**Ein Faktencheck der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie (ÖGP) anlässlich des Weltkrebstages am 4. Februar 2017**

**Wien, 1. Februar 2017**

**Lungenkrebs – wie stehen die Überlebenschancen?**

**Meldungen über neue Therapien, Stichwort *zielgerichtete Therapien und Immuntherapie*, legen die Vermutung nahe, dass Lungenkrebs seinen Schrecken verlieren und bald wie eine chronische Erkrankung behandelt werden könnte. Die Österreichische Gesellschaft für Pneumologie, ÖGP, geht anlässlich des Weltkrebstages der Frage nach, ob und wann dieses Szenario eintreten wird. Denn zur Zeit gilt Lungenkrebs, trotz aller Fortschritte, noch als „Killer-Erkrankung“.**

In Österreich erkranken rund 4.100 Menschen pro Jahr an Lungenkrebs, etwa 3.600 sterben jährlich daran. Als Hauptverursacher gilt das Rauchen. „Wir verstehen die molekularen Grundlagen der Krankheit heute viel besser und somit hat sich sowohl in der Diagnostik als auch der Therapie des Lungenkrebses in den letzten Jahren enorm viel getan. Doch ob Lungenkrebs in näherer Zukunft tatsächlich zu einer weitgehend behandelbaren, chronischen Erkrankung werden kann, hängt von der Art des Lungenkarzinoms sowie von verschiedenen Faktoren ab“, so OA Dr. Maximilian Hochmair, Leiter des Arbeitskreises für Pneumologische Onkologie der ÖGP.

**Lungenkrebs ist nicht gleich Lungenkrebs**

Hochmair, am Wiener Otto Wagner Spital als Leiter der Onkologischen Ambulanz und Tagesklinik tätiger Lungenfacharzt: „Beim Bronchialkarzinom geht die bösartige Zellveränderung zumeist von Schleimhautzellen der Bronchien aus. Die Zellen entarten, vermehren sich unkontrolliert und zerstören durch ihr Wachstum gesundes Lungengewebe. Aber es gibt viele unterschiedliche Ausformungen von Lungenkrebs und diese zu kennen und identifizieren, ist für die Wahl der geeigneten Therapie von großer Bedeutung.“

Man unterscheidet zwei Arten des Lungenkarzinoms: das kleinzellige (Small Cell Lung Cancer, SCLC) und das nicht-kleinzellige (Non-Small Cell Lung Cancer, NSCLC), wobei das NSCLC mit etwa 80% die deutliche Mehrheit ausmacht. OA Dr. Klaus Kirchbacher, Lungenfacharzt und Onkologe an der 2. Medizinischen Abteilung mit Pneumologie im Wilhelminenspital in Wien: „Bei beiden findet sich bei der Diagnose in etwa in zwei Drittel der Fälle bereits ein fortgeschrittenes Tumorstadium. Grundsätzlich wird beim SCLC nur in sehr frühen Tumorstadien ohne Lymphknotenbefall eine Operation angestrebt. Das steht im Gegensatz zum NSCLC, wo in bestimmten Konstellationen auch bei Lymphknotenbefall eine chirurgische Entfernung des Lungentumors ein wesentlicher Bestandteil der Behandlung ist. Weiters ist beim SCLC eine prophylaktische Ganzhirnbestrahlung, d.h. ohne Vorliegen von Gehirnmetstasen, oft ein fixer Therapiebestanteil. Beim NSCLC kommt die Bestrahlung des gesamten Gehirns oder eine gezielte Bestrahlung einzelner Läsionen nur beim Vorhandensein von Metastasen zum Einsatz. Die Chemotherapie ist beim metastasierten SCLC weiterhin die Methode der Wahl, beim metastasierten NSCLC hat sich das in letzten Jahren entscheidend geändert.“

**Biomarker weisen den Weg**

Hochmair: „Die Behandlung von Lungenkrebs hat sich in den letzten zehn Jahren grundlegend geändert und in vielen Fällen hat sich die Überlebensrate deutlich erhöht. Wir haben mit den modernen zielgerichteten Therapien, die erste kam 2009 auf den Markt, und vor allem mit der Immuntherapie heute Waffen gegen Lungenkrebs zur Hand, von denen wir vor zehn Jahren nicht zu träumen gewagt hätten. Ein enormer Fortschritt ist weiters, dass wir heute eine Vielzahl von Biomarkern kennen. Das sind charakteristische Merkmale am Tumor, die gemessen werden können. Mit ihrer Hilfe können wir sowohl prognostische Aussagen, also den Krankheitsverlauf betreffende, als auch prädiktive Aussagen, also die Wahrscheinlichkeit des Ansprechens auf ein bestimmtes Medikament, treffen. Von zunehmender Wichtigkeit sind die prädiktiven Biomarker, denn damit kann man mit hoher Wahrscheinlichkeit voraussagen, auf welche Therapieform der jeweilige Tumor voraussichtlich am besten ansprechen wird.“

**Erfolg durch personalisierten Einsatz von Immun- und zielgerichteten Therapien**

Man muss also nicht verschiedene Therapien auf ein wirksames Ansprechen hin „ausprobieren“, sondern es kommt, vereinfacht gesagt, gleich die erfolgversprechendste Therapie zur Anwendung. Hochmair: „Dadurch vermeidet man die Gabe von den Organismus belastenden Therapien, die bei dem jeweiligen spezifischen Tumor geringe oder keine Wirksamkeit hätten. Dadurch wird wertvolle Zeit gewonnen, den Patienten viel Leid erspart und die Erfolgsquote enorm erhöht.“

OA Dr. Hochmaier verdeutlicht dies am Beispiel des Biomarkers EGFR: „Der EGF-Rezeptor wird in verschiedenen [Tumorarten](https://de.wikipedia.org/wiki/Tumor) hochreguliert und/oder in mutierter Form vorgefunden, was dazu führt, dass die Tumorzellen unkontrolliert wachsen und sich vermehren. Als Folge davon kommt es bei Tumoren, die diesen Biomarker aufweisen, oft auch zu einer verstärkten [Metastasenbildung](https://de.wikipedia.org/wiki/Metastasen), also zur Absiedelung von Krebszellen in andere Regionen des Körpers. Moderne zielgerichtete Krebstherapien zielen darauf ab, dieses onkogene Signal von EGFR zu blockieren und somit das Tumorwachstum zu unterbinden. Liegt also eine EGFR-Mutation im Tumorgewebe vor, wird der Patient bereits in der Erstlinientherapie mit einer zielgerichteten Therapie behandelt. Die Vorteile liegen auf der Hand: Verträglichkeit, Ansprechrate und Überleben sind der Chemotherapie klar überlegen. Und außerdem kann der Patient, da das Medikament oral eingenommen wird, die Therapie zu Hause anwenden und sich weitere Krankenhausaufenthalte ersparen. Irgendwann aber beginnt der Tumor sich auf das Medikament ‚einzustellen‘, er entwickelt eine Resistenz, und beginnt dann leider wieder zu wachsen. Doch auch diese Mechanismen verstehen wir heute besser und können durch verschiedene neue Verfahren – wie zum Beispiel die Liquid Biopsy, bei der man Tumorzellen oder Tumor-DNA im Blut analysiert – abschätzen, welche Zweitlinientherapie nun am erfolgversprechendsten ist.“ Ein anderes Beispiel ist der PDL1-Biomarker: Liegt eine hohe PDL1-Expression im Tumorgewebe vor, was auf rund ein Drittel der Patienten mit NSCLC zutrifft, weiß man heute, dass sie von einer Immuntherapie bedeutend mehr profitieren als von einer Chemotherapie. Hochmair: „Und auch die Immuntherapie ist der Chemotherapie hinsichtlich Ansprechrate, Überleben, Verträglichkeit und Lebensqualität bei diesen Patienten weit überlegen. Die Immuntherapie ist überhaupt einer der größten Hoffnungsträger bei Lungenkrebs.“

**Auch Nichtraucher können an Lungenkrebs erkranken – Symptome ernst nehmen**

„Was vielen nicht bewusst ist: Auch wenn Rauchen der Hauptrisikofaktor für Lungenkrebs ist, erkranken auch rund 15% der Nichtraucher daran. Passivrauchen, Luftverschmutzung oder andere umwelt- oder auch arbeitsbedingte Belastungen, wie Staub, Asbest, Teer u.a. sind nur einige der Risikofaktoren, die zur Entstehung eines bösartigen Lungentumors führen können. Ein familiäres Risiko entsprechend einer genetischen Belastung spielt nur eine untergeordnete Rolle“, so Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Hilbe vom Wilhelminenspital, Wien. Von entscheidender Bedeutung sei die Früherkennung, so Hilbe weiter, „neben auffälligen Symptomen wie lang andauernder Husten vor allem mit blutigem Auswurf, können auch scheinbar harmlose Symptome wie unerklärlicher Gewichtsverlust, ein allgemeines Schwächegefühl aber auch Heiserkeit Anzeichen für Lungenkrebs sein.“

**Hoffnungsträger Lungenkrebs-Screening?**

Das Heimtückische ist: Lungenkrebs zeigt im Frühstadium in der Regel keine Symptome. Daher wird er zumeist erst in einem deutlich fortgeschrittenen und somit prognostisch ungünstigen Stadium diagnostiziert. Ein Früh-Test, ein Lungenkrebs-Screening bei Risikogruppen, würde daher ein weiterer wichtiger Eckpfeiler sein.

„Eine systematische, qualitätsgesicherte und nach evidenzbasierten Kriterien durchgeführte Früherkennung durch ein Screening von Personen mit hohem Lungenkrebsrisiko, wie starke Raucher, die älter als 55 Jahre sind und eine Packung Zigaretten oder mehr über 30 Jahre hindurch geraucht haben, würde sich auszahlen und Leben retten, so Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Helmut Prosch von der Universitätsklinik für Radiologie und Nuklearmedizin der MedUni Wien. „Durch ein jährliches Screening mittels Niedrig-Dosis-CT (Anm.: spezielle Form der Computertomographie) kann die Lungenkarzinom-Sterblichkeit um 20%, reduziert werden.“ Dies konnte 2011 in einer großen amerikanischen Studie, dem National Lung Screening Trial, gezeigt werden.

Prosch: „In Europa gibt es zurzeit außer im Rahmen von Studien nur wenige Screeningprogramme. Die Zurückhaltung, ein Lungenkarzinom-Screening auch in Europa zu etablieren, liegt zum Teil darin, dass es derzeit noch unklar ist, inwieweit sich die Studiendaten aus den USA auf die einzelnen Länder in Europa übertragen lassen.“ Antworten zu einigen Aspekten dieser Frage erwartet man sich aus derzeit noch nicht abgeschlossenen europäischen Studien, deren Ergebnisse erst in einigen Jahren publiziert werden. Prosch: „In Europa laufen derzeit eine Reihe vergleichbarer Screening-Studien, um weitere Evidenz für den Nutzen dieser Früherkennungs-Strategie zu schaffen. Natürlich wäre es wünschenswert, auch in Österreich und anderen zentraleuropäischen Ländern durch die Einführung eines Lungenkrebs-Screenings dazu beitragen zu können, die hohe Lungenkrebssterblichkeit zu senken. Aber dazu brauchen wir valide Daten und müssten darauf basierend die notwendigen Rahmenbedingungen schaffen.“

**Wird Lungenkrebs in absehbarer Zukunft heilbar sein?**

Maximilian Hochmair: „Generell dürfen wir hoffen, denn wir verstehen immer mehr die der Erkrankung zugrunde liegenden Mechanismen. Dementsprechend kommen laufend neue Medikamente auf den Markt, wobei hier vor allem die Erfolge der Immuntherapie, die selbst bei fortgeschrittenem Lungenkrebs bedeutende Erfolge erzielt, Anlass zu großer Hoffnung geben. Ein Maßnahmenpaket bestehend aus möglichst frühzeitiger Diagnostik, weiterer Erforschung der Krankheitsmechanismen sowie die Entwicklung neuer und der dank neuer Biomarker verbesserte Einsatz vorhandener Therapien sollten uns diesem Ziel näher bringen“

Doch am besten wäre es, das Entstehen von Lungenkrebs einzudämmen. Hochmair: „Die Raucherprävention ist und bleibt die sinnvollste Maßnahme gegen Lungenkrebs. Denn in rund 85 bis 90% aller Fälle ist Rauchen der Auslöser für Lungenkrebs.“

**Es ist nie zu spät, mit dem Rauchen aufzuhören!**

Univ.-Prof. Dr. Meinhard Kneussl, Präsident der ÖGP: „Mehrere Untersuchungen belegen einen beträchtlichen ‚Rückgewinn‘ an Lebenszeit, selbst wenn man das Rauchen erst mit 55 Jahren beendet. Aber natürlich sollte man so früh wie möglich damit aufhören und am besten erst gar nicht damit anfangen! Deshalb sind Präventionsprogramme, Raucherentwöhnungsprogramme und Nichtraucherschutz von so enormer Bedeutung. Das sollten wir gerade an einem Tag wie dem Welt-Krebs-Tag nicht vergessen.“

**\*** *Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde im Text auf eine gendergerechte Schreibweise verzichtet. Sofern nicht anders vermerkt, gelten alle Bezeichnungen sowohl für Frauen als auch für Männer.*

**Kontakt** (alphabetisch gereiht)

**Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Hilbe**

Abteilungsvorstand 1. Medizinische Abteilung, Zentrum für Onkologie und Hämatologie mit Ambulanz und Palliativstation, Pav. 23, Wilhelminenspital

Montleartstraße 37

1160 Wien

+43-1-491 50-2103

E-Mail: wolfgang.hilbe@wienkav.at

**Oberarzt Dr. Maximilian Hochmair**Leiter des Arbeitskreises für „Pneumologische Onkologie” der ÖGP

Leiter der Onkologischen Ambulanz und Tagesklinik - Pav. Leopold I,  
Respiratory Oncology Unit (ROU)   
Otto-Wagner-Spital  
Sanatoriumstraße 2  
1140 Wien

+43-1-910 60-41824  
E-Mail: [maximilian.hochmair@wienkav.at](mailto:maximilian.hochmair@wienkav.at)

**Oberarzt Dr. Klaus Kirchbacher**2. Medizinische Abteilung mit Pneumologie, Wilhelminenspital Wien  
Montleartstraße 37  
1160 Wien  
+43-1-49150-2207  
[klaus.kirchbacher@wienkav.at](mailto:klaus.kirchbacher@wienkav.at)

**Univ.-Prof. Dr. Meinhard Kneussl**

Präsident der ÖGP, Vorstand der 2. Medizinischen Abteilung mit Pneumologie, Wilhelminenspital Wien, Medizinische Universität Wien

Montleartstraße 37

1160 Wien

+43-1-49150-2207

E-Mail: [meinhard.kneussl@wienkav.at](mailto:meinhard.kneussl@wienkav.at)

**Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Helmut Prosch**Universitätsklinik für Radiologie und Nuklearmedizin   
MedUni Wien/AKH   
Währinger Gürtel 18 - 20  
1190 Wien

+43-1-40400-48180  
E-Mail: [helmut.prosch@meduniwien.ac.at](mailto:helmut.prosch@meduniwien.ac.at)

**Rückfragen Presse**

**Urban & Schenk medical media consulting**

Barbara Urban: +43 664/41 69 4 59, [barbara.urban@medical-media-consulting.at](mailto:barbara.urban@medical-media-consulting.at)

Mag. Harald Schenk: +43 664/160 75 99, [harald.schenk@medical-media-consulting.at](mailto:harald.schenk@medical-media-consulting.at)