

Umstrukturierung der gynäkologischen Krebsfrüherkennung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in einer Pressemitteilung am 16. September 2016 seine Änderungen der Eckpunkte für das zukünftige Screening auf Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom-Screening) bekannt gemacht.

„Frauen ab dem Alter von 35 Jahren wird künftig statt der jährlichen zytologischen Untersuchung alle 3 Jahre eine Kombinationsuntersuchung, bestehend aus einem HPV-Test und einer zytologischen Untersuchung, angeboten.

In einer Übergangsphase von mindestens sechs Jahren (bzw. wenn ausreichend Daten aus der 2. Screeningrunde (Vorsorgeuntersuchung) vorliegen) werden im Rahmen des Monitorings (im Rahmen der Registrierung) Daten erhoben. Danach soll auf der Basis von vorher festgelegten Kennzahlen/Performanceindikatoren (Leistungsfähigkeitsmesswerte) im G-BA geprüft werden, ob eine Änderung der Screening-Strategie erforderlich ist. In der Übergangsphase werden auch die Daten des zytologischen Screenings bei Frauen im Alter von 20 –35 Jahren erfasst.

Frauen im Alter zwischen 20 und 35 Jahren haben in der Übergangsphase weiterhin Anspruch auf eine jährliche zytologische Untersuchung. Nach der Übergangsphase soll unter Berücksichtigung der Daten des Monitorings für diese Altersgruppe ggf. eine Anpassung des Screeningintervalls und der Screeningmethode an internationale Empfehlungen erfolgen.“

Altersgruppe	Frauen zwischen 20 und 35 Jahren	Frauen über 35 Jahren
Früherkennungsmaßnahme	Jährliche Zytologie (Pap-Test)	Co-Testung (Zytologie und gleichzeitig HPV Test zum Virusnachweis) alle drei Jahre

Eine weitere Neuerung ist das Einführen eines Einladungssystems:

„Frauen im Alter von 20 – 60 Jahren werden alle 5 Jahre von ihren Krankenkassen angeschrieben und über das Zervixkarzinom-Screening informiert. Die Information erfolgt altersbezogen ohne Bezug zu Untersuchungsergebnissen und Screeninghistorie. [...] Damit soll Frauen eine informierte Entscheidung ermöglicht werden.

Eine obere Altersgrenze wird unter Berücksichtigung der Daten des Monitorings nach einer Übergangsphase beraten. Die Frauen sollten jedoch darüber informiert werden, unter welchen Voraussetzungen eine Beendigung des Screenings nur noch mit einem geringen Risiko für ein Zervixkarzinom verbunden ist.“

Das Vorgehen zur Abklärung auffälliger Screeningbefunde (inkl. Differentialkolposkopie*) wird in weiteren Ausführungen in der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie geregelt.

*Lupenuntersuchung der sichtbaren Anteile des Gebärmutterhalses mit der Möglichkeit, gezielt Gewebeproben aus allen verdächtig erscheinenden Bereichen zu entnehmen.

Zervita meint:

Rein im Hinblick auf das Wohl der Frau bietet das kombinierte Testen mittels HPV- und Pap-Test mehr Sicherheit, denn bei einem negativen HPV-Befund ist es extrem unwahrscheinlich, dass trotzdem eine Krebsvorstufe vorliegt. Durch die hohe Sensitivität (hohe Detektionsrate von Krebsvorstufen bei gleichzeitig hoher Sicherheit, dass bei einem negativen Befund keine Veränderungen vorliegen) des HPV-Tests ist der Schritt hin zur Co-Testung im Vergleich zur bisherigen Vorsorgestrategie als Fortschritt zu sehen.

Studien zeigten: wenn beide Tests angewendet wurden, konnten bösartige Veränderungen erfolgreich rechtzeitig erkannt werden.

Zu definieren sind in diesem Zusammenhang die Vorgehensweisen zur Abklärung bei nur einem positiven Test. Spannend ist auch die Frage, wie die Richtlinien aussehen werden, welche HPV-Tests eingesetzt werden dürfen und ob es in der Zytologie den logischen Wechsel hin zur derzeit nicht als Kassenleistung anerkannten Dünnschichtzytologie geben wird. Diese hat den Vorteil, dass man aus nur einem Abstrich, Proben für beide Testverfahren gewinnen kann.*

Mit Hinsicht auf die momentan mindestens 90.000¹ in Deutschland pro Jahr durchgeführten Konisationen ist die Altersgrenze von 35 Jahren als Übergang von der jährlichen Zytologie hin zur Co-Testung alle drei Jahre möglicherweise kritisch zu sehen. Zwar ist die Infektionsrate und die Rate an Krebsvorstufen (CIN3) bei jüngeren Frauen deutlich höher, aber das Risiko für Gebärmutterhalskrebs geringer als bei älteren Frauen. Bei Frauen von 30 bis 35 Jahren könnte hier eine wiederholt auffällige Zytologie ausschlaggebend für eine Konisation sein. Ohne weitere Abklärung z.B. mittels HPV-Test oder p16/Ki67-Test (eine empfohlene Vorgehensweise, die jedoch nicht immer praktiziert wird), besteht dann weiterhin die Gefahr einer Übertherapie.

Bis alle offenen Fragen geklärt und die Strukturen für die neue Screeningstrategie geschaffen sind, dauert es allerdings noch ein wenig. Voraussichtlich werden die Änderungen frühestens Anfang 2018 in Kraft treten.

*Bei Beibehaltung der konventionellen Zytologie würde dies zwei gesonderte (und deshalb nicht identische) Abstriche für die beiden Test-Verfahren erfordern. Dies kann für die Frauen eine erhöhte Belastung darstellen. Außerdem besteht die Gefahr, dass wenn der erste Abstrich für den HPV-Test benutzt wird, der zweite Abstrich evtl. eine nicht genügende Menge an Zellen für die Zytologie enthält.

¹Soergel, P., & Hillemanns, P. (2011). Die Versorgung von Zervixdysplasien mittels Konisationen in Deutschland. *Frauenarzt*, 52, 210-215.