

So funktioniert das Zervix-Ca-Screening

Seit Anfang Januar läuft offiziell das neue, organisierte Screening zur Früherkennung des Zervixkarzinoms. Doch der Start fällt holprig aus.

Von Thomas Meißner

Es ist eine Erfolgsgeschichte, die fortgeschrieben werden soll: In Deutschland ist die altersstandardisierte Neuerkrankungsrate beim Gebärmutterhalskrebs zwischen 1970 und 2000 auf ein Viertel des Ausgangswerts gesunken. Zurückgeführt wird das unter anderem auf das im Jahr 1971 eingeführte Früherkennungsprogramm mit jährlichen Pap-Abstrichen bei Frauen ab 20 Jahren, um Präkanzerosen zu erkennen. In den vergangenen zehn Jahren stagnierte die Inzidenz bei jährlich 4300 bis 4700 Neuerkrankungen; etwa 1500 Frauen sterben pro Jahr infolge eines Zervixkarzinoms.

Ab diesem Jahr steht ein Umbruch der Zervixkarzinom-Vorsorge bevor. Hintergrund: Die persistierende Infektion mit HPV (Humane Papillomaviren) gilt als Hauptursache für die Entstehung von Zervixkrebs. Mit Hilfe des HPV-Tests lassen sich Hinweise auf Präkanzerosen der Zervix besser entdecken als mit der zytologischen Untersuchung und das Screening-Intervall lässt sich auf drei bis zehn Jahre verlängern. Die HPV-Impfung soll die Zahl jährlich auftretender Präkanzerosen an der Zervix verringern.

Einladung der Frauen

Neben einer verbesserten Wahrnehmung der HPV-Impfung gilt als Voraussetzung für ein weiteres Sinken der Zervixkarzinom-Inzidenz die Umstellung vom bislang opportunistischen auf ein organisiertes Screening mit Einladung der Frauen. Im November 2018 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) die neuen Vorgaben beschlossen, die nun ab Januar 2020 vollständig greifen sollen. Im Alter von 20 bis 34 Jahren können

Neues, organisiertes Screening zur Früherkennung des Zervixkarzinoms

20. bis 34. Lebensjahr: jährlich Zytologie

Frauen ab 35 Jahren

jährlich
gynäkologische
Untersuchung (KFU)

+

alle 3 Jahre
zytologischer Abstrich
+ HPV-Test

Anschreiben durch Krankenkassen alle 5 Jahre

Quelle: Bundesverband der Zytologen

Grafik: Ärztezeitung

Zahlen und Fakten zum Zervixkarzinom

- Die altersstandardisierte Neuerkrankungsrate beim Gebärmutterhalskrebs ist zwischen 1970 und 2000 auf ein Viertel des Ausgangswerts gesunken.
- In den vergangenen zehn Jahren stagnierte die Inzidenz bei jährlich 4300 bis 4700 Neuerkrankungen; etwa 1500 Frauen sterben pro Jahr infolge eines Zervixkarzinoms.

die Frauen weiterhin jährlich das Zytologie-basierte Screening wahrnehmen. Ab 35. Lebensjahr besteht dann alle drei Jahre Anspruch auf ein kombiniertes Screening aus zytologischer Untersuchung (Pap-Abstrich) und HPV-Test. Bei auffälligen Befunden erfolgt die Abklärungsdiagnostik. Die Einladungen erfolgen, beginnend mit dem 20. Lebensjahr, alle fünf Jahre bis zum 65. Lebensjahr. Ob dieses organisierte Screening tatsächlich dem bisherigen überlegen ist, soll wissenschaftlich evaluiert werden.

Ende November 2019 forderte der Berufsverband der Frauenärzte in einem offenen Brief von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn die Startverschiebung des Früherkennungsprogramms. Wesentliche Fragen seien ungeklärt und die flächendeckende Versorgung nicht gewährleistet, unter anderem wegen

- der HPV-Analyse: Wer bietet sie an?
- der Abklärungskolposkopie: Wie sollen Vertragsärzte darüber informiert werden, welche Ärzte die Abklärungskolposkopie vornehmen dürfen? Insgesamt gebe es zu wenige

Gynäkologen mit entsprechender Qualifikation.

- der elektronischen Dokumentation: Notwendige Softwaremodule für die Einbindung in die Arztinformationssysteme fehlten; wer die Anschaffungs- und Supportkosten zur Dokumentation tragen soll, sei unklar.

- der Finanzierung und Vergütung des Screenings,
- ungeklärter Fragen des Datenschutzes und der wissenschaftlichen Evaluation.

Dr. Edgar Leißling vom Vorstand der ärztlichen Genossenschaft Gynogyn kritisierte, dass die „neue Krebsvorsorge light“ dazu führen könne, dass die Frauen das Gefühl bekämen, die Untersuchung sei nicht mehr so wichtig. Es resultiere ein hoher Beratungsaufwand. In diesem Punkt habe man eine Vorab-Aufklärung der Versicherten durch die Krankenkassen erwartet. Dass Frauen alle fünf Jahre zu einer Untersuchung eingeladen werden, die – ab dem 35. Lebensjahr – alle drei Jahre stattfinden soll, erschwere das Screening. Es sei außerdem ein falsches Signal, wenn die letzte Einladung mit 65 Jahren erfolgt, obgleich

der Anspruch auf Früherkennungsmaßnahmen weiter bestehe.

Damit nicht genug, fühlte sich der Bundesverband Gesundheits-IT (bvitg) im Dezember genötigt, Schuldzuweisungen der KBV, wonach es nicht alle Softwarehersteller schafften, rechtzeitig die Dokumentationssoftware anzubieten, zurückzuweisen. Die KBV sei zum wiederholten Male nicht in der Lage gewesen „marktaugliche technische Vorgaben für Software“ zu entwickeln. Die bvitg wirft der KBV „mangelnde Kooperationsbereitschaft“ vor.

Zunächst keine Dokumentation

Der GBA teilte dann Anfang Dezember 2019 mit, das Screening solle wie geplant starten – die Dokumentationsvorgaben würden befristet ausgesetzt, damit die anspruchsberechtigten Frauen „ohne weiteren Verzug“ von den Vorteilen des Programms profitieren könnten. „Die Informationsschreiben zum neuen Screening auf Gebärmutterhalskrebs werden von den Krankenkassen rechtzeitig zum Programmstart ab dem 1. Januar 2020 versendet.“ Wenige Tage später folgte die Mitteilung, dass die Gebührenordnung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 2020 beschlossen sei. Im neuen Abschnitt 1.7.3.2. wird außer dem Pap-Abstrich auch der HPV-Test zur gynäkologischen Krebsvorsorge bei Frauen ab 35 Jahre vergütet, ebenso die Leistung von Gynäkologen und des beauftragten Labors.

Die wissenschaftliche Evaluation kann unter anderem auch deshalb nicht starten, weil das IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) die erforderlichen Evaluationsbögen noch nicht zur Verfügung stellen konnte. Eigentlich war geplant, nach zwei Screening-Runden, also in sechs Jahren, zu prüfen ob das organisierte Zervixkarzinom-Screening besser ist als das bisherige, opportunistische Screeningprogramm. Da nun aber das erste Jahr gar nicht dokumentiert werden kann, ist offen, wie und wann diese Frage beantwortet werden wird.

„Der Kolposkopie-Bedarf wird spürbar zunehmen“

Die Abklärungskolposkopie im Zuge des Zervixkarzinom-Screenings könnte zum Nadelöhr des Präventionsprojekts werden. Fazit eines Gesprächs mit Frauenarzt Dr. Bodo Jordan.

Das Interview führte
Thomas Meißner

Ärzte Zeitung: Herr Dr. Jordan, bei welchen Frauen soll eine Abklärungskolposkopie erfolgen?

Dr. Bodo Jordan: Anspruch auf eine Abklärungskolposkopie haben Frauen mit positiven Zytologie- und Hochrisiko-HPV-Befunden, deren Details genauer spezifiziert sind. Im vom GBA beschlossenen Abklärungsalgorithmus gibt es dabei Unterschiede in den Altersgruppen 20 bis 29 bzw. 34 Jahre sowie ab 35 Jahre.

Warum gibt es so wenige Gynäkologen, die berechtigt sind, die Abklärungskolposkopie vorzunehmen?

Nach aktuellen Zahlen der Arbeitsgemeinschaft Zervixpathologie und Kolposkopie (AG-CPC) gibt es in Deutschland circa 2900 für die Kolpo-

Dr. Bodo Jordan

- Ausbildung:** Facharzt für Gynäkologie, Psychotherapie, Zytologie in Köln
- Engagement:** 1. Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft zytologisch tätiger Ärzte in Deutschland (AZÄD) - Bundesverband der Zytologen



© PRIVAT

skopie zertifizierte Gynäkologen, jedoch stehen zurzeit zur Abklärung aktiv nur etwa 190 Dysplasie-Einheiten zur Verfügung, das sind im wesentlichen Universitäts- oder andere Kliniken sowie Dysplasie-Sprechstunden. Von den Gynäkologen mit Kolposkopie-Diplom hat nur ein Bruchteil eine KV-Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung dieser Leistung. Diese wird nur erteilt, wenn 100 auffällige Kolposkopien dokumentiert werden, davon 30 mit histologischer Abklärung. Die Kolposkopie als Untersuchungsmethode war für Vertragsärzte systembedingt in der Vergangenheit unattraktiv, weil die Leistung im EBM nicht aufgeführt war.

Derzeit ist die KV-Genehmigung schwer zu realisieren. Denn selbst wenn der Gynäkologe das Fortbildungszertifikat besitzt, kommt er nicht ad hoc auf die geforderten 100 Kolposkopien, mal abgesehen von den fehlenden technischen Voraussetzungen, die in Vorleistung geschaffen werden müssen, jedoch bis dato wegen unbekannter Leistungsvergütung betriebswirtschaftlich nicht zu kalkulieren waren. Hinzu kommt, dass leider in einigen Kliniken die Kolposkopie nicht immer zum Standardrepertoire gehört. Es mangelte bisher an einer umfassenden Kolposkopie-

Ausbildung von Gynäkologen in den Kliniken und an einer ausreichenden Kolposkopie-Praxis im Alltag. Das gilt umso mehr für die differentialkolposkopische Untersuchung nach neuer, internationaler Nomenklatur, die sich wesentlich von jener Kolposkopie unterscheidet, die vor zwei Jahrzehnten praktiziert wurde.

Wie kann die diagnostische Abklärung im neuen Screeningprogramm dann überhaupt funktionieren?

Es ist nicht sofort mit einer Vielzahl von abzuklärenden Verdachtsbefunden zu rechnen. Frauen mit verdächtigen Befunden durchlaufen ja zunächst Kontrolluntersuchungen gemäß der Vorgaben im Abklärungsalgorithmus, so dass erst ab dem dritten und vierten Quartal 2020 der Bedarf an Abklärungskolposkopien spürbar zunehmen wird.

In dieser Zeit werden weitere Kolposkopieeinheiten zertifiziert sein. Die Zahl der zertifizierten Dysplasie-Zentren erscheint nach Mitteilung der AG-CPC rein rechnerisch vorerst ausreichend. Problem ist, dass sich diese Zentren in Ballungsgebieten konzentrieren, wie ein Blick auf Dysplasieportal.de offenbart. In Flächenländern könnte es sein, dass die Frau bis zu 150 km zur nächsten Dysplasie-

einheit fahren muss. Zudem soll die Abklärungskolposkopie im Verdachtsfall gegebenenfalls unverzüglich erfolgen. Da könnte es passieren, dass die betroffene Patientin sich eher dafür entscheidet, die nächste Klinik aufzusuchen, in der jedoch die Möglichkeit der Abklärungskolposkopie nicht immer gegeben ist, mit eventuell daraus resultierender Übertherapie bis hin zur Konisation als einziger Maßnahme. Gerade die früher hohe Anzahl an Konisationen wollen wir durch die Differentialkolposkopie in zertifizierten Einheiten künftig vermeiden.

Mit wie vielen Abklärungskolposkopien pro Jahr ist denn zu rechnen?

Im Moment kann das niemand genau berechnen. Wir müssen von 8 bis 12 Prozent der Frauen über 35 Jahre mit positivem Hochrisiko-HPV-Befund ausgehen. Bei 8 Prozent wären das schätzungsweise 800 000 HPV-infizierte Frauen bezogen auf die Zahl von etwa 10 Millionen Frauen ab 35 Jahren, die an der Prävention teilnehmen. Diese müssen zusätzlich eine auffällige Zytologie aufweisen, damit die Abklärungskolposkopie indiziert ist. Wie hoch letztendlich die Zahl der Abklärungsfälle sein mag, kann zurzeit keiner verlässlich sagen.

Wirksam kann so **EINFACH** sein



MÜDE UND ERSCHÖPFTE PATIENTEN?

Ein Vitamin B12-Mangel könnte die Ursache sein.¹

Empfehlen Sie B12 Ankermann[®], die einzige hochdosierte orale Therapie mit 1.000 µg Vitamin B12.



**Höchste orale
Dosierung:
1.000 µg***



**Wirksam
und sicher
seit 1989**



**Von
Patienten
präferiert^{2,3}**



**Nur 1 x
morgens**

* Einziges hochdosiertes orales Arzneimittel mit 1.000 µg.

¹ Müdigkeit und Erschöpfung können Folgen Vitamin B12-Mangel bedingter Blutbildungsstörungen sein; Hunt, A.; et al.; BMJ 2014;349:g5226. ² Metaxas C et al. Swiss Med Wkly 2017; 147:w14421; Patienten bevorzugten B12 Ankermann[®] als orale Darreichungsform. ³ Kwong J C et al. BMC Family Practice 2005, 6:8; doi:10.1186/1471-2296-6-8; 71% der Studienteilnehmer, die 6 Monate Vitamin B12 oral (1.000 µg Vitamin B12 pro Tablette täglich) statt parenteral erhielten, wollten dauerhaft zur oralen Therapie wechseln.

B12 Ankermann[®]. Wirkstoff: Cyanocobalamin. **Zusammensetzung:** 1 überzog. Tbl. enth.: Arzneil. wirks. Bestand.: Cyanocobalamin (Vit. B12), 1000 µg. Sonst. Bestand.: Povidon K 30, Stearinsäure (Ph. Eur.), Montan-glykolvachs, Lactose-Monohydrat, Sucrose, Arabisches Gummi, Talkum, Calciumcarbonat, Titandioxid, Weißer Ton, Macrogol 6000, Macrogolglycerolhydroxystearat (Ph. Eur.), Natriumdodecylsulfat, Croscarmellose Natrium, Hypromellose, Hydroxypropylcellulose, mittelkettige Triglyceride, Glutenfrei, enth. Lactose. **Anwendungsgebiete:** Vit. B12-Mangel, d. sich in Reifungsstörungen d. roten Blutzellen (Störgn. d. Hämatopoese, wie hyperchrome makrozytäre Megaloblastenanämie, perniziöse Anämie u. andere makrozytäre Anämien) u./od. neurol. Störgn., wie funikuläre Spinalerkrank. (Rückenmarksschädigung) äußern kann. **Gegenanzeigen:** Überempfindlk. gg. d. Wirkstoff od. e. d. sonst. Bestand. **Nebenwirkungen:** Erkrank. d. Haut u. d. Unterhautzellgewebes; Allg. Erkrank. u. Beschw. am Verabreichungsort. Selten ($\geq 1/10\ 000$ bis $< 1/1000$): starke Überempfindlichkeitsreakt., d. sich als Nesselfieber, Hautausschlag od. als Juckreiz über große Teile d. Körpers äußern können. Nicht bekannt (Häufigk. auf Grundlage d. verfügb. Daten nicht abschätzbar): Akneartiger Hautausschlag, Fieber. Nähere Info s. Fachinformation! Apothekenpflichtig. WÖRWAG Pharma GmbH & Co. KG, 71034 Böblingen. Stand: Okt. 2019

