



Lungenkarzinom-Screening in Österreich: Status quo



20. Februar 2025

B. Lamprecht

TRANSPARENZERKLÄRUNG

Hiermit lege ich offen, dass ich von folgenden Firmen finanzielle Unterstützung erhalten habe, die sich auf Vorträge, die Teilnahme an Advisory Boards, allgemeine Beratung, ungebundene Forschungsunterstützung oder sonstige medizinisch-wissenschaftliche Leistungen bezieht:

- AstraZeneca
- Bencard
- BMS
- Boehringer Ingelheim
- Chiesi
- Daiichi Sankyo
- GSK
- INSMED
- Lilly
- Menarini
- Mundipharma
- MSD
- Novartis
- Pfizer
- Roche
- Sanofi
- TEVA ratiopharm

Unentgeltliche Aktivitäten, z.B. für
Non-Profit Organisationen:

- Österreichische Gesellschaft für Pneumologie
- Oberster Sanitätsrat

Sonstige Interessen, die den folgenden Vortrag
unangemessen beeinflussen könnten:

- keine

Lungenkarzinom-Screening ?

Lungenkarzinom-Früherkennung ?





ÖSTERREICHISCHER KREBSREPORT

Eine Initiative der Österreichischen Krebshilfe
und der Österreichischen Gesellschaft für
Hämatologie & Medizinische Onkologie

2024

Vorsorge und Früherkennung

| | |
|---|----|
| Aktueller Stand des Zervixkarzinom-Screenings in Österreich <i>Ch. Grimm, P. Sevelda</i> | 34 |
| Das österreichische Brustkrebs-Früherkennungsprogramm „früh erkennen“ <i>K. Schütze mit einem Kommentar von P. Sevelda</i> | 37 |
| 10 Jahre „Don't Smoke“ <i>M. Löwe</i> | 40 |

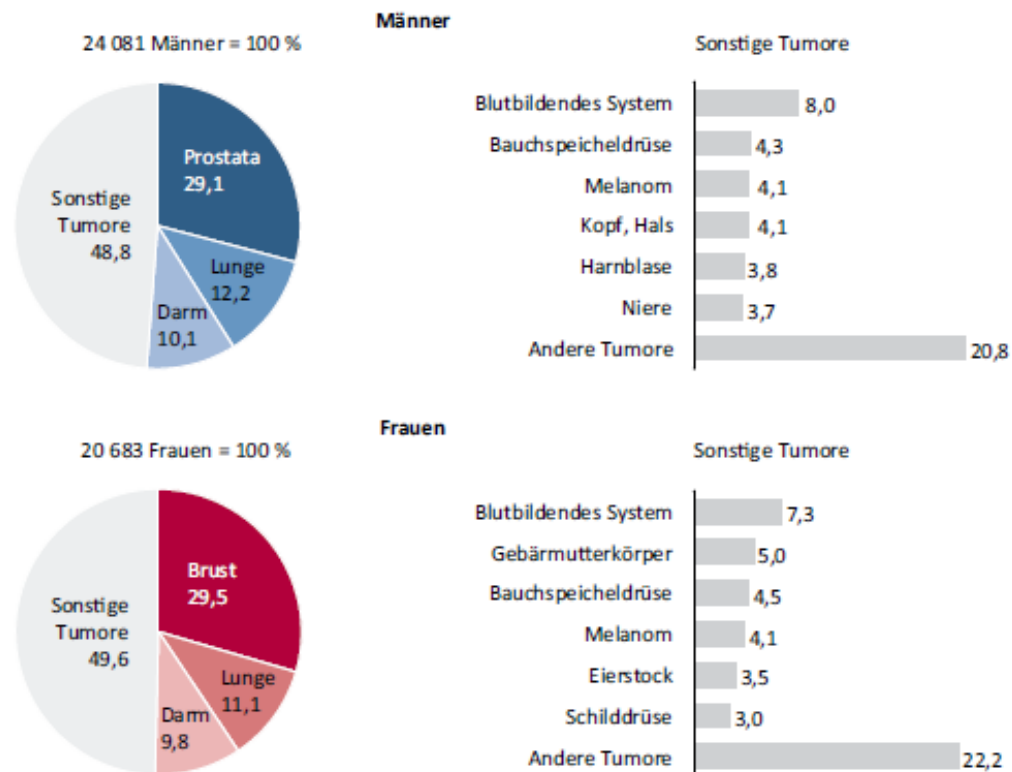
STATISTIK AUSTRIA

Krebserkrankungen in Österreich

2024

Die häufigsten Tumorlokalisationen nach Geschlecht

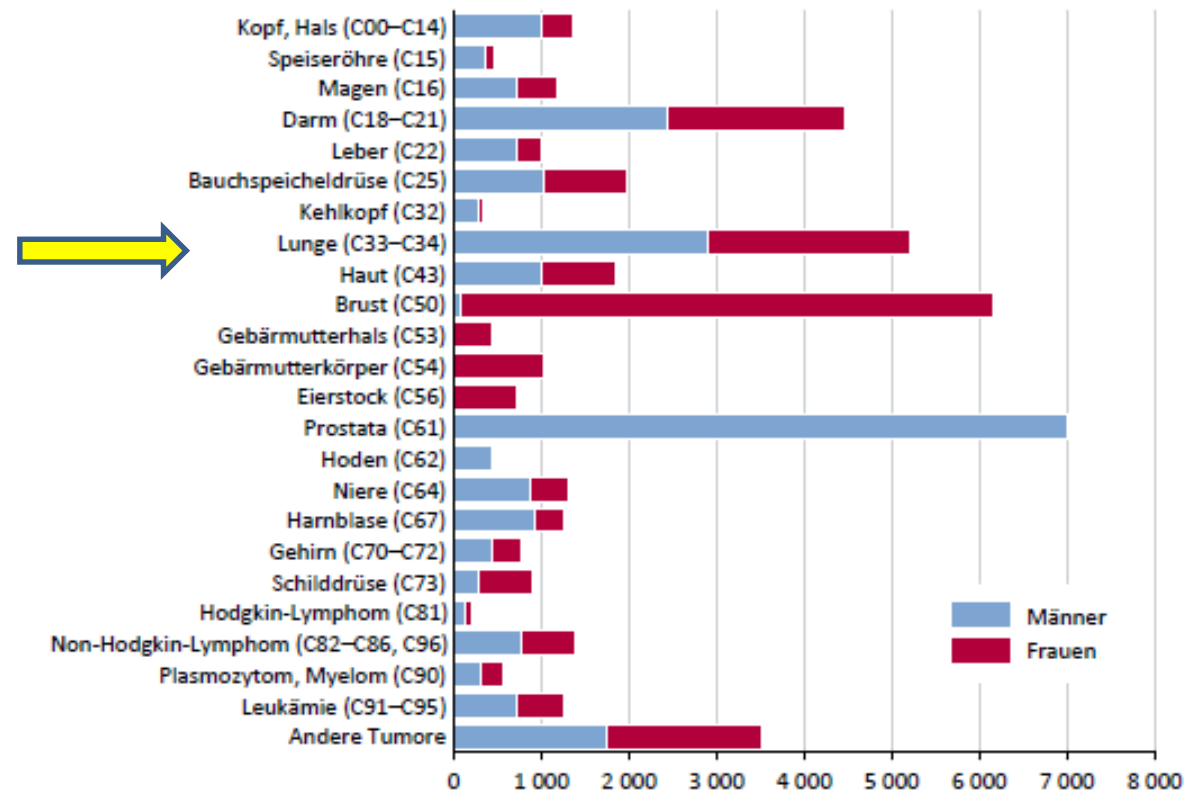
2022



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 09.01.2024) und Todesursachenstatistik. – Zugrunde liegende Zahlen siehe Tabelle auf Seite 17.

Die häufigsten Tumorlokalisationen in Absolutzahlen

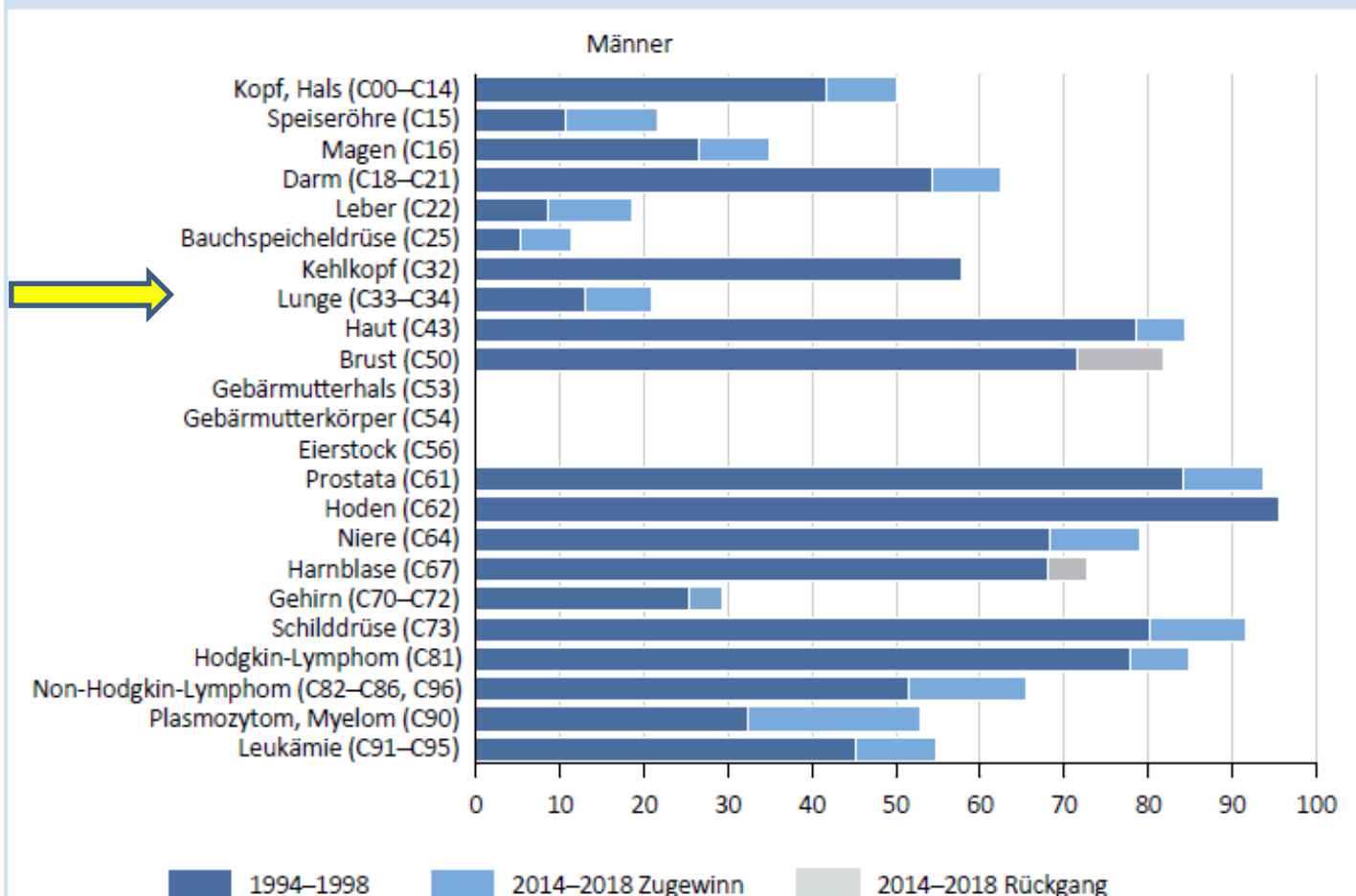
2022



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 09.01.2024) und Todesursachenstatistik. – Zugrunde liegende Zahlen siehe Tabelle auf Seite 17.

Relatives 5-Jahres-Überleben nach Lokalisationen

im Vergleich 2004 bis 2008 mit 2014 bis 2018



Entwicklung der Inzidenz und Mortalität

Lunge (C33–C34), 1990 bis 2022

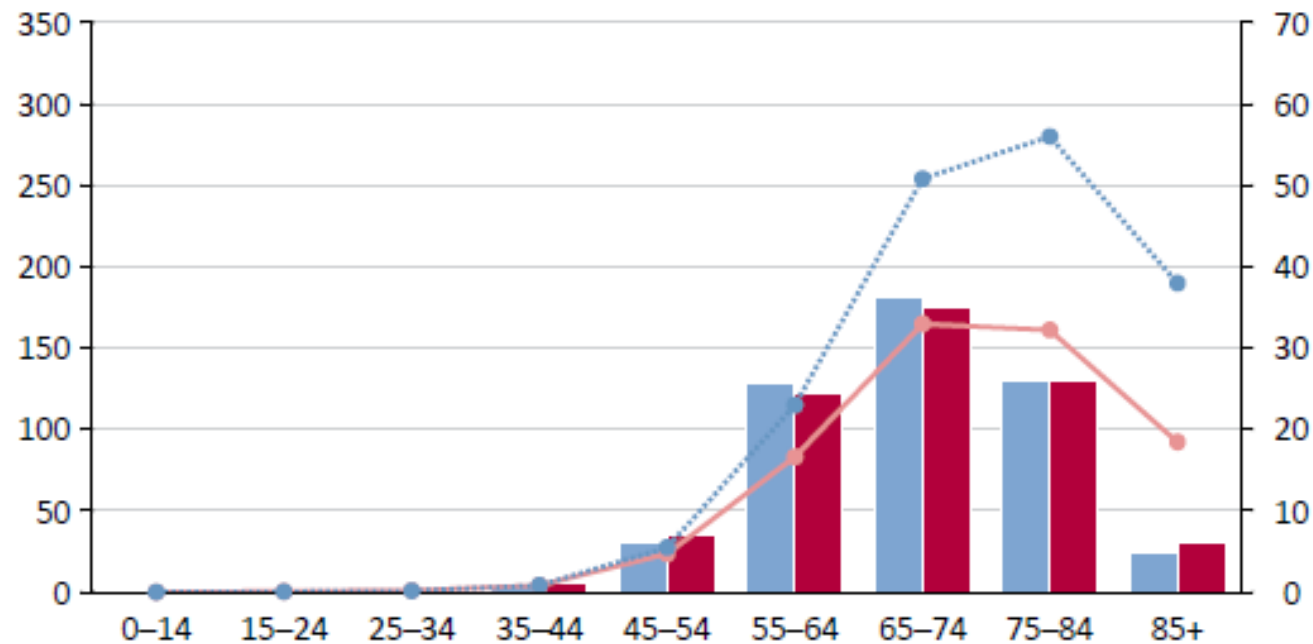
| Jahr | Inzidenz | | | | | | Mortalität | | | | | |
|------|-----------------|--------|--------|--|--------|--------|-----------------|--------|--------|--|--------|--------|
| | absolute Zahlen | | | altersstandardisierte Raten ¹ | | | absolute Zahlen | | | altersstandardisierte Raten ¹ | | |
| | Insgesamt | Männer | Frauen | Insgesamt | Männer | Frauen | Insgesamt | Männer | Frauen | Insgesamt | Männer | Frauen |
| 1990 | 3 472 | 2 597 | 875 | 56,5 | 111,2 | 23,3 | 3 179 | 2 427 | 752 | 52,1 | 106,7 | 19,8 |
| 1995 | 3 604 | 2 622 | 982 | 56,4 | 102,8 | 25,8 | 3 156 | 2 323 | 833 | 50,0 | 95,5 | 21,6 |
| 2000 | 3 842 | 2 689 | 1 153 | 57,1 | 96,9 | 29,5 | 3 269 | 2 285 | 984 | 48,9 | 85,4 | 24,9 |
| 2005 | 4 001 | 2 708 | 1 293 | 55,3 | 87,5 | 31,5 | 3 348 | 2 317 | 1 031 | 46,7 | 78,0 | 24,9 |
| 2010 | 4 416 | 2 812 | 1 604 | 56,8 | 82,2 | 37,3 | 3 652 | 2 386 | 1 266 | 47,1 | 70,9 | 29,1 |
| 2012 | 4 752 | 2 954 | 1 798 | 59,4 | 83,1 | 41,1 | 3 673 | 2 331 | 1 342 | 46,0 | 67,1 | 30,3 |
| 2013 | 4 678 | 2 833 | 1 845 | 57,6 | 77,9 | 41,9 | 3 712 | 2 411 | 1 301 | 45,8 | 68,3 | 29,0 |
| 2014 | 4 979 | 3 061 | 1 918 | 60,0 | 83,0 | 42,5 | 3 908 | 2 450 | 1 458 | 47,3 | 68,0 | 32,0 |
| 2015 | 4 998 | 3 058 | 1 940 | 59,5 | 81,2 | 42,5 | 3 889 | 2 396 | 1 493 | 46,5 | 65,1 | 32,3 |
| 2016 | 5 062 | 2 978 | 2 084 | 59,4 | 77,6 | 45,4 | 3 949 | 2 415 | 1 534 | 46,5 | 64,5 | 32,9 |
| 2017 | 4 980 | 2 923 | 2 057 | 57,6 | 75,0 | 44,0 | 3 874 | 2 402 | 1 472 | 44,9 | 63,6 | 31,0 |
| 2018 | 4 964 | 2 926 | 2 038 | 56,5 | 72,9 | 43,0 | 4 053 | 2 483 | 1 570 | 46,2 | 63,4 | 32,7 |
| 2019 | 4 989 | 2 852 | 2 137 | 55,8 | 70,2 | 44,5 | 3 991 | 2 343 | 1 648 | 44,8 | 59,1 | 33,9 |
| 2020 | 4 869 | 2 823 | 2 046 | 53,6 | 68,2 | 41,8 | 4 047 | 2 412 | 1 635 | 44,6 | 59,1 | 33,0 |
| 2021 | 5 263 | 2 947 | 2 316 | 57,3 | 70,2 | 46,8 | 4 073 | 2 348 | 1 725 | 44,4 | 57,2 | 34,6 |
| 2022 | 5 203 | 2 901 | 2 302 | 55,7 | 68,0 | 45,8 | 4 125 | 2 363 | 1 762 | 44,2 | 56,7 | 34,4 |

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 09.01.2024) und Todesursachenstatistik. – 1) Jeweils bezogen auf 100 000 Männer/Frauen, Europäische Standardbevölkerung 2013.

Altersspezifische
Inzidenz

Inzidenz

Altersverteilung
in Prozent



Altersspezifische
Inzidenz
(je 100 000)

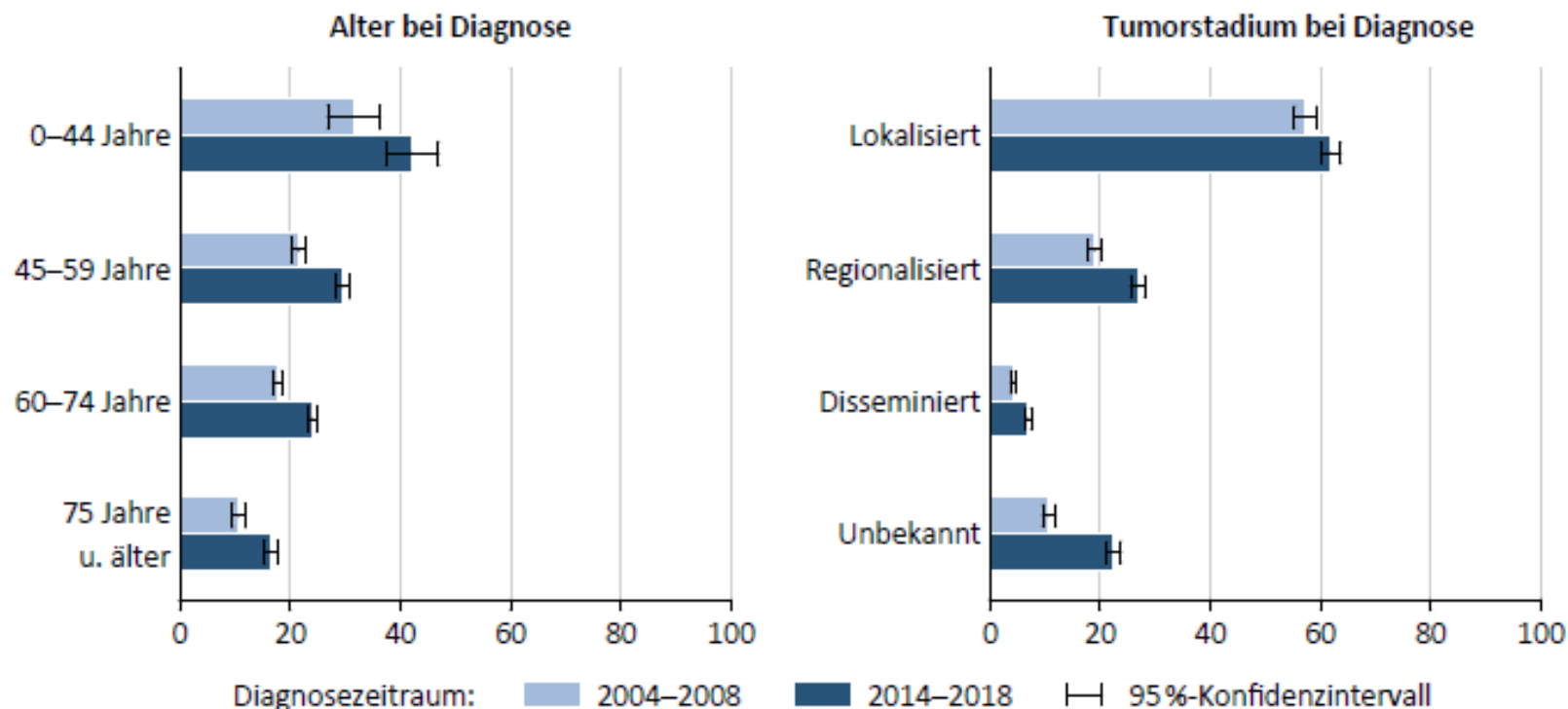
- Männer
- Frauen

Altersverteilung (%)

- Männer
- Frauen

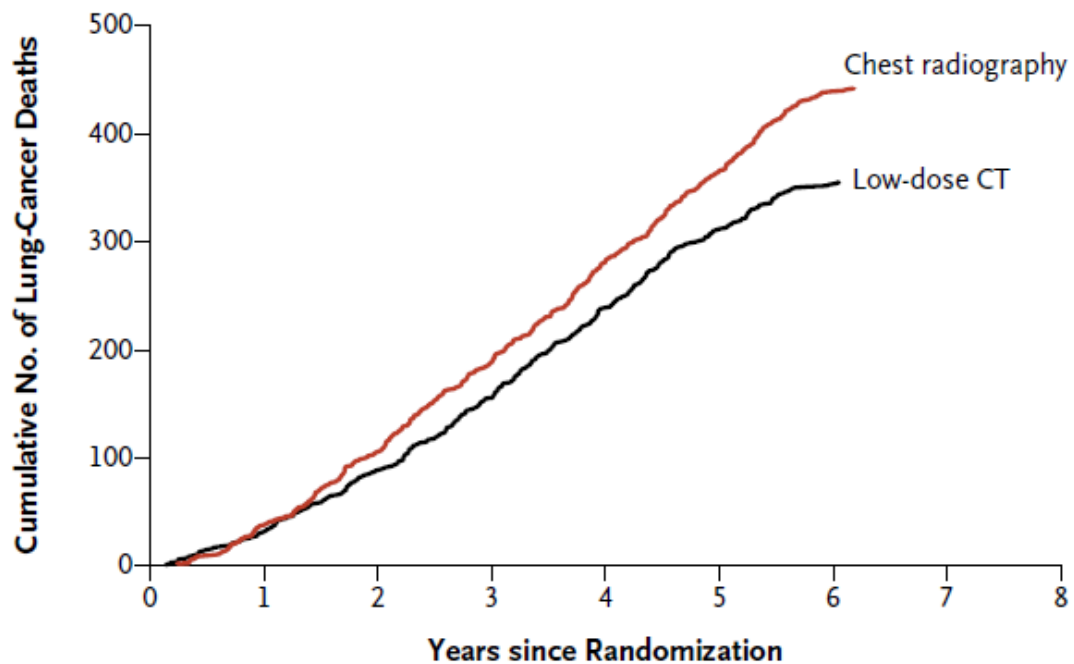
Relatives 5-Jahres-Überleben

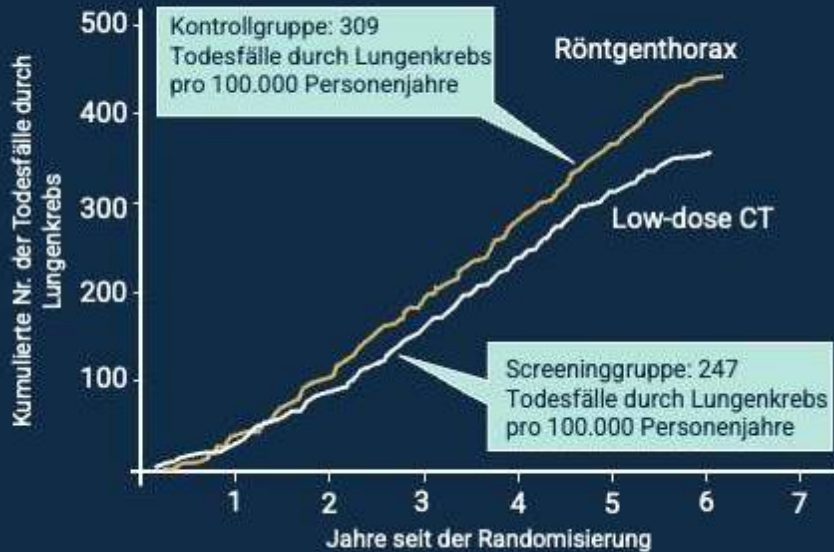
Lunge (C33–C34), in Prozent



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 09.01.2024) und Todesursachenstatistik. – Ende des Follow-up 31.12.2023. – CRS: cumulative relative survival.

B Death from Lung Cancer





Verringerung der Gesamtmortalität um 6,7 %



Number needed to screen: 320



59% männliche Teilnehmer



Etwas höherer Nutzen für Frauen (RR 0.73 vs. 0.92; $p=0.08$)

ORIGINAL ARTICLE

Reduced Lung-Cancer Mortality with Volume CT Screening in a Randomized Trial

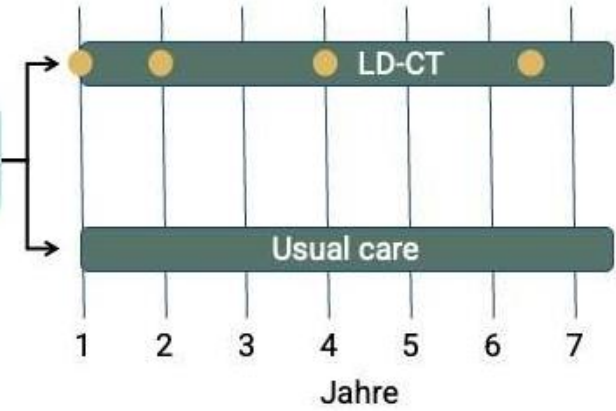
H.J. de Koning, C.M. van der Aalst, P.A. de Jong, E.T. Scholten, K. Nackaerts, M.A. Heuvelmans, J.-W.J. Lammers, C. Weenink, U. Yousaf-Khan, N. Horeweg, S. van 't Westeinde, M. Prokop, W.P. Mali, F.A.A. Mohamed Hoesein, P.M.A. van Ooijen, J.G.J.V. Aerts, M.A. den Bakker, E. Thunnissen, J. Verschakelen, R. Vliegthart, J.E. Walter, K. ten Haaf, H.J.M. Groen, and M. Oudkerk

This article was published on January 29, 2020, at [NEJM.org](https://www.nejm.org).

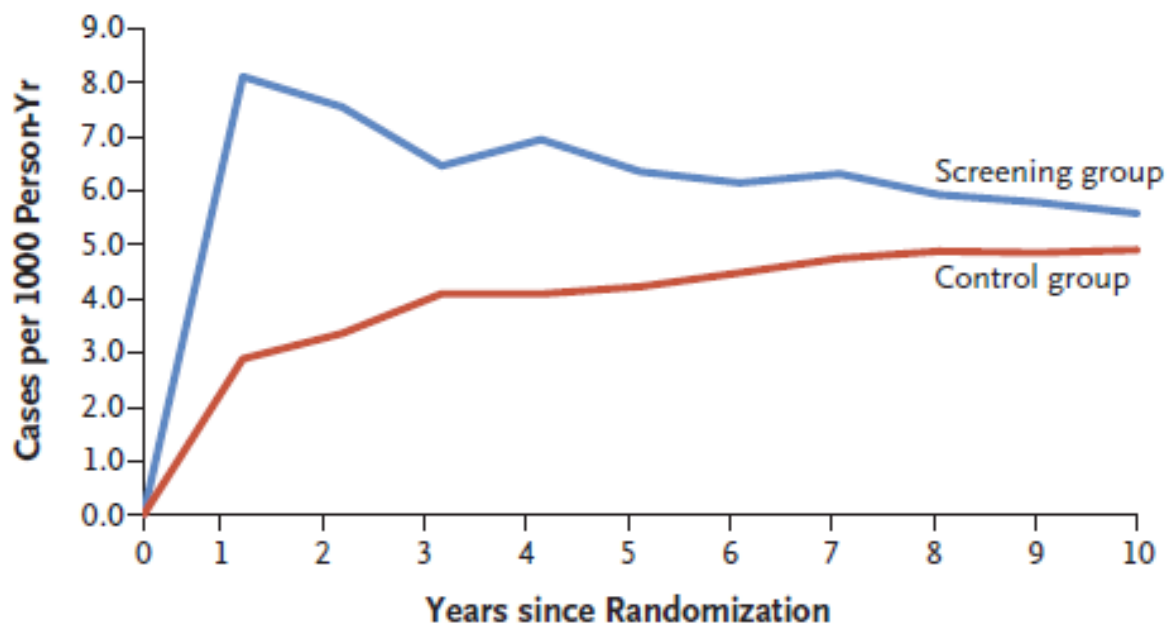
DOI: [10.1056/NEJMoa1911793](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1911793)

 Aktive Raucher (>15 PKY) oder ehemalige Raucher (<10 Jahre)
 50 bis 74 Jahre

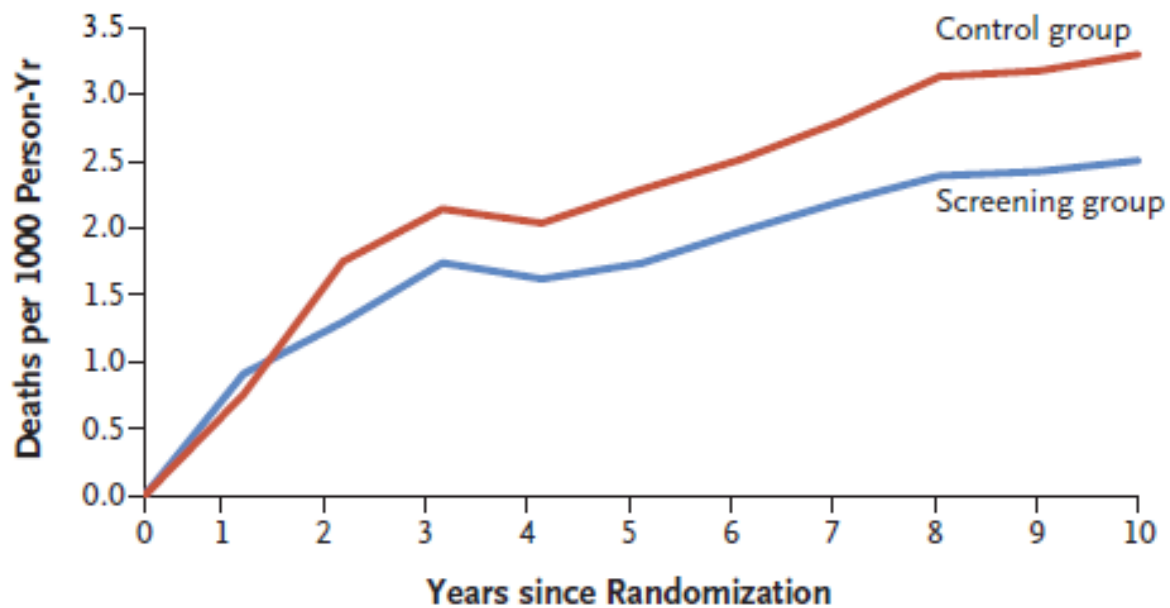
Randomisierung
1:1



A Lung-Cancer Incidence



B Lung-Cancer Mortality





24%

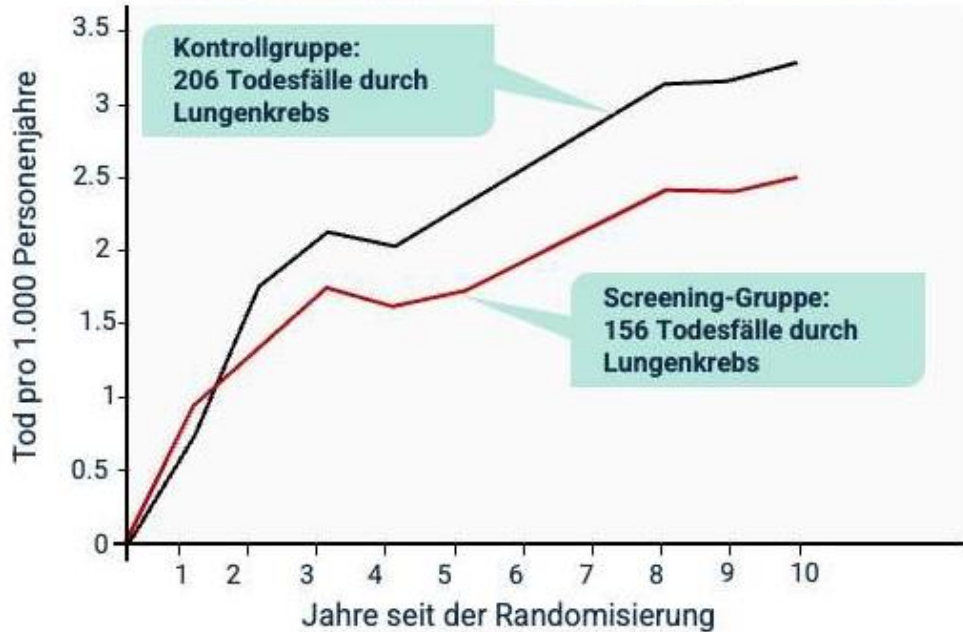
Verringerung der
Lungenkrebsmortalität durch
LDCT-Screening bei Männern



33%

Verringerung der
Lungenkrebsmortalität bei Frauen
(statistisch nicht signifikant)

Lungenkrebs-Mortalität bei männlichen Teilnehmern



Screening mit CT

Vorteile

Reduktion fortgeschrittener Stadien

Senkung der Mortalität

Gewinn an Lebensjahren



Nachteile

Falsch positive Ergebnisse

Überdiagnose, Überbehandlung

Strahlendosis

Table 2. Fleischner Society guideline stratum-specific recommendations and probability of lung cancer

| Stratum | Recommended Nodule Evaluation | Lung Nodule Patients (n = 5,444), n (%) | Lung Cancer Cases (n = 214) | 2-Year Probability of Lung Cancer (95% CI), % |
|------------------|--|---|-----------------------------|---|
| Single nodule | | | | |
| Never smoked | | | | |
| <6 mm | No follow-up | 626 (11) | 0 | 0.0 (0.0-0.6) |
| 6-8 mm | CT at 6-12 mo, consider CT at 18-24 mo | 233 (4) | 2 | 0.9 (0.2-3.1) |
| >8 mm | CT at 3 mo, PET, or biopsy | 214 (4) | 15 | 7.0 (4.3-11.2) |
| Smoked | | | | |
| <6 mm | Optional 12-mo CT | 757 (14) | 10 | 1.3 (0.7-2.4) |
| 6-8 mm | CT at 6-12 and 18-24 mo | 289 (5) | 10 | 3.5 (1.9-6.3) |
| >8 mm | CT at 3 mo, PET, or biopsy | 346 (6) | 69 | 19.9 (16.1-24.5) |
| Multiple nodules | | | | |
| Never smoked | | | | |
| <6 mm | No follow-up | 623 (11) | 2 | 0.3 (0.1-1.2) |
| 6-8 mm | CT at 3-6 mo, consider CT at 18-24 mo | 311 (6) | 1 | 0.3 (0.1-1.8) |
| >8 mm | CT at 3-6 mo, consider CT at 18-24 mo | 321 (6) | 13 | 4.0 (2.4-6.8) |
| Smoked | | | | |
| <6 mm | Optional 12-mo CT | 755 (14) | 5 | 0.7 (0.3-1.5) |
| 6-8 mm | CT at 3-6 and 18-24 mo | 467 (9) | 11 | 2.4 (1.3-4.2) |
| >8 mm | CT at 3-6 and 18-24 mo | 502 (9) | 76 | 15.1 (12.3-18.5) |

A medical professional in white scrubs is shown from the chest down, standing in a clinical setting. The background is slightly blurred, showing a white wall and a red container on a counter.

Strengthening the screening of Lung Cancer in Europe



[About](#)



[News](#)



[Contact](#)



PILOTS

Females

- Needs of females
- How to increase participation in lung cancer screening
- Liaise with breast cancer screening
- Assessed in 10 countries

Hard to reach

- Needs of marginalised and vulnerable populations
- Addressing language barriers and ethnicity
- Working with trained mediators

Comorbidities

- Special needs of high-risk populations with comorbidities
- Focussing on COPD, interstitial lung disease and cancer survivors

Detect lung cancer before it appears. Take action to learn about your lung health.

Smoking is the primary risk factor for lung cancer.

Whether you smoke, or have quit, regular checks can help improve your lung health.

Find out about lung health check-up options from your GP or visit a lung doctor.

Early detection of lung cancer is key for better treatment options.



- **Age: 55 - 74 years old**
- **Active or former smoker**
- **At least a 20 pack-year history****



The consortium consists of 33 partners from 15 EU member states

Participant countries



Austria



Belgium



Croatia



Czechia



Estonia



France



Germany



Greece



Hungary



Ireland



Italy



Netherlands



Poland



Romania



Spain

Project consortium



Montag, 7.8.2023, 08:43

Deutschland prescht bei Lungenkrebs-Screening vor

Erst vor wenigen Tagen hat die Österreichische Gesellschaft für Pneumologie (ÖGP) die Entwicklung eines Plans für ein Lungenkrebs-Früherkennungsprogramms angekündigt. Unter den mit Österreich am besten vergleichbaren Staaten prescht jetzt Deutschland vor. Ein Gesetzesentwurf legt bereits die Voraussetzungen für das Screening fest: Untersucht werden sollen starke Raucher zwischen dem 50. und 76. Lebensjahr.

red/Agenturen

Positionspapier zur Implementierung eines nationalen organisierten Programms in Deutschland zur Früherkennung von Lungenkrebs in Risikopopulationen mittels Low-dose-CT-Screening inklusive Management von abklärungsbedürftigen Screeningbefunden

Statement paper on the implementation of a national organized program in Germany for the early detection of lung cancer in risk populations using low-dose CT screening including management of screening findings

Autorinnen/Autoren

Torsten Gerriet Blum^{1,2*}, Jens Vogel-Claussen^{3,4*}, Stefan Andreas^{5,6,7}, Torsten T. Bauer¹, Jörg Barkhausen⁸, Volker Harth⁹, Hans-Ulrich Kauczor^{10,11}, Wulf Pankow¹², Katrin Welcker¹³, Rudolf Kaaks^{11,14**}, Hans Hoffmann^{15**}

Deutsche Röntgengesellschaft

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin

Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie

► **Tab. 3** Strukturelle Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen dem etablierten Mammografie-Screening-Programm und dem von den beteiligten Fachgesellschaften in diesem Positionspapier vorgeschlagenen Konzept eines LDCT-Lungenkrebs-Screening-Programms nach § 25a.

| | Mammografiescreening | Lungenkrebscreening |
|---|---|---|
| Ansatz | bevölkerungsbezogen | bevölkerungs- und risikobezogen |
| Einschlusskriterien | <ul style="list-style-type: none"> Frauen im Alter 50–69 Jahre | <ul style="list-style-type: none"> Frauen und Männer im Alter 50–75 Jahre Risikoprofil: <ul style="list-style-type: none"> Rauchdauer ≥ 25 Jahre kumulative Exposition ≥ 15 Packungsjahre Aktiv oder Rauchstopp < 10 Jahre Medizinisches Eignungsprofil |
| Zielpopulation | <ul style="list-style-type: none"> ca. 10,5 Mio. Frauen | <ul style="list-style-type: none"> ca. 3,3 Mio. Männer ca. 2,2 Mio. Frauen |
| Screeningmethode | <ul style="list-style-type: none"> Mammografie alle 2 Jahre | <ul style="list-style-type: none"> LDCT jährlich, ggf. vorgezogene Kontrollen |
| Identifikation, Einladung | <ul style="list-style-type: none"> Kostenträger Zentrale Koordinationsstelle | <ul style="list-style-type: none"> Kostenträger (Informationen zu Rauchexposition nur eingeschränkt verfügbar) alternative niederschwellige Identifikationswege Zentrale Koordinationsstelle |
| Aufbau Screeningeinheit (nur ambulant) | <ul style="list-style-type: none"> ≥ 1 Mammografieeinheiten ≥ 1 Einheiten zur Abklärungsdiagnostik (Ultraschall, Stanzbiopsie) | <ul style="list-style-type: none"> qualifizierte Ärzte zur Risiko- und Eignungsprüfung ≥ 1 CT-Einheiten: vertragsärztliche Radiologen und Radiologie eines auf Lungenkrebs spezialisiertem Zentrums keine Einheit zur Abklärungsdiagnostik |
| Ort weitere Abklärung außerhalb von § 25a, stationär bzw. ambulant (Nutzen) | <ul style="list-style-type: none"> auf Brustkrebs spezialisiertes Zentrum (Überlebensvorteil, geringere Morbidität, Reduktion von Fehlanreizen und Übertherapie) | <ul style="list-style-type: none"> auf Lungenkrebs spezialisiertes Zentrum (Überlebensvorteil, geringere Morbidität, Reduktion von Fehlanreizen und Übertherapie) |

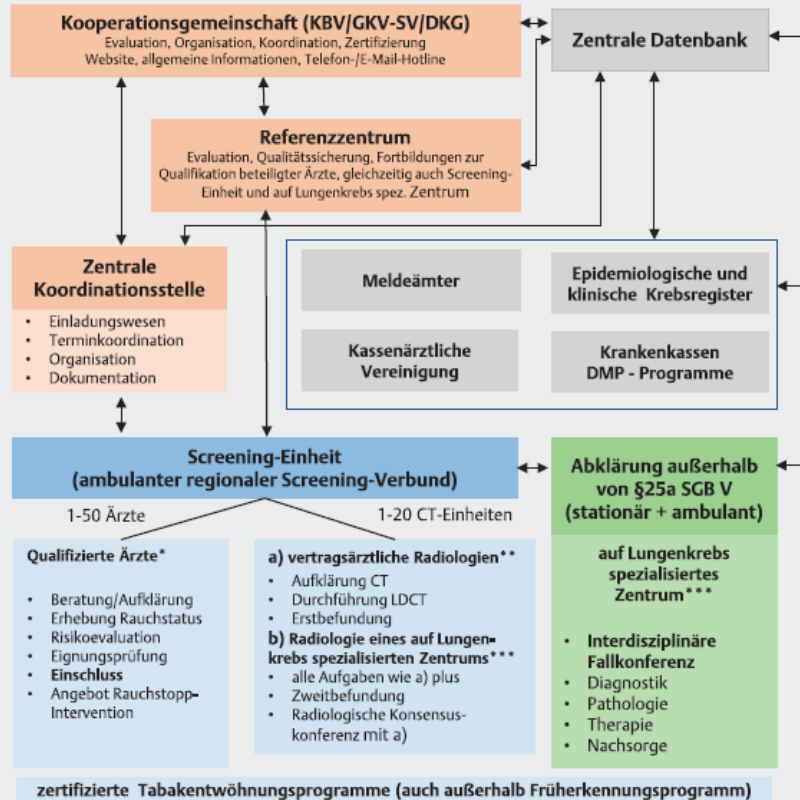
Bundesebene
1 Koordinierungsstelle

Überregional
5 Referenzzentren

Landesebene
Zentrale Koordinationsstelle
für 1-26 Screening-Einheiten

Regional
73 Screening-Einheiten

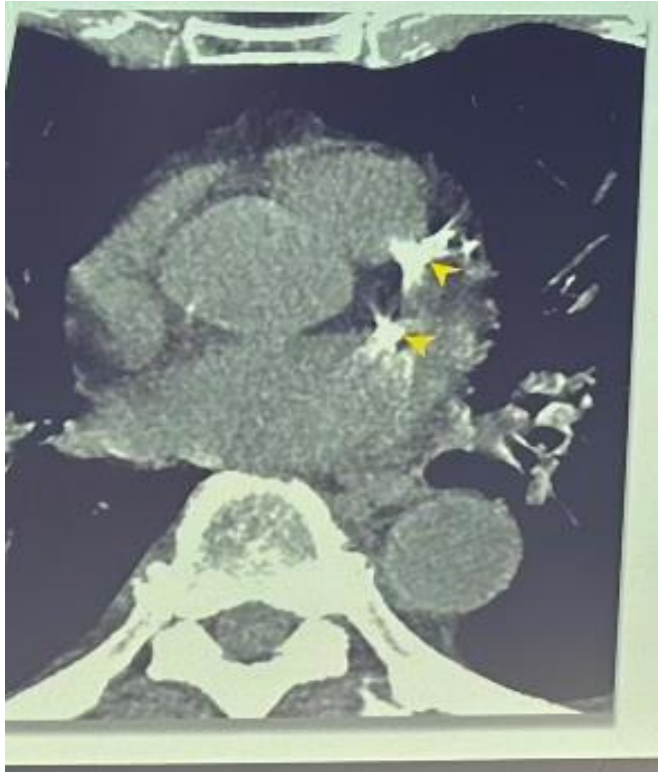
ca. 2000 qualifizierte Ärzte*
ca. 1000 assoziierte Radiologien**
mind. 73 auf Lungenkrebs
spezialisierte Zentren***



*qualifizierte Allgemeinmediziner, Internisten, Arbeitsmediziner

** mit qualifizierten Radiologen

*** Doppelfunktion als Teil der Screening-Einheit und als Abklärungseinheit



Check for updates

PULMONARY PERSPECTIVE



Leveraging Computed Tomography Imaging to Detect Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Concomitant Chronic Diseases



Wassim W. Labaki¹, Alvar Agusti^{3,4,5,6}, Surya P. Bhatt⁷, Sandeep Bodduluri⁷, Gerard J. Criner⁸, Leonardo M. Fabbri⁹, David M. G. Halpin¹⁰, David A. Lynch¹¹, David M. Mannino¹², Marc Miravittles^{6,13}, Alberto Papi⁹, Don D. Sin^{14,15}, George R. Washko^{16,17}, Ella A. Kazerooni^{1,2}, and MeiLan K. Han¹

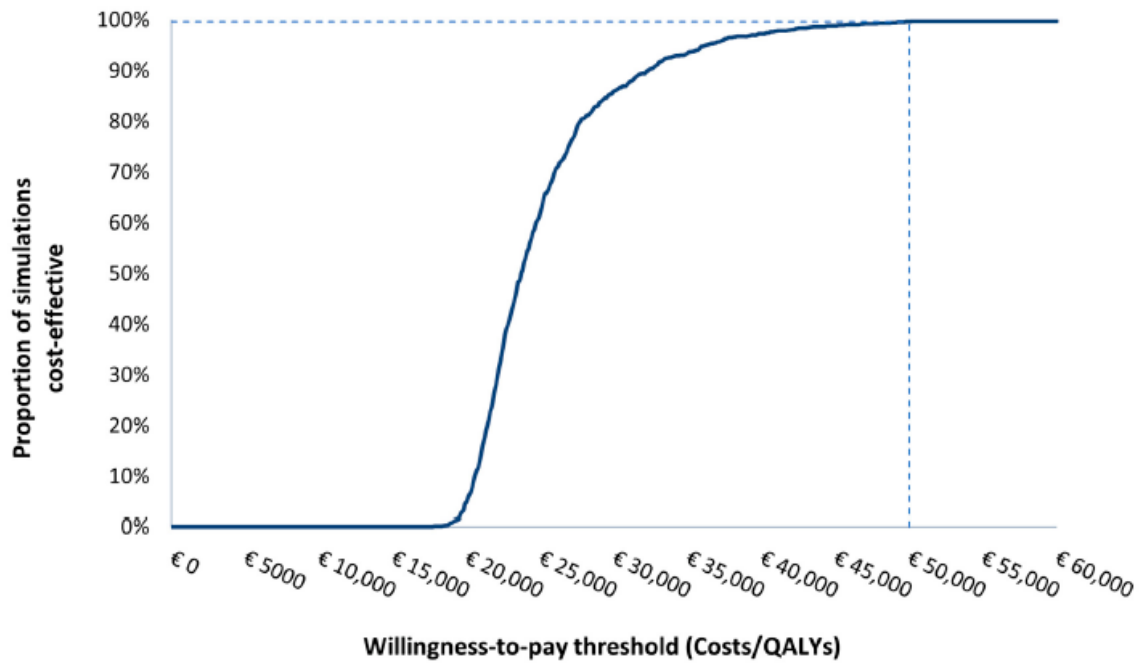
- ✓ **Coronary Artery Calcification (CAC)** is one of the **most common incidental findings on low-dose CT** ordered for lung cancer screening .
- ✓ The **addition of CAC scoring** to traditional risk factors significantly **improved cardiovascular risk stratification** and should be **leveraged to guide patient care** when available.



Article

Shall We Screen Lung Cancer with Volume Computed Tomography in Austria? A Cost-Effectiveness Modelling Study

Hilde ten Berge ^{1,*}, Dianne Ramaker ^{1,†}, Greta Piazza ¹, Xuanqi Pan ^{1,2}, Bernd Lamprecht ^{3,4} , Arschang Valipour ⁵ and Helmut Prosch ⁶ 



Cancers 2024, 16, 2623. <https://doi.org/10.3390/cancers16152623>

Simple Summary: Lung cancer screening (LCS) aims to detect lung cancer in an early stage. Currently, the majority of lung cancer cases are detected in a late stage of the disease, while early detection of lung cancer is associated with better survival rates compared to late-stage disease detection. This study aimed to assess the cost-effectiveness of LCS compared to no screening program in Austria. LCS exhibited an incremental cost-effectiveness ratio (ICER) of EUR 24,627 per quality-adjusted life year (QALY), indicating that LCS is cost-effective. Moreover, the study demonstrated that LCS could avert 11,906 premature lung cancer deaths. These findings provide valuable insights crucial for evidence-based decision making regarding the prospective implementation of LCS initiatives in Austria.



In Europa haben mehrere Länder Programme zur Früherkennung von Lungenkrebs mittels Niedrigdosis-Computertomographie (LDCT) eingeführt oder planen deren Einführung:

- **Kroatien:** Seit 2020 existiert ein nationales Lungenkrebscreening-Programm. MEDICAL TRIBUNE
- **Polen:** Ein nationales Pilotprojekt wird derzeit in ein strukturiertes nationales Screeningprogramm überführt. MEDICAL TRIBUNE
- **Tschechische Republik:** Auch hier wird ein nationales Pilotprojekt in ein strukturiertes nationales Screeningprogramm umgewandelt. MEDICAL TRIBUNE
- **Vereinigtes Königreich:** Ein schrittweises "Lung Health Check"-Programm wurde eingeführt, das Personen im Alter von 55 bis 74 Jahren anspricht, die jemals geraucht haben. SPRINGERMEDIZIN.DE
- **Deutschland:** Die Einführung eines risikoadaptierten Lungenkrebscreenings wird für Ende 2025 erwartet. Geplant ist ein LDCT-Screening für Personen im Alter von 55 bis 75 Jahren mit einer Raucheranamnese von mindestens 25 Jahren und einem Konsum von mindestens 15 Packungsjahren. MEDICAL TRIBUNE
- **Frankreich:** Ein Pilotprojekt zum Lungenkrebscreening wurde gestartet, das sich an asymptomatische Frauen im Alter von 54 bis 74 Jahren mit einer Raucheranamnese von 35 Packungsjahren richtet. SPRINGERMEDIZIN.DE
- **Schweden:** Machbarkeitsstudien für eine breite Implementierung des Lungenkrebscreenings sind weit fortgeschritten. SPRINGERMEDIZIN.DE

Wichtige Untersuchung zur Früherkennung

Lungenkrebs-CT jetzt auch ohne Symptome möglich



Ärztammer fordert wegen ÖGK-Budgetlochs Krisengipfel

Angesichts des über 900 Millionen Euro klaffenden Budgetlochs der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) für 2025 zeigt sich die Ärztekammer (ÖÄK) alarmiert. „Die Kasse als wichtige Säule der Gesundheitsversorgung wackelt immer weiter“, hielt ÖÄK-Präsident Johannes Steinhart in einer Aussendung heute fest. Die Landesvertretung fordert einen Krisengipfel.

Als Sofortmaßnahmen müssten nun nachhaltige Effizienzsteigerungen umgesetzt, die Finanzierung abgesichert sowie der einheitliche Leistungskatalog implementiert werden, so Steinhart. Letzteren hätte die Ärztekammer längst vorgelegt.

„Ein Staat wie Österreich kann und muss es sich leisten, dass die Gesundheitsversorgung eine der Kernaufgaben der Bundesregierung darstellt“, sagte wiederum Edgar Wutscher, Vizepräsident der Österreichischen Ärztekammer und Obmann der Bundeskurie niedergelassene Ärzte. In allen Bundesländern würden sich die Probleme zuspitzen, in einigen sei die ÖGK als Verhandlungspartner überhaupt inexistent. Dringend notwendig sei daher ein Krisengipfel mit allen Vertretern in der Gesundheitspolitik.

VIELEN DANK FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT
UND IHR ENGAGEMENT!

