

Verlässlichkeit des Pap-Abstrichs

Eine neue Studie zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs in Österreich legt dringenden Handlungsbedarf nahe: Die Qualität der Pap-Abstriche lässt zu wünschen übrig.

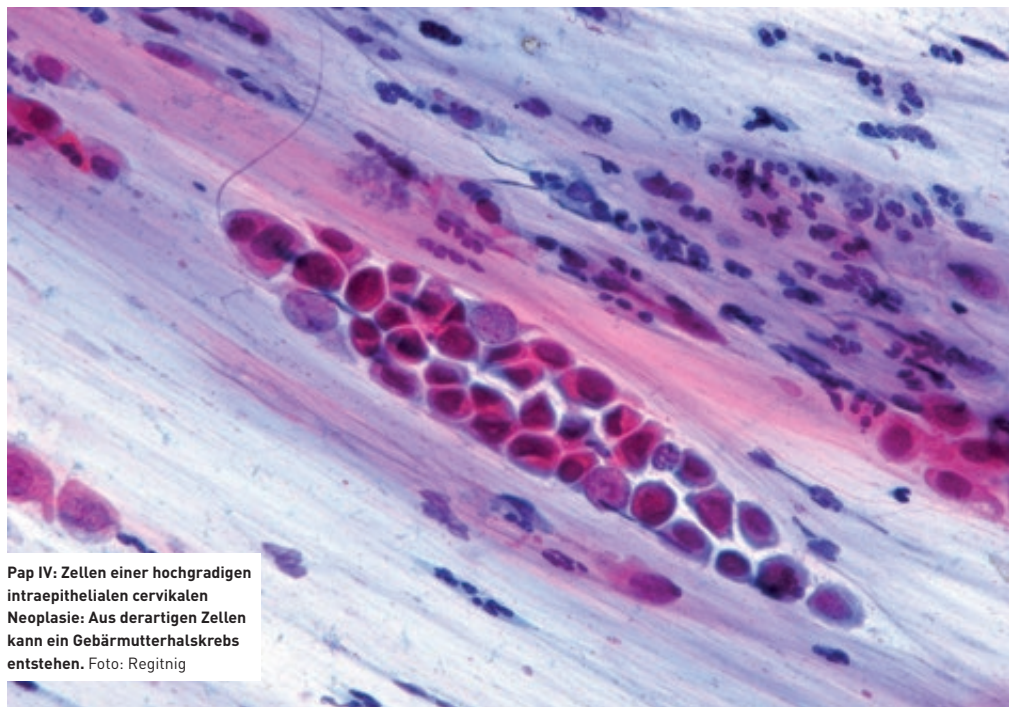
Éva Rásky, Peter Regitnig

Seit 1974 werden in Österreich Frauen spezifische Maßnahmen zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs empfohlen. Ab dem 18. Lebensjahr bezahlen die gesetzlichen Krankenkassen einen jährlichen Pap-Abstrich. Die Gynäkologin oder der Gynäkologe entnimmt mit einem Spatel oder einer Bürste Zellen von der Oberfläche des Muttermundes und des Gebärmutterhalskanals der Frau. In der als konventionell bezeichneten Zytologie werden die abgestrichenen Zellen dann auf Glas-Objektträger aufgetragen, fixiert und an ein Labor gesendet. Nach dem Anfärben beurteilen zytologisch geschulte biomedizinische Analytikerinnen und Zytologinnen das Präparat mikroskopisch. Sie geben die Abstrichqualität an und untersuchen die Probe nach auffälligen Zellen/Dysplasien. Die Österreichische Gesellschaft für Zytologie gibt Standards zur Klassifizierung vor. Die Bewertung ist subjektiv, verschiedene Personen können und auch dieselbe Person kann zu jeweils unterschiedlichen Ergebnissen kommen.

Ziel der Früherkennung ist, Dysplasien zu erkennen, um die Entwicklung eines Gebärmutterhalskrebses durch frühzeitige spezifische Interventionen zu verhindern. Durch das derzeit bestehende Vorgehen konnten die Erkrankungen an Gebärmutterhalskrebs um rund zwei Drittel reduziert werden.

Impfung und neue Strategien der Früherkennung

Gebärmutterhalskrebs kann eine seltene Spätfolge einer langandauernden Infektion mit bestimmten humanen Papillomviren (HPV) sein, die sexuell und über Haut-zu-Haut-Kontakt übertragen werden. Seit 2006 gibt es die Möglichkeit, sich gegen einen Großteil der HPV-Typen impfen zu lassen, die zu einem Gebärmutterhalskrebs führen können. Die Impfung wird für Burschen und



Pap IV: Zellen einer hochgradigen intraepithelialen cervikalen Neoplasie: Aus derartigen Zellen kann ein Gebärmutterhalskrebs entstehen. Foto: Regitnig

Mädchen ab dem neunten Lebensjahr empfohlen. Sie wird für die Zielgruppe in Österreich ab Februar 2014 kostenfrei angeboten. Sicher ist, dass trotz HPV-Impfung Früherkennungsmaßnahmen für alle Frauen notwendig sein werden.

Krebsfrüherkennung und Pap-Screening

Wenn Krebsfrüherkennung innerhalb eines systematischen Programms durchgeführt wird, bedeutet dies, eine Bevölkerungsgruppe zu definieren, die davon einen Nutzen hat, mittels Testverfahren die Zielgruppe in vorgegebenen Intervallen einzuladen und zu untersuchen und bei Auffälligkeiten therapeutische Maßnahmen zu setzen. Viele Personen müssen sich untersuchen lassen, damit Wenige den Nutzen einer frühen Diagnose haben und im besten Fall dadurch ihr Leben verlängert wird. Falsche Ergebnisse können bei den Teilnehmerinnen zu einer trügerischen Sicherheit oder zu unnötigen Eingriffen führen (siehe Kasten „Überdiagnose und

Übertherapie“). Qualitätssichernde Maßnahmen sind notwendig, um diese Gefährdung möglichst weitgehend zu reduzieren.

Die Entscheidung über die Einführung einer Früherkennungsmaßnahme erfordert bereits im Vorfeld eine sorgfältige Abwägung der Vor- und Nachteile. Dabei fließen Werturteile mit ein. Grundlage sollten aber medizinisch-wissenschaftliche Analysen zum gesundheitlichen Nutzen und Schaden der Zielgruppe sein. Das Europäische Parlament zieht eine positive Bilanz und empfiehlt die Einführung eines organisierten Gebärmutterhalskrebs-screenings in den Mitgliedstaaten. Entwickelt wurden hierzu qualitätssichernde Vorgaben, die auch Standards für die Information von interessierten Personen beinhalten. Eine Arbeitsgruppe hat daran angelehnt Empfehlungen für eine qualitätsgesicherte Gebärmutterhalsfrüherkennung für das Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend zusammengestellt, die nicht veröffentlicht wurden.

In Österreich wird die Früherkennung als opportunistisches Pap-Screening durchgeführt. Das heißt konkret, dass es keine Einladung zu einer Screening-Untersuchung gibt und es von der Eigeninitiative der Frau abhängt, ob sie eine Gynäkologin oder einen Gynäkologen aufsucht. Daten von Krankenversicherungsträgern zeigen, dass sozioökonomisch schlechter gestellte Frauen gegenüber denen mit höherem Sozialstatus weniger häufig Pap-Abstriche erhalten. Eine Qualitätssicherung des opportunistischen Screenings findet nur partiell statt.

Studie zur Qualität von Pap-Abstrichen

In einer kürzlich publizierten Studie¹ wurden die Daten der zytologischen Labors, die an der freiwilligen Selbstkontrolle teilnehmen, ausgewertet. Die Daten stammen aus einer Datenbank, die zur Sicherung der Qualität im Bereich Pap-Abstrich eingerichtet worden war. Analysiert wurden die von Gynäkologinnen und Gynäkologen in den Jahren 2004 bis 2008 eingesandten Pap-Zellproben hinsichtlich Abstrich- und Befundungsqualität. Von den 35 teilnehmenden Labors konnten für die

Defizite gibt es in der Abnahme und in der Begutachtung.

Abstriche. Dies limitiert die Aussagekraft der Studie hinsichtlich Repräsentativität, weist aber auf einen Qualitätsmangel hin, nämlich den, dass Daten fehlen. Das heißt, dass die Datenakquirierung auf freiwilliger Basis, wie es bisher die Praxis ist, nicht ausreicht.

Eine vollständige Datenerhebung und -analyse bilden die Grundlage, um den tatsächlichen Nutzen und Schaden durch die Früherkennung ermes-sen zu können.

Alarmierende Ergebnisse

Auch wenn man die Einschränkung durch den Datenmangel berücksichtigt, sind die Ergebnisse der Auswertung alarmierend. Dies gilt sowohl für die Entnahme als auch für die Beurteilung der Abstriche: Jeder einzelne Abstrich wird zuerst hinsichtlich der Qualität vom Labor beurteilt. Nur gut beurteilbare und repräsentative Abstriche haben eine hohe Aussagekraft. Eingeschränkte Qualität sollte in maximal zehn Prozent aller eingesandten Pap-Abstriche in einem Jahr vorkommen. Dieser Maximalwert wurde allerdings in nur vier der 15 untersuchten Labors unterschritten. Nicht beurteilbare Abstriche (bezeichnet als Pap-O) sollten unter zwei Prozent aller Einsendungen betragen. Dies wurde in 13 von 15 Labors erreicht. Pap-O-Abstriche müssen wiederholt werden.

Beide Ergebnisse weisen auf Mängel in der Pap-Abstrich-Abnahme durch Ärztinnen und Ärzte hin. Auch die Trendanalyse zeigte keine Verbesserungen über den Untersuchungszeitraum. Fortschritte in der Abnahmetechnik wären durch die Rückmeldungen zu erwarten gewesen. Denn die Labors, die an der freiwilligen Selbstkontrolle teilnehmen, melden systematisch die Pap-Ergebnisse mit der jeweiligen Abstrichqualität an die einsendenden Gynäkologinnen und Gynäkologen.

Die Güte der Begutachtung der Pap-Abstriche durch Mitarbeiterinnen in den zytologischen Labors wurde mithilfe eines Surrogat-Parameters ge-

Welche Maßnahmen sind erforderlich?

1. Die Zielgruppe und die Untersuchungsintervalle sind anhand wissenschaftlicher Erkenntnisse durch Fachleute zu definieren.
2. Die Ergebnisse der Definition der Zielgruppe sollten veröffentlicht werden, um die Akzeptanz bei allen Beteiligten zu erhöhen.
3. Eine einheitliche wissenschaftliche Strategie, die neuere Erkenntnisse zur HPV-Testung und -Impfung berücksichtigt, sollte durch ein Gremium, deren Mitglieder die spezifische wissenschaftliche Expertise haben, erarbeitet werden.
4. Qualitätsgesichert sollte die WHO-Strategie und die Empfehlungen der Europäischen Kommission mit adäquater Finanzierung der Leistungen umgesetzt werden.
5. Ausrollung der bereits in einzelnen Bundesländern durchgeführten Fortbildungen für Gynäkologinnen und Gynäkologen in ganz Österreich.
6. Die Prozesse und die Daten im Zusammenhang mit der Früherkennung sollten dokumentiert, analysiert und veröffentlicht werden.
7. Wünschenswert wäre der Aufbau eines zentralen Registers von Pap-Abstrichen, um effektiv die Korrelation zwischen zytologischem und histologischem Testergebnis zu prüfen und damit die Qualitätssicherung zu verstärken.

prüft. Das Verhältnis der Pap-Gruppen I/II (leichte bzw. mäßige Zellveränderungen) zu Pap-IV-Gruppen (mäßige bis schwere Zellveränderungen) sollte – durch Studien belegt – etwa 4:1 sein. Nur fünf der 15 Labors lagen im Beobachtungszeitraum in diesem Bereich. Auch in der Begutachtung von Pap-Abstrichen durch Zytologinnen waren somit Defizite festzustellen. Denn der gewählte Surrogat-Parameter weist auf einen Interpretationsfehler bei der Beurteilung von Pap-Abstrichen hin, nicht auf einen Screeningfehler, was bedeuten würde, dass Dysplasien übersehen wurden. Die Klassifizierung bedeutet für die Frauen unterschiedliches therapeutisches Vorgehen, je nach Pap I/II- oder Pap IV-Klassifizierung.

Diese Studie zeigt insgesamt, wie wichtig eine durchgehende Qualitätssicherung in der Früherkennung wäre. Dazu gehört die

Früherkennung braucht durchgehende Qualitätssicherung.

Definition der Zielbevölkerung und der Intervalle, die Wahl der Strategie, die Sicherung der Qualität der Abnahme und der Qualität der Beurteilung sowie Dokumentation, Monitoring, regelmäßige Analyse und die Veröffentlichung

der Ergebnisse. Nur durch diese Qualitätssicherung kann Schaden und Nutzen – Wiegen in falscher Sicherheit, Beunruhigung von Frauen, unnötige Eingriffe mit möglichen Spätfolgen wie Frühgeburtlichkeit, aber auch Lebensverlängerung – für die teilnehmenden Frauen beurteilt werden (siehe Kasten „Überdiagnose und Übertherapie“).

Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse ist es sehr fraglich, dass dies durch ein opportunistisches Screening sichergestellt werden kann. Wie von der Europäischen Kommission empfohlen, sollte ein systematisches qualitätsgesichertes Programm-Screening etabliert werden. Die Gewährleistung von mehr Transparenz für die Teilnehmerinnen ist für die Entwicklung der Qualität unabdingbar.* Vorarbeiten hierzu sind bereits geleistet worden. ::

Überdiagnosen und Übertherapien

Im Zusammenhang mit der Krebsfrüherkennung versteht man im Public-Health-Bereich unter Überdiagnose das Entdecken einer sogenannten Pseudoerkrankung. Dies sind durch Screening festgestellte pathologische Veränderungen, für welche die Definition Krebs zutrifft, die aber nie soweit fortschreiten, dass sie Symptome beim Menschen verursachen.

Da keine Marker bekannt sind, die eine Zurückbildung oder ein Fortschreiten eindeutig anzeigen können, ist die Konsequenz einer Überdiagnose eine Übertherapie: chirurgische Eingriffe, Chemotherapie oder Bestrahlung, welche für die Patientin keinen Nutzen, sondern nur nachteilige Effekte haben. Die Größenordnung des Schadens im Zusammenhang mit der Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung zu berechnen, ist in Österreich aus Mangel an Daten nicht möglich.



¹ Rásky É et al (2013): Quality of screening with conventional Pap smear in Austria – a longitudinal evaluation. BMC Public Health, 13:998. Zugang: www.biomedcentral.com/1471-2458/13/998, Zugriff: 8.1.2014.

* Informationen dazu unter anderem unter www.fgz.co.at

Literatur bei den Verfassern.

Universitätsprofessorin Dr. Éva Rásky,
Institut für Sozialmedizin
und Epidemiologie,
Medizinische Universität Graz
eva.rasky@medunigraz.at



Universitätsprofessor Dr. Peter Regitnig,
Institute für Pathologie,
Medizinische Universität Graz
peter.regitnig@medunigraz.at

eisTIK.NET®: Optimale Kostenkontrolle und Effizienzsteuerung

Das bietet unser Datawarehouse den österreichischen Spitälern:

- > den entscheidenden Beitrag zu Kostensenkung und Effizienz
- > eine hochwertige Datenbasis zur Optimierung von Abläufen und Prozessen
- > Kompatibilität mit vorgelagerten Systemen, einschließlich SAP
- > Benchmarkprojekte zum anonymen Leistungsvergleich zwischen Kliniken (Österreich und Deutschland)
- > führendes und innovatives Wissensmanagement (in Deutschland setzen mehr als 400 Kliniken auf K|M|S)

Besuchen Sie unseren K|M|S-Stand beim Österreichischen Gesundheitswirtschaftskongress in Wien am 12. März 2014.

Seit Anfang 2012 ist K|M|S in Österreich engagiert. Wir sind Partner der Vorarlberger Landeskrankenhäuser.

Harald Keckeis, Leiter des Zentralen Dienstes Finanzen und Controlling der Vorarlberger KHBG sagt:

„Für mich ist es entscheidend, dass jemand unsere Sprache im Spital versteht. Und das hat K|M|S verstanden, weil sie aus diesem Bereich kommen und sich von dort aus weiterentwickeln.“



Alois G. Steidel
Vorstandsvorsitzender (CEO)



Carsten Ohm
Geschäftsbereichsleiter Vertrieb

K|M|S Vertrieb und Services AG
Inselkammerstraße 1
D-82008 Unterhaching
Tel. +49 (0)89 66 55 09-0

K | M | S
www.kms-ag.at