

## Interview mit Prof. Dr. Martin Kriegmair – DGU-Päsident 2023

**Die Früherkennung liegt dem BPS sehr am Herzen. Daher begrüßen wir die gemeinsame Kontaktaufnahme zu diesem Thema mit Gesundheitsminister Prof. Lauterbach unter Berücksichtigung der aktuellen Studienlage sehr. Glauben Sie, dass es in naher Zukunft eine kassenfinanzierte, risikoadaptierte Prostatakrebs-Früherkennung geben wird?**

Da für das routinemäßige Prostatakarzinom-Screening mittels PSA-Test in den bisherigen Studien keine Verbesserung des Gesamtüberle-

takarzinome durchaus ein relevanter Endpunkt ist – insbesondere für die betroffenen Patienten und unter Umständen sogar gesundheitsökonomisch. Es bleibt die Auswertung aktueller Studien wie der PROBASE-Studie abzuwarten, ob nicht ein risiko-adaptiertes Screeningverfahren eine Kompromisslösung zwischen Überdiagnostik und Risikominimierung darstellt. Hier werden Daten im nächsten Jahr sowie endgültig 2035 erwartet, die dann auch zu einer kassenfinanzierten Früherkennung führen könnten.

- Seit 2002 Chefarzt und Gesellschafter an der Urologischen Klinik München-Planegg
- 2002 Ernennung zum Professor an der LMU München  
Leiter der urologischen Belegabteilung des Kreiskrankenhauses Ebersberg
- Bis 1998 Oberarzt an der Urologischen Universitätsklinik der LMU Großhadern

### Beruflicher Werdegang und Studium

Akademische, medizinische Ausbildung an den medizinischen Fakultäten der Universitäten München (LMU) und Lübeck



Prof. Dr. Martin Kriegmair, © privat

bens gezeigt wurde, legte sich das IQWiG in seinem Abschlussbericht im Jahr 2020 fest, dass der Schaden der Überdiagnostik den Nutzen nicht aufwiegen würde. Hervorzuheben ist aber, dass die prostatakarzinomspezifische Mortalität sowie der Endpunkt Diagnosen metastasierter Prostatakarzinome einen Nutzen durch das Screening erfahren. Seitens der DGU haben wir in der Debatte um das PSA-Screening darauf hingewiesen, dass die Reduktion metastasierter Prosta-

**Die Aktive Überwachung beim Niedrig-Risiko-Prostatakarzinom wird in Deutschland erheblich seltener durchgeführt als in Skandinavien und den angelsächsischen Ländern. Was können Ärzte und Patienten tun, um das zu verbessern, speziell um die immer noch hohe Anzahl von invasiven Therapien bei Gleason Score 6 zu reduzieren?**

Von ärztlicher Seite ist eine gute Aufklärung der Patienten über ihre Tumorerkrankung und alle

Therapieoptionen notwendig. Das beinhaltet auch die konsequente Aufklärung über die Aktive Überwachung in dafür geeigneten Fällen. Entscheidet sich der Patient in informiertem Einverständnis für diese Therapieoption, sollte der Arzt eine unterstützende Rolle einnehmen und mit dem Patienten ggf. auch Strategien entwickeln, um Unsicherheiten und Tumorangst zu bewältigen. Die aktive Überwachung fordert eine intensive Arzt-Patientenbeziehung, um eine dauerhafte gute Mitwirkung des Patienten zu erreichen.

In diesem Kontext machen mir die immer besseren Möglichkeiten für Patienten Hoffnung, vertrauensvolle Gesundheitsinformation zu erhalten. Ich denke da an die Patientenleitlinie, das Portal der Urologischen Stiftung Gesundheit sowie die „Entscheidungshilfe Prostatakrebs“. Diese Angebote können das Vertrauen der Patienten in die mit ihrem Arzt getroffene Entscheidung stärken.

**Beim Prostatakarzinom erwies sich bisher die prognostisch ungünstige Mutation der BRCA-Gene 1/2 als Anwendungsgebiet für den PARP-Hemmer Olaparib. Gibt es konkret weitere Genmutationen, für die eine DNA-Sequenzierung sinnvoll ist und neue Arzneimittel zur Verfügung stehen könnten?**

Obwohl Olaparib in Kombination mit Abiraterone (PROpel-Studie) erst kürzlich eine Zulassung ohne die Notwendigkeit einer vorherigen Gentestung erhalten hat, ist zu betonen, dass weiterhin eine DNA-Diagnostik im Rahmen der Präzisionsmedizin, auch beim metastasierten Prostatakarzinom, sinnvoll ist. Für Patienten mit MSI (Mikrosatelliteninstabilität) oder Mutationen in MMR (Mismatch Repair)-Genen kann nach Empfehlung in einem molekularen Tumorboard eine bereits in USA zugelassene Immuntherapie bei der Krankenkasse beantragt werden.

Ein weiteres Beispiel ist die BRAF-Mutation. Hier kann eine bereits bei Melanompatienten angewandte Therapie mit Dabrafenib/Trametinib diskutiert werden. Insgesamt ist der prozentuale Anteil der aufgrund einer Genmutation individuell therapierten Patienten jedoch noch sehr gering.

**In der „Krebswelt“ reden alle von molekularen Antikörpern. Wie sehen Sie das in der Welt des Prostatakarzinoms? Wird es noch einen entsprechenden Durchbruch geben?**

Mit der europäischen Zulassung der PSMA-Liganden-Therapie mit Lutetium-177-PSMA-617 im Dezember 2022 hat bereits eine gezielte Therapie beim metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinom Einzug gehalten. Teil aktueller Forschung sind sogenannte ADCs (Antibody-Drug-Konjugates). Diese versprechen weniger Nebenwirkungen bei gezielter Therapie und haben bereits beim Urothelkarzinom mit Enfortumab-Vedotin einen Erfolg gezeigt. Zudem laufen klinische Studien zur Antikörper-vermittelten Steigerung der eigenen Immunantwort. Bei der rasanten Entwicklung in der Uro-Onkologie sind auch auf diesem Feld weitere Neuerungen in der Therapie des Prostatakarzinoms zu erwarten.

**Zunehmend wird wieder auf individuelle Konzepte in der palliativen Therapie des Prostatakarzinoms geachtet, Dreifach-Kombination von Medikamenten, OP oder Strahlentherapie im oligometastasierten Bereich und weitere entsprechende Schritte. Wo sehen Sie den Weg, den größtenteils Schwerbetroffenen zu helfen?**

Beim Prostatakarzinom bekommen wir zunehmend Gewissheit, dass wir durch eine Therapieausweitung, z. B. durch eine Dreifach-Kombination im metastasierten Setting oder durch eine Lokaltherapie im oligometastasierten Stadium, einen Mehrwert für betroffene Patienten erreichen können. Dies kann insbesondere für Schwerbetroffene eine Chance darstellen. Es wird eine Herausforderung für die behandelnden Ärzte, diejenigen Patienten zu identifizieren, die am ehesten von diesen intensivierten Therapieformen profitieren. Hier wird ein interdisziplinäres Arbeiten immer wichtiger, auch um weitreichendere individuelle Heilkonzepte festzulegen. Letztlich gilt es auch immer, den Einschluss in eine aktuelle Studie zu prüfen. Durch die zunehmende Entwicklung zur speziell für die Uro-Onkologie zertifizierten Zentrumstherapie, erhoffen wir uns für die Zukunft bessere Langzeitergebnisse bei hoher Versorgungsqualität.