

Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs

Screening kann nutzen, und es kann schaden. Wichtige Fragen, die Früherkennung beantworten muss, sind die nach ihrer wissenschaftlichen Fundierung und der empirischen Auswertung über Nutzen und Schaden, wie der britische Screeningexperte Muir Gray hervorhebt.¹ Nur unter qualitätsgesicherten Bedingungen kann der Schaden geringgehalten werden. Die Verantwortlichen für Früherkennungsmaßnahmen sind daher verpflichtet, den Stand des Wissens zu berücksichtigen, für die qualitätsgesicherte Umsetzung zu sorgen und die Patienten und Patientinnen sowie die Öffentlichkeit über Nutzen und Schaden sachgerecht und verständlich zu informieren. Dies geschieht in Österreich bei der Früherkennung des Gebärmutterhalskrebses der Frau seit Jahren nicht.

Anzahl und Verlauf der Erkrankungen an Gebärmutterhalskrebs

In Österreich erkrankten im Jahr 2016 389 Frauen an Gebärmutterhalskrebs und 140 verstarben daran. Das sind 1,5 Prozent aller Krebssterbefälle.² Die Ursache der Erkrankung ist eine durch Geschlechtsverkehr übertragene Infektion mit humanen Papilloma-Viren (HPV). Nur wenn diese Entzündung bei einer Frau über Jahre bestehen bleibt, kann sie in seltenen Fällen ein Vorstadium des Gebärmutterhalskrebses – eine zervikale intraepitheliale Neoplasie (CIN) – verursachen. Diese Zellveränderungen sind grundsätzlich reversibel. Eine CIN kann sich aber auch zu einem Karzinom entwickeln. Die durchschnittliche Latenzzeit von einer Zellveränderung zu einer invasiven Krebserkrankung beträgt etwa zwölf Jahre.³

Früherkennung

In Österreich beruht die Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs bei Frauen auf einer Methode, die George Papanicolaou 1928 vorgestellt hat.^{4,5} Ab den 1970er-Jahren wurde der Pap-Test nahezu flächendeckend angenommen, allerdings sehr unterschiedlich, abhängig vom Alter, der Bildungsschicht und der Region, wo die Frauen leben.⁶

In den letzten Jahren gab es eine Reihe neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung. Allerdings fließen diese nur unzureichend in die Screeningmaßnahmen in Österreich ein. Die vielen Anläufe engagierter Expertinnen und Experten, das Pap-Screening zu reformieren, sind

In den letzten Jahren gab es eine Reihe neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Zervixkarzinom-Früherkennung. In die Screeningmaßnahmen in Österreich fließen sie nur unzureichend ein.

Éva Rásky

bisher gescheitert: die Qualitätsinitiative des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger von 2006, die vom Bundesministerium für Gesundheit initiierte Arbeitsgruppe 2008, einzelne Vorstöße wie der der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse, des Fachbeirats Frauengesundheit der Gesundheitsplattform des Landes Steiermark oder des Frauengesundheitszentrums, Graz.⁷

Statt die neuen Erkenntnisse aufzugreifen, fordern Frauenärzte noch immer Frauen auf, sich jährlich einen Pap-Abstrich entnehmen zu lassen. Viele Frauen werden zu jung und über das notwendige Alter hinaus, also zu lange, jährlich untersucht. Das führt dazu, dass viele Frauen im Laufe des Lebens sehr viel häu-

Viele Frauen werden zu jung und über das notwendige Alter hinaus jährlich untersucht.

figer getestet werden als wissenschaftlichen Erkenntnissen zufolge notwendig wäre. In Österreich ergibt das in der Lebenszeit der Frauen geschätzte mehr als 50 Abnahmen gegenüber sieben bis neun Entnahmen in Finnland.⁸ Die häufige Abnahme erhöht die Wahrscheinlichkeit, falsch-positive Ergebnisse zu erhalten und führt so zu Übertherapien unter anderen zu unnötigen Konisationen. Die Hälfte der Frauen wird in Österreich hingegen gar nicht erreicht, besonders Frauen mit weniger Bildung und aus ländlichen Regionen.⁶ Diese Unterversorgung führt dazu, dass Krebserkrankungen hier sehr spät entdeckt werden. Ein jährlich beworbenes Screening gibt Frauen zudem das Gefühl, bedroht zu sein. Doch ist das Zervixkarzinom in Österreich eine sehr seltene Krebserkrankung, die, früh erkannt, gut behandelbar ist.

Welche Möglichkeiten stehen heute zur Verfügung?

Es gibt neuere Auswertungsverfahren für Pap-Abstriche. Studien zu halbautomatisierten, flüssigkeitsbasierten („liquid-based“) Verfahren oder Dünnschichtmethoden („monolayer“) belegen, dass sie zu einer höheren Treffsicherheit führen als

Die häufige Abnahme des Pap-Abstriches erhöht die Wahrscheinlichkeit, falsch-positive Ergebnisse zu erhalten.

die herkömmliche Methode der Durchsicht durch biomedizinische Analytikerinnen.^{9, 10}

Die wichtigste Neuerung beruht solide auf den Erkenntnissen aus insgesamt acht randomisiert-kontrollierten Studien, fünf Kohortenstudien und einer Metaanalyse: Ein HPV-Screening kann Zellveränderungen (CIN₃ oder schlechter) signifikant häufiger erkennen als der Pap-Abstrich.¹¹ Für Frauen im Alter von 21 bis 30 Jahren gibt es keine Alternative zu den alle drei Jahre durchzuführenden Pap-Tests.¹² In dieser Altersgruppe ist die Wahrscheinlichkeit, HPV-infiziert zu sein, aber auch die Selbstheilungsrate, sehr hoch. Die Infektion hat also meist keine gesundheitliche Konsequenz, während das HPV-Screening in dieser Gruppe zu Überdiagnosen führen würde. Die Evidenz zeigt auch, dass eine alleinige Testung nach humanen Papillomaviren, der DNA-Nachweis von onkogenen HP-Viren, in einem Intervall von fünf Jahren für Frauen ab dem 30. Lebensjahr ausreicht.

Bei fortlaufend negativen Testergebnissen, d.h. ohne einen Nachweis von onkogenen Viren, können Frauen ab dem 65. Lebensjahr das Screening beenden, wie Studien zeigen.¹²

Gleichzeitig bleibt auch die HPV-Testung zusammen mit einem Pap-Abstrich sinnvoll, allerdings nur dann, wenn ein Intervall von fünf Jahren eingehalten wird. Den Studien zufolge ist auch ein alleiniger Pap-Abstrich, qualitätsgesichert und in dreijährigem Intervall, effektiv.

Für manche Frauen stellt ein Arztbesuch eine Hürde dar. Studien belegen, dass Frauen die HPV-Tests selbst ablehnen können und dies die Auswertung nicht verschlechtert.¹³

Sinnvolle Neuerungen

Nachdem der herkömmliche Pap-Test möglicherweise bald der Vergangenheit angehören wird, wie Lee Learman und Kollegen meinen¹⁴, wäre es sinnvoll, die Früherkennung auch in Österreich endlich auf neue Beine zu stellen. Das würde bedeuten, die HPV-Testung kombiniert mit einem Pap-Abstrich für Frauen

zwischen 30 und 65 Jahren einzuführen. Zwischen dem 20. und 29. Lebensjahr wäre die Pap-Entnahme beizubehalten, allerdings qualitätsgesichert in einem dreijährigen Intervall. Wenn sich dieses Vorgehen bewährt, könnte das Screening sogar auf die ausschließliche HPV-Testung bei Frauen vom 30. bis zum 65. Lebensjahr umgestellt werden.

Diese radikale Umstellung entspräche den wissenschaftlichen Erkenntnissen und wäre zukunftsorientiert. Sie kann allerdings nur dann Akzeptanz bei Frauen, Gynäkologen und Gynäkologinnen wie auch Financiers finden, wenn diese Ziel- und Interessengruppen adäquat informiert und dafür gewonnen werden. Es muss wissenschaftsbasierte Fortbildungen geben für Ärzte

Es wäre sinnvoll, die Früherkennung auch in Österreich endlich auf neue Beine zu stellen.

und Ärztinnen wie auch für die Entscheidungsträger und Mitarbeiter der Sozialversicherungsträger. Möglicherweise bedarf es hier zu Beginn auch einer finanziellen Kompensation für die Ärzteschaft, um die – eigentlich seit langen Jahren – überfällige Reduktion der Pap-Entnahmen entsprechend dem Stand der Wissenschaft zu erreichen.

In einem solchen, von den Entscheidungsträgern und der Öffentlichkeit getragenen Programm-Screening wird auch festgelegt, welche Maßnahmen zur Abklärung bei einem positiven Testergebnis zu erfolgen haben und, wenn erforderlich, wann und wie eine standardisierte Krebstherapie eingeleitet wird.

Modellberechnungen zeigen, dass durch HPV-Impfungen von Buben und Mädchen eine weitere Senkung des Auftretens des Gebärmutterhalskrebses bei Frauen zu erreichen ist.¹⁵ Zukünftig müsste daher kaum eine Frau an diesem Krebs versterben. Dazu müsste in Österreich aber auch die Durchimpfungsrate der neun- bis zwölfjährigen Mädchen und Buben mit der HPV-Impfung, wie sie der österreichische Impfplan vorsieht, erhöht werden.¹⁶

Aus welchem Grund werden die wissenschaftlichen Erkenntnisse, die in anderen Ländern relativ zeitnah in die Früherkennungsmaßnahmen einfließen, in Österreich sehr zeitverzögert, in abgespeckter Form oder gar nicht umgesetzt? Meiner Erfahrung nach handelt es sich um ein Bündel an Gründen:

- ❖ Noch immer herrscht eine paternalistische Medizin vor. So können Ärzte Frauen zu jährlichen Pap-Abnahmen veranlassen, ohne hinterfragt zu werden oder dies wissenschaftlich begründen zu müssen.
- ❖ Die Versicherten und die Patientinnen verfügen über eine zu geringe Gesundheitskompetenz, um das System zu verstehen, Angebote in Frage zu stellen und Qualität einzufordern. Sie sind generell mit der Krankenversorgung zufrieden.¹⁷ Sie haben keine qualifizierte Vertretung oder Beteiligungsmöglichkeit in gesundheitspolitischen Entscheidungen. Es fehlt eine Patientenkommission als Interessenvertretung.
- ❖ Die Ärztekammer hat einen wirksamen Einfluss auf die Gesundheitspolitik. Sie hat oft mehr Einfluss als die Fachgesellschaften.
- ❖ Die Ärzteschaft, vertreten durch die Ärztekammer, fürchtet Einkommenseinbußen, wenn die Intervalle zwischen den Untersuchungen verlängert werden und damit weniger Patientinnen die Ordinationen aufsuchen.
- ❖ Die Financiers, die Versicherungsträger und die Länder, wollen am mühsam ausgehandelten Ist-Stand nicht rütteln, obwohl sie die Versicherten- und Steuergelder für die Gesundheitsversorgung verwalten und in deren Interesse die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Screening umsetzen müssten.

Eines der Ziele der Gesundheitsreform 2013 war, die Transparenz im Gesundheitswesen zu erhöhen. Dies sollte der Zielsteuerungs-Vertrag erreichen, den die Financiers – Hauptverband der österreichischen Krankenversicherungsträger, Land und Bund – aushandelten. Mit Ausnahme der Ärztekammer haben Interessengruppen wie die der Patientinnen oder Public-Health-Expertinnen kaum eine Möglichkeit, inhaltlich an dem Prozess der Zielvereinbarung mitzuwirken. Die Gremien der Zielsteuerung richten ihr Hauptaugenmerk darauf, wer die Finanzierung von Maßnahmen übernehmen soll. Sie vernachlässigen die Frage, wie die Betroffenen zu beteiligen sind und wie die Maßnahmen auf die gesundheitliche Lage einzelner Bevölkerungsgruppen wirken. Kommuniziert wird nicht, wie und warum Entscheidungen über Ziele und entsprechende Maßnahmen getroffen werden.

Was hat dies alles mit der Neugestaltung des Screenings zu tun?

Die genannten Faktoren verhindern einen radikalen Neuzugang in der Früherkennung. Notwendig ist aber, dass sich die Gesundheitsverantwortlichen für diese Neugestaltung umorientieren. Begleitende Bewusstseinsbildung und Informationskampagnen müssen entwickelt und die Gesundheitskompetenz der Versicherten muss gefördert werden. Die vorher genannten Screening-Optionen müssen offen diskutiert werden, die Beteiligung der Versicherten in den Entscheidungsprozessen ist zu sichern und für transparente Aushandlungsprozesse ist zu sorgen. Diese Interventionen unterstützen den Prozess, evi-

denzbasierte Maßnahmen zu identifizieren und diese dann tatsächlich rasch umzusetzen.

Es scheint, dass in Österreich nur wenige Personen das Interesse haben, diesen Prozess der politischen Willensbildung, der dringend ansteht, einzuleiten und voranzutreiben. Unterbleibt dies, bleibt den Frauen weiterhin das jährliche Screening ohne Qualitätssicherung. Sie bleiben in der Angst, ohne Screening krank zu werden, oder sie fühlen sich schuldig, weil sie nicht am Screening teilnehmen. Sie sind der Gefahr ausgesetzt, Übertherapien zu erleiden, und damit wird ihnen Lebenszeit gestohlen.¹⁸ Höchste Zeit für eine radikale Reform. ❖

Literatur:

- ¹ Muir Gray JA et al (2008): Maximising benefit and minimising harm of screening. *Brit Med J*, 336: 480.
- ² Statistik Austria (2019): Gebärmutterhalskrebs. Wien. Zugang: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/krebserkrankungen/gebaermutterhals/index.html, Zugriff: 10. Juli 2019.
- ³ Van Dortmarssen GL et al (1991): Epidemiological evidence for age-dependent regression of pre-invasive cervical cancer. *Brit J Cancer* 64:559–565.
- ⁴ Papanicolaou GN (1928): New cancer diagnosis. Proceedings of the Third Race Betterment Conference, Januar 2–6th, pp 528–534.
- ⁵ Papanicolaou GN et al (1941): The diagnostic value of vaginal smears in carcinoma of the uterus. *American J Obstetrics Gynecology* 42: 1937.
- ⁶ Langmann H (2013): Die österreichische Vorsorgeuntersuchung im Brennpunkt. Linz. Zugang: <https://www.oegkk.at/cdscontent/load?contentid=10008.611618&version=1423576161>, Zugriff: 10. Juli 2019.
- ⁷ Frauengesundheitszentrum Graz (2010): Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs HPV Impfung. Informationen und Erfahrungen. Eine Entscheidungshilfe. Zugang: https://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/11350136_74837956/0ebdbf18/Brosch%C3%BCre%20Fr%C3%BCherkennung%20von%20Geb%C3%A4rmutterhalskrebs_.pdf, Zugriff: 10. Juli 2019.
- ⁸ Anttila A et al (2009): Cervical cancer screening policies and coverage in Europe. *Eur J Cancer* 45(15):2649–2658; Zugang: <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2009.07.020>, Zugriff: 10. Juli 2019.
- ⁹ Arbyn M et al (2008): Liquid compared with conventional cervical cytology: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 111(1): 167–177; doi: 10.1097/01.AOG.0000296488.85807.b3.
- ¹⁰ Coste J et al (2003): Cross sectional study of conventional cervical smear, monolayer cytology, and human papillomavirus DNA testing for cervical cancer screening. *Brit Med J* 326(7392): 733; doi: 10.1136/bmj.326.7392.733.
- ¹¹ Melnikov J et al (2018): Screening for cervical cancer with high-risk human Papillomavirus testing. Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *J American Medical Association* 320(7): 687–705; doi:10.1001/jama.2018.10400.
- ¹² US Preventive Services Task Force (2018): Screening for Cervical Cancer. US Preventive Services Task Force. Recommendation Statement. *J American Medical Association* 320(7): 674–686; doi:10.1001/jama.2018.1089711.
- ¹³ Arbyn M et al (2014): Accuracy of human papillomavirus testing on self-collected versus clinician-collected samples: a meta-analysis. *Lancet Oncol* 15: 172–183; [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(13\)70570-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(13)70570-9)
- ¹⁴ Learman L et al (2018): Editorial. *J American Medical Association* 320: 647–649; doi:10.1001/jama.2018.11004
- ¹⁵ Hall MT et al (2018): The projected time frame until cervical cancer elimination in Australia: A modelling study. *Lancet Public Health*, online 2. Oct; [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30183-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30183-X)
- ¹⁶ Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2019). Impfplan Österreich 2019; Zugang: https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/5/4/7/CH4062/CMS1546865142466/190211_impfplan_oesterreich_2019_web.pdf.91, Zugriff: 10. Juli 2019.
- ¹⁷ Bundesministerium für Gesundheit (2016): Bevölkerungsbefragung 2016. Endbericht. Wien. Zugang: <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.632983&version=1472130861>. Zugriff: 10. Juli 2019
- ¹⁸ Raffle AE et al (2007): Screening: evidence and practice. Oxford University Press, London



a.o. Univ.Prof. Dr.med.univ.
Éva Rásky,
Institut für Sozialmedizin und
Epidemiologie,
Medizinische Universität Graz
eva.rasky@medunigraz.at