 3-Jahres-Analyse der Patientendaten <i>Rolf Eichenauer</i>

12.30–13.45 Pause und Besuch der Fachausstellung

12.35–13.20 Firmensymposien – Strauss 3, Lehar 1

DONNERSTAG, 22.05. | 11.00–12.30

STOLZ 1

11.00–12.30 Hands-On Training

Laparoskopie Trainer Anfänger (2 TN)
Laparoskopie Trainer Fortgeschritten (1 TN)
Flex URS Trainer (6 TN)
TUR Trainer (6 TN)

12.30–13.45 Pause und Besuch der Fachausstellung

12.35–13.20 Firmensymposien – Strauss 3, Lehar 1

DONNERSTAG, 22.05. | 12.35–13.20

STRAUSS 3

12.35–13.20 Firmensymposium 1: PARPi im mCRPC-Setting: OS-Daten als Gamechanger?

Referent*innen: Thomas Höfner, Linz, A | Gero Kramer, Wien, A | Heidemarie Ofner, Wien, A

mit freundlicher Unterstützung der Firma Pfizer Corporation Austria GmbH



LEHAR 1

12.35–13.20 Firmensymposium 2: Welche Rolle spielt der Einsatz von intravesikalem Oxybutynin im Therapiekontinuum der neurogenen Detrusorüberaktivität in Österreich?

Vorsitz: Sascha Ahyai, Graz, A | Shahrokh F. Shariat, Wien, A

Konzept der Therapie mit intravesikalem Oxybutynin

Hans Christoph Klingler, Wien, A

Einsatzmöglichkeiten im therapeutischen Alltag von VESOXX am Beispiel von Kasuistiken

Achim Herms, Innsbruck, A

mit freundlicher Unterstützung der Firma FARCO-PHARMA GmbH



DONNERSTAG, 22.05. | 13.45–15.15

STRAUSS 3

13.45–15.15	
Session 3: Tumorboard Blasenkrebs – lokalisiert <i>Vorsitz: Jürgen Gschwend, München, D Atiqullah Aziz, München, D Martin Marszalek, Wien, A</i>	
13.45–14.00	AUA lecture: Localized UTUC in 2025: Current Insights and Future Directions <i>Nirmish Singla, Baltimore, MD</i>
14.00–14.05	<i>Diskussion</i>
14.05–14.10	FALLVORSTELLUNG 1: Rezidiv von Ta LG 1 cm – Voting <i>David D'Andrea, Wien, A</i>
14.10–14.15	En bloc TURBT <i>Verena Lieb, Erlangen, D</i>
14.15–14.20	Chemoablation <i>Ekaterina Laukhtina, Wien, A</i>
14.20–14.25	Adjuvante intravesikale MMC-Therapie <i>Doris Hebenstreit, Wien, A</i>
14.25–14.30	FALLVORSTELLUNG 2: Adjuvante MMC, Rezidiv pT1 HG 5 % mikropapillär mit CIS – Voting <i>David D'Andrea, Wien, A</i>
14.30–14.35	Adjuvante intravesikale BCG-Therapie <i>Philipp Arzl, St. Pölten, A</i>
14.35–14.40	Sofortige radikale Zystektomie <i>Matthias Heck, München, D</i>
14.40–14.45	FALLVORSTELLUNG 3: BCG mit Erhaltungstherapie, Rezidiv T1 HG nach 12 Monaten – Voting <i>David D'Andrea, Wien, A</i>
14.45–14.50	Blasenerhaltende intravesikale Therapie <i>Yannic Volz, München, D</i>
14.50–14.55	Frühzeitige radikale Zystektomie <i>Maximilian Pallauf, Salzburg, A</i>
14.55–15.00	FALLVORSTELLUNG 4: Blasenerhaltende intravesikale Therapie, Rezidiv T2 HG 30 % mikropapillär nach 6 Monaten – Voting <i>David D'Andrea, Wien, A</i>
15.00–15.05	Neoadjuvante Gem-Cis-Therapie gefolgt von radikaler Zystektomie <i>Matthias Jahnen, München, D</i>
15.05–15.10	Neoadjuvante Gem-Cis-Durva-Therapie gefolgt von radikaler Zystektomie <i>Melanie Hassler-Di Fratta, Wien, A</i>
15.10–15.15	Trimodale Therapie <i>Frank Kunath, Bayreuth, D</i>
15.15–16.30	Pause und Besuch der Fachausstellung
15.20–16.05	Firmensymposien – Strauss 3, Lehar 1, Lehar 2

DONNERSTAG, 22.05. | 13.45–15.15

LEHAR 2

13.45–15.15	
Session 3: Benigne Erkrankungen – Benignes Prostatasyndrom <i>Vorsitz: Lukas Lusuadi, Salzburg, A Ralph Oberneder, München, D Stephan Madersbacher, Wien, A</i>	
13.45–14.00	Keynote-Vortrag: Das gutartige Prostatasyndrom – Update 2025 <i>Christian Gratzke, Freiburg, D</i>
14.00–14.05	<i>Diskussion</i>
14.05–14.10	FALLVORSTELLUNG 1: 78-jähriger Patient mit schweren LUTS, RH 150 cc, Prostatavolumen 120 cc <i>Giulia Giannini, Innsbruck, A</i>
14.10–14.17	ThuLEP (inkl. 2 min Semilive) <i>Benedikt Schwaiger, Vöcklabruck, A</i>
14.17–14.24	HoLEP (inkl. 2 min Semilive) <i>Thomas Träger, München, D</i>
14.24–14.31	BipoLEP (inkl. 2 min Semilive) <i>Martin Drerup, Salzburg, A</i>
14.31–14.38	Roboterassistierte einfache Prostatektomie (inkl. 2 min Semilive) <i>Christian Pahljina, Leoben, A</i>
14.38–14.45	<i>Diskussion</i>
14.45–15.00	Wie man die Ejakulation nach einer BPH-Operation bewahrt <i>Clemens Reichl, Wien, A</i>
15.00–15.15	Der ökologische Fußabdruck <i>Michael Straub, München, D</i>
15.15–16.30	Pause und Besuch der Fachausstellung
15.20–16.05	Firmensymposien – Strauss 3, Lehar 1, Lehar 2

DONNERSTAG, 22.05. | 13.45–15.15

LEHAR 1

13.45–15.15

Moderierte Postersession 2: Prostatakarzinom 1**Vorsitz:** Christian Gilfrich, Straubing, D | Isabel Heidegger-Pircher, Innsbruck, A |
Michael Dunzinger, Vöcklabruck, A

13.45–13.50	Poster 19: Aktive Überwachung beim ISUP1 Prostatakarzinom: Analyse von klinischen Überwachungsstrategien und entscheidenden Faktoren für einen Therapiewechsel <i>Giulia Giannini</i>
13.50–13.55	Poster 20: Selbstwirksamkeit bei Prostatakarzinom-Langzeitüberlebenden <i>Nils Kager</i>
13.55–14.00	Poster 21: Klinische Charakteristik des inzidentellen Prostatakarzinoms: Vergleich zwischen HoLEP und TUR-P <i>Lena Neuhold</i>
14.00–14.05	Poster 22: Das nationale Register Prostatakarzinom (ProNAT) von d-uo: 3 Jahres-Patientendaten <i>Frank König</i>
14.05–14.10	Poster 23: Ergebnisse nach radikaler Prostatektomie im Jahr 2022 – Beobachtungen eines Zentrums für uro-onkologische Rehabilitation mit hoher Fallzahl <i>Guido Müller</i>
14.10–14.15	Poster 24: Vergleich des Prolaris-Tests und des CAPRA-Scores zur Risikobewertung bei Prostatakrebs-Patienten mit niedrigem bis intermediärem Risiko <i>Oliver Sturm</i>
14.15–14.20	Poster 25: A Systematic Review and Meta-Analysis of Risk Factors for Incidental Prostate Cancer After BPH Surgery <i>Angelo Cormio</i>
14.20–14.25	Poster 26: Langzeitergebnisse der einseitigen pelvinen Lymphadenektomie bei Prostatakarzinom. Eine retrospektive Beobachtungsstudie. <i>Salih Yigit</i>
14.25–14.30	Poster 27: Optimierung der Prostata Magnetresonanztomographie Evaluation durch das Radiology Artificial Intelligence Diagnostic Assistant System (RAIDAS) <i>Iva Simunovic</i>
14.30–14.35	Poster 28: Die Korrelation von Stoffwechselmetaboliten mit bildmorphologischen, genetischen und biologischen Markern bei Prostatakarzinom-Verdacht <i>Johannes Mischinger</i>
14.35–14.40	Poster 29: Erste Erfahrungen mit Prolaris® zur Therapieentscheidung beim Prostatakarzinom im Klinischen Alltag <i>Felix Melchior</i>

14.40–14.45

Poster 30: Vorhersage des biochemischen Rezidivs von Prostatakrebs nach radikaler Prostatektomie durch Kollagen-Modelle unter Verwendung von Multi-Omics-Profilen
Felix Melchior

14.45–14.50

Poster 31: Subjektives Autonomieerleben bei Prostatakarzinom-Langzeitüberlebenden
Ann-Kathrin Christmann

14.50–14.55

Poster 32: Positive Unterstützung und belastende Interaktion, die beiden Dimensionen der sozialen Unterstützung bei Prostatakarzinom-Langzeitüberlebenden
Veronika Steingauer

14.55–15.00

Poster 33: Sexualleben von Männern fünf Jahre nach radikaler Prostatektomie
Rebecca Wich

15.00–15.05

Poster 34: Optimierung der Prostatakarzinom-Diagnostik bei Männern über 80 Jahren: Notwendigkeit randomisierter Biopsien hinterfragt
Andreas Lunacek

15.05–15.10

Poster 35: Risikoadaptierte Prostatakrebsvorsorge mittels Stockholm3-Test
Sabrina Helm

15.10–15.15

Poster 36: Biopsie des Prostatakarzinoms: Aktuelle Daten aus der VERSUS-Studie von d-uo
Christian Doehn

15.15–16.30

Pause und Besuch der Fachaussstellung

15.20–16.05

Firmensymposien – Strauss 3, Lehar 1, Lehar 2



DONNERSTAG, 22.05. | 13.45–15.15

STOLZ 1

13.45–15.15 Hands-On Training

Laparoskopie Trainer Anfänger (2 TN)
 Laparoskopie Trainer Fortgeschritten (1 TN)
 Flex URS Trainer (6 TN)
 TUR Trainer (6 TN)

15.15–16.30 Pause und Besuch der Fachausstellung

15.20–16.05 Firmensymposien – Strauss 3, Lehar 1, Lehar 2

DONNERSTAG, 22.05. | 15.20–16.05

STRAUSS 3

15.20–16.05

Firmensymposium 3: Zukunft der Uro-Onkologie: Innovative Therapiekonzepte für das Prostata- und Blasenkarzinom

Vorsitz: *Shahrokh F. Shariat, Wien, A*

Therapieentscheidungen im mHSPC: Mehr als nur eine Frage der Evidenz

Isabel Heidegger-Pircher, Innsbruck, A

Behandlungsstrategien beim Blasenkrebs – Zielgerichtet oder nicht zielgerichtet, das ist hier die Frage

Kilian Gust, Wien, A

mit freundlicher Unterstützung der Firma Janssen-Cilag Pharma GmbH, a Johnson & Johnson company

Johnson&Johnson

LEHAR 1

15.20–16.05

Firmensymposium 4: To PARP or not to PARP – Evaluierung der Rolle von Olaparib und Abirateron/Prednisolon bei mCRPC

Fallpräsentation | *Heidemarie Ofner, Wien, A*

Diskussion | *Gero Kramer, Wien, A* | *Elmar Heinrich, Salzburg, A*

mit freundlicher Unterstützung der Firma AstraZeneca GmbH

AstraZeneca

LEHAR 2

15.20–16.05

Firmensymposium 5: TFL and MIST technologies for tailored urological treatment

Thulium fiber laser for the enucleation of the prostate | *David D'Andrea, Wien, A*

Thulium fiber laser for optimal stone treatment | *Christian Seitz, Wien, A*

iTind, the most minimal invasive treatment for BPH | *Ramsy Nemer Odeh, Ludwigsfelde, D*

mit freundlicher Unterstützung der Firma Olympus Austria Ges.m.b.H.

OLYMPUS

DONNERSTAG, 22.05. | 16.30–18.00

STRAUSS 3

16.30–18.00	
Session 4: Uropathologie im klinischen Alltag <i>Vorsitz: Arndt Hartmann, Erlangen, D Wolfgang Horninger, Innsbruck, A Markus Eckstein, Erlangen, D</i>	
16.30–16.40	Biomarkerstratifizierte Therapie des fortgeschrittenen Urothelkarzinoms? Pro <i>Peter J. Goebell, Erlangen, D</i>
16.40–16.50	Biomarkerstratifizierte Therapie des fortgeschrittenen Urothelkarzinoms? Con <i>Kilian Gust, Wien, A</i>
16.50–16.55	<i>Diskussion & Voting</i>
16.55–17.05	Gleason 6 Prostatakrebs ist ein echter Krebs <i>Christian Gilfrich, Straubing, D</i>
17.05–17.15	Gleason 6 Prostatakrebs ist eine indolente Erkrankung <i>Hubert Griebner, Salzburg, A</i>
17.15–17.20	<i>Diskussion & Voting</i>
17.20–17.35	BRCA-Testung bei Prostatakrebs: wie und wann? <i>Jasmin Bektic, Innsbruck, A</i>
17.35–17.40	<i>Diskussion</i>
17.40–17.55	Hereditäres Nierenzellkarzinom: warum brauchen wir die neue WHO überhaupt? <i>Arndt Hartmann, Erlangen, D</i>
17.55–18.00	<i>Diskussion</i>

DONNERSTAG, 22.05. | 16.30–18.00

LEHAR 2

16.30–18.00	
Session 4: Fortschritte in der Andrologie & Unfruchtbarkeit <i>Vorsitz: Wolfgang Aulitzky, Wien, A Luisa Hofer, München, D Florian Wimpissinger, Mistelbach, A</i>	
16.30–16.50	Keynote-Vortrag: Stammzellen, Embryogenese und menschliche Reproduktion <i>Markus Hengstschläger, Wien, A</i>
16.50–16.55	<i>Diskussion</i>
16.55–17.10	Stellenwert der HPV-Impfung bei jungen Männern <i>Elmar Joura, Wien, A</i>
17.10–17.30	Nimmt die männliche Fruchtbarkeit ab? <i>Sebastian Rogenhofer, Aschaffenburg, D</i>
17.30–17.45	Neue Erkenntnisse zur Behandlung und Therapie von Varikozelen <i>Wolfgang Aulitzky, Wien, A</i>
17.45–18.00	Neue Erkenntnisse in der geschlechtsaffirmierenden Chirurgie <i>Hanna Hagen, Wien, A</i>



DONNERSTAG, 22.05. | 16.30–18.00

LEHAR 1

16.30–18.00

Moderierte Postersession 3: Benigne Urologie 1

Vorsitz: Michael Straub, München, D | Christian Seitz, Wien, A | Lukas Lusuardi, Salzburg, A

16.30–16.35	Poster 37: Hart wie Eisen und Titan: Härtemessung von Calciumoxalat (CaOx)-Steinen des oberen Harntraktes <i>Christian Pahljina</i>
16.35–16.40	Poster 38: Neue Erkenntnisse zur Phytotherapie bei LUTSBPH hochkonzentriertes β -Sitosterol aus der Pinienrinde (<i>Pinus pinea</i>) hemmt gleichzeitig Kontraktion und Wachstum gutartiger Prostatazellen in vitro <i>Alexander Tamalunas</i>
16.40–16.45	Poster 39: Impact of Personnel Scarcity on Urolithiasis Treatment: A Comparative Study of the Pre- and Post-Pandemic Eras <i>Ozan Yurdakul</i>
16.45–16.50	Poster 40: Echtzeit-Dosimetrie in der Endourologie: Dokumentation der Strahlenbelastung für medizinisches Personal <i>Susanne Deininger</i>
16.50–16.55	Poster 41: Optilume® medikamentenbeschichteter Harnröhren-Ballonkatheter zur Behandlung weiblicher Harnröhrenstrikturen <i>Lukas Jelisejevas</i>
16.55–17.00	Poster 42: Optilume® medikamentenbeschichteter Harnröhren-Ballonkatheter zur unmittelbaren Behandlung komplexer vorbehandelter rezidivierender Harnröhrenstrikturen mit Harnverhaltung <i>Lukas Jelisejevas</i>
17.00–17.05	Poster 43: Reoperationen wegen benigner Prostataobstruktion nach Holmium-Laserenukleation und transurethraler Resektion der Prostata auf Basis von Routinedaten: Fallzahleffekte im 3-Jahres-Zeitraum <i>Hanna Leicht</i>
17.05–17.10	Poster 44: Ist die cyclic AMP-spezifische Phosphodiesterase Typ 4 (PDE4) ein neues pharmakologisches Ziel in der Prostata? Eine biochemische und immunhistochemische Studie <i>Stefan Ückert</i>
17.10–17.15	Poster 45: Association of residual disease at second-look TURB with response to BCG therapy: preliminary analysis of the ROUGE-1 registry <i>Heidemarie Ofner</i>
17.15–17.20	Poster 46: Zusammenhang zwischen einer chirurgischen Checkliste und der Residualtumorraten bei der Second-look-TURB – Vorläufige Ergebnisse des multizentrischen ROUGE-1-Registers <i>Katharina Oberneder</i>
17.20–17.25	Poster 47: Prospektiver Vergleich des perioperativen outcome von Thuliumfaser Laserenukleation und 3D endoskopisch extraperitonealer Adenomenukleation bei Patienten mit Prostatavolumen ab 80 ml <i>Miriam Hollerer</i>
17.25–17.30	Poster 48: Die Zukunft der Urologie: Urologische Versorgung von Nonagenariern mit Hämaturie – eine retrospektive Analyse <i>Magdalena Schneider</i>
17.30–17.35	Poster 49: Vorteile der Sonographie beim Harnleiterstein mit Nierenkolik. Ist ein Stein-CT noch notwendig? <i>Michael Schardt</i>

17.35–17.40	Poster 50: Der Einfluss neuartiger Ureterstents mit antiadhäsiver Beschichtung auf Inkrustationsneigung und Verträglichkeit in der Behandlung der Urolithiasis: eine randomisierte, kontrollierte Studie <i>Nikita Vistunov</i>
17.40–17.45	Poster 51: Inzidenz neu diagnostizierter Prostatakarzinome nach HoLEP vs. TUR-P <i>Chiara Gebert de Sousa</i>
17.45–17.50	Poster 52: Blasendruck bei maximalem Durchfluss kann ein guter Indikator für eine obstruktive Blasenentleerung sein <i>Riccardo Geldner</i>
17.50–17.55	Poster 53: Vitale Spermien nach minimal invasiver Vasektomie – Ergebnisse aus der niedergelassenen Praxis <i>Markus Letsch</i>
17.55–18.00	Poster 54: The usage of a JFil® stent as a new stenting method in the setting of Anderson Hynes Pyeloplasty <i>Kathrin Olesch</i>

DONNERSTAG, 22.05. | 16.30–18.00

STOLZ 1

16.30–18.00

Hands-On Training

- Laparoskopie Trainer Anfänger (2 TN)
- Laparoskopie Trainer Fortgeschritten (1 TN)
- Flex URS Trainer (6 TN)
- TUR Trainer (6 TN)

DONNERSTAG, 22.05. | 18.00–18.45

STOLZ 2

18.00–18.45

Mitgliederversammlung Bayerische Urologenvereinigung

FREITAG, 23.05. | 09.00–10.30

STRAUSS 3

STRAUSS 3	
09.00–10.30	Session 1: Tumorboard Prostatakrebs – fortgeschritten Vorsitz: Jozefina Casuscelli, München, D Isabel Heidegger-Pircher, Innsbruck, A Elmar Heinrich, Salzburg, A
09.00–09.15	Keynote-Vortrag: Biochemisches Rezidiv nach lokaler Therapie Gero Kramer, Wien, A
09.15–09.20	Diskussion
09.20–09.25	FALLVORSTELLUNG 1: 65-jähriger Patient mit de novo mHSPC; Knochen/CT-Scan: BWK 7 & Os sacrum Metastasen; PET PSMA zeigt zusätzlich LWK 1 & Oberarmmetastase – Voting Felix Melchior, Innsbruck, A
09.25–09.30	ADT + ARPI Robert Tauber, München, D
09.30–09.35	ADT + ARPI + Docetaxel Johanna Krauter, Wien, A
09.35–09.40	ADT + ARPI + Prostata-Radiotherapie Andreas Banner, Wien, A
09.40–09.45	FALLVORSTELLUNG 2: 72-jähriger Patient mit Rezidiv LWK 3 Metastase im PET/PSMA – Voting Heidmarie Ofner, Wien, A
09.45–09.50	Stereotaktische Körperbestrahlung allein Nastasiia Artamonova, Innsbruck, A
09.50–09.55	ADT + ARPI Luisa Hofer, München, D
09.55–10.00	FALLVORSTELLUNG 3: 58-jähriger Patient mit CRPC nach alleiniger ADT – Voting Julia Weiss, Wien, A
10.00–10.05	Therapieorientierte genetische Diagnostik Anna Katharina Seitz, Würzburg, D
10.05–10.10	ARPI + PARPi Veronika Dragschitz, St. Pölten, A
10.10–10.15	Rad223 + Enzalutamid + Denosumab Can Aydogdu, München, D
10.15–10.20	FALLVORSTELLUNG 4: 76-jähriger Patient mit CRPC und Schmerzen aufgrund von Knochenmetastasen nach ADT + ARPI – Voting Julia Weiss, Wien, A
10.20–10.25	Docetaxel Roman Mayr, Regensburg, D
10.25–10.30	Lutetium PSMA Sazan Rasul, Wien, A
10.30–11.00	Pause und Besuch der Fachausstellung

FREITAG, 23.05. | 09.00–10.30

LEHAR 2

LEHAR 2	
09.00–10.30	Session 1: ESU Course Vorsitz: Bernhard Haid, Linz, A
09.00–09.05	European School of Urology: A unique possibility for urological education Bernhard Haid, Linz, A
09.05–09.20	EAU Guidelines recommendations on vesicoureteral reflux Manuela Hiess, Linz, A
09.20–09.35	Ureteropelvic junction obstruction and megaureter Bernhard Haid, Linz, A
09.35–09.50	Diagnosis and treatments of hypospadias and undescended testis Manuela Hiess, Linz, A
09.50–10.05	Daytime lower urinary tract conditions and enuresis nocturna Bernhard Haid, Linz, A
10.05–10.30	Interactive case discussion Local ESU faculty
10.30–11.00	Pause und Besuch der Fachausstellung



FREITAG, 23.05. | 09.00–10.30

LEHAR 1

10.30–11.00 Pause und Besuch der Fachaussstellung

FREITAG, 23.05. | 09.00–10.30

STOLZ 2

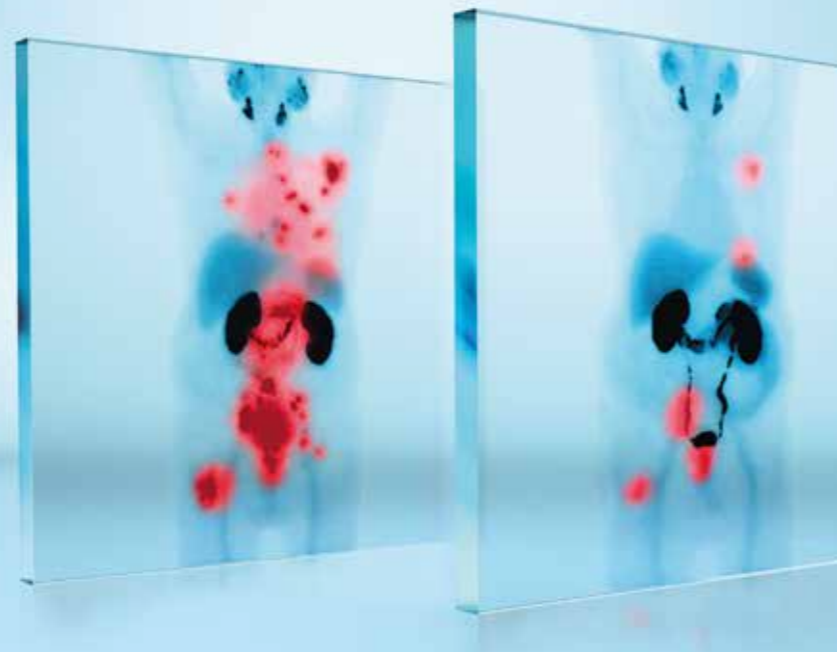
- 09.00–10.30** **Session 1: Die Urologische Geschichte**
Vorsitz: Shahrokh F. Shariat, Wien, A | Friedrich Moll, Düsseldorf, D | Bernd Wullich, Erlangen, D
- 09.00–09.22 **Innovation und Austausch urologischen Wissens im Licht der Historischen Netzwerkanalyse**
Heiner Fangerau, Düsseldorf, D
- 09.22–09.44 **Zwischen Universität, Allgemeiner Poliklinik und Krankenanstalten – Aspekte der Urologie Entwicklung in Wien und Österreich**
Friedrich Moll, Düsseldorf, D
- 09.44–10.06 **Verwundete Seelen: Kriegsgeschädigte Patient:innen berichten über Gewalt- und Verlusterfahrungen in den letzten Kriegstagen in Wien 1945**
Johannes Feichtinger, Wien, A | Katja Geiger-Seirafi, Wien, A
- 10.06–10.30 **Medizin und Kunst – Das Josephinum und seine Sammlungen**
Christiane Druml, Wien, A
- 10.30–11.00 **Pause und Besuch der Fachaussstellung**

Pluvicto® –

Die ERSTE und EINZIGE zugelassene PSMA-zielgerichtete Radioligandentherapie beim Prostatakarzinom



Weitere Informationen zu dem
Wirkmechanismus von Pluvicto®
finden Sie hier



Pluvicto® ist seit Dezember 2022 von der Europäischen Arzneimittelbehörde im metastasierten, kastrationsresistenten Prostatakarzinom, nach Inhibition des AR-Signalwegs und taxanbasierter Chemotherapie zugelassen.¹

 NOVARTIS

 **PLUVICTO®**
(¹⁷⁷Lu)Lutetiumvivotidtraxetan
INJEKTIONS-/INFUSIONSLÖSUNG

Referenzen: 1. Fachinformation Pluvicto® 1 000 MBq/ml Injektions-/Infusionslösung, Stand Dezember 2022.

▼ 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.

BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS: Pluvicto® 1 000 MBq/ml Injektions-/Infusionslösung

QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG: Ein Milliliter Lösung enthält am Tag und zum Zeitpunkt der Kalibrierung 1 000 MBq (¹⁷⁷Lu)Lutetiumvivotidtraxetan. Die Gesamtmenge an Radioaktivität pro Einzeldosis-Durchstechflasche am Tag und zum Zeitpunkt der Verabreichung beträgt 7 400 MBq ± 10 %. Lutetium 177 zerfällt zu stabilem Hafnium-177 mit einer physikalischen Halbwertszeit von 6,647 Tagen durch Emission von Beta-Minus-Strahlung mit einer Maximalenergie von 0,498 MeV (79 %) und von Photonenstrahlung (γ) mit 0,208 MeV (11 %) und 0,113 MeV (6,4 %). **Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung:** Jeder Milliliter der Lösung enthält bis zu 0,312 mmol (7,1 mg) Natrium. Jede Durchstechflasche enthält bis zu 88,75 mg Natrium. **Sonstigen Bestandteile:** Essigsäure 99%, Natriumacetat, Gentsinsäure, Natriumascorbat, Pentetsäure, Wasser für Injektionszwecke. **ANWENDUNGSGEBIETE:** Pluvicto wird in Kombination mit Androgendeprivationstherapie (ADT) mit oder ohne Inhibition des Androgenrezeptor-(AR)-Signalwegs angewendet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit progredientem Prostata-spezifischen-Membranantigen-(PSMA-)positiven, metastasierten, kastrationsresistenten Prostatakarzinom (mCRPC), die zuvor mittels Inhibition des AR-Signalwegs und taxanbasierter Chemotherapie behandelt wurden (siehe Abschnitt 5.1). **GEGENANZEIGEN:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. **PHARMAKOTHERAPEUTISCHE GRUPPE:** Radiotherapeutika, Andere Radiotherapeutika, ATC-Code: V10XX05. **INHABER DER ZULASSUNG:** Novartis Europharm Limited, Vista Building, Elm Park, Merrion Road, Dublin 4, Irland. Informationen betreffend Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung mit anderen Mitteln, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekte sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. Ausführliche Informationen zu diesem Arzneimittel sind auf den Internetseiten der Europäischen Arzneimittel-Agentur <http://www.ema.europa.eu/> verfügbar. **Abgabe:** Rezeptpflichtig, wiederholte Abgabe verboten, Abgabe nur an Inhaber einer Bewilligung für den Umgang mit radioaktiven Stoffen gemäß Strahlenschutzgesetz. **Version: 12/2022**

FREITAG, 23.05. | 09.00–10.30

STOLZ 1

09.00–10.30 **Hands-On Training**

Laparoskopie Trainer Anfänger (2 TN)
Laparoskopie Trainer Fortgeschritten (1 TN)
Flex URS Trainer (6 TN)
TUR Trainer (6 TN)

10.30–11.00 **Pause und Besuch der Fachausstellung**

FREITAG, 23.05. | 11.00–12.30

STRAUSS 3

11.00–12.30 **Session 2: Benigne Erkrankungen – Rekonstruktive Urologie**
Vorsitz: Sascha Ahyai, Graz, A | Abhishek Pandey, Hof, D | Stefan Aufderklamm, Bregenz, A

11.00–11.14 **Keynote-Vortrag: Bulbar urethral stricture: different Grafts vs. End to End – who is the winner?**
 Veiby Holm, Oslo, N

11.14–11.19 *Diskussion*

11.19–11.24 **FALLVORSTELLUNG 1: Penile Harnröhrenstriktur – Voting**
 David Auer, Graz, A

11.24–11.31 **Flap (inkl. 2 min Semilive)**
 Uros Bele, Graz, A

11.31–11.38 **Buccale Mukosa (inkl. 2 min Semilive)**
 Mikhail Borisenkov, Hof, D

11.38–11.43 **FALLVORSTELLUNG 2: Harnableitung bei Frauen – Voting**
 David Auer, Graz, A

11.43–11.48 **Orthotope Neoblase**
 Stefan Aufderklamm, Bregenz, A

11.48–11.53 **Heterotope Pouch**
 Arkadius Kocot, Würzburg, D

11.53–11.58 **FALLVORSTELLUNG 3: Stressharninkontinenz Grad II – Voting**
 David Auer, Graz, A

11.58–12.05 **Sling (inkl. 2 min Semilive)**
 Ricarda M. Bauer, München, D

12.05–12.12 **Sphinkter (inkl. 2 min Semilive)**
 Lukas Jelisejevas, Innsbruck, A

12.12–12.25 **Keynote-Vortrag: Optilume: real world data**
 Susanne Sylvia Ohnesorge, Oslo, N

12.25–12.30 *Diskussion*

12.30–13.45 **Pause und Besuch der Fachausstellung**

12.35–13.20 **Firmensymposien – Strauss 3, Lehar 1, Lehar 2**

FREITAG, 23.05. | 11.00–12.30

LEHAR 2

11.00–12.30 **Session 2: Tumorboard Blasenkrebs – fortgeschritten**
Vorsitz: Maximilian Kriegmair, München, D | Rolf von Knobloch, Augsburg, D | Steffen Krause, Linz, A

11.00–11.15 **Keynote-Vortrag: ADC (antibody-drug conjugates) jetzt und in der Zukunft**
 Jürgen E. Gschwend, München, D

11.15–11.20 *Diskussion*

11.20–11.25 **FALLVORSTELLUNG 1: 65-jähriger Raucher mit neu diagnostiziertem muskelinvasiven Blasenkarzinom**
 Ekaterina Laukhtina, Wien, A

11.25–11.30 **MRT zur lokalen Stadienbestimmung** | Kristina Tuchenhausen, München, D

11.30–11.35 **PET/CT zur Fernmetastasierungsbestimmung** | Antonia Partl, Innsbruck, A

11.35–11.40 **FALLVORSTELLUNG 2: Nach Staging cT3N0M0**
 Ekaterina Laukhtina, Wien, A

11.40–11.45 **Neo-adjuvante Gem Cis** | Michael A. Reiter, Garmisch-Partenkirchen, D

11.45–11.50 **Neo-adjuvante Gem Cis plus Durvalumab** | Renate Pichler, Innsbruck, A

11.50–11.55 **Trimodale Therapie mit Strahlentherapie** | Christina Dorner, Wien, A

11.55–12.00 **FALLVORSTELLUNG 3: Klinisch komplettes Ansprechen nach neoadjuvanter Therapie**
 Johanna Krauter, Wien, A

12.00–12.05 **Radikale Zystektomie** | Dong-Ho Mun, St. Pölten, A

12.05–12.10 **Blasenerhalt** | Katharina Oberneder, Wien, A

12.10–12.15 **FALLVORSTELLUNG 4: pT0 N1/14 nach radikaler Zystektomie**
 Johanna Krauter, Wien, A

12.15–12.20 **Standard Nachsorge** | Lukas Koren-Wagner, Vöcklabruck, A

12.20–12.25 **Adjuvante Checkpoint-Inhibitor-Therapie** | Gerald Schulz, München, D

12.25–12.30 **cT DNA (zirkulierende Tumor-DNA)** | Atiqullah Aziz, München, D

12.30–13.45 **Pause und Besuch der Fachausstellung**

12.35–13.20 **Firmensymposien – Strauss 3, Lehar 1, Lehar 2**

FREITAG, 23.05. | 11.00–12.30

LEHAR 1

11.00–12.30

Moderierte Postersession 4: Prostatakarzinom 2**Vorsitz:** Roman Mayr, Regensburg, D | Gero Kramer, Wien, A | Wolfgang Horninger, Innsbruck, A

11.00–11.05	Poster 55 : Systematische Evaluation der diagnostischen Rolle von Urin-Biomarker-Tests in der Früherkennung des Prostatakarzinoms <i>Stefan Plas</i>
11.05–11.10	Poster 56: Nachweis zirkulierender Synaptophysin-positiver Tumorzellen im peripheren Blut bei Patienten mit metastasiertem kastrationsresistenten Prostatakarzinom vor Therapiebeginn mit einem Androgenrezeptor-Signalinhibitor <i>Julia Frein Tucher von Simmelsdorf</i>
11.10–11.15	Poster 57: Der Einfluss des cN1 Status im PSMA PET/CT auf die perioperative Morbidität bei der radikalen Prostatektomie <i>Vincent Scheper</i>
11.15–11.20	Poster 58: Post-progression survival of patients with metastatic hormone-sensitive prostate cancer (mHSPC) who received darolutamide or placebo: Post hoc analysis of ARASENS <i>Peter J. Goebell</i>
11.20–11.25	Poster 59: Prostate Radiotherapy in Patients with Metastatic Hormone-sensitive Prostate Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomised Controlled Trials <i>Navid Roessler</i>
11.25–11.30	Poster 60: Darolutamid plus ADT im Therapiespektrum des mHSPC – eine systematische Übersicht und Netzwerk-Metaanalyse zu Wirksamkeit und Toxizität <i>Felix Melchior</i>
11.30–11.35	Poster 61: Biochemische Spätrezidive und Mortalität bei Patienten mit 10 Jahren rezidivfreiem Überleben nach radikaler Prostatektomie <i>Lennard Graf</i>
11.35–11.40	Poster 62: Does histopathology align? Concordance and prognostic value of Gleason Score at primary treatment, pre-salvage radical prostatectomy biopsy, and after prostatectomy in radiorecurrent prostate cancer. A multicenter study. <i>Alessandro Dematteis</i>
11.40–11.45	Poster 63: Performance Comparison of the Histolog® Scanner and Frozen Section Analysis During Robot-Assisted Radical Prostatectomy <i>Lukas Scheipner</i>
11.45–11.50	Poster 64: Perioperative Complications in Salvage Radical Prostatectomy After First-Line Nonsurgical Treatment <i>Agata Suleja</i>
11.50–11.55	Poster 65: Combined treatment of prostate cancer associated fibroblasts (CAFs) with glucocorticoids and chemotherapeutic drugs results in a significantly altered gene expression profile and mitochondrial activity. <i>Martin Pühr</i>

11.55–12.00

Poster 66: Prostate-specific Antigen Response as a Prognostic Factor for Overall Survival in Patients with Prostate Cancer Treated with Androgen Receptor Pathway Inhibitors: a systematic review and a meta-analysis*Marcin Miszczyk*

12.00–12.05

Poster 67: Evaluation klinischer sowie onkologischer Verläufe von Patienten mit inzidentellem Prostatakarzinom nach HoLEP vs. TUR-P*Chiara Gebert de Sousa*

12.05–12.10

Poster 68: Die mpMRT der Prostata bei 550 Patienten mit Prostatakarzinom: Daten aus dem ProNAT-Register von d-uo*Christian Doehn*

12.10–12.15

Poster 69: Erstdiagnose Prostatakarzinom der Gradgruppe 1 (Gleason 6): Gibt es da schon Metastasen?*Christian Doehn*

12.15–12.20

Poster 70: Patienten mit Prostatakarzinom, die älter als 90 Jahre alt sind: Daten aus der VERSUS-Studie von d-uo*Christian Doehn*

12.20–12.25

Poster 71: Einfluss der Schnellschnitt-basierten Nachresektion auf postoperative funktionelle Ergebnisse nach radikaler Prostatektomie*Timo Egenolf*

12.25–12.30

Poster 72: Reevaluation der unauffälligen Magnetresonanztomographie der Prostata bei klinischer Risikokonstellation*Sonja Mordhorst*

12.30–13.45

Pause und Besuch der Fachausstellung

12.35–13.20

Firmensymposien – Strauss 3, Lehar 1, Lehar 2


TALZENNA® + Enzalutamid
talazoparib

mCRPC IN ANDERE BAHNEN LENKEN FÜR IHRE mCRPC-PATIENTEN IN DER ERSTLINIE#



- Signifikante Verlängerung des OS¹
- Signifikante Verlängerung des rPFS²
- Keine Testung auf HRR-Mutationen erforderlich²

bei denen eine Chemotherapie klinisch nicht indiziert ist.

Die häufigsten (≥ 20 %) Nebenwirkungen bei Patienten, die in den klinischen Zulassungsstudien mit Talazoparib behandelt wurden, waren Anämie (55,6 %), Fatigue (52,5 %), Übelkeit (35,8 %), Neutropenie (30,3 %), Thrombozytopenie (25,2 %) und verminderter Appetit (21,1 %). Die häufigsten (≥ 10 %) Nebenwirkungen des Grads ≥ 3 von Talazoparib waren Anämie (39,2 %), Neutropenie (16,5 %) und Thrombozytopenie (11,1 %).²

Referenzen:

1. Agarwal N et al. J Clin Oncol 43, 2025 (suppl 5; abstr LBA18).
2. Talzena®-Fachinformation, aktuelle Version.

HRR = homologe Rekombinationsreparatur
mCRPC = metastasiertes kastrationsresistentes Prostatakarzinom
OS = Gesamtüberleben
rPFS = radiologisches progressionsfreies Überleben

www.pfizer.at, www.pfizermed.at
Pfizer Corporation Austria Ges.m.b.H., Wien
PP-TXT-AUT-0056/02.2025



FREITAG, 23.05. | 11.00–12.30

STOLZ 2	
11.00–12.30	Pflegesymposium 1 <i>Vorsitz: Stefan Corvin, Eggenfelden, D Simon Csanyi, Wien, A</i>
11.00–11.20	Induratio penis plastica: mehr als nur ein krummer Penis <i>Stefan Corvin, Eggenfelden, D</i>
11.20–11.30	<i>Diskussion</i>
11.30–11.50	Aktuelle Therapie des metastasierten Blasenkarzinoms <i>Yushan Yang, Regensburg, D</i>
11.50–12.00	<i>Diskussion</i>
12.00–12.20	Künstliche Intelligenz in der Medizin <i>Thomas Höfner, Linz, A</i>
12.20–12.30	<i>Diskussion</i>
12.30–13.45	Pause und Besuch der Fachausstellung
12.35–13.20	Firmensymposien – Strauss 3, Lehar 1, Lehar 2

FREITAG, 23.05. | 11.00–12.30

STOLZ 1

11.00–12.30 Hands-On Training

Laparoskopie Trainer Anfänger (2 TN)
 Laparoskopie Trainer Fortgeschritten (1 TN)
 Flex URS Trainer (6 TN)
 TUR Trainer (6 TN)

12.30–13.45 Pause und Besuch der Fachausstellung

12.35–13.20 Firmensymposien – Strauss 3, Lehar 1, Lehar 2

FREITAG, 23.05. | 12.35–13.20

STRAUSS 3

12.35–13.20

Firmensymposium 6: Je früher umso besser: im fortgeschrittenen Prostatakarzinom & nicht resezierbaren/metastasierten Urothelkarzinom

Vorsitz, Moderation, Diskussion: Jürgen Gschwend, München, D | Martin Pichler, Oberwart, A | Shahrokh F. Shariat, Wien, A

Neuer Horizont für Patienten mit nmHSPC Hochrisiko BRC

Gero Kramer, Wien, A

Let's discuss the new SoC im 1L mUC – Enfortumab vedotin + Pembrolizumab

Renate Pichler, Innsbruck, A

Abkürzungen: nmHSPC Hochrisiko BCR: nicht metastatisches hormon-sensitives Prostatakarzinom mit biochemischem Rezidiv mit hohem Risiko | SoC: Standard of Care | mUC: Metastasiertes Urothelkarzinom

mit freundlicher Unterstützung der Firma **Astellas Pharma Ges.m.b.H.**



LEHAR 1

12.35–13.20

Firmensymposium 7: Innovationen in der Uro-Onkologie bei RCC und UC – in der Anwendung von früh bis spät

Therapieoptionen beim Nierenzellkarzinom: Von KEYTRUDA bis WELIREG

Manuela Schmidinger, Wien, A

Update Urothelkarzinom: Neueste Studiendaten und Entwicklungen

Axel Merseburger, Lübeck, D

mit freundlicher Unterstützung der Firma **Merck Sharp & Dohme Ges.m.b.H.**



LEHAR 2

12.35–13.20

Firmensymposium 8: Stoßwelle als konservative Option für urologische Therapien

Die Stoßwelle im urologischen Alltag | Julian Veser, Wien, A

Vorteile der Piezo-Technologie | Fritz Knödgen, München, D

mit freundlicher Unterstützung der Firma **Richard Wolf Austria Ges.m.b.H.**



FREITAG, 23.05. | 13.45–15.15

STRAUSS 3

13.45–15.15	
Session 3: Tumorboard Nierenkrebs <i>Vorsitz: Mesut Remzi, Wien, A Charis Kalogirou, Würzburg, D Peter Weibl, Korneuburg, A</i>	
13.45–14.00	Keynote-Vortrag: RCC 2025 <i>Manuela Schmidinger, Wien, A</i>
14.00–14.05	Diskussion
14.05–14.10 FALLVORSTELLUNG 1: 75-jährige Patientin mit KHK, Hypertonie, CKD Stadium 2 und 3 cm Raumforderung in der Niere – Voting <i>Johannes Franke, Wien, A</i>	
14.10–14.15	Zuerst Biopsie <i>Clemens Mayr, Linz, A</i>
14.15–14.20	Roboterassistierte partielle Nephrektomie <i>Roman Mayr, Regensburg, D</i>
14.20–14.25	Aktive Überwachung <i>Julia Pilhatsch, Leoben, A</i>
14.25–14.30 FALLVORSTELLUNG 2: 75-jährige Patientin nach radikaler Nephrektomie (pT3 G3 Klarzelle) vor 2 Jahren, jetzt mit einer einzelnen Lymphknotenmetastase von 1,2 cm und einer 1 cm großen Läsion im linken Oberarm – Voting <i>Sascha Mero, Wien, A</i>	
14.30–14.35	Stereotaktische Körperstrahlentherapie <i>Thomas Burtscher, Innsbruck, A</i>
14.35–14.40	Chirurgische Metastasenresektion <i>Gregor Demmer, Linz, A</i>
14.40–14.45	Systemische Therapie ohne lokale Therapie <i>Andreas Manseck, Ingolstadt, D</i>
14.45–14.50 FALLVORSTELLUNG 3: 69-jährige Patientin nach radikaler Nephrektomie (pT3b G4, sarkomatoid) mit einer Lymphknoten- und resezierter 1,5 cm großen Adrenalmetastase – Voting <i>Johannes Franke, Wien, A</i>	
14.50–14.55	Adjuvante Pembrolizumab-Therapie <i>Eva Falkensammer, Wels, A</i>
14.55–15.00	Systemische Therapie erst bei metastasiertem RCC <i>Elena Berg, München, D</i>
15.00–15.05 FALLVORSTELLUNG 4: 59-jähriger Patient mit 9 cm großem, asymptomatischem primären RCC, vier kleinen Lungenmetastasen und einer 1 cm großen Läsion im Pankreasschwanz – Voting <i>Sascha Mero, Wien, A</i>	
15.05–15.10	Zytoreduktive radikale Nephrektomie, gefolgt von systemischer Therapie <i>Jan Schwanke, München, D</i>
15.10–15.15	Systemische Therapie, gefolgt von zytoreduktiver radikaler Nephrektomie bei Ansprechen <i>Felizian Lackner, Innsbruck, A</i>
15.15–16.30	Pause und Besuch der Fachaussstellung
15.20–16.05	Firmensymposien – Strauss 3, Lehar 1, Lehar 2

FREITAG, 23.05. | 13.45–15.15

LEHAR 2

13.45–15.15	
Session 3: Die nächste Generation <i>Vorsitz: Livia Huber, Wien, A Fabian Frank, Erlangen, D Maximilian Kriegmair, München, D</i>	
13.45–14.00	Path to becoming an academic urologist <i>Nirmish Singla, Baltimore, MD</i>
14.00–14.15	Facharztausbildung im Zeitalter der Künstlichen Intelligenz <i>Marianne Leitsmann, Graz, A</i>
14.15–14.30	Die nächste Generation in der Uro-Onkologie – bereit für die Zukunft <i>Matthias Jahnen, München, D</i>
14.30–14.45	Das internationale Fellowship macht mich zu einem besseren Arzt <i>Marcin Miszczyk, Wien, A</i>
14.45–15.00	Ausbildung im robotischen Zeitalter: Die nächste Generation übernimmt <i>Robin Zeder, Leoben, A</i>
15.00–15.15	Müde, erschöpft, ausgebrannt? Burnout verstehen und handeln <i>Karin Streicher, Baden, A</i>
15.15–16.30	Pause und Besuch der Fachaussstellung
15.20–16.05	Firmensymposien – Strauss 3, Lehar 1, Lehar 2

FREITAG, 23.05. | 13.45–15.15

LEHAR 1

13.45–15.15

Moderierte Postersession 5: Benigne Urologie 2

Vorsitz: Michael A. Reiter, Garmisch-Partenkirchen, D | Sascha Ahyai, Graz, A | Claus Riedl, Baden, A

13.45–13.50	Poster 73: Abhilfe durch Phytopharmaka bei LUTS/BPH: Hochdosiertes β-Sitosterol aus der Pinienrinde (<i>Pinus pinea</i>) hemmt die glattmuskuläre Prostatakontraktion <i>Alexander Tamalunas</i>
13.50–13.55	Poster 74: Prostata- und Nierenabszess: Die Behandlung ist doch straightforward! (Wirklich?) – Ein Albtraum <i>Andrii Kravchyk</i>
13.55–14.00	Poster 75: Makro- und Mikrokartierung von Harnröhrenstrikturen: Zehn Jahre nationale Prävalenz und Behandlungsmuster in Deutschland mit morphologischen und ätiologischen Erkenntnissen aus einem rekonstruktiven Referenzzentrum <i>Navid Roessler</i>
14.00–14.05	Poster 76: Langzeitergebnisse nach bulboprostatistischer Reanastomose bei posteriorer traumatischer Harnröhrenverletzung <i>Max C. Wagner</i>
14.05–14.10	Poster 77: Infektiöse Komplikationen bei Patienten, die sich einer transrektalen Prostatabiopsie unterziehen: Vergleich von Ciprofloxacin und Fosfomycin-Trometamol <i>Andreas Banner</i>
14.10–14.15	Poster 78: Charakterisierung des Growth Differentiation Factor 15 (GDF-15) als therapeutisches Target beim Urothelkarzinom <i>Florestan Koll</i>
14.15–14.20	Poster 79: Artificieller Sphinkter (AS) nach schwerem Beckentrauma: neue Operationstechnik (CATPUB = Combined Anterior Transmembranous Posterior Urethral Bulbar cuff placement) <i>Lukas Jelisejevas</i>
14.20–14.25	Poster 80: Operationstechnik (step-by-step) der retrourethralen transobturatorischen bulbösen Suspensionsschlinge (AdVanceXP) in der Behandlung männlicher postprostatektomie Harninkontinenz <i>Lukas Jelisejevas</i>
14.25–14.30	Poster 81: Neue Wege in der konservativen Inkontinenztherapie - Ergebnisse der randomisierten, multi-zentrischen, kontrollierten systematischen Datenauswertung (SDA) der neuen digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) FEMANEA <i>Verena Lieb</i>
14.30–14.35	Poster 82: Koinzidenz chirurgisch heilbarer Symptome von unter-, überaktiver Blase, anorektaler Dysfunktionen und Schmerzen bei Frauen mit urogenitalem Prolaps <i>Kristina Tuchenhagen</i>
14.35–14.40	Poster 83: Auswirkung von Strahlentherapie auf den künstlichen Harnschließmuskel: Ein Review über das reinterventionsfreie Überleben und die klinische Bedeutung <i>Navid Roessler</i>

14.40–14.45

Poster 84: Sexuelles Selbstbild und Vasektomie – Ergebnisse der BMH-Study
Camille Nöckel

14.45–14.50

Poster 85: Successful Long-Term Management of Recurrent Obstructive Pyelonephritis in a Patient with COVID Type 8: A Case Report
Abtin Hassanein

14.50–14.55

Poster 86: Gender-specific distribution of antibiotic resistance in E. coli urinary tract infections
Anna Mangge

14.55–15.00

Poster 87: Peritoneale Metastase nach robotisch-assistierter Prostatektomie?
Magdalena Edel

15.00–15.05

Poster 88: Psychische und körperliche Auswirkungen verschobener elektiver Operationen bei Patienten mit urologischen Erkrankungen
Iva Simunovic

15.05–15.10

Poster 89: Der Effekt von Mikronährstoffen auf eingeschränkte Spermogrammparameter in steirischen Kinderwunsch-Patienten
Stephanie Schöpfer-Schwab

15.10–15.15




Poster 90: Symptomentstehung bei Frauen mit urogenitalem Prolaps
Bernhard Liedl

15.15–16.30

Pause und Besuch der Fachaussstellung

15.20–16.05

Firmensymposien – Strauss 3, Lehar 1, Lehar 2

-  **+8,5 Monate** medianes rPFS^{#,2}
-  **Gutes Verträglichkeitsprofil,**
entspricht dem der Einzelsubstanzen²
-  **+7,4 Monate** numerisch
verbessertes medianes OS^{2,5}

TRAU DICH HERAUSZUFORDERN

Lynparza® + Abirateron* Für ihre Patienten mit Prostatakarzinom**¹

Referenzen: 1. Fachinformation Lynparza® 100 mg/-150 mg Filmtabletten, Stand 08/2024. 2. Saad F, Clarke NW, Oya M, et al. Olaparib plus abiraterone versus placebo plus abiraterone in metastatic castration-resistant prostate cancer (PROpel): final overall survival results of a randomised, double-blind, phase 3 trial. *Lancet Oncol* 2023 Incl. Supplementary appendix.* Abirateron wird in Kombination mit Prednison/Prednisolon eingesetzt.
** LYNPARZA® ist zugelassen in Kombination mit Abirateron und Prednison oder Prednisolon für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit mCRPC, bei denen eine Chemotherapie nicht klinisch indiziert ist.
Medianes rPFS unter LYNPARZA® + Abirateron vs. Abirateron + Placebo (gem. Prüferärztinnen): 25,0 Monate vs. 16,5 Monate; HR [95 % KI] = 0,68 [0,57–0,81]² § Finales medianes OS (Reife von 47,9 %) unter LYNPARZA® + Abirateron vs. Abirateron + Placebo: 42,1 vs. 34,7 Monate (HR = 0,81; 95 %-KI [0,67–1,00], p = 0,054); der Unterschied beim medianen OS ist statistisch nicht signifikant.²

Medieninhaber und Herausgeber:

AstraZeneca Österreich GmbH, Rechte Wienzeile 223, Tür 1601, 1120 Wien

Vor Verschreibung beachten Sie bitte die vollständige Fachinformation.

FACHKURZINFORMATION: BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS: Lynparza 100 mg Filmtabletten, Lynparza 150 mg Filmtabletten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Andere antineoplastische Mittel, **ATC-Code:** L01XX01. **QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG:** Lynparza 100 mg Filmtabletten: Jede Filmtablette enthält 100 mg Olaparib. Lynparza 150 mg Filmtabletten: Jede Filmtablette enthält 150 mg Olaparib. **Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung:** Dieses Arzneimittel enthält 0,24 mg Natrium pro 100-mg-Tablette und 0,35 mg Natrium pro 150-mg-Tablette. **Sonstige Bestandteile:** Tablettenkern: Copovidon, Hochdisperses Siliciumdioxid, Mannitol (Ph. Eur.), Natriumstearylfumarat (Ph. Eur.). **Filmüberzug:** Hypromellose, Macrogol (400), Titandioxid (E171), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172), Eisen(II,III)-oxid (E172) (nur 150-mg-Tabletten). **ANWENDUNGSGEBIETE: Ovarialkarzinom:** Lynparza wird angewendet als Monotherapie für die: Erhaltungstherapie von erwachsenen Patientinnen mit einem fortgeschrittenen (FIGO-Stadien III und IV) BRCA1/2-mutierten (in der Keimbahn und/oder somatisch), *high-grade* epithelialen Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primären Peritonealkarzinom, die nach einer abgeschlossenen Platin-basierten Erstlinien-Chemotherapie ein Ansprechen (vollständig oder partiell) haben; Erhaltungstherapie von erwachsenen Patientinnen mit einem Platin-sensitiven Rezidiv eines *high-grade* epithelialen Ovarialkarzinoms, Eileiterkarzinoms oder primären Peritonealkarzinoms, die auf eine Platin-basierte Chemotherapie ansprechen (vollständig oder partiell). Lynparza in Kombination mit Bevacizumab wird angewendet für die: Erhaltungstherapie von erwachsenen Patientinnen mit einem fortgeschrittenen (FIGO-Stadien III und IV) *high-grade* epithelialen Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primären Peritonealkarzinom, die nach einer abgeschlossenen Platin-basierten Erstlinien-Chemotherapie in Kombination mit Bevacizumab ein Ansprechen (vollständig oder partiell) haben und deren Tumor mit einem positiven Status der homologen Rekombinations-Defizienz (HRD) assoziiert ist. Der Status HRD-positiv ist definiert entweder durch eine BRCA1/2-Mutation und/oder genomische Instabilität (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). **Mammakarzinom:** Lynparza wird angewendet als: Monotherapie oder in Kombination mit einer endokrinen Therapie für die adjuvante Behandlung von erwachsenen Patienten mit Keimbahn-BRCA1/2-Mutationen, die ein HER2-negatives Mammakarzinom im Frühstadium mit hohem Rezidivrisiko haben und zuvor mit neoadjuvanten oder adjuvanten Chemotherapie behandelt wurden (siehe Abschnitte 4.2 und 5.1 der Fachinformation). Monotherapie für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit BRCA1/2-Mutationen in der Keimbahn, die ein HER2-negatives, lokal fortgeschrittenes oder metastasiertes Mammakarzinom haben. Die Patienten sollten zuvor mit einem Anthrazyklin und einem Taxan im (neo)adjuvanten oder metastasierten Setting behandelt worden sein, es sei denn, die Patienten waren für diese Behandlungen nicht geeignet (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). Patienten mit Hormonrezeptor (HR)-positivem Mammakarzinom sollten außerdem eine Krankheitsprogression während oder nach einer vorherigen endokrinen Therapie aufweisen oder für eine endokrine Therapie nicht geeignet sein. **Adenokarzinom des Pankreas:** Lynparza wird angewendet als Monotherapie für die Erhaltungstherapie von erwachsenen Patienten mit Keimbahn-BRCA1/2-Mutationen, die ein metastasiertes Adenokarzinom des Pankreas haben und deren Erkrankung nach einer mindestens 16-wöchigen Platin-haltigen Behandlung im Rahmen einer Erstlinien-Chemotherapie nicht progredient war. **Prostatakarzinom:** Lynparza wird angewendet; als Monotherapie für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom (mCRPC) und BRCA1/2-Mutationen (in der Keimbahn und/oder somatisch), deren Erkrankung nach vorheriger Behandlung, die eine neue hormonelle Substanz (*new hormonal agent*) umfasste, progredient ist. in Kombination mit Abirateron und Prednison für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit mCRPC, bei denen eine Chemotherapie nicht klinisch indiziert ist (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). **Endometriumkarzinom:** Lynparza in Kombination mit Durvalumab wird angewendet für die Erhaltungstherapie von erwachsenen Patientinnen mit primär fortgeschrittenem oder rezidivierendem Endometriumkarzinom mit Mismatch-Reparatur-Profilienz (pMMR), deren Erkrankung während der Erstlinienbehandlung mit Durvalumab in Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel nicht progredient war. **GEGENANZEIGEN:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 der Fachinformation genannten sonstigen Bestandteile. Stillen während der Behandlung und 1 Monat nach Einnahme der letzten Dosis (siehe Abschnitt 4.6 der Fachinformation). **INHABER DER ZULASSUNG:** AstraZeneca AB, SE-151 85 Södertälje, Schweden. **REZEPTPFLICHT/APOTHEKENPFLICHT:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **STAND DER INFORMATION: 08/2024.** Informationen zu den Abschnitten besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie den Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation (z. B. Austria Codex) zu entnehmen.

FREITAG, 23.05. | 13.45–15.15

STOLZ 2	
13.45–15.15	Pflegesymposium 2 <i>Vorsitz: Elmar Heinrich, Salzburg, A Hans Christoph Klingler, Wien, A</i>
13.45–14.05	Kontinenz nach radikaler Prostatektomie – Wie gut sind wir? <i>Elmar Heinrich, Salzburg, A</i>
14.05–14.15	<i>Diskussion</i>
14.15–14.35	Therapiestrategien bei rezidivierenden Harnwegsinfekten <i>Maxim Kochergin, Wien, A</i>
15.35–14.45	<i>Diskussion</i>
14.45–15.05	Blasenentleerungsstörungen bei neurologischen Erkrankungen <i>Ryan Esser, Murnau, D</i>
15.05–15.15	<i>Diskussion</i>
15.15–16.30	Pause und Besuch der Fachausstellung
15.20–16.05	Firmensymposien – Strauss 3, Lehar 1, Lehar 2



FREITAG, 23.05. | 13.45–15.15

STOLZ 1

13.45–15.15 Hands-On Training

Laparoskopie Trainer Anfänger (2 TN)
 Laparoskopie Trainer Fortgeschritten (1 TN)
 Flex URS Trainer (6 TN)
 TUR Trainer (6 TN)

15.15–16.30 Pause und Besuch der Fachaussstellung

15.20–16.05 Firmensymposien – Strauss 3, Lehar 1, Lehar 2

FREITAG, 23.05. | 15.20–16.05

STRAUSS 3

15.20–16.05

Firmensymposium 9: Welche Therapie, wann, für wen? Real-life-Behandlung des metastasierten Prostatakarzinoms

Vorsitz: Gero Kramer, Wien, A | Jürgen Gschwend, München, D

Fallpräsentation: Stellenwert von Pluvicto® in der mCRPC Therapiesequenz

Gregor Schweighofer-Zwink, Salzburg, A

Diskussionspanel: Harun Fajkovic, St. Pölten, A | Isabel Heidegger-Pircher, Innsbruck, A |

Anna Katharina Seitz, Würzburg, D

mit freundlicher Unterstützung der Firma Novartis Pharma GmbH



LEHAR 1

15.20–16.05

Firmensymposium 10: Patienten im Fokus: Wie individuelle Therapieansätze bei BPH das Wohlbefinden steigern

Einführung und Zielsetzung | *Lukas Lusuardi, Salzburg, A*

Rezum im ambulanten Setting – Minimal-invasive Vorteile | *Helena Bock, Wien, A*

GLL für schwierige Fälle – Langfristige Lösungen auch bei Blutverdünnern | *Dong-Ho Mun, St. Pölten, A*

HoLEP in der chirurgischen Praxis – Einsatzmöglichkeiten und Ergebnisse | *Sascha Ahyai, Graz, A*

mit freundlicher Unterstützung der Firma Boston Scientific Ges.m.b.H.



LEHAR 2

15.20–16.05

Firmensymposium 11: EMSELLA®: Intimgesundheit Next-Level. Patentierte HIFEM®-Therapie zur Stärkung der Beckenbodenmuskulatur sowie Behandlung von Inkontinenz und sexueller Dysfunktionen bei Mann und Frau

Referentin: *Christine Höfling-Streitenfeld, Würzburg, D*

mit freundlicher Unterstützung der Firma BTL Medizintechnik GmbH



FREITAG, 23.05. | 16.30–18.00

STRAUSS 3

16.30–18.00 **Session 4: Urologie im Aufbruch: Digitalisierung, Ambulantisierung, Kompetenzwandel und junge Perspektiven****Vorsitz:** Thomas Alber, Leoben, A | Mehmet Özsoy, Wien, A | Peter J. Goebell, Erlangen, D

16.30–16.45	DiGAs in der Praxis: Wie digitale Gesundheitsanwendungen in Deutschland ankommen und den ärztlichen Alltag verändern Axel Belusa, Chemnitz, D
16.45–16.50	Diskussion
16.50–17.05	Specialized Nurses und erweiterte Kompetenzen für RTA/MTA Berufe in Österreich: Gefahr für Ärztinnen und Ärzte oder Gewinn für alle? Mehmet Özsoy, Wien, A
17.05–17.10	Diskussion
17.10–17.25	Ambulantisierung in der Urologie: Wo stehen wir in Deutschland? – sinnvolle Ausweitung oder überzogener Trend? Maximilian Burger, Regensburg, D
17.25–17.30	Diskussion
17.30–17.45	Neue Ausbildungswege, flexible Arbeitsmodelle und strukturelle Reformen Livia Huber, Wien, A
17.45–17.50	Diskussion
17.50–18.00	Zusammenfassung
19.00	Networking Abend im Palmenhaus Burggarten Burggarten 1, 1010 Wien

FREITAG, 23.05. | 16.30–18.00

LEHAR 2

16.30–18.00 **Session 4: Tumorboard – Hoden- und Peniskrebs****Vorsitz:** Agostino Mattei, Luzern, CH | Johannes Bründl, Regensburg, D | Hartwig Schwaibold, Reutlingen, D

16.30–16.45	Keynote-Vortrag: Brauchen wir eine Regionalisierung in der Therapie von Hodentumorpatienten? Veronika Dragschitz, St. Pölten, A
16.45–16.50	Diskussion
16.50–16.55	FALLVORSTELLUNG 1: Primäre Radikale Lymphadenektomie für klinisches Stadium IIA/B bei Keimzelltumoren Stephan Brönemann, Wien, A
16.55–17.00	Pro Fleming Lischewsky, München, D
17.00–17.05	Contra Felix Mayrhauser, Linz, A
17.05–17.10	Diskussion
17.10–17.15	FALLVORSTELLUNG 2: Stadium I Nicht-seminomatöse Keimzelltumoren Stephan Brönemann, Wien, A
17.15–17.20	Aktive Überwachung Antonia Greis, München, D
17.20–17.25	Sofortige Behandlung Andreas Bruchbacher, Baden, A
17.25–17.30	Diskussion
17.30–17.35	FALLVORSTELLUNG 3: Neoadjuvante Chemotherapie bei lokal fortgeschrittenem Peniskrebs Julia Weiss, Wien, A
17.35–17.40	Essenziell vor der Operation Irene Resch-Huebner, Wien, A
17.40–17.45	Unnötige Toxizität Thilo Westhofen, München, D
17.45–17.50	Diskussion
17.50–18.00	Die Rolle der Sentinel-Lymphknotenbiopsie im Management von Peniskrebs Charis Kalogirou, Würzburg, D
19.00	Networking Abend im Palmenhaus Burggarten Burggarten 1, 1010 Wien



FREITAG, 23.05. | 16.30–18.00

LEHAR 1

16.30–18.00 Moderierte Postersession 6: Onkologie

Vorsitz: Jürgen Gschwend, München, D | Mesut Remzi, Wien, A | Clemens Georg Wiesinger, Wels-Grieskirchen, A

16.30–16.35	Poster 91: Efficacy and safety of darolutamide plus androgen-deprivation therapy (ADT) in patients with metastatic hormone-sensitive prostate cancer (mHSPC) from the phase 3 ARANOTE trial <i>Peter J. Goebell</i>
16.35–16.40	Poster 92: Prostatabiopsie: Lernkurve und erste Erfahrungen mit der winkelverstellbaren Nadelführung <i>Erdem Öztürk</i>
16.40–16.45	Poster 93: NOVEL ANGLE-ADJUSTABLE NEEDLE GUIDE FOR FREEHAND CO-AXIAL TRANSPERINEAL PROSTATE BIOPSY: NEW TECHNIQUE <i>Eriz Özden</i>
16.45–16.50	Poster 94: Reale Auswirkungen der neoadjuvanten Chemotherapie auf das Überleben beim Blasenkarzinom: Eine 20-jährige multizentrische Studie <i>Adisch Kiani</i>
16.50–16.55	Poster 95: Klinisches Outcome nach lokaler Radiotherapie im oligometastasierten Stadium bei Patienten mit Urothel- und Nierenzellkarzinom <i>Joao Mendes</i>
16.55–17.00	Poster 96: Klinisch signifikante Tumorphistologie bei primärer elektiver transurethraler Resektion der Harnblase <i>Conrad Leitsmann</i>
17.00–17.05	Poster 97: Characterization of the heterogeneity of Antibody-Drug Conjugate targets in bladder cancer on single-cell level <i>Lena Marie Hauser</i>
17.05–17.10	Poster 98: Positiver Absetzungsrand bei radikaler Prostatektomie: Aktuelle Daten aus der VERSUS-Studie von d-uo <i>Christian Doehn</i>
17.10–17.15	Poster 99: Zur Frage des Gradings beim nicht-muskelinvasiven Urothelkarzinom (NMIBC) der Harnblase: Ergebnisse aus der VERSUS-Studie von d-uo <i>Christian Doehn</i>
17.15–17.20	Poster 100: Onkologische Ergebnisse nach radikaler Zystektomie bei Patienten mit NMIBC nach BCG-Therapieversagen <i>Katharina Oberneder</i>
17.20–17.25	Poster 101: Implications of Gemcitabine-Cisplatin therapy on bladder cancer responsiveness to ADCs <i>Christoph Nössing</i>
17.25–17.30	Poster 102: Molecular mechanisms of bladder cancer resistance to Sacituzumab govitecan <i>Isabella Prantl</i>
17.30–17.35	Poster 103: Genetic concordance and Divergence in UTUC: A Comparative Genomic Study of Primary Tumors and Lymph Node Metastases <i>Stephan Brönimann</i>
17.35–17.40	Poster 104: Urine- and plasma-based tumor genomic profiling in patients with upper tract urothelial carcinoma <i>Stephan Brönimann</i>

17.40–17.45	Poster 105: Macroscopic venous tumor thrombus invasion in upper tract urothelial carcinoma: Diagnostic features and treatment outcomes <i>Stephan Brönimann</i>
17.45–17.50	Poster 106: Clinical value of preoperative plasma HER2 and Epidermal Growth Factor Receptor in patients with clinically localized UTUC: A retrospective multicenter cohort study <i>Stephan Brönimann</i>
17.50–17.55	Poster 107: Impact of Perioperative Testosterone Dynamics on Surgical and Oncological Outcomes in Men Undergoing Radical Cystectomy <i>Stephan Brönimann</i>
17.55–18.00	Poster 108: Comprehensive analysis of microRNA expression provides mechanistic insights into transcriptional alteration in primary and metastatic testicular germ cell tumors <i>Stephan Brönimann</i>

19.00 Networking Abend im Palmenhaus Burggarten
Burggarten 1, 1010 Wien

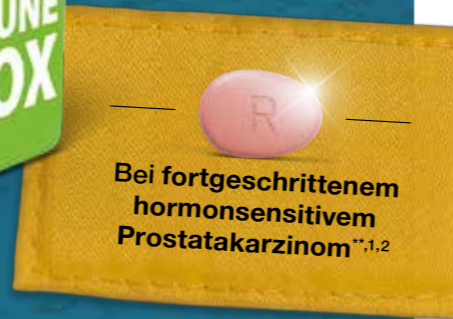
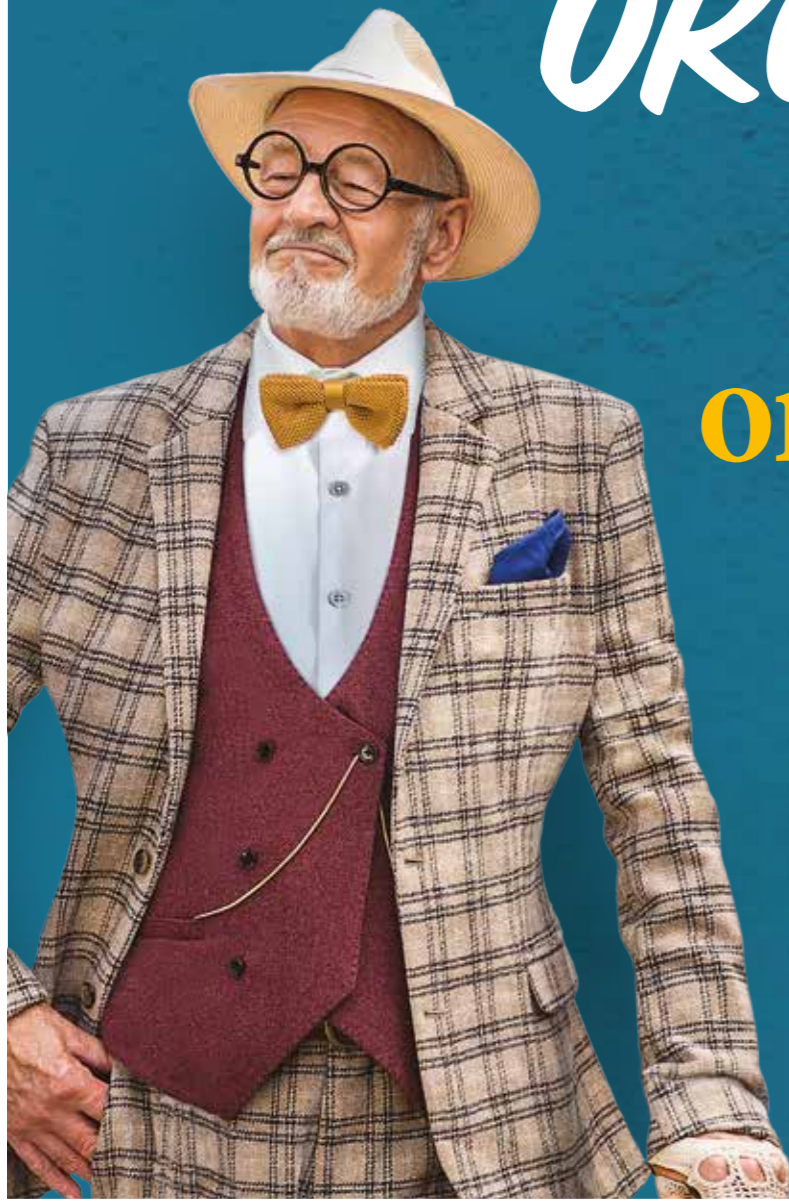
FREITAG, 23.05. | 16.30–18.00

STOLZ 2

16.30–18.00	Pflegesymposium 3 Vorsitz: Margareta Bruckner, Salzburg, A Sascha Ahyai, Graz, A
16.30–16.50	Prostatakarzinom 2025: was gibt es Neues? <i>Stefan Corvin, Eggenfelden, D</i>
16.50–17.00	<i>Diskussion</i>
17.00–17.20	CARE UNPLUGGED: Echt, Mutig, anders <i>Margareta Bruckner, Salzburg, A</i>
17.20–17.30	<i>Diskussion</i>
17.30–17.50	Gegenwart und Zukunft der Steintherapie <i>Markus Straub, München, D</i>
17.50–18.00	<i>Diskussion</i>
19.00	Networking Abend im Palmenhaus Burggarten <i>Burggarten 1, 1010 Wien</i>

ORGOVYX®

Die **einzigste** orale **ADT***



Rasche, anhaltende Unterdrückung von Testosteron ohne initialen Schub.³

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

1. Fragkoulis C, et al. Arab J Urol. 2021;19(4):460–463.
2. Fachinformation Orgovyx 120 mg Filmtabletten Stand 11-2023.
3. Shore ND, et al. N Engl J Med. 2020;382(4):2187–2196.

* Androgendeprivationstherapie
** Behandlung des fortgeschrittenen hormonsensitiven Prostatakarzinoms bei erwachsenen Patienten.

FREITAG, 23.05. | 16.30–18.00

STOLZ 1

16.30–18.00 Hands-On Training

Laparoskopie Trainer Anfänger (2 TN)
Laparoskopie Trainer Fortgeschritten (1 TN)
Flex URS Trainer (6 TN)
TUR Trainer (6 TN)

19.00

Networking Abend im Palmenhaus Burggarten
Burggarten 1, 1010 Wien

Mehr Perspektiven bei der Behandlung von ausgewählten urogenitalen Tumoren



Zur Behandlung des nicht resezierbaren oder metastasierten Urothelkarzinom in Kombination mit Enfortumab Vedotin



Zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierenden Urothelkarzinoms



Zur adjuvanten Behandlung des Nierenzellkarzinoms



Zur Behandlung des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinom in Kombination mit Lenvatinib oder Axitinib

Referenz: Fachinformation KEYTRUDA®, Stand 01/2025; Die vollständigen Indikationstexte sind in der Fachinformation zu finden. Bitte lesen und beachten Sie vor Verordnung der genannten Produkte/Therapeutika die vollständigen, aktuellen Fachinformationen. Die Fachkurzinformation finden Sie auf Seite 58.

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

© Urheberrechtlich geschützt für Merck Sharp & Dohme Corp., ein Unternehmen von Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, U.S.A. Verlags- & Herstellungsort Wien. Medieninhaber & Herausgeber: Merck Sharp & Dohme Ges.m.b.H

AT-RCC-00042 | 03/2025

SAMSTAG, 24.05. | 09.00–12.30

STRAUSS 3

09.00–10.40 **Session 1: Aktuelle Zukunftsthemen**
Vorsitz: Hubert Kübler, Würzburg, D | Shahrokh F. Shariat, Wien, A | Bernd Wullich, Erlangen, D

09.00–09.15 **Neue Methoden in der Prostata-Theranostik**
Marcus Hacker, Wien, A

09.15–09.20 *Diskussion*

09.20–09.35 **Mikroplastik bei Krebs: Ein neuartiger Risikofaktor?**
Lukas Kenner, Wien, A

09.35–09.40 *Diskussion*

09.40–09.55 **Ein Blick in Vergangenheit und Zukunft von Zellen: Epigenetische Zellzustände in Krebs und Immunität**
Christoph Bock, Wien, A

09.55–10.00 *Diskussion*

10.00–10.15 **Gustav Klimts Fakultätsbild „Die Medizin“. Seine Geschichte und der Versuch seiner Rekolorierung** | Franz Smola, Wien, A

10.15–10.20 *Diskussion*

10.20–10.40 **Pause und Besuch der Fachausstellung**

10.40–12.30 **Session 2: Awardverleihung & AUF WIEDERSCHAUN!**
Vorsitz: Hubert Kübler, Würzburg, D | Shahrokh F. Shariat, Wien, A

10.40–11.03 **Awardverleihungen Best Abstract Blasenkrebs**
Shahrokh F. Shariat, Wien, A

11.03–11.10 **Gewinner Best Abstract Blasenkrebs**

11.10–11.33 **Awardverleihungen Best Abstract Prostatakrebs**
Shahrokh F. Shariat, Wien, A

11.33–11.40 **Gewinner Best Abstract Prostatakrebs**

11.40–12.00 **Awardverleihungen**
Shahrokh F. Shariat, Wien, A

12.00–12.20 **Rückblick und Amtsübergabe der Präsidentschaft**
Shahrokh F. Shariat, Wien, A

12.20–12.30 **Vortrag des neuen Präsidenten**
Hubert Kübler, Würzburg, D

Fachkurzinformationen

ERLEADA 60 MG FILMTABLETTEN

▼ Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. **AT_CP-414142_02.10.2023**

Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Filmtablette enthält 60 mg Apalutamid. **Sonstige Bestandteile:** Tablettenkern: Hochdisperses Siliciumdioxid, Croscarmellose-Natrium, Hypromelloseacetatsuccinat, Magnesiumstearat, Mikrokristalline Cellulose, siliciumdioxidbeschichtet. Filmüberzug: Eisen(II, III)-oxid (E172), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172), Macrogol, Poly(vinylalkohol) (teilweise hydrolysiert), Talkum, Titandioxid (E171). **Anwendungsgebiete:** Erleada ist indiziert zur Behandlung erwachsener Männer mit nicht-metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom (nmCRPC), die ein hohes Risiko für die Entwicklung von Metastasen aufweisen und zur Behandlung erwachsener Männer mit metastasiertem hormonsensitivem Prostatakarzinom (mHSPC) in Kombination mit Androgenprivations-therapie (ADT). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder sonstigen Bestandteile. Frauen, die schwanger sind oder schwanger werden könnten. **Inhaber der Zulassung:** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, B-2340 Beerse, Belgien. **Vertrieb für Österreich:** JANS-SENCILAG Pharma GmbH, Vorgartenstraße 206B, A-1020 Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **ATC-Code:** L02BB05.

KEYTRUDA 25 MG/ML KONZENTRAT ZUR HERSTELLUNG EINER INFUSIONS-LÖSUNG

Bezeichnung des Arzneimittels: KEYTRUDA 25 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. **Qualitative und Quantitative Zusammensetzung:** Eine Durchstechflasche mit 4 ml Konzentrat enthält 100 mg Pembrolizumab. Jeder ml des Konzentrats enthält 25 mg Pembrolizumab. Pembrolizumab ist ein humanisierter monoklonaler „anti-programmed cell death-1“ (PD-1)-Antikörper (IgG4/Kappa-Isotyp mit einer stabilisierenden Sequenzänderung in der Fc-Region), welcher mittels rekombinanter DNA-Technologie in Chinesischen-Hamster-Ovarialzellen („CHO-Zellen“) hergestellt wird. **Liste der sonstigen Bestandteile:** L-Histidin, L-Histidinhydrochlorid-Monohydrat, Saccharose, Polysorbat 80 (E 433), Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** **Melanom:** KEYTRUDA ist als Monotherapie zur Behandlung des fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierenden) Melanoms bei Kindern und Jugendlichen ab 12 Jahren und Erwachsenen angezeigt. KEYTRUDA ist als Monotherapie zur adjuvanten Behandlung des Melanoms in den Tumorsta-dien IIB, IIC oder III nach vollständiger Resektion bei Kindern und Jugendlichen ab 12 Jahren und Erwachsenen angezeigt. **Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom (non-small cell lung carcinoma, NSCLC):** KEYTRUDA ist in Kombination mit Platin-basierter Chemotherapie zur neoadjuvanten und anschließend als Monotherapie zur adjuvanten Behandlung des resezierbaren nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms mit hohem Rezidivrisiko bei Erwachsenen angezeigt. KEYTRUDA ist als Monotherapie zur adjuvanten Behandlung des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms mit hohem Rezidivrisiko nach vollständiger Resektion und Platin-basierter Chemotherapie bei Erwachsenen angezeigt. KEYTRUDA ist als Monotherapie zur Erstlinienbehandlung des metastasierenden nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms mit PD-L1-exprimierenden Tumoren (Tumor Proportion Score [TPS] $\geq 50\%$) ohne EGFR- oder ALK-positive Tumormutationen bei Erwachsenen angezeigt. KEYTRUDA ist in Kombination mit Pemetrexed und Platin-Chemotherapie zur Erstlinienbehandlung des metastasierenden nicht-plattenepithelialen nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms ohne EGFR- oder ALK-positive Tumormutationen bei Erwachsenen angezeigt. KEYTRUDA ist in Kombination mit Carboplatin und entweder Paclitaxel oder nab-Paclitaxel zur Erstlinienbehandlung des metastasierenden plattenepithelialen nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms bei Erwachsenen angezeigt. KEYTRUDA ist als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierenden nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms mit PD-L1-exprimierenden Tumoren (TPS $\geq 1\%$) nach vorheriger Chemotherapie bei Erwachsenen angezeigt. Patienten mit EGFR- oder ALK-positiven Tumormutationen sollten vor der Therapie mit KEYTRUDA ebenfalls eine auf diese Mutationen zielgerichtete Therapie erhalten haben. **Klassisches Hodgkin-Lymphom (HL):** KEYTRUDA ist als Monotherapie zur Behandlung des rezidivierenden oder refraktären klassischen Hodgkin-Lymphoms bei Kindern und Jugendlichen ab 3 Jahren und Erwachsenen nach Versagen einer autologen Stammzelltransplantation (auto-SZT) oder nach mindestens zwei vorangegangenen Therapien, wenn eine auto-SZT nicht in Frage kommt, angezeigt. **Urothelkarzinom:** KEY-TRUDA ist in Kombination mit Enfortumab Vedotin zur Erstlinienbehandlung des nicht resezierbaren oder metastasierenden Urothelkarzinoms bei Erwachsenen angezeigt. KEYTRUDA ist als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierenden Urothelkarzinoms nach vorheriger Platin-basierter Therapie bei Erwachsenen angezeigt. KEYTRUDA ist als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierenden Urothelkarzinoms bei Erwachsenen, die nicht für eine Cisplatin-basierte Therapie geeignet sind und deren Tumoren PD-L1 mit einem kombinierten positiven Score (CPS) ≥ 10 exprimieren, angezeigt. **Plattenepithelkarzinom der Kopf-Hals-Region (head and neck squamous cell carcinoma, HNSCC):** KEYTRUDA ist als Monotherapie oder in Kombination mit Platin- und 5-Fluorouracil (5-FU)-Chemotherapie zur Erstlinienbehandlung des metastasierenden oder nicht resezierbaren rezidivierenden Plattenepithelkarzinoms der Kopf-Hals-Region bei Erwachsenen mit PD-L1-exprimierenden Tumoren (Combined Positive Score [CPS] ≥ 1) angezeigt. KEYTRUDA ist als Monotherapie zur Behandlung des rezidivierenden oder metastasierenden Plattenepithelkarzinoms der Kopf-Hals-Region mit PD-L1-exprimierenden Tumoren (TPS $\geq 50\%$) und einem Fortschreiten der Krebserkrankung während oder nach vorheriger Platin-basierter Therapie bei Erwachsenen angezeigt. **Nierenzellkarzinom (renal cell carcinoma, RCC):** KEYTRUDA ist in Kombination mit Axitinib zur Erstlinienbehandlung des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms bei Erwachsenen angezeigt. KEYTRUDA ist in Kombination mit Lenvatinib zur Erstlinienbehandlung des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms bei Erwachsenen angezeigt. KEYTRUDA ist als Monotherapie zur adjuvanten Behandlung des Nierenzellkarzinoms mit erhöhtem Rezidivrisiko nach Nephrektomie oder nach Nephrektomie und Resektion metastasierter Läsionen bei Erwachsenen angezeigt. **Tumoren mit hochfrequenter Mikrosatelliten-Instabilität (MSI-H) oder mit einer Mismatch-Reparatur-Defizienz (dMMR):** **Kolorektalkarzinom (colorectal cancer, CRC):** KEYTRUDA ist als Monotherapie des Kolorektalkarzinoms mit MSI-H oder mit einer dMMR wie folgt bei Erwachsenen angezeigt: - zur Erstlinienbehandlung des metastasierenden Kolorektalkarzinoms. - zur Behandlung des nicht resezierbaren oder metastasierenden Kolorektalkarzinoms nach vorheriger Fluoropyrimidin-basierter Kombinationstherapie. **Nicht-kolorektale Karzinome:** KEYTRUDA ist als Monotherapie zur Behandlung der folgenden Tumoren mit MSI-H oder mit einer dMMR bei Erwachsenen angezeigt: - fortgeschrittenes oder rezidivierendes Endometriumkarzinom mit einem Fortschreiten der Erkrankung während oder nach vorheriger Platin-basierter Therapie in jedem Krankheitsstadium, wenn eine kurative chirurgische Behandlung oder Bestrahlung nicht in Frage kommt. - nicht resezierbares oder metastasierendes Magen-, Dünndarm- oder biliäres Karzinom mit einem Fortschreiten der Erkrankung während oder nach mindestens einer vorherigen Therapie. **Ösophaguskarzinom:** KEYTRUDA ist in Kombination mit einer Platin- und Fluoropyrimidin-basierten Chemotherapie zur Erstlinienbehandlung des lokal fortgeschrittenen nicht resezierbaren oder metastasierenden Ösophaguskarzinoms bei Erwachsenen mit PD-L1-exprimierenden Tumoren (CPS ≥ 10) angezeigt. **Triple-negatives Mammakarzinom (triple-negative breast cancer, TNBC):** KEYTRUDA ist in Kombination mit Chemotherapie zur neoadjuvanten und anschließend nach Operation als Monotherapie zur adjuvanten Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder frühen triple-negativen Mammakarzinoms mit hohem Rezidivrisiko bei Erwachsenen angezeigt. KEYTRUDA ist in Kombination mit Chemotherapie zur Behandlung des lokal rezidivierenden nicht resezierbaren oder metastasierenden triple-negativen Mammakarzinoms mit PD-L1-exprimierenden Tumoren (Combined Positive Score [CPS] ≥ 10) bei Erwachsenen, die keine vorherige Chemotherapie zur Behandlung der metastasierenden Erkrankung erhalten haben. **Endometriumkarzinom (endometrial carcinoma, EC):** KEYTRUDA ist in Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel zur Erstlinienbehandlung des primär fortgeschrittenen oder rezidivierenden Endometriumkarzinoms bei Erwachsenen, die für eine systemische Therapie geeignet sind, angezeigt. KEYTRUDA ist in Kombination mit Lenvatinib zur Behandlung des fortgeschrittenen oder rezidivierenden Endometriumkarzinoms bei Erwachsenen mit einem Fortschreiten der Erkrankung während oder nach vorheriger Platin-basierter Therapie in jedem Krankheitsstadium, wenn eine kurative chirurgische Behandlung oder Bestrahlung nicht in Frage kommt, angezeigt. **Zervixkarzinom:** KEYTRUDA ist in Kombination mit Radiochemotherapie (perkutane Strahlentherapie, gefolgt von einer Brachytherapie) zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen Zervixkarzinoms (Sta-

Fachkurzinformationen

dium III bis IVA gemäß FIGO 2014) bei Erwachsenen, die keine vorherige definitive Therapie erhalten haben, angezeigt. KEYTRUDA ist in Kombination mit Chemotherapie mit oder ohne Bevacizumab zur Behandlung des persistierenden, rezidivierenden oder metastasierenden Zervixkarzinoms mit PD-L1-exprimierenden Tumoren (CPS ≥ 1) bei Erwachsenen angezeigt. **Adenokarzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs (gastro-oesophageal junction, GEJ):** KEYTRUDA ist in Kombination mit Trastuzumab sowie einer Fluoropyrimidin- und Platin-basierten Chemotherapie zur Erstlinienbehandlung des lokal fortgeschrittenen, nicht resezierbaren oder metastasierenden HER2-positiven Adenokarzinoms des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs bei Erwachsenen mit PD-L1-exprimierenden Tumoren (CPS ≥ 1) angezeigt. KEYTRUDA ist in Kombination mit einer Fluoropyrimidin- und Platin-basierten Chemotherapie zur Erstlinienbehandlung des lokal fortgeschrittenen nicht resezierbaren oder metastasierenden HER2-negativen Adenokarzinoms des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs bei Erwachsenen mit PD-L1-exprimierenden Tumoren (CPS ≥ 1) angezeigt. **Biliäres Karzinom (biliary tract carcinoma, BTC):** KEYTRUDA ist in Kombination mit Gemcitabin und Cisplatin zur Erstlinienbehandlung des lokal fortgeschrittenen nicht resezierbaren oder metastasierenden biliären Karzinoms bei Erwachsenen angezeigt. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. **Ausgewählte besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung:** Bitte beachten Sie die vollständigen Angaben in der aktuellen Fachinformation zu: Rückverfolgbarkeit, Bestimmung des PD-L1-Status, immunvermittelte Nebenwirkungen, immunvermittelte Pneumonitis, immunvermittelte Kolitis, immunvermittelte Hepatitis, immunvermittelte Nephritis, immunvermittelte Endokrinopathien, immunvermittelte Nebenwirkungen an der Haut, andere immunvermittelte Nebenwirkungen, Nebenwirkungen in Verbindung mit einer Organtransplantation, Reaktionen im Zusammenhang mit einer Infusion, Anwendung von Pembrolizumab in Kombination mit Chemotherapie, erkrankungsspezifische Vorsichtsmaßnahmen, von klinischen Studien ausgeschlossene Patienten und Patientenkarte. **Ausgewählte Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen:** Da Pembrolizumab durch katabolischen Abbau aus dem Blutkreislauf eliminiert wird, sind keine Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln zu erwarten. Eine systemische Anwendung von Kortikosteroiden oder Immunsuppressiva vor Therapiebeginn mit Pembrolizumab sollte vermieden werden. Bitte beachten Sie die vollständigen Angaben in der aktuellen Fachinformation. **Ausgewählte Nebenwirkungen:** **Sehr häufige Nebenwirkungen ($\geq 1/10$)** unter Pembrolizumab als Monotherapie: Anämie, Hypothyreose, verminderter Appetit, Kopfschmerzen, Dyspnoe, Husten, Diarrhö, Abdominalschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Ausschlag, Pruritus, Schmerzen des Muskel- und Skelettsystems, Arthralgie, Ermüdung/Fatigue, Asthenie, Ödeme und Fieber. **Sehr häufige Nebenwirkungen ($\geq 1/10$)** unter Pembrolizumab in Kombination mit Chemotherapie oder Radiochemotherapie: Neutropenie, Anämie, Thrombozytopenie, Hypothyreose, Hypokaliämie, verminderter Appetit, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, periphere Neuropathie, Schwindelgefühl, Dyspnoe, Husten, Diarrhö, Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Abdominalschmerzen, Ausschlag, Alopezie, Pruritus, Schmerzen des Muskel- und Skelettsystems, Arthralgie, Ermüdung/Fatigue, Asthenie, Fieber, Ödeme, Alaninaminotransferase (ALT) erhöht, Aspartataminotransferase (AST) erhöht, Kreatinin im Blut erhöht. **Sehr häufige Nebenwirkungen ($\geq 1/10$)** unter Pembrolizumab in Kombination mit Axitinib oder Lenvatinib: Harnwegsinfektionen, Anämie, Hypothyreose, verminderter Appetit, Kopfschmerzen, Dysgeusie, Hypertonie, Dyspnoe, Husten, Diarrhö, Abdominalschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Ausschlag, Pruritus, Arthralgie, Schmerzen des Muskel- und Skelettsystems, Myositis, Schmerzen in den Extremitäten, Ermüdung/Fatigue, Asthenie, Ödeme, Fieber, Lipase erhöht, ALT-/AST erhöht, Kreatinin im Blut erhöht. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Mittel, PD-1/PDL-1 (Programmed Cell Death-1-Rezeptor/ Programmed Cell Death-Ligand-1)-Inhibitoren. **ATC-Code:** L01FF02. **Inhaber der Zulassung:** Merck Sharp & Dohme B.V., Waarderweg 39, 2031 BN Haarlem, Niederlande. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Stand der Information:** Jänner 2025. Weitere Angaben zu Dosierung und Art der Anwendung, Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit, Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen, Nebenwirkungen, Überdosierung, Pharmakologische Eigenschaften und Pharmazeutische Angaben sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

ORGOVYX 120 MG FILMTABLETTEN

▼ 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: Orgovyx 120 mg Filmtabletten. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Filmtablette enthält 120 mg Relugolix. **Anwendungsgebiete:** Orgovyx ist indiziert zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit fortgeschrittenem hormonsensitivem Prostatakarzinom. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der genannten sonstigen Bestandteile. **Sonstige Bestandteile:** Mannitol (E421), Croscarmellose-Natrium (E468), Hydroxypropylcellulose (E463), Magnesiumstearat (E572), Hypromellose (E464), Titandioxid (E171), Eisen(III)-oxid (E172), Carnaubawachs (E903). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Endokrine Therapie, andere Hormonantagonisten und verwandte Mittel, ATC-Code: L02BX04. **Inhaber der Zulassung:** Accord Healthcare S.L.U., World Trade Center, Moll de Barcelona, s/n, Edifici Est 6ª planta, 08039 Barcelona, Spanien. **Stand der Information:** Juni 2024. **Weitere Angaben** zu Darreichungsform, Dosierung und Art der Anwendung, Besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit, Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen, Nebenwirkungen, Überdosierung, Pharmakodynamische Eigenschaften, Pharmakokinetische Eigenschaften, Präklinische Daten zur Sicherheit, Inkompatibilitäten, Dauer der Haltbarkeit, Besonderen Vorsichtsmaßnahmen für die Aufbewahrung, Art und Inhalt des Behältnisses, Besonderen Vorsichtsmaßnahmen für die Beseitigung, Zulassungsnummer(n), und Datum der Erteilung der Zulassung/Verlängerung der Zulassung sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. Ausführliche Informationen zu diesem Arzneimittel sind auf den Internetseiten der Europäischen Arzneimittel-Agentur <http://www.ema.europa.eu> verfügbar. **Kontakt in Österreich:** Accord Healthcare GmbH, Oberndorfer Straße 35, 5020 Salzburg.



INTUITIVE

Erleben Sie die da Vinci-Technologie

Erfahren Sie mehr unter www.intuitive.com

Fachkurzinformationen

TALZENNA 0,1 MG HARTKAPSELN
TALZENNA 0,25 MG HARTKAPSELN
TALZENNA 1 MG HARTKAPSELN

▼ Angaben zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

Qualitative und quantitative Zusammensetzung: **Talzenna 0,1 mg Hartkapseln:** Jede Hartkapsel enthält Talazoparibtosilat, entsprechend 0,1 mg Talazoparib. **Talzenna 0,25 mg Hartkapseln:** Jede Hartkapsel enthält Talazoparibtosilat, entsprechend 0,25 mg Talazoparib. **Talzenna 1 mg Hartkapseln:** Jede Hartkapsel enthält Talazoparibtosilat, entsprechend 1 mg Talazoparib. **Liste der sonstigen Bestandteile:** **Kapselinhalt:** Mikrokristalline Cellulose, Siliciumdioxid-beschichtet. **Kapselhülle 0,1 mg:** Hypromellose, Titandioxid (E 171); **Kapselhülle 0,25 mg:** Hypromellose, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E 172), Titandioxid (E 171); **Kapselhülle 1 mg:** Hypromellose, Eisen(III)-oxid (E 172), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E 172), Titandioxid (E 171). **Drucktinte:** Schellack (E 904), Propylenglycol (E 1520), Ammoniakwasser (E 527), Eisen(II,III)-oxid (E 172), Kaliumhydroxid (E 525). **Anwendungsgebiete:** **Mammakarzinom:** Talzenna wird als Monotherapie für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit *BRCA1/2*-Mutationen in der Keimbahn angewendet, die ein HER2-negatives, lokal fortgeschrittenes oder metastasiertes Mammakarzinom aufweisen. Die Patienten sollten zuvor mit einem Anthrazyklin und/ oder einem Taxan im (neo)adjuvanten, lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Setting behandelt worden sein, es sei denn, sie waren für diese Behandlungen nicht geeignet (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). Patienten mit Hormonrezeptor (HR)-positivem Brustkrebs sollten außerdem bereits eine endokrin-basierte Therapie erhalten haben oder für diese als nicht geeignet eingestuft sein. **Prostatakarzinom:** Talzenna wird in Kombination mit Enzalutamid zur Behandlung erwachsener Patienten mit metastasiertem kastrationsresistenten Prostatakarzinom (metastatic castration-resistant prostate cancer, mCRPC) angewendet, bei denen eine Chemotherapie klinisch nicht indiziert ist. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 der Fachinformation genannten sonstigen Bestandteile. Stillen (siehe Abschnitt 4.6 der Fachinformation). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** antineoplastische Mittel, andere antineoplastische Mittel, ATC-Code: L01XK04. Inhaber der Zulassung: Pfizer Europe MA EEIG, Boulevard de la Plaine 17, 1050 Brüssel, Belgien. **Stand der Information:** April 2024. **Rezeptpflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten.



Da Vinci X-/Xi-Chirurgiesysteme & Vessel Sealer Extend

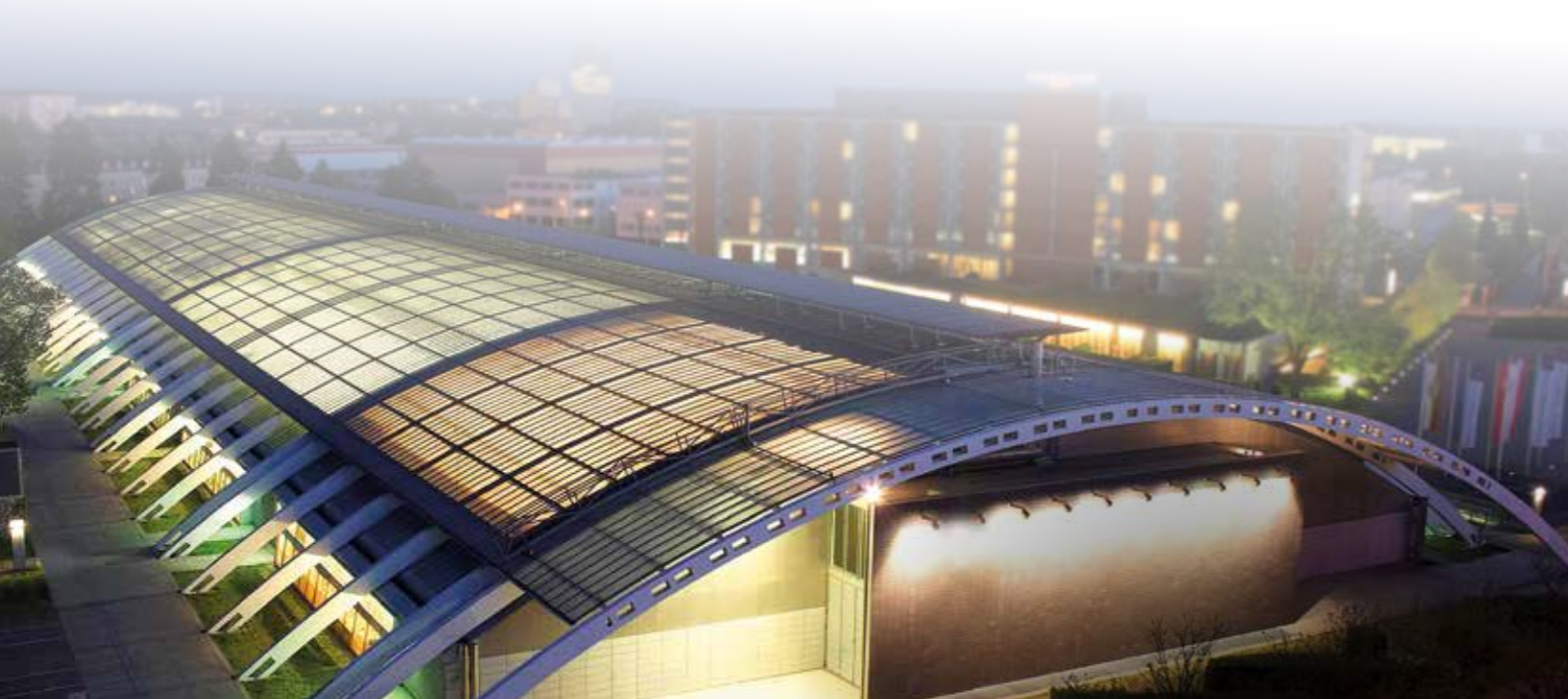
Medizinprodukte, CE 2460. Bitte beachten Sie die Gebrauchsanweisung vor der Anwendung.

Die Datenschutzbestimmungen von Intuitive sind unter www.intuitive.com/privacy verfügbar.

© 2025 Intuitive Surgical Operations, Inc. Alle Rechte vorbehalten. Produkt- und Markennamen/Logos sind Marken oder eingetragene Marken von Intuitive Surgical oder deren jeweiligen Eigentümern.

UROLOGIE UND ANDROLOGIE

mit Jahreshauptversammlung der ÖGU



DESIGN CENTER LINZ, 13.– 15.11.2025

Veranstalter:

Fortbildungskommission der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie

Wissenschaftliche Leitung:

Prim. Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Harun Fajkovic, MSc F.E.B.U.
Leiter der klinischen Abteilung für Urologie und Andrologie, Universitätsklinikum St. Pölten

Gesamtorganisation:

convention.group GmbH
T: +43 1 869 21 23 | F: DW-18
office@conventiongroup.at

Anmeldung & Information:
www.uro-fbk.at



Allgemeine Informationen

DATUM

Donnerstag, 22.05.2025 – Samstag, 24.05.2025
Aufbautag: Mittwoch, 21.05.2025

MOTTO

Gemeinsam für den Fortschritt: Wissensaustausch und Innovation in der Urologie aus Bayern und Österreich

VERANSTALTER

Österreichische Gesellschaft für Urologie und Andrologie und Bayerische Urologenvereinigung

ANRECHENBARKEIT

- Ärzt*innen: 25 medizinische DFP-Punkte
- Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen: 36 ÖGKV PFP®

ZIELGRUPPEN

Fachärzt*innen, Ärzt*innen in Ausbildung, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, Student*innen

GESAMTORGANISATION

convention.group
convention.group GmbH
Donauwörther Straße 12, 2380 Perchtoldsdorf
T: +43 1 869 21 23-55
daniela.artner@conventiongroup.at
conventiongroup.at

KONGRESSGEBÜHREN

Mitglieder der ÖGU und der BUV* Nichtmitglieder

Fachärzt*innen gesamte Tagung	€ 170,-	€ 250,-
Fachärzt*innen Tageskarte 22. oder 23. Mai 2025	€ 120,-	€ 150,-
Fachärzt*innen Tageskarte 24. Mai 2025	€ 100,-	€ 130,-
Ärzt*innen in Ausbildung, Turnusärzt*innen gesamte Tagung	€ 130,-	€ 160,-
Ärzt*innen in Ausbildung, Turnusärzt*innen Tageskarte 22. oder 23. Mai 2025	€ 80,-	€ 110,-
Ärzt*innen in Ausbildung, Turnusärzt*innen Tageskarte 24. Mai 2025	€ 60,-	€ 90,-
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen gesamte Tagung		€ 120,-
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen Tageskarte 22. oder 23. Mai 2025		€ 80,-
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen Tageskarte 24. Mai 2025		€ 70,-
Student*innen**	kostenfrei	
Hands-On Training pro Session	€ 40,-	
Networking Abend im Palmenhaus Burggarten Freitag, 23.05.2025	€ 100,-	

*Nur gegen Vorlage einer Mitgliedsbescheinigung der ÖGU und BUV

**Nur gegen Vorlage eines Studentenausweises

Wir danken unseren Sponsoren, Ausstellern und Inserenten für die Unterstützung!

A. Menarini GmbH
 Accord Healthcare GmbH
 AFS MEDICAL GmbH
 AGEA Pharma GmbH
 Astellas Pharma Ges.m.b.H.
 AstraZeneca Österreich GmbH
 Bayer Austria Ges.m.b.H.
 Boston Scientific Ges.m.b.H.
 Bristol-Myers Squibb GesmbH
 BTL Medizintechnik GmbH
 Canon Medical Systems Gesellschaft m.b.H.
 Cepheid GmbH
 CHEMOMEDICA GmbH
 Coloplast GmbH
 concile GmbH
 Cook Medical
 EDAP TMS GmbH
 Eisai GesmbH
 Emos Technology GmbH
 Endomedica GmbH
 Eurobio Scientific Service GmbH
 EuroMedical GmbH
 FARCO-PHARMA GmbH
 FERTILABS GmbH
 FUJIFILM Healthcare Deutschland GmbH
 GE HealthCare Austria GmbH & Co OG
 Genericon Pharma Gesellschaft m.b.H.
 Germania Pharmazeutika GesmbH
 Happersberger otopront GmbH
 innoMedicus AG
 Intuitive Surgical Sàrl
 Ipsen Pharma GmbH
 Janssen-Cilag Pharma GmbH, a Johnson & Johnson company

Wir danken unseren Sponsoren, Ausstellern und Inserenten für die Unterstützung!

JenaSurgical by Asclepion Laser Technologies GmbH
 Karl Storz Endoskope Austria GmbH
 Koelis GmbH
 Kwizda Pharma GmbH
 LABORIE Germany Holdings GmbH
 LENUS Pharma GesmbH
 Lysis Healthcare GmbH
 Medizintechnik Heise Vertriebs GmbH
 Merck GesmbH
 Merck Sharp & Dohme Ges.m.b.H.
 nal von minden GmbH
 Neumed AG
 Novartis Pharma GmbH
 Olympus Austria Ges.m.b.H.
 optimed Medizinische Instrumente GesmbH
 PEROmed GmbH
 Pfizer Corporation Austria GmbH
 Photocure GmbH
 Recordati Austria GmbH
 Richard Wolf Austria Ges.m.b.H.
 Rudolf Heintel Gesellschaft m.b.H.
 Saegeling Medizintechnik Service- und Vertriebs GmbH
 SANDOZ GmbH
 SCHMITZ medical GmbH
 STORZ MEDICAL AG
 Synergo Medical Enterprises Europe B.V
 tic Medizintechnik GmbH
 UKE Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Diagnostik, Institut für Pathologie
 UROMED Kurt Drews KG
 Urotech GmbH
 weLLgo Medical Products GmbH
 West Medica Produktions- und Handels-GmbH
 ZSI GmbH



PLATIN SPONSOREN



BRONZE SPONSOREN



GOLD SPONSOREN



SILBER SPONSOREN



SPONSOREN

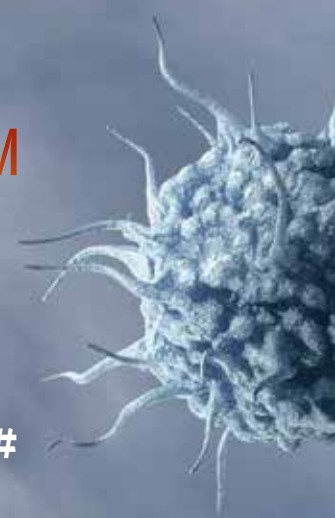




XTANDITM

Je früher desto besser^{1-5, #}

unabhängig davon, ob Ihr hormonsensitiver
Prostatakarzinom* (HSPC) Patient bereits
Metastasen hat oder ein hohes Risiko,
solche zu entwickeln!^{1, 3-5, #}



Referenzen:

1. Armstrong AJ et al. Eur Urol 2023;84(2):229-241.
2. Davis ID. Ther Adv Med Oncol 2022;14:1-12.
3. Freedland SJ et al. N Engl J Med 2023;389(16):1453-1465.
4. Armstrong AJ et al. J Clin Oncol 2022;40(15):1616-1622.
5. XTANDI (Enzalutamid) Fachinformation (aktuelle Version)

XTANDITM Filmtabletten 40 mg erstattet in Gelber Box RE1 für mHSPC, asympt./mild sympt. mCRPC EKO 02/2022

* XTANDI ist unter anderem zugelassen in mHSPC und nun in nmHSPC Hochrisiko BCR für Salvagestrahlentherapie ungeeignete Patienten⁵

FACHKURZINFORMATION Xtandi Filmtabletten

1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS: Xtandi 40 mg Filmtabletten; Xtandi 80 mg Filmtabletten **2. QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG:** Xtandi 40 mg Filmtabletten: Jede Filmtablette enthält 40 mg Enzalutamid. Xtandi 80 mg Filmtabletten: Jede Filmtablette enthält 80 mg Enzalutamid. Liste der sonstigen Bestandteile: Tablettenkern: Hypromelloseacetatsuccinat, Mikrokristalline Cellulose, Hochdisperses Siliciumdioxid, Croscarmellose Natrium, Magnesiumstearat; Tablettenüberzug: Hypromellose, Talkum, Macrogol (8000), Titandioxid (E 171), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E 172) **3. ANWENDUNGSGEBIETE:** Xtandi ist angezeigt: • als Monotherapie oder in Kombination mit einer Androgenentzugstherapie zur Behandlung erwachsener Männer mit nicht metastasiertem hormonsensitivem Prostatakarzinom (*non-metastatic hormone-sensitive prostate cancer*, nmHSPC), die ein biochemisches Rezidiv (*biochemical recurrence*, BCR) mit hohem Risiko aufweisen und für eine Salvagestrahlentherapie ungeeignet sind (siehe Abschnitt 5.1). • in Kombination mit einer Androgenentzugstherapie zur Behandlung erwachsener Männer mit metastasiertem hormonsensitivem Prostatakarzinom (*metastatic hormone-sensitive prostate cancer*, mHSPC) (siehe Abschnitt 5.1 der SmPC) • zur Behandlung erwachsener Männer mit metastasiertem CRPC mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf nach Versagen der Androgenentzugstherapie, bei denen eine Chemotherapie klinisch noch nicht indiziert ist (siehe Abschnitt 5.1 der SmPC). • zur Behandlung erwachsener Männer mit nicht metastasiertem kastrationsresistentem Hochrisiko-Prostatakarzinom (*castration-resistant prostate cancer*, CRPC) (siehe Abschnitt 5.1 der SmPC). • zur Behandlung erwachsener Männer mit metastasiertem CRPC mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf nach Versagen der Androgenentzugstherapie, bei denen eine Chemotherapie klinisch noch nicht indiziert ist (siehe Abschnitt 5.1 der SmPC). • zur Behandlung erwachsener Männer mit metastasiertem CRPC, deren Erkrankung während oder nach einer Chemotherapie mit Docetaxel fortschreitet. **4. GEGENANZEIGEN:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 der SmPC genannten sonstigen Bestandteile. Frauen, die schwanger sind oder schwanger werden können (siehe Abschnitte 4.6 und 6.6 der SmPC). **5. PHARMAKOTHERAPEUTISCHE GRUPPE:** Hormonantagonisten und verwandte Mittel, Antiandrogene, ATC Code: L02BB04. **6. INHABER DER ZULASSUNG:** Astellas Pharma Europe B.V., Sylviusweg 62, 2333 BE Leiden, Niederlande **7. VERTRIEB IN ÖSTERREICH:** Astellas Pharma Ges.m.b.H, Donau-City-Straße 7, A-1220 Wien, Tel: +43 1 877 26 68, E-Mail: office.at@astellas.com **8. STAND DER INFORMATION:** 04-2024 **9. ABGABE:** Rezept- und apothekenpflichtig. „*Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft, Stillzeit, Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen, sowie Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.*“