



30.03.2026

Transkript

„Start des bundesweiten Lungenkrebsscreenings für Raucherinnen und Raucher“

Expertinnen und Experten auf dem Podium

- ▶ **Prof. Dr. Jens Vogel-Claussen**
Direktor der Klinik für Radiologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin
- ▶ **Prof. Dr. Stefan Sauerland**
Leiter des Ressorts Nichtmedikamentöse Verfahren, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Köln
- ▶ **Prof. Dr. Rudolf Kaaks**
Leiter der Abteilung Epidemiologie von Krebserkrankungen, Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ), Heidelberg
- ▶ **Helena Salamun**
Redakteurin für Medizin und Lebenswissenschaften, Science Media Center Germany und Moderatorin dieser Veranstaltung

Mitschnitt

- ▶ Einen Audio- und Videomitschnitt finden Sie unter:
<https://sciencemediacenter.de/angebote/start-des-bundesweiten-lungenkrebsscreenings-fuer-raucherinnen-und-raucher-26052>



Transkript

Moderatorin [00:00:00]

Guten Morgen, liebe Journalistinnen und Journalisten, zum Press Briefing des Science Media Centers. Ich hoffe, Sie sind besser an den Montag gekommen als ich wegen der Zeitumstellung. Aber jetzt sind wir alle hier und jetzt wollen wir heute sprechen über ein Angebot zur Früherkennung von Lungenkrebs. Denn ab dieser Woche, ab April, wird das Lungenkrebscreening mittels Niedrigdosis-Computertomografie in Deutschland zur Regelleistung der gesetzlichen Krankenkassen. Mein Name ist Helena Salamun, das sehen Sie auch hier. Ich bin Redakteurin für Medizin und Lebenswissenschaften beim Science Media Center und ich freue mich, dass hier auch drei Experten auf dem Podium sind: Rudolf Kaaks, Stefan Sauerland und Jens Vogel-Claussen. Ich stelle die gleich noch mal genauer vor. Erst mal kommen wir zu ein paar organisatorischen Sachen. Sie sehen hier so einen Frage- und Antwortbereich im Zoom. Bitte stellen Sie da Ihre Fragen rein und nicht in den Chat. Sie können da auch Ihre Fragen mit einem Daumen nach oben bewerten. Dann können wir die besonders berücksichtigen. Nach der Veranstaltung wird es so schnell wie möglich ein maschinell erstelltes Transkript geben und eine Audio- und Videodatei. Mein Kollege postet hier einmal den Link in den Chat. Jetzt stelle ich mal die Experten vor, die hier auf dem Panel sind. Das ist zum einen alphabetisch zuerst Herr [Professor] Rudolf Kaaks. Er leitet die Abteilung für Epidemiologie von Krebserkrankungen am Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg. Er hat zum Beispiel erforscht, wie gut man mit dem neuen Verfahren Lungenkrebs erkennen kann und wie die Früherkennung in Deutschland implementiert werden kann. Er beschäftigt sich mit sinnvollen Screening-Abständen und er identifiziert Risikogruppen. Dann als zweites habe ich hier Herrn [Professor] Stefan Sauerland. Er leitet das Ressort Nichtmedikamentöse Verfahren am Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen in Köln und er bewertet im Auftrag des gemeinsamen Bundesausschusses den Nutzen und Schaden von zum Beispiel diesem Screening. Und als dritten haben wir Herrn Professor Jens Vogel-Claussen. Er ist Direktor der Klinik für Radiologie an der Charité in Berlin und er hat erforscht, wie man die Screening-Strukturen praktisch in Deutschland etablieren kann. Er beschäftigt sich außerdem mit verbesserten Auswahlkriterien für das Screening und der Qualitätssicherung. Danke, dass Sie hier sind und schön, dass Sie sich heute Zeit für unsere Fragen nehmen. Einmal ganz kurz: Worum geht es bei einem Screening? Teilnehmen können aktive oder ehemalige Rauchende, die zwischen 50 und 75 Jahren alt sind, die mindestens 25 Jahre lang stark geraucht haben und eine Belastung von mindestens 15 Packungsjahren aufweisen und deren potenzieller Rauchstopp weniger als 10 Jahre her ist. Die können jährlich diese Untersuchung in Anspruch nehmen. Theoretisch geht das schon seit Juli 2024, aber jetzt eben auch auf Kosten der Krankenkassen. Der GBA hat letztes Jahr die Aufnahme in den Leistungskatalog beschlossen und am 1. April soll's eben losgehen. Dann stelle ich mal die erste Frage an Herrn Vogel-Claussen. Welche Vorteile soll denn dieses Früherkennungsangebot konkret bringen?

Jens Vogel-Claussen [00:03:32]

Herzlichen Dank für diese Frage. Der Kern der Lungenkrebsfrüherkennung ist der, dass im Moment die Patienten, die zu uns kommen, wenn sie Symptome haben, zu spät kommen. Das ist im fortgeschrittenen Stadium, Stadium drei und vier. Und wenn sie in diesem Stadium kommen, haben sie oft eine sehr schlechte Überlebenschance mit Lungenkrebs. Denn die Überlebenschance ist unter zwanzig Prozent. Wenn wir aber mittels Niedrigdosis-CT die Chance haben, den Lungenkrebs früh zu erkennen, im Stadium eins zum Beispiel, dann haben wir Überlebenschancen von bis zu über neunzig Prozent und das ist der Kern des Lungenkrebscreenings. Wir wollen hin von einem Stadiumshift, hin von hohen Stadien, die wir nicht heilen können, hin zu frühen und frühesten Stadien: Das ist Krebs bis zu einem Zentimeter. Das ist das Ziel. Das ist das beste Ziel, was wir



erreichen könnten, um die Krebssterblichkeit bei Lungenkrebs zu senken. Das ist der Kern des Lungenkrebscreenings.

Moderatorin [00:04:43]

Herr Sauerland, Sie haben sich das Nutzen-Risikoverhältnis angeschaut für das IQWiG. Inwiefern ist es denn jetzt für die Gruppe, die teilnehmen darf, besser teilzunehmen als nicht teilzunehmen? Kann man das so sagen?

Stefan Sauerland [00:04:58]

Guten Morgen. [Das] Nutzen-Schaden-Verhältnis haben wir uns ganz genau angeguckt. Das ist unser gesetzlicher Auftrag, bevor eine neue Früherkennungsuntersuchung für die Versicherten in Deutschland allgemein angeboten werden kann. Und wir hatten hier den großen Vorteil, dass es eine wirklich gute Studienlage gab: acht große Studien, insgesamt 90.000 Teilnehmer an diesen Studien. Und da kam eben raus, dass man die Lungenkrebssterblichkeit senken kann. Das ist etwas, was 5 von 1000 Teilnehmern als Vorteil erleben werden, also dass sie den Lungenkrebstod vermeiden. 5 von 1000 klingt jetzt wenig, ist aber im Endeffekt eine Reduktion ein Fünftel, weil eben Krebs dann doch nicht so häufig bei Rauchern unbedingt zum Tod führt. Der Nachteil von der Untersuchung ist, dass man natürlich damit rechnen muss, dass ein positiver Befund auftritt und der muss eventuell biopsiert werden. Das betrifft 14 Personen von 1000. Und wir haben eine Strahlenbelastung mit dabei. Und ein wesentliches Problem ist natürlich auch, dass diese Menschen in der Regel auch andere Erkrankungen haben aufgrund ihres langen Rauchens und dementsprechend kommt es zu sogenannten Überdiagnosen. Das heißt, es wird etwas gefunden, es wird etwas korrekt behandelt. Aber im Endeffekt lebt diese Person gar nicht lang genug, um den Vorteil, den vermiedenen Lungenkrebstod zu erleben, sondern sie stirbt dann vielleicht vorher an einem Herzinfarkt. Aber das sind alles Dinge, die man genau abwägen muss. In der Summe sehen wir einen größeren Nutzen als einen größeren Schaden. Und das ist auch in der Versicherteninformation, die allen Personen ausgehändigt werden soll, so detailliert zum Nachlesen und zum Überlegen dargestellt.

Moderatorin [00:06:49]

Herr Kaaks, ich habe eben schon gesagt, wer teilnehmen kann und für wen das bezahlt wird. Sie beschäftigen sich damit, wer am meisten davon profitiert. Wer ist das denn?

Rudolf Kaaks [00:07:01]

In allererster Linie sind das Menschen, die geraucht haben. Menschen, die nicht geraucht haben und dementsprechend auch ein eigentlich vergleichsweise niedriges Risiko haben, Lungenkrebs zu entwickeln, da ist es nicht so sinnvoll, sich screenen zu lassen, einfach weil viel zu viele Menschen negativ gescreent werden, die sich nur einer Strahlenbelastung ausstellen. Und eigentlich können sie dann persönlich auch wenig Vorteil vom Screenen erwarten. Also wichtig ist es, dass es Menschen sind, die eine gewisse Rauchvorgeschichte haben, so wie auch festgelegt im Dekret. Sie haben die Regeln schon vorgelesen, Frau Salamun. Und damit ist eigentlich die Hauptfrage beantwortet. Was wichtig ist, noch mal zu betonen, was auch Herr Sauerland gerade gesagt hat, ist, dass es irgendwie auch einen Punkt geben wird, wo es vielleicht besser ist, nicht mehr gescreent zu werden aus Sicht der Überdiagnose. Und das ist momentan, sagen wir mal, in großen Linien schon wohl eingefangen, insofern, dass man es Menschen nicht mehr erlaubt, gescreent zu werden nach dem 75. Lebensjahr. Aber es gibt auch Menschen, die auch im jüngeren Alter schon relativ ungesund sind [und] vielleicht keine sehr lange verbleibende Lebenserwartung haben. Und dann



gibt es das Problem der Überdiagnostik. Die Überdiagnostik ist, so wie Herr Sauerland schon angedeutet hat, das Problem, dass man mit dem Screenen einen Tumor um einige Jahre früher schon detektiert, als er sich der Krebs sich sonst klinisch manifestiert hätte. Das kann zwei Jahre früher sein und innerhalb dieses Zeitraums kann es sein, dass ein Mensch, der schon sehr ungesund ist, dann vielleicht an anderen Sachen verstorben wäre. Und die Wahrscheinlichkeit wird immer größer, je älter man wird. Und auch wenn man dann auch noch viel dazu geraucht hat, vielleicht immer noch raucht zur Zeit des Screenings, ist diese Gefahr natürlich noch umso größer. Also kurz zusammengefasst: Man soll zum einen ein Lungenkrebsrisiko haben, das hoch genug ist, damit das Screenen sich rechtfertigt. Und zum anderen soll man auch noch eine ausreichend verbleibende Lebenserwartung haben, damit dieses Screening auch im Schnitt sagen wir mal mehr Gewinn als mögliche Nachteile bringt für eine Person.

Moderatorin [00:09:24]

Was ist denn mit den Menschen Herr Vogel-Claussen... Sie können gerne hinzufügen. Und vielleicht können Sie dann gleich noch die nächste Frage beantworten, was man mit den Menschen macht, die, nicht unter die Kriterien fallen, aber das trotzdem gerne in Anspruch nehmen möchten.

Jens Vogel-Claussen [00:09:38]

Also zunächst stimme ich Herrn Kaaks natürlich zu mit der Überdiagnose. Aber ein wesentliches Problem, was wir im Moment haben und was wir beseitigen wollen mit dem Lungenkrebscreening, ist die Unterdiagnose von frühen Stadien in Deutschland. Das muss man auch mal sagen. Wir haben Lungenkrebs, das ist eine der häufigsten Krebsarten und sowohl bei Männern als auch jetzt kürzlich bei Frauen, die am häufigsten zu Tode führende Krebsursache. Nämlich bei Frauen sind auf dem Vormarsch... Es ist deutlich erhöht und Frauen haben halt auch das Brustkrebscreening, was da die Mortalität stabil hält, auch bei der Alterung, die wir erleben. Und so ist es [der Lungenkrebs] auch Krebstodesursache Nummer eins bei Männern und Frauen. Das muss man sagen. Was heißt Nummer eins? Das sind über 40.000 Todesfälle pro Jahr. Das müssen wir uns vor Augen führen. Und die Zahlen müssen wir reduzieren. Und das steht im eklatanten Gegensatz auch zu der möglichen Überdiagnose, die wir, wie Herr Kaaks gesagt hat, auch eingefangen haben, dass wir nicht die Älteren zulassen, dass wir einen Deckel drauf machen bei 75 Jahren sozusagen. Das kann ich jetzt nicht beurteilen, wie viel Überdiagnosen wir dadurch nicht machen. Aber ein wesentlicher Punkt ist es, positiv zu sehen: wir möchten diese 40.000 Todesfälle massiv reduzieren. Aber wie können wir das machen? Das können wir nur machen, wenn alle mitmachen. Die Mitmachquote beim Brustkrebscreening ist 50 Prozent. Die EU sagt 70 Prozent. Und da komme ich auch wieder dahin, dass es noch kein organisiertes Programm ist, was wir machen, sondern nur eine Maßnahme. Und wir haben kein strukturiertes Einladungswesen, sodass ich die Befürchtung habe, dass wir die gleichen Fehler machen wie in den USA, wo deutlich unter zehn Prozent Teilnehmerquote waren, weil halt kein strukturiertes Einladungswesen da ist. Warum haben wir noch keins? Warum warten wir? Weil Deutschlands eines der wenigen Länder in der EU ist, die auf die EU-Richtlinien zur Krebsfrüherkennung wartet. Beim Mammographie-Screening hatten wir das und deshalb konnten wir ein §25a-Programm machen. Aber beim Lungenkrebscreening ist es jetzt in der Mache und der Prozess wird gerade dieses Jahr angestoßen. Und ich denke, so ist diese Früherkennungsmaßnahme, die wir jetzt in Deutschland haben, ein Schritt in die richtige Richtung auf dem Weg hin zu einem organisierten Programm, vielleicht Richtung 2029, 2030.

Moderatorin [00:12:29]

Also ich halte fest, dass es wichtig ist, dass auch viele Menschen teilnehmen. Wie erfahren denn diese Menschen, also die Versicherten, die die Kriterien erfüllen, davon? Vielleicht Herr Sauerland?



Stefan Sauerland [00:12:42]

Es gibt eine Vorgabe vom Bundesamt für Strahlenschutz oder vom Bundesministerium, was sich um den Strahlenschutz kümmert. Und dort ist klar gesagt, dass die Aufklärung und auch die Auswahl der Patienten primär durch Hausärztinnen und Hausärzte, durch Internisten, aber eben auch durch Werksärzte, also Arbeitsmediziner erfolgen soll. Und ich stelle mir vor, dass eben dann, wenn ein Raucher, eine Raucherin beim Hausarzt ist oder eben jetzt aufgrund dieser Neuigkeit zum Hausarzt geht, dort angesprochen wird, dann zum Beispiel mit der Hausärztin gemeinsam die Packungsjahre ausrechnet, sich die Vor- und Nachteile durch den Kopf gehen lässt und sich dann in der Regel für ein Lungenkrebscreening entscheidet. Und dann erfolgt die Überweisung an ein zertifiziertes Zentrum. Das sind Radiologen. Da würde ich an Herrn Vogel-Claussen weitergeben.

Moderatorin [00:13:44]

Wie geht es dann weiter, wenn die da ankommen? Herr Vogel-Claussen?

Jens Vogel-Claussen [00:13:46]

Ich wollte nur auch noch mal positiv hervorheben, dass es ein EBM-Ziffer gibt, eine Abrechnungsziffer, wo auch die Hausärzte, Internisten und Arbeitsmediziner, wenn sie denn eine Kassenzulassung haben, vergütet werden. Das ist ein zentrales gutes Kriterium, um es möglich zu machen, die Abbildung zu machen. Denn machen wir uns nichts vor, wenn vorne nichts reinkommt, dann kommt hinten auch keine frühe Krebsdiagnose raus. Und deshalb ist es so wichtig. Dafür haben wir uns eingesetzt, dass die Internisten und Hausärzte, aber auch Arbeitsmediziner diese Beratungsleistung, zu der übrigens auch die Rauchentwöhnungsinformation gehört, mit anbieten können und vergütet werden. Wenn dann der Teilnehmer die Kriterien erfüllt, kann er zu einem niedergelassenen Radiologen oder qualifizierten Radiologen gehen, der sich fortgebildet hat im Lungenkrebscreening. Das ist auch Voraussetzung. Wir haben hier von der Röntgengesellschaft eine Qualifizierung aufgesetzt, die schon seit über einem Jahr läuft, und wir haben über 2500 Radiologen qualifiziert. Bisher so, dass wir [...] fast flächendeckend das anbieten können auf radiologischer Seite. Jetzt ist noch so, dass natürlich auch die Allgemeinmediziner qualifiziert sein müssen. Da gibt es aber auch schon Online-Fortbildungen, sodass das auch gemacht wird. Jetzt ist aber wichtig, dass wir vom Reden am 1. April, also übermorgen, ins Handeln kommen. Und ich rufe hier insbesondere alle Hausärzte auf, alle Internisten und Arbeitsmediziner, hier mitzumachen. Die Radiologen, denke ich, stehen bereit. Es bilden sich zurzeit lokale Verbünde. [Es] ist kein zentralisiertes Programm.

Warum bilden sich Verbünde? Weil die Besonderheit ist, dass der Befund zunächst ohne und dann mithilfe einer geeigneten Software befundet werden muss. Warum ist das so? Weil nachweislich Radiologen relevante Rundherde zu zehn 10 bis 15 Prozent übersehen. Das wissen wir aus der Nelson Studie. Und das Schlimmste ist, dass man zum Screening hinget, aber den Herd nicht sieht und dass er dann erst zu spät entdeckt würde im Folgejahr, wenn man dann kommt, zum Beispiel. Deshalb wird diese Befundung mit der geeigneten Software [durchgeführt], die einem hilft, eine höhere Trefferquote zu haben beim Radiologen, dass er auch wirklich alles sieht. Wenn der Radiologe sagt..., das ist ganz einfach, es ist wie im Automaten sozusagen. Es gibt drei Antworten im CT. Erstens ist negativ: Dann ist alles gut, kein Hinweis auf Lungenkrebs. Dann kommen Sie wieder nach einem Jahr. Die zweite Antwort ist kontrollbedürftig: Da kommen Sie früher als ein Jahr, nach drei oder sechs Monaten. Oder abklärungsbedürftig: Dann sollten Sie in ein Zentrum überwiesen werden, das sich auf Lungenkrebs spezialisiert hat, wo das dann in der interdisziplinären Fallkonferenz besprochen wird. Wenn aber Fall zwei und Fall drei eintritt, Kontroll- oder Abklärungsbedürfnis, muss ein zweiter Radiologe draufgucken, der ebenfalls



qualifiziert ist und dies ohne und mit einer Software macht. Und jetzt ist die Besonderheit: Dieser Radiologe muss in einem solchen Zentrum sitzen oder assoziiert sein. Warum ist das so? Damit die Fälle auch ohne Programm in diesen Zentren dann bekannt sind und die positiven Fälle dann in diese interdisziplinäre Fallkonferenz kommen und dann leitlinienrecht versorgt werden. Eins muss ich aber noch sagen: Wenn ein CT abklärungsbedürftig ist für Lungenkrebs, heißt es nicht, dass der Teilnehmer Lungenkrebs hat. Die Anreicherung ist etwa 40 Prozent. Und in der Hansestudie haben wir gesehen, dass diese Anreicherung – also immer wenn man sticht oder schneidet, also wenn man das verifizieren will, ob es ein Tumor ist oder nicht – wenn man das nach der Fallkonferenz macht, ist die Trefferquote bei 60 bis 70 Prozent im Schnitt. Warum ist das so? Weil nicht jedes positive CT in eine invasive Abklärung geht. Weil in der interdisziplinären Fallkonferenz der Teilnehmer oder der dann zum Patient werdende Teilnehmer näher interdisziplinär besprochen wird. Und er hat auch vielleicht Vorerkrankungen, wie zum Beispiel eine Sarkoidose oder andere Lungenerkrankung oder dann auch Sachen, die es dann eigentlich nicht mehr erforderlich machen, eine Biopsie oder eine Resektion vorzunehmen. Deshalb ist der Prozess, wie wir ihn haben, so geworden und so wichtig.

Moderatorin [00:18:43]

Es klingt nach einem sehr langen Prozess. Hier gibt es eine Frage zur Falsch-Positiv-Rate. Eben zu Leuten, die ein positives Ergebnis erhalten, aber eigentlich keinen Lungenkrebs haben. Wir haben hier eine Schleife. Ich glaube, es ist wieder weg. So, Herr Kaaks ist zwischendurch rausgeflogen. Er ist wieder da. Ich hoffe, er kann uns hören. Wir können ihn hören.

Rudolf Kaaks [00:19:08]

Ich kann sie hören mit Echo. Ich habe leider ein Kameraproblem inzwischen. Ich wurde rausgeschmissen.

Moderatorin [00:19:14]

Okay, vielleicht kann sich unser Technik-Support da auch noch drum kümmern im Hintergrund. Ich mache einmal weiter hier mit der Frage zur Falsch-Positiv-Rate. Ein Journalist schreibt, dass sie bei 14 von 1000 liegt. Also die werden als positiv gefunden und werden dann auch in Folgeuntersuchungen weitergegeben. Es ist die Frage, was für Belastungen haben denn diese Folgeuntersuchungen für die Betroffenen, Herr Sauerland? Vielleicht sie einmal dazu, bevor wir Herrn Kaaks Bild und Ton wieder gerichtet haben.

Stefan Sauerland [00:19:46]

Ich will nur kurz die Zahlen nennen. Also wir haben das in der Versicherteninformation auf Basis der Studien so quantifiziert. Wenn man zum Screening hingeht, hat man pro Runde ein Risiko von 26 aus 1000, das heißt so etwa zwei drei Prozent, dass man einen Befund hat, der einer Biopsie würdig ist, also auf abklärungsbedürftig ist, und man hat ein Risiko von 220 aus 1000, dass der Befund erstmal irgendwie kontrollbedürftig ist. Also dass man dann vielleicht nach einem halben Jahr noch mal eine CT-Untersuchung der Lunge bekommen sollte. Also das sind so in etwa die Verhältnisse. Insofern ist das etwas, was von der Biopsie her doch relativ selten ist. Aber man muss die Nerven haben, auch mal mit einem scheinbar erstmal unklarem oder positiven Befund umgehen zu können. Das ist ein Teil.



Moderatorin [00:20:46]

Herr Vogel-Claussen, Sie wollen noch was hinzufügen?

Jens Vogel-Claussen [00:20:47]

Also auch als Arzt, was hat ein falsch positiver Befund für einen Nachteil? Also man kriegt eine Biopsie im schlimmsten Fall, die nicht ganz ohne... Im größten Teil sind das CT-Biopsien. Sie müssen einen Termin machen, dann wird im CT geschaut, wo der Herd ist und dann mit einer Nadel wird dann in die Lunge gestochen und dann eine Probe erhoben. Oder es geht auch mit endobronchoskopischen Methoden. Da wird dann in den Mund reingegangen, in die Lunge durch den Mund reingegangen bis in das Bronchialsystem und dort endobronchial Biopsien entnommen, was natürlich auch immer mit einer sehr niedrigen, aber auch mit Komplikationen einhergehen kann. [...] Und deshalb muss man diese Zahl niedrig halten.

Jetzt haben wir aber Herrn Sauerland direkt hier und ich weiß nicht, ob sie mit involviert worden sind und die Hansestudie gesehen haben. Da haben wir nämlich im Oktober, November letzten Jahres publiziert, dass nicht 220 Personen entweder abklärungsbedürftig oder kontrollbedürftig sind von den 1000, sondern nur 95 in der ersten Runde. Und dass das auch nicht 14 Personen sind von den 1000, die keinen Lungenkrebs haben, wo man sticht oder schneidet, sondern nur 8. Ich weiß, dass es vielleicht akademisch ist, aber ich wollte Ihnen nur sagen, ich weiß auch nicht, warum das jetzt nicht mehr da mit reingekommen ist. Wir wissen immer mehr über die Rundherde, wir Radiologen, und wir bewegen uns auch hin immer zu weniger falsch positiven Zahlen. Das, was da in der Versicherteninformation steht, ist sehr konservativ, ist aber auch okay. Ich denke, es wird eine Lernkurve geben. Und wir hatten auch eine Lernkurve. Wir haben auch nicht Lungenkrebscreening in der Hansestudie vorher gemacht, aber wir waren schon spezialisierte Zentren und waren Profis auf dem Gebiet. Das sind so die Zahlen, die wir da in der Hansestudie hatten. Ich will es nur sagen, dass das Ziel ist, das natürlich weiter nach unten zu drücken und auch gleichzeitig hier der Appell für ein organisiertes Programm mit epidemiologischer Qualitätssicherung. Wir brauchen das, um genau diese Dinge zu monitoren, weil sonst im Moment ist es ein "walk in the dark", sage ich immer. Und wir wissen gar nicht, ob wir gut sind oder nicht gut sind. Ich gebe Ihnen nur mal ein Beispiel aus der Hansestudie. In der Hansestudie haben wir gemessen, wie viel die Positivrate ist immer wenn wir gestochen oder geschnitten haben. Ich habe gesagt, es ist zwischen sechzig und siebzig Prozent. Aber wenn Sie sich die Zentren angucken in der ersten Runde, gab es Zentren, die bei knapp siebzig Prozent operierten. Aber ein Zentrum, das sowohl in der ersten und zweiten Runde bei 49 Prozent – also jede zweite Biopsie war nur positiv – es operierte... Alle Zentren dachten, sie sind super und sie performen gut. Aber als wir dann die Statistik gemacht haben und das QM in der Hansestudie, dann gab es auf einmal den Lerneffekt. Was ist in dem Zentrum anders als in den anderen Zentren? Wir haben schon eine gewisse Qualitätssicherung, weil die Anzahl der abklärungsbedürftigen und kontrollbedürftigen Befunde und die Gesamtzahlen müssen mitüberliefert werden den zuständigen Aufsichtsbehörden. Das sagt aber noch nichts aus, wie viel falsch positiv sind oder falsch negativ und so weiter und so fort. Und deshalb braucht man ein organisiertes Programm.

Moderatorin [00:24:21]

Herr Sauerland, wollen Sie da noch was drauf sagen?

Stefan Sauerland [00:24:23]

Nur kurz. Ich kann da in weiten Teilen zustimmen. In der Tat, die Zahlen sind in den letzten Jahren besser geworden. Sie werden auch noch immer besser. Und es wird mit einer Qualitätssicherung



darauf geguckt, dass sich die Zahlen auf keinen Fall in die falsche Richtung entwickeln werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seinem Beschluss auch festgelegt, dass man ab 2029 ein detaillierteres Monitoring der Untersuchung vornehmen will. Bislang hat man vor allen Dingen die Strukturqualität gesichert. Das heißt, dass da gute CT-Geräte und gute Radiologieteams in der Befundung drin sind. Aber man muss am Ende auch gucken, was kommt hinten raus und wie häufig sind falsch positive Befunde? Wie häufig gibt es kontroll-/abklärungsbedürftige Befunde? Das wird jetzt schon erfasst, aber es muss mehr sein. Und das muss man auch zentrumsspezifisch gucken können, weil ich glaube schon, dass die Hansestudie ein Leuchtturm ist. Aber wir haben in Deutschland nicht nur Leuchttürme.

Rudolf Kaaks [00:25:19]

Darf ich zu dem Punkt auch noch mal was sagen? Kurz. Hören Sie mich wieder?

Moderatorin [00:25:24]

Wir hören Sie wieder. Die Bild stockt ein bisschen, aber ich glaube, wir hören sie.

Rudolf Kaaks [00:25:28]

Ich hatte große Probleme mit dem System. Ich war zweimal eingeloggt, auf einmal auch, glaube ich. Ich wurde rausgeschmissen. Es tut mir leid.

Wegen programmatischer Umsetzung. Ich glaube, ein Punkt, ich weiß nicht, ob er schon erwähnt wurde, wo ich raus war. Aber was glaube ich auch wichtig ist, und das kann auch Herr Vogel-Claussen noch mal weiter kommentieren, vielleicht, ist der Punkt, dass die Sensitivität und Spezifität des Screenings auch deutlich besser wird, wenn man regelmäßig screent. Das hat damit zu tun, dass man auch Bilder über die Zeit miteinander vergleichen muss, wirklich zu schauen, ob ein Rundherd auf der Lunge entweder ganz neu aufgetaucht ist, der vorher noch gar nicht sichtbar war auf einem Bild, oder wenn es schon einen Knoten gab – und viele Menschen haben kleine Knötchen, die man sieht, ein sehr großer Anteil hat das bei der [...] Bevölkerung – ob so ein Knoten dann auch gewachsen ist über die Zeit. Und das bedeutet, dass man in regelmäßigen Abständen auch sich screenen lassen soll, wenn man sich screenen lässt.

Und es wurde ja das Problem programmatische Umsetzung angesprochen. Meines Erachtens hat das eigentlich zwei Seiten, die man noch mal unabhängig voneinander betonen soll. Nämlich zum einen diejenigen, die screenen, sollen auch regelmäßig wieder eingeladen werden aus dem Grund, den ich ja gerade erwähnt habe, dass man die Vergleiche der Bilder auch machen kann. Das heißt, jährlich oder zweijährlich vielleicht – da wird doch daran geforscht, für wen zweijährlich und für wen jährlich empfohlen werden darf. Zum anderen ist es so, dass es auch wirklich wichtig ist, die Gesamtbeteiligung in der Bevölkerung hochzukriegen. Und das erfordert ein systematisches Einladeverfahren. Es wird zwar damit gerechnet oder darauf gehofft, dass Ärzte eigene Patienten dazu anregen werden oder auch Betriebsärzte das machen. Besser noch wäre es meines Erachtens wirklich auch, regelmäßige Einladungsschreiben zu bekommen, ob nun von den Krankenkassen direkt oder sogar über eine organisierte Struktur, wie das momentan auch für die Mammografie der Fall ist in Deutschland. Das ist das einzige organisierte Screening-Verfahren, das wir in Deutschland haben. Das heißt, ein Sekretariat, wo Menschen, die irgendwann ins richtige Alter gekommen sind, regelmäßige Anschreiben bekommen, darauf hingewiesen werden, dass sie eigentlich zum Screening gehen sollten. Dann kriegt man auch eine große Beteiligung in der Bevölkerung. Ich glaube, die programmatische Umsetzung hat diese zwei Komponenten: Regelmäßigkeit zum einen – das ist systematisch screenen, systematisch zurück eingeladen werden – und auch die Anregung, die ganze Bevölkerung dann auch wirklich teilzunehmen.



press briefing

Moderatorin [00:28:07]

Dazu noch eine Rückfrage. Mal an einem Beispiel: Ich bin 70 Jahre alt, erfülle die Kriterien, habe jetzt in der Medienberichterstattung gesehen, ich könnte daran teilnehmen, habe aber auch gelesen, es sind noch nicht alle Ärzte qualifiziert dafür, mir das zu verschreiben. Wie kann ich denn jetzt vorgehen, um teilzunehmen? Gibt es da zum Beispiel eine Liste von Hausärztinnen, die schon diese Fortbildung gemacht haben? Wie sähe das jetzt praktisch für mich aus? Herr Vogel-Claussen.

Jens Vogel-Claussen [00:28:40]

Ich würde raten, gehen Sie zu Ihrem Hausarzt. Das ist die allererste Anlaufstelle. Man hat gesehen in Kroatien, wie wichtig die Hausärzte sind, [um] das auch mit dem Teilnehmer zu besprechen, weil da schon ein Vertrauensverhältnis besteht. Und da denke ich, man will ja auch seine Patienten gut versorgen und die Angebote sind da. Innerhalb von einer Stunde kann diese Fortbildung gemacht werden für die Hausärzte und Internisten. Und das sollte nicht das sein. Die werden auch total kostenlos ausgebildet, jetzt wird es auch noch vergütet. Je länger man mit dem Teilnehmer spricht, desto besser wird das vergütet. Das ist allerdings nur eine einmalige Vergütung zum initialen Einschluss, aber die ist drin, sodass auch hier eine Abbildung ist, das so zu machen. Und das ist mein Appell: Gehen Sie zu Ihrem Hausarzt [...] Das ist wirklich das Allerallerwichtigste. Für mich sind die Hausärzte der Schlüssel neben den Internisten, weil einfach in der Menge und flächendeckend diese hier in Deutschland am besten organisiert sind und mit den Teilnehmern auch teilweise schon jahrelange bekannt sind.

Moderatorin [00:29:55]

Okay, eine ganz kurze Frage an Herrn Sauerland: Wird der Gebrauch von Tabakverdampferprodukten wie IQOS auch als Rauchen gewertet?

Stefan Sauerland [00:30:03]

Nein, das Ganze bezieht sich nur auf Zigarettenrauchen. Wer Pfeife geraucht hat, Zigarillos, Zigarren, sonst etwas, ist hier nicht mit betroffen. Und es gibt natürlich auch noch andere Risikofaktoren für Lungenkrebs, irgendwelche Radon-Expositionen. Das ist alles etwas, was man irgendwann später noch mal sich angucken könnte.

Moderatorin [00:30:26]

Okay, Herr Kaaks, hier gibt es einige Kostenfragen. Also was kostet das Ganze die gesetzlichen Krankenkassen, auch mit den Therapiekosten von den früh erkannten Lungenkrebsfällen eingeschlossen? Und wie ist das in Relation zu den Kosteneinsparungen, die dann hoffentlich durch diesen Stadienshift, den Herr Vogel-Claussen am Anfang erwähnt hatte, eintreten?

Rudolf Kaaks [00:30:52]

Ich weiß nicht, ob ich die Frage richtig beantworten kann. Ich kann nur sagen, dass da sind wir gerade dabei, da Modellierungsstudien zu machen, gemeinsam mit Kolleginnen in den Niederlanden, mit Gesundheitsökonomen, die da sehr fokussieren auf diese Frage, auch dort. Wir haben allerdings die Berechnungen noch nicht zu Ende gebracht und ich kann es Ihnen deshalb auch noch nicht sagen. Es tut mir leid. Es ist schon so in vielen Ländern, wo man in der Schweiz, in



den Niederlanden oder auch in vielen weiteren Ländern in der Welt mal gerechnet hat, dass es meistens schon rauskommt, dass es sich lohnt zu screenen aus Kostensicht, dass es pro gewonnenes Lebensjahr als Screeningverfahren nicht mehr kostet, als was sonst auch für Behandlungskosten für einen Patienten für ein gewonnenes Lebensjahr für Krebspatienten im Allgemeinen als zumutbar gilt. Das heißt, sicherlich kann man sagen, dass das kostengünstig sein wird, aber die genauen Kosten für Deutschland kann ich Ihnen leider nicht sagen im Moment.

Moderatorin [00:32:01]

Wissen die beiden anderen was? Ich glaube, sie hatten da so kurz aufgezeigt beide.

Stefan Sauerland [00:32:05]

Ich habe mal eine Studie, die ist zwar schon zwei, drei Jahre alt, wo Herr Kauczor beteiligt war, gesehen. Da wurden gemeinsam mit Gesundheitsökonomern für Deutschland Kosten von 120 Millionen Euro pro Jahr ausgerechnet. Und das ist aus meiner Sicht eine relativ realistische Schätzung. Inzwischen wird das ein bisschen höher liegen. Es hängt natürlich enorm davon ab, wie hoch die Teilnahmequote ist, und wir rechnen damit, dass es etwa zwei Millionen, vielleicht auch mehr sind. Insofern sind da gewisse Ungewissheiten, aber es ist schon ein wirklich großer finanzieller Schritt, der jetzt hier gestemmt wird. Und es ist auch klar, dass natürlich eine Krebsfrüherkennung erst einmal auf jeden Fall Geld kostet, weil die Sterblichkeit dann zeitverzögert und auch die Behandlungskosten sich erst zeitverzögert dann wieder zu Buche schlagen. Und ich gehe jetzt nicht davon aus, dass es hier am Ende insgesamt kosteneffizient ist oder kostensparend ist. Aber es ist etwas, was sich eben aus Gründen der Sterblichkeitsreduktion für Deutschland und für die Versicherten lohnt.

Moderatorin [00:33:15]

Okay, also erstmal eine Belastung, aber langfristig möglicherweise auch kostensparend. Jetzt gibt es noch Fragen zu den Behandlungskapazitäten, zum Beispiel in der Radiologie. Also reichen die Screeningzentren für die zwei Millionen Berechtigten und reichen auch die Radiologiekapazitäten? Herr Vogel-Claussen, wie sieht es da aus?

Jens Vogel-Claussen [00:33:37]

Berechtigte Frage. Jetzt ist es so, wir haben noch kein organisiertes Programm, was erwähnt wurde mit keinen strukturierten Einladungswesen, sodass wir denken, dass zehn Prozent oder weniger in den ersten Jahren Teilnehmerquote sind, weil es nicht so ist wie zum Beispiel beim Mammakarzinom. Das Lungenkarzinom [...], das Rauchen stigmatisiert, dann sind viele "hard to reach", nennen wir das, Bevölkerungsschichten, wo niedriger Status der Bildung herrscht oft und auch andere Probleme sind. Und deshalb schon das ein ganz anderes Klientel ist als beim Mammographie-Screening, wo man eigentlich nur eine Frau ist und dafür kann man nichts, aber man kann was für das Rauchen. Also die Stigmatisierung ist immer noch da. Deshalb plädiere ich, und hier sind wir auch an der Charité, das zu entstigmatisieren, dass man das wertschätzend macht. Das Rauchen ist ein gesamtgesellschaftliches Problem, es ist ein legales Suchtmittel, was hier erlaubt ist in Deutschland, und das sind Süchtige, die wir hier haben. Das, was die Gesellschaft erlaubt hat und wir gehen mit den Problemen dieser Sucht gesamtgesellschaftlich jetzt um, um das Screening durchzuführen. Aber eigentlich ist die Primärprävention des Lungenkrebs doch, muss hier noch erwähnt werden, das ist nämlich Rauchprävention, dass eigentlich die Jugendlichen gar nicht mehr hinkommen zum Rauchen, zum Zigarettenrauchen. Aber das war nicht ihre Frage, sondern die Frage war... Können sie die noch mal kurz wiederholen?



Moderatorin [00:35:17]

Die Kapazitäten der Radiologie und der Lungenzentren.

Jens Vogel-Claussen [00:35:21]

Ich denke, wenn man dann mit zehn Prozent rechnet, sind das ungefähr eine halbe Million und das sind ungefähr zehn Prozent mehr CTs, die wir jährlich in Deutschland machen. Ich denke, es wird mittelfristig einen Aufbau geben, auch der CT-Kapazitäten. Und ich denke schon, dass die Radiologien... – wie gesagt auch durch die Fortbildung über 2500 fortgebildete Radiologen –, die Community ist motiviert, wir reden drüber, wir haben auch intern in der deutschen Röntgengesellschaft und im Berufsverband sehr viel Aufklärung betrieben und ich sehe das auch hier in Berlin. Die Aktivitäten, die Absprachen, auch die intersektoralen Absprachen zwischen den Krankenhäusern, zwischen den Lungenkrebszentren und den Niedergelassenen, das wir auch gewollt haben durch diese Struktur, die wir jetzt haben, läuft auf Hochtouren für den 01.04. Also ich glaube, dass wir mit den steigenden Zahlen auch die CT-Kapazitäten hochfahren werden und das wuppen werden.

Moderatorin [00:36:23]

Okay, das klingt jetzt erstmal ganz positiv. Ich glaube, hier ist noch ein bisschen Unklarheit, was mit den Menschen passiert, die nicht teilnehmen dürfen, aber gerne wollen. Was macht man mit denen? Was kann man denen anbieten und welche Rolle spielt vielleicht auch so eine Rauchentwöhnung dabei?

Jens Vogel-Claussen [00:36:40]

Darf ich kurz antworten, weil wir haben gerade Funding bekommen für die Hansestudie. Die kurze Antwort ist, da gibt es noch keine Evidenz für – das würde Herr Sauerland sagen – dass für die Niedrigrisikogruppe das Screening angeboten wird. Das ist nämlich auch klar: wir können keinen Test auf die Bevölkerung, ich sage das mal salopp loslassen, der noch nicht evidenzbasiert ist. Das geht gegen die Grundzüge, was wir hier im deutschen Gesundheitssystem machen, das geht nicht. Es ist aber so, dass wir zum Beispiel und auch andere international forschen, wie können wir das CT zum Beispiel mit Blutbiomarkern verbinden, um die Menschen, die nicht die Kriterien erfüllen... Wir haben in der Hansestudie ausgerechnet, auch wenn man die besseren Kriterien nun einschließt, die besser sind, als die wir jetzt haben, aber konventionell immer noch, sind ungefähr gut zwanzig Prozent der Lungenkrebs in der Altersgruppe, dort in dieser Niedrigrisikogruppe, verborgen sozusagen, die wir nicht erkennen. Übrigens die Kriterien, die wir jetzt haben: Nur 60 Prozent der Lungenkrebs in der Altersgruppe entdecken wir mit den Einschlusskriterien, die wir hier in Deutschland haben. Es sind bis zu knapp 80 Prozent, wenn wir bessere Einschlusskriterien oder andere Einschlusskriterien nehmen wie den PLCO-Score, den wir in der Hansestudie untersucht haben. Aber trotzdem ist immer noch in der Niedrigrisikogruppe gut zwanzig Prozent, die wir nicht erkennen. Und die These ist, dass wir mit Blutbiomarkern diese Niedrigrisikogruppe untersuchen. Wir haben da keine Strahlung und wenn der Blutbiomarker positiv ist, dann das Niedrigdosis-CT nachschalten. Aber das ist noch alles Forschung und das Credo ist, wir sind jetzt an einem evidenzbasierten Entwicklungsstand und alles wird sich weiterentwickeln in der Zukunft. Aber das IQWiG hat uns gesagt und auch die internationale Forschung, dass der Nutzen jetzt schon den Schaden überwiegt. Und bei dieser hohen Mortalitätslast müssen wir jetzt anfangen.



Moderatorin [00:38:53]

Okay, also die Leute, die nicht in der Gruppe sind, müssen sich vielleicht noch etwas gedulden, bis es vielleicht andere Kriterien, andere Untersuchungen gibt. Herr Sauerland und Herr Karg, Sie wollen darauf reagieren?

Stefan Sauerland [00:39:08]

Die Menschen, die jetzt nicht die Kriterien erfüllen, da ist einfach die Nutzen-Schaden-Abwägung nicht so günstig, und deswegen muss man da sehr genau hinschauen. Es wird auch schwierig sein, jetzt ein allgemeines Lungenkrebscreening einzuführen für Menschen, die zum Beispiel überhaupt noch nie geraucht haben. Und jemand, der jetzt zehn Packungsjahre auf der Lunge hat, der sollte natürlich nicht weiter rauchen, bis er 15 oder 20 Packungsjahre hat und sich dann fürs Lungenkrebscreening qualifiziert, sondern der sollte aufhören mit dem Rauchen. Und Herr Vogel-Claussen hat das ganz wunderbar gesagt, dass wir uns eben gesellschaftlich einig sind, dass Rauchen eine Sucht ist, die behandelt werden muss. Und deswegen gibt es zum Beispiel auch vom IQWiG eine ausführliche Bewertung aller möglichen Medikamente oder Substanzen, die man verwenden kann, um eine Raucherentwöhnung erfolgreich durchzuführen. Das ist der wesentliche Schritt für Menschen, die jetzt im Niedrigrisikobereich sind, weil sie vielleicht fünf oder zehn Jahre kräftig geraucht haben. Die sollten versuchen, davon loszukommen.

Moderatorin [00:40:06]

Und hat das Screening denn auch einen Effekt auf diese Raucherentwöhnung? Oder ist das da irgendwie mitgedacht worden, Herr Karg?

Rudolf Kaaks [00:40:12]

Ob das Screening einen Effekt hat auf Raucherentwöhnung? Da gibt's wohl klare Daten aus vielen Studien, die zum Screening in der Welt umgesetzt wurden, dass es eine sehr gute Gelegenheit ist, wenn Menschen kommen fürs Screening, sie dann auch dazu anzuregen. Und da ist ein gewisser Erfolg dabei wo immer sichtbar. Und es ist auch richtig, dass, so wie es auch im Erlass steht, dass das auch zum Screening gehören soll, dass Menschen, die dann kommen, da auch ein Angebot bekommen, das Screening zur Raucherentwöhnung, das gehört zum Screening dazu. Und das soll man auch unbedingt versuchen umzusetzen.

Noch mal kurz zur vorherigen Frage: Screening bei Menschen, die nicht oder nicht viel geraucht haben. Ich halte es persönlich für sehr unwahrscheinlich, dass für Nichtraucher das in Zukunft umgesetzt werden kann. Das hat auch Herr Sauerland richtig betont. Es treten einfach zu wenige Lungenkrebsfälle auf bei Nichtrauchern, damit das dann auch irgendwie erstens kostengünstig umgesetzt werden kann. Da muss man viel zu viele Menschen screenen, um ab und zu dann doch noch einen Fall zu finden, den man dann vielleicht auch heilen könnte. Und dafür werden dann extrem viele Menschen eigentlich im Vergleich auch der Strahlung ausgesetzt. Und die Strahlung kann auch negative Wirkungen haben. Das kann auf Dauer auch einen Krebs auslösen, obwohl die Strahlenbelastung immer geringer wird mit modernen Geräten. Das Problem ist nicht riesig. Aber bei großen Zahlen von Menschen, die sich dann dem aussetzen und vielleicht dann eigentlich gar keinen Gewinn haben können, ist es auf Bevölkerungsebene so, dass es dann auch was [...] die gute gegen schlechte Wirkung auf Bevölkerungsebene betrifft eigentlich keine gute Balance zeigt. Und es wird sicherlich auch nicht kostengünstig sein können, wenn man sehr viele Menschen screenen muss, um einen Fall zu finden. Und in dem Sinne, ich kann dem Herrn Vogel-Claussen insofern zustimmen. Es wäre natürlich sehr schön, wenn man dann einen Marker hätte, der nicht invasiv über einen Atemtest oder einen Bluttest schon Menschen finden könnte, die vielleicht dabei sind,



an Lungenkrebs zu entwickeln, auch wenn sie nicht geraucht hätten, um dann die Menschen nur auch in das Screening weiterzuführen. Aber das ist noch ein sehr langer weiter Forschungsweg. Ob es wirklich solche Marke geben wird demnächst, das weiß ich nicht. Ich arbeite selbst auch an dem Thema, aber da bin ich momentan noch nicht so optimistisch, dass das gleich in den nächsten fünf Jahren der Fall sein wird.

Moderatorin [00:42:51]

Herr Vogel-Claussen, haben Sie dazu noch was Wichtiges hinzuzufügen?

Jens Vogel-Claussen [00:42:55]

Herr Kaaks hat erwähnt, dass es sich nicht lohnt, weil in der Niedrigrisikogruppe und er hat... [Das] Ergebnis der Hanse-Studie ist, dass wir mit den Einschlusskriterien, die wir jetzt in Deutschland haben, eine Gruppe mit screenen – ist ungefähr ein Viertel –, die kein erhöhtes Krebsrisiko hat nach den neuesten Berechnungen, die wir haben. Und deshalb müssen sich die Einschlusskriterien auch in den zukünftigen Jahren weiterentwickeln. Hin zu Modell, Risikomodell. Wir konnten zeigen, dass dieser PLCO-Score implementierbar ist und auch machbar ist. In England werden nur Risikomodelle im Moment benutzt, auch mit guten Zahlen, mit riesigen Mitmachquoten und guten Ergebnissen, was die Krebsentdeckungsrate dort ist. Ich denke, das ist ein ganz wichtiger Punkt.

Moderatorin [00:43:54]

Herr Sauerland, ist das geplant?

Stefan Sauerland [00:43:56]

Eine Individualisierung des Screenings ist natürlich wünschenswert, ist aber eben relativ kompliziert, weil diese Scores dann auch überall erhoben werden müssen. Und wir sehen auch oder ich sehe manchmal auch die Richtlinie quasi als einen Korridor, in dem entschieden werden darf, dann in der individuellen Abwägung, ob dieser Patient jetzt wirklich zum Lungenkrebscreening soll. Wenn der Gemeinsame Bundesausschuss das als Krankenkassenleistung erlaubt, dann heißt das noch lange nicht, dass jeder dann auch da hingehen sollte, sondern es ist erstmal nur ein Angebot, eine Option und innerhalb dieser Option kann man durchaus als Internist, als Hausarzt, auch als Radiologe, dann natürlich versuchen, noch mal ein bisschen feiner die Auswahlkriterien zu tunen.

Moderatorin [00:44:45]

Hier sind jetzt aber schon Zweifel an den groben Auswahlkriterien. Wie können die denn überhaupt überprüfen, dass die Leute nicht lügen und sagen, sie hätten mehr geraucht, als sie eigentlich geraucht haben?

Jens Vogel-Claussen [00:44:56]

Also was wir in der Hansestudie festgestellt haben, ist, dass die überwiegende Mehrheit die Wahrheit sagt. Es geht ja um einen Threshold, es geht ja um einen Cut-off-Wert, den man entweder über- oder unterschreibt. Dass es da Varianzen gibt, die nicht die Entscheidung mit beeinflussen, ob Lungenkrebs Screening ja oder nein, rein oder raus, das ist klar. Wir haben festgestellt in der Hansestudie, dass 98 Prozent, also über 98 Prozent, die Wahrheit sagen, also dass sie die



Entscheidung oder diese Schwelle „Komme ich ins Programm oder fliege ich raus?“ das war bei zwei Prozent so... Es war interessant aber zu sehen, dass die Angaben, die sie selbst gemacht haben, online oder Selbsteinschätzung, dass es immer einen Tick weniger Zigaretten waren, wenn sie vor Ort waren, dass es weniger Rauchdauer war, wenn sie vor Ort waren. Also wenn der Arzt da saß, dann hat man immer weniger. Ich weiß nicht, das ist vielleicht ein psychologischer Effekt, da könnte man mal drüber reden.

Aber ein spannendes Ergebnis war auch, dass dieser PLCO-Score, wo Sie sagen, der individualisierte Score... Ich würde sagen, dass es eine etwas genauere Berechnung ist des Krebsrisikos. Individuell bin ich da noch lange nicht. Das sind nämlich nur elf Fragen, die Sie dem Teilnehmer stellen und jetzt stellen Sie dem Teilnehmer vier. Also so weit weg sind wir da nicht. Wir haben gesehen, dass es online machbar ist, dass der verifiziert werden kann On-Premise und dass es keinen Bias gibt, hin zu niedrigeren Scores, wie das bei der Rauchdauer ist, weil das etwas komplexer ist und der Teilnehmer nicht so richtig weiß: Was ist denn gut? Was muss ich angeben? Oder was soll ich nicht angeben, um in den Genuss des Lungenkrebsfrüherkennung zu kommen?

Ein wichtiger Punkt ist aber, dass das erste, wenn man es genau nimmt, risikoadaptierte Screening in Deutschland ist, wo nicht nur die Altersgruppe wichtig ist, sondern auch die Raucheranamnese wichtig ist. Und man muss – und das ist meine große Bitte an die Öffentlichkeit, an das Bundesministerium für Gesundheit –, dass man eine Öffentlichkeitskampagne macht und erklärt, warum das so ist, warum diese Hochrisikogruppe gescreent wird und wenn man ein bisschen weniger geraucht hat, warum ich dann nun nicht gescreent werde. Und es wird diese Fälle geben. Ich habe gesagt, das sind 40 Prozent der Krebse, die man ungefähr in dieser Niedrigrisikogruppe hat. Warum die Krebs bekommen, aber nicht in den Genuss des Screenings kommen? Das wird eine Riesensache geben. Ich werde Ihnen Brief und Siegel geben, dass die Boulevardzeitungen im ersten halben Jahr Einzelfälle nach oben spülen: „Ich habe mich angemeldet zur Lungenkrebsfrüherkennung. Ich wurde abgewiesen, aber jetzt habe ich Krebs entwickelt nach ein, zwei Jahren.“ Und das muss frühzeitig geklärt werden und auch in die medial... und aufgeklärt werden, dass das vorkommen kann und dass es Teil dieser Krebsvorsorge ist. Weil wir müssen auch für Akzeptanz dieses Programms in Deutschland sorgen, denn nur so machen die Menschen mit.

Moderatorin [00:48:09]

Ja, da müssen die Kolleginnen und Kollegen natürlich diese Einzelfälle von der statistischen Überlegung unterscheiden. Herr Sauerland, da können Sie bestimmt noch ganz viel zu sagen. Wir haben jetzt hier noch eine Minute Zeit. Ich glaube, die drei Experten können auch ein bisschen länger, sodass wir die paar Fragen, die Ihnen hier noch übrig geblieben sind, auch noch kurz beantworten können. Eine finde ich nämlich hier ganz spannend. Herr Vogel-Claussen, Sie haben ja am Anfang von 5 von 1000 Leuten gesprochen, die durch das Screening einem Lungenkrebstod entgehen. Jetzt ist hier die Frage: Es gibt ja anscheinend noch keine Evidenz, dass das Screening auch das Gesamtüberleben der Menschen verlängert. Wie bewerten Sie hier diesen Umstand? Wer möchte? Herr Sauerland?

Stefan Sauerland [00:48:59]

Ja, wir haben uns das, wie gesagt, sehr genau angeguckt und bei der Gesamtsterblichkeit ist das Ergebnis nicht statistisch signifikant. Also es ist nicht sicher, dass es wirklich eine Reduktion gibt, aber der Effekt liegt zumindest auf der richtigen Seite. Und wenn man mal es genauer betrachtet, dann ist es auch für die anderen Krebsfrüherkennungsprogramme Mammografie, Darmkrebs oder Ähnliches nie belegt, dass es wirklich eine Reduktion der Gesamtsterblichkeit gibt, weil das ist dann... Quasi in einem Tropfen von Todesursachen, nehme ich eine Todesursache weg. Das ist ein sehr kleiner Effekt, aber [...] wir gehen davon aus, dass sehr wahrscheinlich die Gesamtsterblichkeit



ebenfalls sinkt, weil wir eben diesen klaren Effekt bei der lungenkrebspezifischen Sterblichkeit haben.

Moderatorin [00:49:44]

Herr Kaaks, ist das damit erledigt oder haben sie eine andere Meinung?

Rudolf Kaaks [00:49:48]

Ich stimme dem voll zu. Ich denke, die Senkung der lungenkrebspezifischen Mortalität ist sehr gut belegt, was leider die randomisierten Studien in der Welt zum Lungenkrebscreening nicht haben zeigen können. Einfach weil sie dafür auch nicht groß genug waren, ob dann auch die Gesamtsterblichkeit dafür auch heruntergeht, weil da gibt es immer noch etwas weitere Unsicherheit und Schwankungen dazu, weil man aus so vielen anderen Ursachen auch noch sterben kann. Aber ich denke, es ist trotzdem eindeutig, dass das Screenen wirksam ist gegen Lungenkrebs und man kann durchaus annehmen, dass das auch wohl lebenszeitverlängernd wirkt.

Was dazu noch vielleicht wichtig ist zu sagen, und Herr Sauerland hat schon seine Daten erwähnt, seine Analysen, dass etwa 5 von 1000 Menschen einen Todesfall vermeiden würden. Das ist ein Durchschnittswert. Das ist natürlich unterschiedlich, ob man eine ältere Person screent oder eine jüngere. Die Älteren haben eine größere Wahrscheinlichkeit, Lungenkrebs zu haben und dann wird das auch nicht mehr 5 von 1000 sein, sondern vielleicht, ich weiß es nicht, 10 oder 12 pro 1000. Wobei, wenn man 70 ist beispielsweise, im Vergleich zu Menschen, die vielleicht [...] 55 sind, dann haben die ein etwas niedrigeres Risiko. Bei den zu gewinnenden Lebensjahren für eine Person ist es andersrum, dass gerade bei den Jüngeren, wenn die gescreent werden und früh dann einen Lungenkrebs entdeckt bekommen, geheilt bekommen, dass natürlich dafür auch viel mehr Lebensjahre gewonnen werden können, wenn man dann da vermeidet, dass diese Person an Lungenkrebs stirbt. Und das ist eine etwas schwierige Abwägung, auch in Bezug auf die besten Eignungskriterien, die besprochen werden. Es gibt die Kriterien, die im Erlass stehen. Mit diesen Kriterien, so wie die momentan formal beschlossen sind, neigt man dazu, eigentlich relativ die jüngere Menschen etwas mehr einzuschließen.

Es gibt dagegen auch die Möglichkeit, mit dem PLCO-Score zu arbeiten, so wie es auch in der Hansestudie gemacht wurde. Und mit den Kriterien würde man dazu neigen, etwas älteren Menschen eher einzuschließen. Und das hat etwas unterschiedliche Wirkungen. Zum einen auf die Zahl der Lungenkrebstodesfälle, die man vermeiden würde. Das ist bei den älteren dann mehr der Fall, oder zum anderen, wie viele Lebensjahre man im Schnitt gewinnt pro Fall, den man dann vermeidet. Und dann ist es eigentlich mit den bestehenden Kriterien vielleicht etwas günstiger, weil es eher jüngere Menschen einschließt. Da sind noch offene Fragen, ehrlich gesagt, wie man das weiter optimieren kann in Zukunft und ob diese Kriterien dann für ewig in Stein gemeißelt werden sollten. Ich denke, auch dazu bräuchte man eigentlich organisierte Programme mit guter Datensammlung, damit man auch weiß: Wer lässt sich screenen in Deutschland? Wie sind denn die Charakteristiken der Menschen, die sich spontan erstmal melden oder über den Hausarzt dazu motivieren lassen? Und dann kann man auch etwas genauer schauen, wie man vielleicht das Lungenkrebscreening noch etwas besser auf die richtigen Bevölkerungstypen erstmal zählen könnte.

Und da möchte ich noch eins sagen. Wir hatten vorher noch kurz die Frage, soll man auch bei Menschen, die nicht geraucht haben, screenen? Das ist an sich für die Zukunft sicherlich auch noch eine interessante Frage, um zu schauen, bei wem könnte das sein? Aber ich denke, für heute, so ich es persönlich sehe, ist es doch viel wichtiger, erstmal zu schauen, wie kann man das, was jetzt schon beschlossen ist, auch richtig umsetzen und richtig es so umsetzen, dass auch ein sehr großer Teil der Raucher in Deutschland, der Vielraucher, erstmal zum Screening kommt überhaupt. Meine



größte Befürchtung ist, dass es ohne organisiertes Verfahren – so wie in der Mammographie mit regelmäßigen Anschreiben, das heißt nicht nur beim Menschen für Menschen, die zum Arzt gehen und dann eine Empfehlung bekommen können, sondern wirklich für alle in einem gewissen, im richtigen Altersbereich, dass sie darauf hingewiesen werden, jährlich, zweijährlich, dass es dieses Screening gibt – ohne dessen befürchte ich etwas: Dass eigentlich nur ein sehr kleiner Anteil der Menschen, die eigentlich sich screenen lassen sollten, es auch wirklich tun. Und ich denke, das ist erstmal auf englische Art dieses "low hanging fruit", da ist der größte Gewinn zu machen, bei diesen Menschen erstmal das Screening gut umzusetzen. Und danach kann man über verbesserte Eignungskriterien reden, ob man vielleicht noch jüngere Menschen einschließt oder Nichtraucher einschließen sollte.

Moderatorin [00:54:33]

Angesichts der Zeit würde ich jetzt mal zum Schluss kommen. Ich sehe ihre Meldung, Herr Vogel-Claussen. Vielleicht können sie direkt einsteigen mit ihrer Botschaft an die Journalistinnen. Was wären so die wichtigsten Fakten, die sie aus diesem Press Briefing mitnehmen sollen? Ganz kurz und knapp.

Jens Vogel-Claussen [00:54:56]

Es ist ein großer Schritt in Deutschland, dass wir jetzt die Lungenkrebsfrüherkennungsmaßnahme haben. Wichtig ist jetzt die Aktivierung sowohl der Hausärzte, Internisten, Arbeitsmediziner, aber auch Radiologen. Ich denke, berufspolitisch und organisationstechnisch stehen wir bereit. Wir müssen jetzt nur noch die PS auf die Straße kriegen und ab 01.04. vom Reden ins Handeln kommen, ins möglichst organisierte, dynamische Handeln, um möglichst viele Todesfälle zu verhindern von den 40.000 Todesfällen in Deutschland pro Jahr an Lungenkrebs.

Moderatorin [00:55:34]

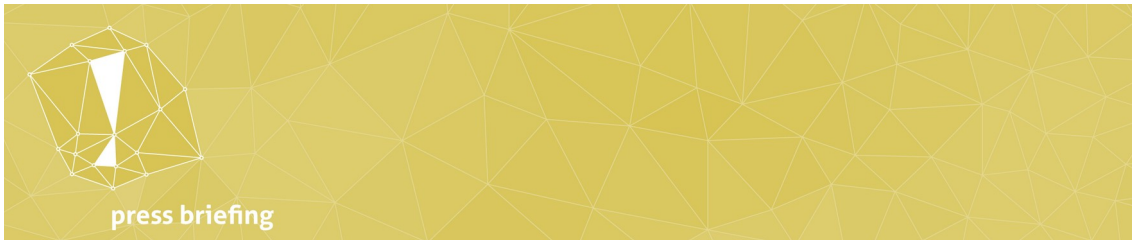
Herr Sauerland, Herr Kaaks hat eben schon appelliert, dass möglichst viele teilnehmen. Wie sollten die Journalistinnen da mithelfen oder informieren? Was wünschen Sie sich?

Stefan Sauerland [00:55:49]

Ich bin ebenfalls positiv, was das Screening angeht. Die Nutzenschadenabwägung ist ebenfalls positiv und das heißt jetzt nicht, dass jeder teilnehmen muss oder teilnehmen sollte, aber wir hoffen schon, dass eben die Zielgruppe in größerer Zahl die Untersuchung annimmt, weil man eben damit Sterblichkeit reduzieren kann. Wichtig ist, dass es eine Versicherteninformation gibt, dass genau aufgeklärt wird, weil es eben auch Nachteile gibt. Es sollte jeder sich informieren können und sich in Ruhe entscheiden können. Dann geht's los.

Moderatorin [00:56:22]

Okay, dann mach ich hier an dieser Stelle mal Schluss. Am Ende noch mal ein kurzer Hinweis: Das Transkript und ein Video, das finden Sie unter dem Link, den mein Kollege hier in den Chat gepostet hat. Der ist auch in der Einladungsmail, wenn Sie ihn gleich nicht mehr wiederfinden. Das laden wir da so schnell wie möglich hoch. Ein redigiertes Transkript wird es dann heute im Laufe des Tages hoffentlich geben. Das waren die organisatorischen Sachen. Am Ende würde ich noch mal den Experten hier auf dem Panel Danke sagen, dass sie hier waren, die Fragen beantwortet haben, auch den Journalistinnen Danke sagen, dass sie hier so fleißig ganz viele Fragen gestellt



haben. Tut mir leid, dass wir nicht alle beantworten konnten angesichts der Zeit. Und natürlich auch noch mal ein Dank an meine Kolleginnen und Kollegen im Hintergrund, die Sie jetzt hier nicht sehen, aber die mir im Hintergrund ganz viel geholfen haben. Ich hoffe, dass viele Menschen am Lungenkrebscreening teilnehmen, die Journalistinnen das Press Briefing als Anlass nehmen konnten, die Berichterstattung dazu gut zu gestalten. Und wir sehen uns hoffentlich noch mal beim nächsten Press Briefing oder zu irgendwelchen anderen Themen. Ich beende das Briefing hier jetzt, also tschüs.



press briefing

Ansprechpartnerin in der Redaktion

Helena Salamun

Redakteurin für Medizin und Lebenswissenschaften

Telefon +49 221 8888 25-0

E-Mail redaktion@sciencemediacenter.de

Impressum

Die Science Media Center Germany gGmbH (SMC) liefert Journalisten schnellen Zugang zu Stellungnahmen und Bewertungen von Experten aus der Wissenschaft – vor allem dann, wenn neuartige, ambivalente oder umstrittene Erkenntnisse aus der Wissenschaft Schlagzeilen machen oder wissenschaftliches Wissen helfen kann, aktuelle Ereignisse einzuordnen. Die Gründung geht auf eine Initiative der Wissenschafts-Pressekonferenz e.V. zurück und wurde möglich durch eine Förderzusage der Klaus Tschira Stiftung gGmbH.

Nähere Informationen: www.sciencemediacenter.de

Diensteanbieter im Sinne MStV/TMG

Science Media Center Germany gGmbH
Schloss-Wolfsbrunnenweg 33
69118 Heidelberg
Amtsgericht Mannheim
HRB 335493

Redaktionssitz

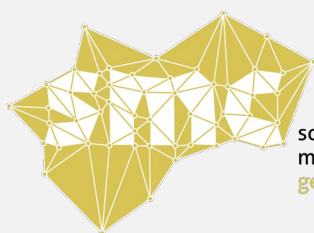
Science Media Center Germany gGmbH
Rosenstr. 42–44
50678 Köln

Vertretungsberechtigter Geschäftsführer

Volker Stollorz

Verantwortlich für das redaktionelle Angebot (Webmaster) im Sinne des §18 Abs.2 MStV

Volker Stollorz



science
media center
germany