

Evidenzinformierte Entscheidungskultur (EiEk)

Gebärmutterhals-Krebsfrüherkennung mittels Pap-Abstrichs

Bericht einer trägerübergreifenden Arbeitsgruppe

Prim. Dr. Reinhold Pongratz (STGKK)

Dr. Christian Staber (STGKK)

Dr. Timo Fischer (HVB)

Mag. Andreas Goltz (HVB)

Dr. Jürgen Soffried, MPH (IfGP)

Mag. Ines Spath-Dreyer, MPH (IfGP)

Heike Füreder, BSc, MSc (IfGP)

Besonderer Dank gilt Herrn

Prim. Univ.Doz. Dr. Martin Tötsch,

Leiter des Zytologischen Instituts des LKH – Univ. Klinikums Graz,

für seinen Beitrag

März 2014

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary	3
1 Einleitung.....	4
1.1 Evidenzinformierte Entscheidungskultur	4
1.2 Ablauf einer evidenzinformierten Entscheidungskultur	5
1.3 Merkmale einer EiEk der SV	7
2 Definition des Problems	9
2.1 Krankheitslast und Sterblichkeit	9
2.2 Qualität Pap-Abstrich.....	10
2.3 Missachtung wissenschaftlicher Grundlagen	10
2.4 Vorsorge Pap- vs. kurativer Pap-Abstrich	11
2.5 Mangelnde Gesundheitskompetenz	12
3 Maßnahmen	16
3.1 Internationale Guidelines.....	16
3.2 Geeignete Maßnahmen aus Sicht der Arbeitsgruppe	20
3.2.1 Organisiertes vs. Opportunistisches Screening	20
3.2.2 - Krebsregister	25
3.2.3 HPV-Triage.....	26
3.2.4 Pilotprojekt.....	27
4 Handlungsoptionen der SV im Sinne von EiEk.....	29
4.1 Die SV als Gestalterin des Systems.....	29
4.2 Handlungsleitende Prinzipien (Werte).....	30
4.3 Informierte Entscheidungsfindung – Gesundheitskompetenz.....	30
4.4 Eigene Einrichtungen mit Vorbildfunktion.....	31

Executive Summary

Ein trägerübergreifendes Projektteam hat 2012 die Merkmale einer Evidenzinformierten Entscheidungskultur (EiEk) der Sozialversicherung skizziert. Anhand des Themas Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung mittels Pap-Abstrichs zeigt das um einen namhaften Experten erweiterte Projektteam nun auf, welche Herausforderungen sich der Sozialversicherung stellen.

Problemdefinition: Hinsichtlich Krankheitslast und Sterblichkeit der Frauen in Österreich spielt Gebärmutterhalskrebs eine untergeordnete Rolle. Eine rezente Studie liefert starke Hinweise, dass beim Pap-Abstrich sowohl die Abstrichqualität als auch die Befundungsqualität durch freiwillige Teilnahme an Qualitätssicherung nicht nachweislich verbessert werden können und fordert daher verpflichtende Qualitätskriterien und –kontrollen. Die Evaluation der VU Neu zeigt, dass zwischen wissenschaftlichen Grundlagen und tatsächlicher Leistungserbringung eine Diskrepanz besteht was die Untersuchungsintervalle und die untersuchten Altersgruppen betrifft. Zudem besteht ein Missstand im Abrechnungsverhalten der Leistungserbringer, wodurch die Darstellung des tatsächlichen Leistungsaufkommens erschwert wird. Der mangelhaften Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung wird derzeit nicht ausreichend durch qualitätsvolle Informationsmaterialien und risikokompetente Angehörige der Gesundheitsberufe begegnet.

Geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Situation sieht das Projektteam in einer Abkehr vom opportunistischen Screening, da es ausreichend Belege für die Überlegenheit eines organisierten Screenings gibt. Die Implementierung eines Krebsregisters spielt aus Sicht des Projektteams eine zentrale Rolle für die Umsetzung eines organisierten Screenings. In einer HPV-Triage wird eine für bestimmte Konstellationen sinnvolle Ergänzung eines organisierten Screenings mittels Pap-Abstrichs gesehen. Ein regionales Pilotprojekt erscheint als geeigneter Weg um die Vorteile der genannten Maßnahmen demonstrieren zu können.

Im Sinne der 2012 skizzierten Merkmale der Evidenzinformierten Entscheidungskultur hat sich die SV nun zu entscheiden, ob das Thema Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung mittels Pap-Abstrichs geeignet ist, die postulierte Rolle als „Gestalterin des Systems“ zu demonstrieren. Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag Gesundheit legt die Prinzipien Bedarfsorientierung, Qualität, Patientenorientierung sowie Transparenz und Wirkungsorientierung als „gemeinsame handlungsleitende Werte“ fest und schafft damit eine neue gemeinsame Basis für die Entwicklung von Leistungskatalogen und Verträgen. Multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgung könnte eine Rolle bei der Informierten Entscheidungsfindung übernehmen und dazu beitragen die Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung zu stärken, indem sie die Komplexität und das Anspruchsniveau des Gesundheitssystems reduzieren helfen. Die Sozialversicherung hat zudem die Möglichkeit mit ihren eigenen ambulanten und stationären Einrichtungen eine Vorreiterrolle einzunehmen.

1 Einleitung

Dr. Timo Fischer (HVB)

Mag. Andreas Goltz (HVB)

1.1 Evidenzinformierte Entscheidungskultur¹

Evidenzinformierte Entscheidungsfindung (EiEk) wird durch wissenschaftliche Evidenz und Kontext beeinflusst, wie in Abbildung 1 dargestellt. Traditionell legt die politische Entscheidungsfindung sehr hohe Bedeutung auf die Betrachtung des Kontexts. Evidence-based Medicine (EBM) auf der anderen Seite versucht den Kontext soweit möglich aus der Betrachtung herauszunehmen und legt lediglich die wissenschaftliche Evidenz als Maßstab für Entscheidungen an. Evidenzinformierte Entscheidungsfindung muss hier einen Zwischenweg finden. Dies liegt in der Natur der Sache begründet: Auch die EBM lehnt eine Betrachtung des Kontexts nicht ab, gibt allerdings die Verantwortung für die Entscheidung zwischen Kontext und wissenschaftlicher Evidenz in die Hände der einzelnen Ärzte. Entscheidungen über populationsbezogene Maßnahmen können den Kontext nicht außer Acht lassen. Die Maßnahmen sollten schließlich auch finanzierbar sein und von der Bevölkerung und den Leistungserbringern angenommen werden. Sie sollten rechtlich umsetzbar sein. Gleichzeitig sollte die Maßnahme selbstverständlich auch mit einer medizinischen Evidenz hinterlegt sein. Das heißt, ohne Betrachtung des Kontexts wird eine Entscheidung unter Umständen scheitern, ohne Betrachtung der wissenschaftlichen Evidenz wird sie womöglich nicht dazu geeignet sein, eine Verbesserung in der Versorgung der Bevölkerung herbeizuführen. Zum Begriff der Evidenz muss nach Dobrow et al. (2004) angemerkt werden, dass im Bereich der EiEk nicht allein die medizinischen Erkenntnisse aus beispielsweise RCTs Anwendung finden sollten. So können beispielsweise Informationen über die Präferenzen der Patienten über qualitative und quantitative Methoden (bspw. Patientenbefragungen) erhoben werden. Viele dieser Methoden würden nach EBM-Kriterien nicht herangezogen werden. Aus Sicht der EiEk müssen sie dennoch genutzt werden, da sie wertvolle Informationen über Aspekte liefern können, über die ansonsten nichts bekannt wäre. Für eine evidenzinformierte Entscheidungskultur ist somit in bestimmten Bereichen ein anderer Evidenzbegriff anzuwenden, als dies von der EBM her bekannt ist.

¹ Die vorliegenden Überlegungen beruhen auf den Artikeln „Evidence-based Public Health: A Fundamental Concept for Public Health Practice“ von Brownson et al. (2009) und „Evidence-based health policy: context and utilisation“ von Dobrow et al. (2004), sowie den Präsentationen von Ansgar Gerhardus bei der Summer School Evidence-based Public Health an der MUG 2013.

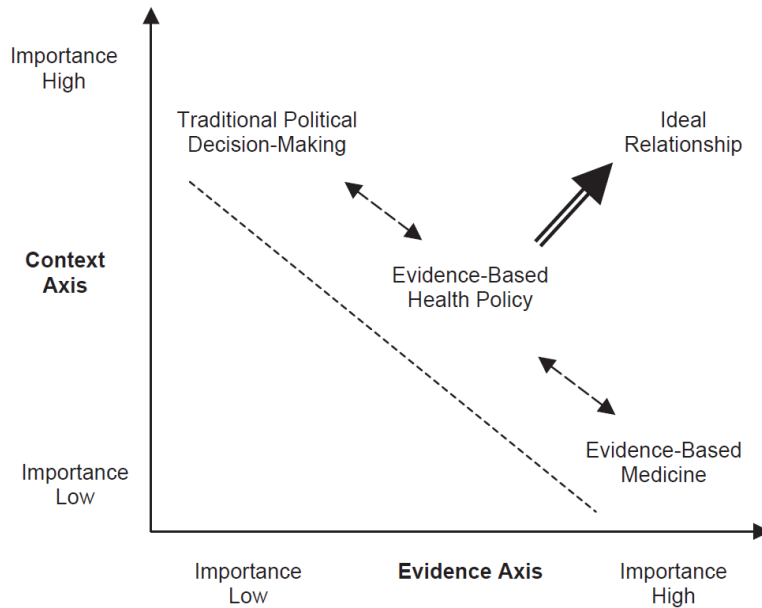


Abbildung 1: Spannungsfeld der Entscheidungsfindung nach Dobrow et al. (2004)

1.2 Ablauf einer evidenzinformierten Entscheidungskultur

Wie lässt sich aber nun dieses Spannungsverhältnis von Evidenz und Kontext in ein praktikables Modell überführen. Gerhardus schlägt hierzu den in Abbildung 2 dargestellten Ablauf vor:

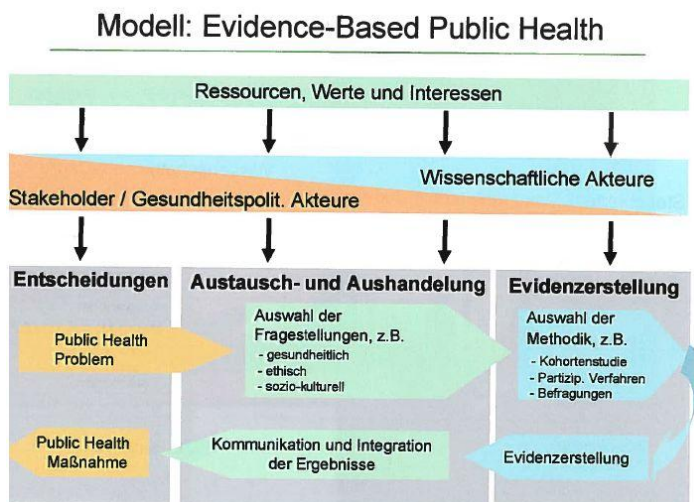


Abbildung 2: Modell laut Gerhardus

Entscheidungen müssen von den Stakeholdern und gesundheitspolitischen Akteuren getroffen werden, Evidenz kann die Wissenschaft liefern. Vor der Entscheidung haben sich Politik und Wissenschaft auszutauschen: Welche Fragestellungen sind genau zu stellen? Wie kann man die vorhandene Evidenz tatsächlich nutzen? Wissenschaft und Politik werden im gesamten Prozess beeinflusst und geprägt durch Ressourcen, Werte und Interessen.

Wie oben bereits angedeutet, kann die EBM die Wirksamkeit in einem klinischen Umfeld testen, Die EiEk hingegen muss immer auch das gesamte Umfeld betrachten. Das heißt, dass die Entscheidungsträger letztlich neben der besten Evidenz auch solche Aspekte wie die verfügbaren Ressourcen (finanziell und human), die spezifischen Bevölkerungscharakteristika mit ihren Werten, Vorstellungen und Präferenzen sowie die gesamte Umwelt inklusive der politischen und organisatorischen Gegebenheiten berücksichtigen müssen. EiEk arbeitet aufgrund dieser vielen Einflussfaktoren auch immer mit einer größeren Unsicherheit als die EBM.

Brownson beschreibt drei Arten von Evidenz, welche im Kontext der EiEk von Bedeutung sind:

Characteristic	Type One	Type Two	Type Three
Typical data/ relationship	Size and strength of preventable risk—disease relationship (measures of burden, etiologic research)	Relative effectiveness of public health intervention	Information on the adaptation and translation of an effective intervention
Common setting	Clinic or controlled community setting	Socially intact groups or community wide	Socially intact groups or community wide
Example	Smoking causes lung cancer	Price increases with a targeted media campaign reduce smoking rates	Understanding the political challenges of price increases or targeting media messages to particular audience segments
Quantity	More	Less	Less
Action	Something should be done	This particular intervention should be implemented	How an intervention should be implemented

Abbildung 3: Evidenz laut Brownson et al

Aus Abbildung 2 und Abbildung 3 lässt sich somit für den PAP Abstrich folgendes Schema ableiten:

1. Definition des Problems

Stellt Gebärmutterhalskrebs ein gesellschaftliches Problem dar? Hierfür ist Evidenz des 1. Typs laut Brownson et al. nötig. Wie viele Frauen sind von der Krankheit betroffen? Welche Auswirkung hat die Krankheit auf das Leben der Frauen? Welche Aspekte (Prävention? Früherkennung? Krankenbehandlung? ...) der Krankheit sollen adressiert werden?

2. Welche Maßnahme(n) ist (sind) geeignet, dieses gesellschaftliche Problem zu mindern?

Hinsichtlich PAP stellt sich die Frage: Ist Früherkennung ein geeigneter Weg, um das Problem des Gebärmutterhalskrebs zu mindern? Also: Welche Evidenz für die spezifische Intervention ist

verfügbar, wie sollte das Screening aussehen? Pap-Abstrich? HPV? Kombination? In welchen Zeitintervallen? Für welche Bevölkerungsgruppe? Usw. (Evidenz Typ 2 von Brownson)

3. Wie soll die Intervention umgesetzt werden?

Ist gezeigt, dass ein gutes Screening ein geeignetes Mittel ist, stellt sich die Frage, wie dieses Screening umgesetzt werden sollte (Evidenz Typ 3). Hier gilt es das Umfeld der Intervention zu beleuchten. Ein gutes Screeningprogramm ohne Unterstützung durch die Bevölkerung und die Ärzte wird beispielsweise scheitern. Es gilt also auch hier die verfügbare Evidenz zu betrachten, wie eine Intervention erfolgreich umgesetzt werden kann.

1.3 Merkmale einer EiEk der SV

Eine evidenzinformierte Entscheidungskultur in der SV muss bestimmte Merkmale leben, damit sie auch als eine solche wahrgenommen werden kann. Diese wurden bereits im Endbericht des Jahres 2012 (Pongratz et al. 2012) erarbeitet und sollen hier nochmals in Erinnerung gerufen werden.

- Evidenzinformierte Entscheidungskultur beinhaltet Transparenz. Diese Transparenz trägt zur besseren Information der PatientInnen, ÄrztInnen und EntscheidungsträgerInnen innerhalb und außerhalb der Sozialversicherung bei. Das heißt: Die Öffentlichkeitsarbeit der Sozialversicherung bringt die eigene Position deutlich in die Debatte und die Wahrnehmung der Bevölkerung (Makro- & Mesoebene).
- Evidenzinformierte Entscheidungskultur beachtet konsequent die Public Health Prinzipien sowie die Vorgehensweise wie in der Public Health Charta der SV beschrieben (und führt dadurch weg von Aktionismus hin zu Evidence based Health Care). Das heißt: In letzter Konsequenz führt EiEk zu einer Überarbeitung des Musterkatalogs sowie der Leistungskataloge, Leistungen ohne bewiesene Wirkung werden aus diesen gestrichen (Makroebene).
- Evidenzinformierte Entscheidungskultur wird getragen von EntscheidungsträgerInnen mit starker Leadership (=Führungspersönlichkeiten, die die Aufgabe des Repräsentanten nach außen und des Motivators nach innen übernehmen, die Kenntnis der Materie und Begeisterung mitbringen, möglichst bekannt und von allen Beteiligten respektiert sind) (Makro- & Mesoebene).
- Evidenzinformierte Entscheidungskultur kann einen wesentlichen Beitrag leisten, wenn sie auf Ebene der gesamten SV gelebt wird und kein Träger den eigenen Imagegewinn über die EiEk stellt. Das heißt: Die Sozialversicherungsträger treten mit einer gemeinsamen Stimme in Verhandlungen auf und sind hierbei vom Gedanken der Evidenzbasierung geleitet. Die Sozialversicherung nimmt aktiv die Rolle des ergänzenden Sachwalters ein und tritt verstärkt als Ge-

stalter des Gesundheitssystems i.S. des Patienten und i.S. eines verantwortungsvollen Einsatzes der Versichertenbeiträge auf (Makro- & Mesoebene).

- Evidenzinformierte Entscheidungskultur benötigt von der Politik eine Festlegung von Spielregeln und Rollen: Rolle ÄK, Rolle SV, Rolle unabhängige Institutionen – Ziele, Vorgehensweise, Gestaltungsrahmen. Das heißt: Der Gedanke der Evidenzbasierung wird im Idealfall im Sozialgesetz verankert als eine nötige Anpassung an die heutigen Verhältnisse. Dies stärkt wiederum die Verhandlungsposition der Sozialversicherung (Makroebene).
- In einer Evidenzinformierten Entscheidungskultur haben Eigene Einrichtungen eine Vorbildfunktion. Diese wird in besonderem Maße durch das Angebot wissenschaftlich fundierter Leistungen von hervorragend geschulten eigenen LeistungserbringerInnen gelebt (Meso- & Mikroebene).

Literatur

Brownson, Fielding, Maylahn: *Evidence-based Public Health: A Fundamental Concept for Public Health Practice*. Annual Review of Public Health, 30, 2009. 175-201.

Dobrow, Goel, Upshur: *Evidence-based health policy: context and utilization*. Social Science & Medicine, 58, 2004. 207 – 217.

Gerhardus: *Evidence-based Public Health. Einführung*. Vortrag bei der Summer School Evidence-based Public Health, Graz, 2013.

Pongratz, Gspurning, Staber, Fischer, Goltz, Soffried: *Evidenzinformierte Entscheidungskultur (EiEk)*. Bericht einer trägerübergreifenden Arbeitsgruppe. 2012.

2 Definition des Problems

Dr. Jürgen Soffried, MPH (IfGP)

Mag. Ines Spath-Dreyer, MPH (IfGP)

Heike Füreder, BSc, MSc (IfGP)

2.1 Krankheitslast und Sterblichkeit

Inzidenz (beschreibt die in einem bestimmten Zeitraum neu aufgetretene Anzahl an Krankheitsfällen in einer definierten Population): Im Jahr 2011 waren insgesamt 392 Frauen bzw. 6,5 von 100.000 der weiblichen Bevölkerung von bösartigen Neuerkrankungen des Gebärmutterhalses betroffen. Rund 2,2 Prozent aller Krebsneuerkrankungen bei Frauen gehen somit auf das Zervixkarzinom zurück. Die altersstandardisierte Rate der Neuerkrankungen ist im Zeitraum 2001 bis 2011 um 27 Prozent gesunken (Statistik Austria, 2014).

Prävalenz (beschreibt den Anteil Erkrankter an der Gesamtzahl einer definierten Population zu einem bestimmten Zeitpunkt): Im Jahr 2011 lebten insgesamt 8.060 Frauen mit der Diagnose Gebärmutterhalskrebs. In etwa neun Prozent aller mit bösartigen Neubildungen lebenden Frauen im Jahr 2011 litten somit an einem Zervixkarzinom (Statistik Austria, 2013a).

Mortalität: Die altersstandardisierte Sterberate hinsichtlich des Zervixkarzinoms beträgt für das Jahr 2011 zwei von 100.000 Frauen (Statistik Austria, 2014). Im Vergleich dazu beträgt die altersstandardisierte Sterberate der Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems - der häufigsten Todesursache von Frauen im Jahr 2011 - rund 111 von 100.000 der weiblichen Bevölkerung. Im Jahr 2011 entfielen rund 0,4 Prozent aller Sterbefälle bei Frauen bzw. 1,6 Prozent aller Sterbefälle aufgrund Bösartiger Neubildungen bei Frauen auf das Zervixkarzinom (Statistik Austria 2013b). Insgesamt verstarben im Jahr 2011 153 Frauen an den Folgen einer bösartigen Erkrankung des Gebärmutterhalses. Zwischen 2001 und 2011 kam es bei der altersstandardisierten Sterberate zu einem Anstieg um 9 Prozent (Statistik Austria, 2014).

2.2 Qualität Pap-Abstrich

In einer Studie von Rásky et al. (2013) wurden anhand von 15 Labors in Österreich, welche sich an einem freiwilligen Programm zur Selbstkontrolle beteiligen, Abstrichqualität und Befundungsqualität für den Zeitraum 2004-2008 analysiert. Die Untersuchung kam zu folgenden Ergebnissen:

- In zwei der 15 Labors wurden bei den eingesandten Proben die Pap-0-Qualitätsvorgaben der Österreichischen Gesellschaft für Zytologie hinsichtlich Abstrichqualität als nicht erreicht beschrieben. Dies bedeutet, dass in zwei Labors $\geq 2\%$ der Pap-Einsendungen der GynäkologInnen eines Jahres als Pap 0 (= so geringe Qualität des Abstrichs, dass nicht beurteilbar) klassifiziert werden mussten.
- In elf der 15 Labors wurden bei den eingesandten Abstrichen die Qualitätsvorgaben der Österreichischen Gesellschaft für Zytologie hinsichtlich des Anteils an als „Eingeschränkt beurteilbar“ klassifizierten Pap-Einsendungen als nicht erreicht angegeben. In diesen Labors wurden $\geq 10\%$ der von GynäkologInnen eingesendeten Pap-Abstriche eines Jahres hinsichtlich ihrer Qualität als „Eingeschränkt beurteilbar“ klassifiziert.
- Trotz Rückmeldungen über die Qualität der Pap-Abstriche an die GynäkologInnen konnten im Untersuchungszeitraum keine Verbesserungen in der Abstrichqualität gezeigt werden.
- Das Verhältnis von Pap IIID- zu Pap IV-Bewertungen dient als Maß für die Qualität des Labors (gefordert: 3:1 bis 8:1). Zehn der 15 Labors erreichten das geforderte Qualitätskriterium nicht kontinuierlich über den gesamten Zeitraum 2004-2008.
- Da sich die Studiendaten auf freiwillige Meldungen beziehen, muss von einer potenziellen Unterschätzung der Qualitätseinschränkungen ausgegangen werden.
- Die bislang freiwillige Teilnahme an Maßnahmen der Qualitätssicherung hat zu keiner nachweislichen Verbesserung hinsichtlich Abstrich- und Befundungsqualität geführt. Verpflichtende Qualitätskriterien und –kontrollen sind daher anzudenken.

2.3 Missachtung wissenschaftlicher Grundlagen

In den wissenschaftlichen Grundlagen der Vorsorgeuntersuchung Neu (VU Neu) wird für Österreich für alle Frauen zwischen 19 und 69 Jahren das systematische Screening nach Zervixkarzinom mit dem Screeningtest nach Papanicolaou empfohlen. Als geeignetes Routine-Intervall gelten drei Jahre, wenn zuvor mindestens zwei bis maximal drei initiale Abstriche in einem Ein-Jahres-Abstand unauffällige Befunde erbracht haben. Eine Beendigung des Screenings wird ab einem Alter von 70 Jahren

empfohlen, sofern drei vorangegangene, konsekutive Tests unauffällige Befunde erbrachten (WIZE VAEB, 2005, S. 121).

Im Rahmen der Evaluierung der Vorsorgeuntersuchung NEU (2005-2010) wurde unter anderem auch die Leitlinienkonformität untersucht. Befunde dazu liefert einerseits die Evaluierung der pseudonymisierten Befunddaten und andererseits die FOlgeKOstenanalyse (sogenannte FOKO-Analyse), beides aus dem Jahr 2010. Die Evaluierungsergebnisse zeigen eine hohe Überweisungsrate bei Frauen über 70 (bei rund einem Viertel (absolut: 6.726) der untersuchten Teilnehmerinnen über 70 Jahren wurde im Befundblatt eine Überweisung zum Screening dokumentiert) bzw. eine hohe Anzahl abgerechneter Untersuchungen bei über 70-Jährigen (23,8 Prozent bei den 71- bis 80-Jährigen und noch 11,2 Prozent bei den über 80-Jährigen weisen ein (kuratives) Screening auf). Zudem zeigen die FOKO-Daten eine hohe Prävalenz jährlicher Untersuchungen (Langmann et al., 2013).

2.4 Vorsorge Pap- vs. kurativer Pap-Abstrich

Im Rahmen der bereits erwähnten FOKO-Analyse (2010) wurde die Abrechnung spezifischer Untersuchungsprogramme (wie z.B. der Pap-Abstrich) im Anschluss an die VU-Inanspruchnahme untersucht. Die Ergebnisse zeigen einen hohen Anteil kurativ abgerechneter Pap-Abstriche im Vergleich zu Vorsorge-Pap-Abstrichen: Für durchschnittlich 0,1 Prozent der untersuchten VU-Teilnehmerinnen (n = 47.395) wurde ein Vorsorge-Pap-Abstrich und für 36,9 Prozent ein kurativer Pap-Abstrich innerhalb von neun Monaten ab VU-Inanspruchnahme abgerechnet. Frauen mit einem Abstrich vor der VU-Teilnahme (bis 12 Monate vorher) zeigen mit 53,7 Prozent eine überdurchschnittlich hohe Inanspruchnahme eines (kurativen) Pap-Abstrichs nach der Vorsorgeuntersuchung. Die Ergebnisse weisen auf eine Vermischung in der Abrechnung zwischen vorsorgespezifischen und kurativen Leistungspositionen hin. Dies erschwert die Bewertung des Umfangs dieser eingesetzten Krebsfrüherkennungsmaßnahme erheblich. Als mögliche Gründe können eine höhere Dotierung der kurativen Leistungsposition – und damit höherer Anreiz für die Abrechnung – oder ein gänzlich Fehlen der entsprechenden Vorsorge-Leistungsposition genannt werden. Die Empfehlung aus der Evaluierung lautet daher, dass die Vertragspartner HVB und ÖAK diesen möglichen Umstand der Vermischung diskutieren und in Zukunft auf eine saubere Trennung in der Abrechnung dieser Leistungen achten (Langmann et al., 2013).

2.5 Mangelnde Gesundheitskompetenz

Gemäß Sörensen et al. (2012) umfasst Gesundheitskompetenz die Fähigkeiten eines Menschen relevante Gesundheitsinformationen **zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden**. Darauf aufbauend sind gesundheitskompetente Personen fähig im Alltag **in den Bereichen Krankenversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung Urteile und Entscheidungen im Sinne ihrer Gesundheit zu treffen**.

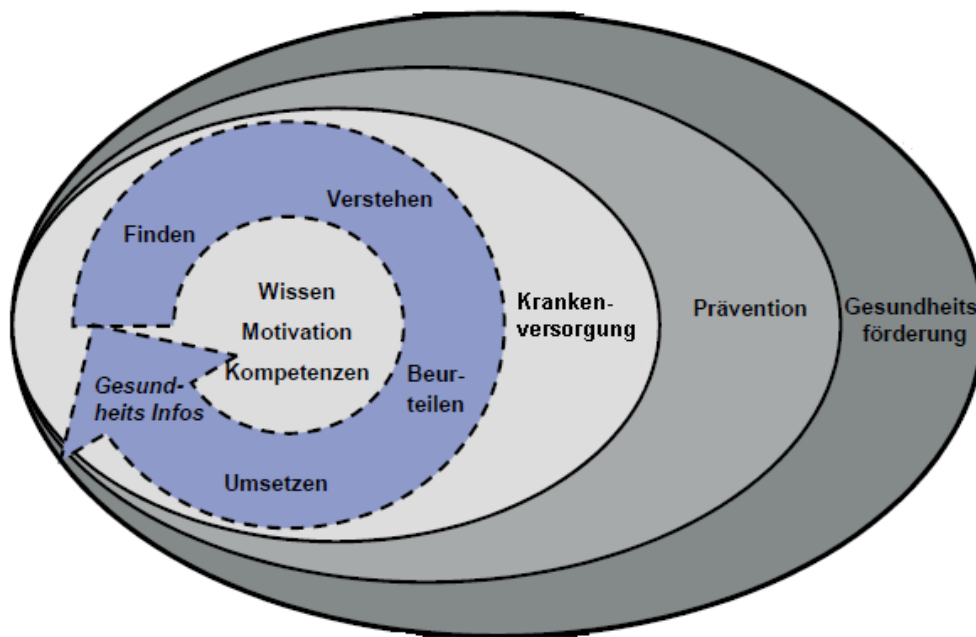


Abbildung 4: Definition Gesundheitskompetenz

Grundsätzlich werden drei Stufen der Gesundheitskompetenz unterschieden – von der funktionalen Kompetenz als Basis bis hin zur kritischen Kompetenz als höchste Stufe (Nutbeam, 2000).

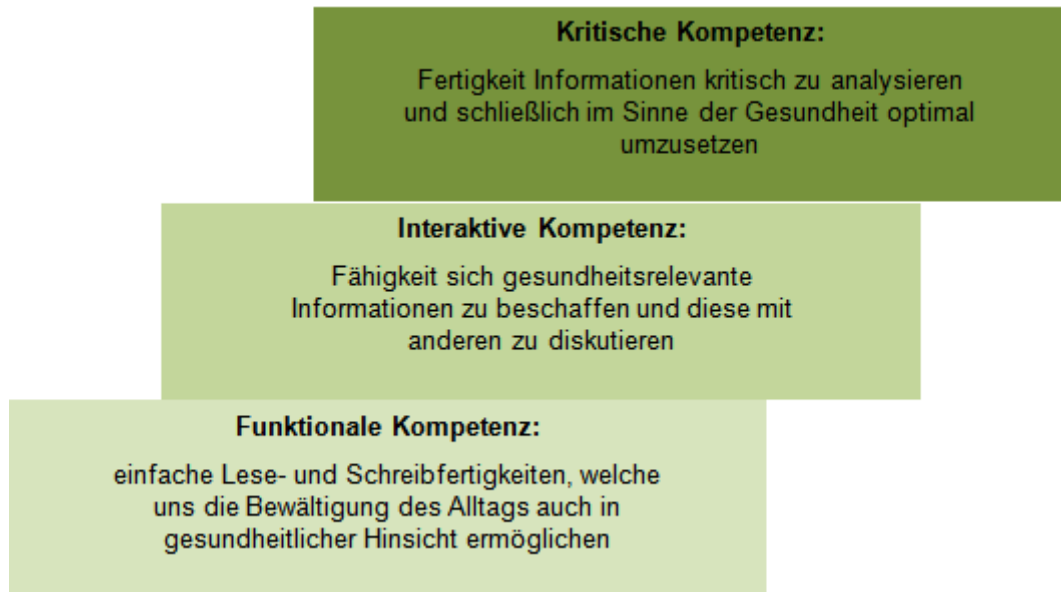


Abbildung 5: Die Stufen der Gesundheitskompetenz

Und wie ist es nun um die Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung bestellt? Für mehr als die Hälfte der Österreicherinnen und Österreicher ist es schwierig Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen oder Angaben auf Lebensmittelverpackungen zu verstehen. Immerhin knapp ein Viertel hat Schwierigkeiten einem Arztgespräch zu folgen oder Informationen über empfohlene Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen zu finden. Laut einer aktuellen Studie in acht EU-Ländern verfügt rund die Hälfte der österreichischen Bevölkerung über eine inadäquate oder problematische Gesundheitskompetenz. Ältere Menschen, Personen mit wenig finanziellen Ressourcen, niedrigem sozialen Status und geringerer Bildung sowie Menschen mit Migrationshintergrund sind überdurchschnittlich häufig von einer inadäquaten oder problematischen Gesundheitskompetenz betroffen (Pelikan, Röthlin & Ganahl, 2012).

Diesem Mangel an Gesundheitskompetenz kann man aus zwei Stoßrichtungen begegnen, zum einen durch Investitionen in die Gesundheitskompetenz der einzelnen Versicherten, zum anderen durch Reduktion der Komplexität und des Anforderungsniveaus des Systems. Qualitätsvolle Gesundheitsinformation kann durch Angehörige der Gesundheitsberufe vermittelt werden, sofern diese die nötige Kommunikationskompetenz mitbringen, also in der Lage sind Information so zu vermitteln, dass diese bei der Zielgruppe auch ankommt. Außerdem kann qualitätsvolle Gesundheitsinformation über gedruckte, audiovisuelle und soziale Medien verbreitet werden. In punkto Vorsorge und Früherkennungsuntersuchungen kann die Gesundheitsinformation der Sozialversicherung und der Zugang zu selbiger zweifelsohne optimiert werden.

Ein aktuelles Beispiel qualitätvoller Gesundheitsinformation der SV ist die Broschüre *Kompetent als Patientin und Patient. Gut informiert entscheiden*, die 2013 vom Frauengesundheitszentrum Graz auf Basis einer Broschüre der Technikerkrankenkasse in Deutschland im Auftrag des Hauptverbands erstellt und von diesem herausgegeben wurde. Darin wird erklärt anhand welcher Qualitätskriterien man gute Information erkennen kann, es werden Checklisten zur Beurteilung von Informationen angeboten. Für das Thema Krebsfrüherkennungsuntersuchung / Screening ist der Abschnitt ab Seite 22 besonders relevant: *Wahrscheinlichkeiten richtig deuten*. Anhand des Beispiels der Brustkrebsfrüherkennung mittels Mammographie wird erklärt, welche Zahlen man benötigt um eine informierte Entscheidung treffen zu können (HVB, 2013). In der gleichen anschaulichen und gut verständlichen Art und Weise kann auch das Screening nach Gebärmutterhalskrebs mittels Pap-Abstrich erklärt werden.

Es geht hierbei um den Aspekt der Risikokompetenz, die nicht nur bei medizinischen Laien, sondern auch bei Health Professionals oft mangelhaft ist. So konnten beispielsweise bei einer Abfrage im Rahmen einer medizinischen Fachtagung in Deutschland rund 80 Prozent der anwesenden GynäkologInnen nicht richtig angeben, wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, dass eine Frau nach einem positiven Screening Mammogramm tatsächlich auch Brustkrebs hat (Gigerenzer, 2013).

Literatur

- Gigerenzer, G. (2013). *Risiko. Wie man die richtigen Entscheidungen trifft*. C. Bertelsmann Verlag, München
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2013). *Kompetent als Patientin und Patient. Gut informiert entscheiden*. Download vom 19.03.2014, von http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=74635
- Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (2010a). *Gesamtbericht FOKO-Statistische Analyse*. Graz: Herausgeber.
- Institut für Gesundheitsförderung und Prävention. (2010b). *Gemeinsame Evaluierung der pseudonymisierten Befunddaten der VU nach § 16 VU-GV*. Graz: Herausgeber.
- Langmann, H., Tropper, K., Spath-Dreyer, I., Kvas, A. & Kvas, G. (2013). Die österreichische Vorsorgeuntersuchung im Brennpunkt. Herausforderungen. Fakten. Meinungen. *Gesundheitswissenschaften Nr. 45*, Linz.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a Public Health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15 (3), 259-267.
- Pelikan, J.M., Röthlin, F. & Ganahl, K. (2012). Die Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung – nach Bundesländern und im internationalen Vergleich. Abschlussbericht der Österreichischen Gesundheitskompetenz (Health Literacy) Bundesländer-Studie. LBIHPR Forschungsbericht, Wien.
- Rásky, É., Regitnig, P., Schenouda, M., Burkert, N. & Freidl, W. (2013). Quality of screening with conventional Pap smear in Austria – a longitudinal evaluation. *BMC Public Health*, 13, 998.
- Sörensen, K., Van den Broucke, S., Fullman, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80.



Statistik Austria (2014). *Krebsinzidenz und Krebsmortalität in Österreich*. Download vom 27.02.2014, von http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/publdetail?id=83&listid=83&detail=679

Statistik Austria (2013a). *Krebsprävalenz der Frauen am 31.12.2011, nach ausgewählten Krebslokalisationen und Zeit seit der Diagnose*. Download vom 27.02.2014, von http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/krebspraevaleanz/index.html

Statistik Austria (2013b). *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2012*. Download vom 27.02.2014, von http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheit/todesursachen/publdetail?id=82&listid=82&detail=601

Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der VAEB (WIZE VAEB) (Hrsg.) (2005). *Vorsorgeuntersuchung Neu. Wissenschaftliche Grundlagen*, Graz.

3 Maßnahmen

3.1 Internationale Guidelines

Prim. Dr. Reinhold Pongratz (STGKK)

Dr. Christian Staber (STGKK)

Die auszugsweise angeführten internationalen Leitlinien geben zum Screening nach Zervixkarzinom hinsichtlich der Intervalle und Altersgrenzen folgende Empfehlungen ab:

UKNSC (United Kingdom National Screening Committee 2010, überprüft 2012)

- Einladung von Frauen zum Pap-Abstrich Screening im Alter von 25 bis 64 Jahren
- Screening alle 3 Jahre im Alter von 25 bis 49 Jahren
- Screening alle 5 Jahre im Alter von 50 bis 64 Jahren
- Screening von Frauen ab 65 Jahren nur dann, wenn seit dem 50. Lebensjahr kein Screening erfolgt ist, bzw. wenn kurz vorher auffällige PAP-Befunde festgestellt wurden
- Keine routinemäßige HPV-Testung

USPSTF (United States Preventive Services Task Force 2012)

- Screening von Frauen im Alter von 21 bis 65 Jahren
- Pap-Abstrich Screening mittels konventioneller- oder Dünnschichtzytologie alle 3 Jahre
- Kein größerer Nutzen für Patientinnen durch die jährliche Testung
- Kein routinemäßiges Screening bei Frauen unter 21 Jahren
- Kein routinemäßiges Screening bei Frauen über 65 Jahren, wenn davor adäquat gescreent wurde, unauffällige Befunde bestanden und diese Frauen keiner Risikogruppe angehören
- Kein routinemäßiges Screening nach totaler Hysterektomie
- HPV CO-Testung als Option für Frauen im Alter von 30 bis 65 Jahren, die das Screeningintervall auf 5 Jahre strecken möchten
- Keine alleinige HPV Testung oder HPV CO-Testung für Frauen unter 30 Jahren

ACS (American Cancer Society), **ASCCP** (American Society for Colposcopy and Cervical Pathology) und **ASCP** (American Society for Clinical Pathology) 2012

- Screening von Frauen im Alter von 21 bis 65 Jahren
- Pap-Abstrich Screening mittels konventioneller- oder Dünnschichtzytologie alle 3 Jahre
- Kein jährliches Screening, unabhängig von der Methode bzw. vom Alter der Patientin
- Kein routinemäßiges Screening bei Frauen unter 21 Jahren unabhängig vom Zeitpunkt der Aufnahme sexueller Aktivität oder von sonstigen Risikofaktoren
- Kein routinemäßiges Screening bei Frauen über 65 Jahren, wenn davor adäquat negativ gescreent wurde
- Kein routinemäßiges Screening nach totaler Hysterektomie
- HPV CO-Testung alle 5 Jahre für Frauen von 30 bis 65 Jahren als bevorzugte Vorgangsweise
- Keine HPV CO-Testung für Frauen unter 30 Jahren
- Keine alleinige HPV Testung bei Frauen im Alter von 30 bis 65 Jahren im üblichen klinischen Einsatz

ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) 2012

- Screening von Frauen im Alter von 21 bis 65 Jahren
- Alleiniges Pap-Abstrich Screening mittels konventioneller- oder Dünnschichtzytologie alle 3 Jahre ist akzeptabel
- Ein jährliches Screening sollte nicht durchgeführt werden
- Kein routinemäßiges Screening bei Frauen unter 21 Jahren unabhängig vom Zeitpunkt der Aufnahme sexueller Aktivität oder von verhaltensbezogenen Risikofaktoren
- Kein routinemäßiges Screening bei Frauen über 65 Jahren, wenn davor adäquat negativ gescreent wurde
- Kein Screening nach totaler Hysterektomie
- HPV CO-Testung alle 5 Jahre für Frauen von 30 bis 65 Jahren als bevorzugte Vorgangsweise
- Keine HPV CO-Testung für Frauen unter 30 Jahren

Europäische Leitlinie zur Qualitätssicherung des Zervixkarzinomscreenings 2008

- Die Effektivität des Screenings mittels Pap-Abstrichs wurde in Studien auf Basis von Verlaufsbeobachtungen und bei Fallkontrollstudien gezeigt. Weiterführende Studien, die die unterschiedlichen Empfehlungen zum Screening hinsichtlich der Mortalität prüfen, werden als notwendig erachtet.
- Die Ressourcen für ein Screeningprogramm sollten für Frauen im Alter von 30 oder 35 Jahren bis 60 Jahre gebündelt werden. Es wird als sinnvoll erachtet 5 Jahre vor dem Häufigkeitsgipfel an Zervixkarzinom zu erkranken, mit dem Screening zu beginnen. Das Hauptziel sollte die Erfassung möglichst vieler Frauen dieser Altersgruppe sein. Ein optimales Alter zur Beendigung des Screenings ist durch Studien derzeit nicht ausreichend belegt.
- Die IARC Multicenter Studie (1986) hat gezeigt, dass durch ein jährliches Zervixkarzinomscreening 93% der erwarteten Erkrankungsfälle, bei einem Screening alle 3 Jahre 91% und bei einem Screening alle 5 Jahre 84% der Fälle verhindert werden können.
- Erste Berichte zeigen für Länder oder Regionen mit etablierten organisierten Screeningprogrammen einen deutlichen Rückgang von Erkrankungen und bei der Sterblichkeit an Zervixkarzinom im Vergleich zu Ländern mit opportunistischem oder keinem Screening.
- Der kausale Zusammenhang zwischen einer persistierenden Infektion mit Hochrisiko HPV-Typen und dem Auftreten von Zervixkarzinom ist durch Studien belegt (Bosch et al., 2002; IARC, 2005). Die Anwendung der HPV-Testung wird für drei klinische Konstellationen als potentiell hilfreich angesehen.
- Da die HPV-Testung mittels geprüfter Methoden in hohem Maße reproduzierbar und sensitiver ist als wiederholte Abstrichkontrollen, ist sie gut als Entscheidungshilfe bezüglich der weiteren Schritte für Frauen mit zweifelhaften zytologischen Befunden geeignet. Als Einschränkung für die Auswahl ist anzumerken, dass die meisten Frauen mit LSIL (low grade squamous intraepithelial lesion, leichte Dysplasie) einen positiven HPV Befund aufweisen. Nach konservativer Behandlung von Läsionen im Bereich der Zervix, kann die HPV-Testung persistierende Infektionen und somit wiederkehrende Cervikale Intraepitheliale Neoplasien (CIN) rascher und mit größerer Sensitivität erkennen, als zytologische Verlaufsbeobachtungen.
- Die primäre HPV-Testung mit HC2 (Hybrid Capture 2) oder PCR Systemen ist erheblich sensitiver bei der Erkennung und Abgrenzung von Cervikalen Intraepithelialen Neoplasien höheren Grades (CIN II oder III) bzw. Krebs zu ASCUS (atypical squamous cells of undetermined significance, minimale Zellveränderungen unbekannter Ursache) und LSIL als die Zytologie,

weist aber weniger Spezifität auf. Die Spezifität² der HPV-Testung kann erhöht werden, wenn die Zielgruppe aus Frauen, die älter als 30 – 35 Jahre sind, besteht. Eine Kombination von HPV-Testung und Zytologie liefert einen geringen Zugewinn bei der Sensitivität³ auf Kosten eines akzeptablen Verlustes der Spezifität bei hochgradigen cervikalen intraepithelialen Neoplasien, im Vergleich zu alleinigem HC2 Screening.

- Möglichkeiten, die bei HPV-positiven Frauen zur Auswahl stehen sind die zytologische Untersuchung (Pap-Abstrich), die Wiederholung des HPV-Tests in 6 bis 12 Monaten, die Bestimmung einzelner HPV-Subtypen, der Viruslast, der Virusintegration und der mRNA-Nachweis. Welche dieser Untersuchungen die beste Option ist, ist Gegenstand laufender wissenschaftlicher Untersuchungen.
- Die Einführung einer primären HPV-Testung erfordert die Definition der Altersgruppe, des Screeningintervalls und einer entsprechenden Qualitätssicherung des Programms. Im Zusammenhang mit einem opportunistischen Programm wird ein HPV Screening nicht empfohlen.

² **Spezifität (richtig-negative Rate eines Tests):** Anteil der Test-negativen Personen unter allen Nicht-Erkrankten einer Stichprobe, d.h. die Wahrscheinlichkeit, mit einem diagnostischen Test Nicht-Erkrankte korrekt zu identifizieren. Eine hohe Spezifität wird angestrebt, wenn eine Erkrankung mit großer Sicherheit bestätigt werden soll (aus dem Glossar zur Evidenzbasierten Medizin des Deutschen Netzwerks EBM).

³ **Sensitivität (richtig positive Rate eines Tests):** Anteil der test-positiven Personen unter allen Erkrankten einer Stichprobe, d.h. die Wahrscheinlichkeit, mit einem diagnostischen Test die Kranken auch als krank zu identifizieren. Eine hohe Sensitivität wird angestrebt, wenn eine Erkrankung mit hoher Sicherheit ausgeschlossen werden soll (aus dem Glossar zur Evidenzbasierten Medizin des Deutschen Netzwerks EBM).

3.2 Geeignete Maßnahmen aus Sicht der Arbeitsgruppe

Primarius Univ.Doz. Dr. Martin Tötsch (LKH – Univ. Klinikum Graz)

Prim. Dr. Reinhold Pongratz (STGKK)

3.2.1 Organisiertes vs. Opportunistisches Screening

Prinzipiell gibt es zwei Arten des Screenings: Das opportunistische Screening wie es in Österreich, Deutschland und Schweiz praktiziert wird, und das organisierte Screening wie es sich im größten Teil Europas durchgesetzt hat. In beiden Fällen ist festzulegen, welche Altersgruppen zugelassen werden, welche Intervalle als sinnvoll erachtet werden und welche Untersuchungsmethode gewählt wird (siehe oben). Bei der Entscheidung für das organisierte Screening muss zusätzlich definiert werden, wer die Organisation übernimmt, bzw. an welche Struktur man diese anknüpfen kann und wie sie erfolgen soll. Zusätzlich sind begleitende Maßnahmen zu nennen, die eine Verunsicherung bei den Patientinnen vermeiden helfen sollen.

Die folgende Tabelle (IARC 2005) zeigt die unterschiedlichen Ansätze in Europa, in der Zwischenzeit hat sich der Anteil an Ländern mit organisiertem Screening deutlich gesteigert.

Country	Population included in organized cervical screening	Start	References
Austria	Regional programme in Vorarlberg (120 000 women, 4% of Austrian women 20+)	1970	Breitenecker <i>et al.</i> (2000)
Belgium	Flemish Region (about 60% of Belgian population)	1994	Arbyn & Van Oyen (2000)
Denmark	Regional programmes Nationwide	1962 first pilot. 1969 local programmes and opportunistic smears. 1996 nationwide programmes	Lynge (1984); Lynge <i>et al.</i> (1996)
Estonia	Pilot programme (Tallinn, Tartu, Narva), invitation only via media	2003	T. Aareleid (2003) (personal communication)
Finland	National programme	1961 first pilot. 1970 nationwide.	Kauraniemi (1969), Timonen & Pyörälä (1977)
France	Pilot programmes in 4 departments: Bas-Rhin, Isère and Doubs (500 000 women) and Martinique	1990 (Isère) 1991 (Martinique) 1993–94 (Bas-Rhin and Doubs)	Schaffer <i>et al.</i> (2000)
Greece	Pilot programmes in Ormylia (< 20 000 women) and Iliä and Messinia Region		Linou & Riza (2000)
Hungary	Nationwide	2003	Döbrössy & Bodo (personal communication)
Iceland	National programme	1964 Reykjavik 1969 nationwide	Johannesson <i>et al.</i> (1982) (1982)
Ireland	Pilot programme in Mid Western Health Board Region (67 000 women)	2000	O'Neill (2000)
Italy	Regional programmes in 12 of 20 regions targeting 52% of women aged 25–64	Most after 1996 (where 13% of population targeted).	Segnan <i>et al.</i> (2000); Ronco <i>et al.</i> (2003a)
Latvia	National programme	1972. After 1987 the programme gradually disappeared due to economic and political factors	V. Grjunberg (personal communication)
Netherlands	Regional programmes Nationwide with national co-ordination and policy	1970 local programmes and opportunistic screening 1996 national programme	Van Ballegooijen & Hermens (2000)
Norway	National programme National coordination and policy	1959 first pilot 1980s - 1990s many opportunistic smears 1995 national programme	Messelt & Høeg (1967); Nygård <i>et al.</i> (2002)
Portugal	Regional programme in central Portugal (300 000 women)	1990	Real <i>et al.</i> (2000)

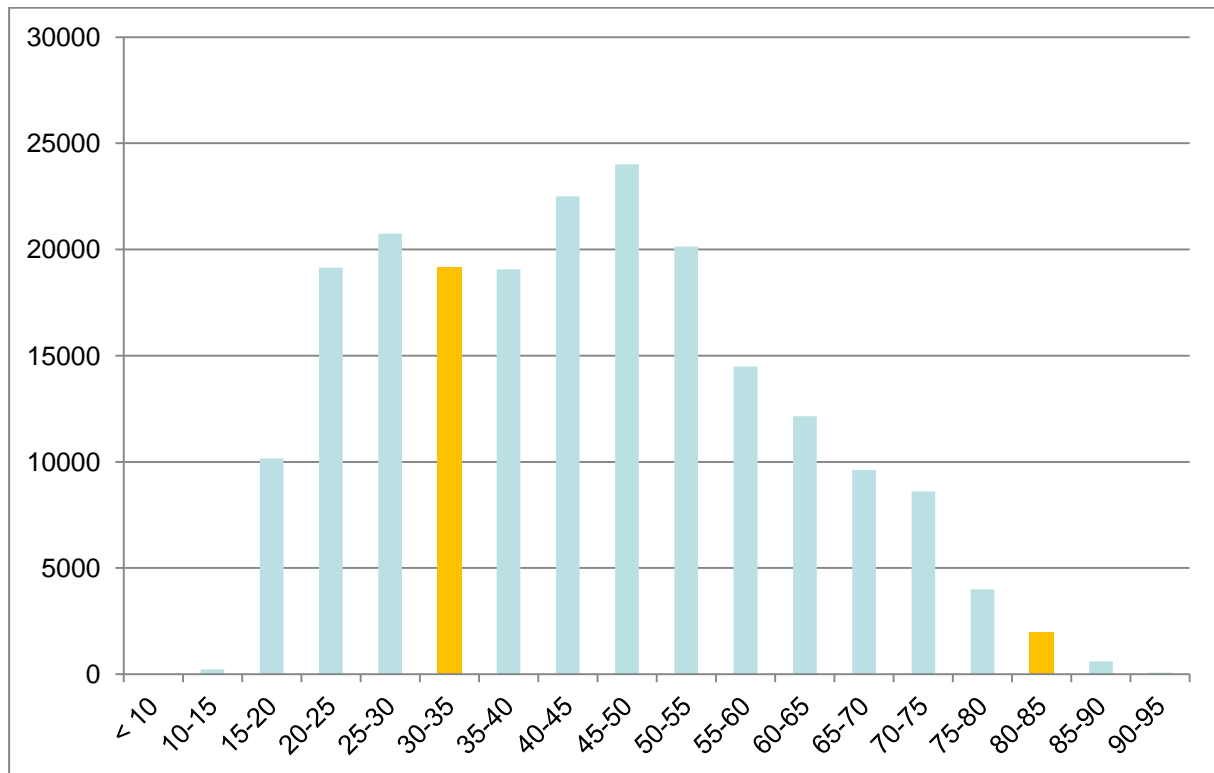
Romania	Regional Cluji county (200 000 women, 3% of Romanian women 25–64)	2002	Suteu <i>et al.</i> (2003)
Slovenia	Nationwide	2003	Primic Zakej (personal communication)
Spain	Regional programme in Castilla y Leon	1986	Fernandez Calvo <i>et al.</i> (2000)
Sweden	Regional programmes Nationwide	1964 first country 1965 national plan 1973 nationwide (except one city)	Ahlgren <i>et al.</i> (1969), Pettersson <i>et al.</i> (1986)
United Kingdom	Regional programmes Nationwide with national co-ordination and policy	1988 computerized call/recal 1995 national co-ordination and quality assurance	Patnick (2000)

Das opportunistische Screening hat folgende Konsequenzen:

- In Deutschland werden jährlich maximal 40-50% der in Frage kommenden Frauen untersucht, man benötigt derzeit in etwa drei Jahre um 70% aller Frauen zumindest einmal untersucht zu haben. Dies auch dadurch, weil zumeist dieselben Frauen den Gynäkologen regelmäßig aufsuchen. Es gilt aber als akzeptiert, dass auch andere Untersuchungsverfahren als der Pap-Test (z.B. HPV-Screening) an diesem Patientenverhalten nichts ändern würden.

Vergleichszahlen sind für Österreich nicht bekannt Die einzigen offiziellen Daten stammen von der IARC (2005) und geben an, dass 60% aller Frauen zumindest zweimal in ihrem Leben einen Pap-Abstrich hatten, 10% nur einen und 30% nie in ihrem Leben einen Abstrich machen haben lassen (Tabelle). Dabei weiß man, dass mehr als 50% aller Frauen mit Cervix-Karzinomen nie einen Pap-Abstrich hatten (Leyden, 2005).

In der folgenden Tabelle wird dargestellt, wie sich derzeit die Altersverteilung bei den Pap-Abstrichen am Zytologischen Institut des LKH Univ. Klinikum Graz, einem typischen Einsendelabor, darstellt. Auffallend die Bandbreite, die untersuchten Frauen sind im Alter zwischen 13 und 95, davon entsprechen nur 3/4 unserer Zielgruppe. Beide Alters-Gipfel des Cervix-Karzinoms sind gelb markiert.



Das organisierte Screening hat folgende Voraussetzungen:

- Nutzung der in der SV vorhandenen Infrastruktur des VU Kampagnenmanagements bzw. des Brustkrebsfrüherkennungsprogramms für die Einladung der Frauen. Zwei Arten des Einladungssystems sind möglich: Es werden systematisch alle Frauen eingeladen oder nur jene Frauen, welche nicht in einer vordefinierten Zeitspanne beim Gynäkologen waren. Letzteres setzt aber ein zentrales Pap-Register für Österreich voraus, da insbesondere in Bundesländern wie Wien das Doctor-Hopping sehr ausgeprägt ist.
- Definition eines optimalen Screeningintervalls: in der Regel 3 Jahre, durch Kombination mit negativer HPV-Testung evtl. alle 5 Jahre.
- Nur beim organisierten Screening ist als Alternative ein HPV-Screening möglich (European Guidelines for Quality Assurance).

Das Beispiel der Skandinavischen Länder hat klar den Vorteil des organisierten Screening belegt. Die Inzidenz und Mortalität des Zervixkarzinoms ist niedriger, die Zahl der Abstriche im Leben einer Frau deutlich geringer. Eine Studie aus Finnland belegt, dass der Effekt bei Frauen mit Teilnahme an einem organisierten Screeningprogramm zweifach höher war (75%, OR Zervixkarzinom 0.25; 95% CI 0.1-0.5) als der bei Frauen mit Teilnahme beim opportunistischen Screening (43%, OR 0.57, 95% CI 0.3-

1.1) (Nieminen et al., 1999). Eine gleichartige Studie wurde von Ronco et al. 2005 in Turin/Italien durchgeführt mit einer 20% Reduktion des Zervixkarzinoms allein durch einen Wechsel zum organisierten Screening.

Zusammenfassung in den **European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening**, Second Edition: "In conclusion, organised screening appears to be more effective and largely more cost-effective than opportunistic activity."

Die folgende Tabelle zeigt im Vergleich mehrerer Europäischer Länder anhand der krankheitsspezifischen Sterblichkeit an Gebärmutterhalskrebs die Überlegenheit von organisiertem Screening:

Table 5. Average age-standardised mortality from cervical cancers per 100,000 in 1995 (European standard population) related to the recommended screening policy in some countries of the European Union (van Ballegooijen *et al.*, 2000; Bray *et al.*, 2002)

	Mortality from cervical cancer (1995)	Target age group	Screening interval (years)	Smears per lifetime	Proportion of the population subjected to a formal programme (%)	Proportion of women screened in a 3- or 5-year period (%)
Austria	6.3	20+	1	50+	n.r.e.	n.r.e.
Belgium (a)	4.6	25-64	3	14	58	78
Denmark	6.3	23-59 (f)	3	13	90	75
Finland	1.7	30-60	5	7	100	93
France	4.6	25-64	3	14	<5	n.r.e.
Germany	5.5	20+	1	50+	90	80
Greece (b)	3.0	25-64	3	14	n.r.e.	n.r.e.
Ireland (c)	4.6	25-60	5	8	n.r.e.	n.r.e.
Italy	3.2	25-64	3	14	13	50
Luxembourg	1.6	15+	1	55+	n.r.e.	n.r.e.
Netherlands	2.7	30-60	5	7	100	77
Portugal (d)	6.3	20-64	3	16	n.r.e.	n.r.e.
Spain (d)	3.5	25-65	3	14	n.r.e.	n.r.e.
Sweden	3.7	23-60	3(e)	14	100	82
UK (England)	5.0	20-64	3 or 5	10-16	100	61

^{a)} Policy related to the Flemish region of Belgium; ^{b)} Policy related to pilot studies; ^{c)} Policy planned for one region of the country; ^{d)} Policy for one region of the country only; ^{e)} 5-yearly at ages 50-60 years; ^{f)} corrected.

3.2.2 - Krebsregister

In verschiedenen Ländern Europas spielt das Krebsregister auch unter Berücksichtigung des Datenschutzes eine zentrale Rolle beim Pap-Screening. Die Aufgaben sind:

- Erfassung von Zervixkarzinom-relevanten Daten
- Einladungsmanagement zur Krebsfrüherkennungsuntersuchung
- Bündelung der zytologischen und histologischen Befunde (dies geschieht in der Steiermark derzeit lediglich freiwillig durch Datenfusion der allg. öffentlichen Institutionen, nicht aber der privaten Labore) zur Qualitätskontrolle
 - Ausstrichqualität
 - Korrelation positive Zytologie (\geq Pap III) mit betreffender Histologie
 - Anzahl der falsch positiven Befunde (**FPR**) eines Labors
 - Korrelation positive Histologie (\geq CIN II) mit betreffender Zytologie
 - Anzahl der falsch negativen Befunde (**FNR**) eines Labors

Cave: Dies kann derzeit ohne (de)zentrale Register der histologischen Befunde in Österreich nicht erhoben werden!

In Österreich werden derzeit nur die Daten von etwa 1,6 Millionen Pap-Abstrichen im Rahmen der freiwilligen Qualitätssicherung der ÖGZ (Österreichischen Gesellschaft für Zytologie) erfasst und relevante Parameter wie die FPR erhoben. Selbst in der Steiermark ist es aufgrund der oben genannten Situation nicht möglich die FNR zu erfassen.

Gerade in Ländern wie in England mit einer sehr ausgeprägten Strukturierung des Gesundheitssystems (NHS) erfolgt eine permanente Überprüfung der überwiegend öffentlichen Labore mittels der Parameter FPR und FNR, auch Befundkontrollen vor Ort sind üblich. Bei wiederholten Verfehlungen werden entsprechende Schritte eingeleitet. Als Sekundäreffekt ergibt sich die Zusammenlegung von zu kleinen Laboren bzw. die Aufgabe dieser Leistungen, da diese Klein-Strukturen den hohen Aufwand für die Qualitätssicherung nicht tragen können. Des Weiteren verfügen dies Labore auch nicht über die kritische Masse an Einsendungen um sicher eine hohe Expertise in der Befundung aufweisen zu können.

In Österreich wird derzeit eine pragmatische Lösung praktiziert und eine Mindestzahl von 15.000 Abstrichen für Einsendelabore bzw. von 1.000 Abstrichen für Labore, die für eine Dysplasieambulanz arbeiten, empfohlen (Leitlinie zur Qualität in der gynäkologischen Zytologie, erarbeitet von der ÖGZ und ÖGP sowie die European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening).

3.2.3 HPV-Triage

Wie im Kapitel 3.1 Internationale Guidelines beschrieben wird die HPV-Testung als sensitiver (= höherer Anteil der test-positiven Personen unter den Erkrankten) als der Pap-Abstrich ($\leq 70\%$) angesehen. Darüber hinaus wird der HPV-Nachweis als ein Test beworben, der in einem hohen Ausmaß reproduzierbar ist und einen guten negativen Prädiktwert aufweist. Also weisen Frauen, die einen HPV-negativen Test haben, mit hoher Wahrscheinlichkeit keine Dysplasie bzw. kein Cervix-Karzinom auf.

Als weitere diagnostische Möglichkeiten bei HPV-positiven Frauen werden die zytologische Untersuchung (Pap-Abstrich) sowie verschiedene Regime von HPV-Testungen genannt. Welche dieser Vorgehensweisen die beste Option ist, ist Gegenstand laufender wissenschaftlicher Untersuchungen. Problematisch ist hierbei die Tatsache, dass keine Vergleichbarkeit bei den Resultaten der wichtigsten HPV-Nachweisverfahren besteht (Rebolji et al, 2014).

In einzelnen Ländern Europas verdrängt das Screening mit Hilfe der HPV-Testung den Pap-Test. Hintergrund ist ein Mangel an ausgebildeten Zytopathologen und Zytotechnikern sowie Industrieinteressen. Diese Situation ist in Österreich in den nächsten 10 Jahren noch nicht zu erwarten, also kann man „noch“ auf die teurere HPV-Testung verzichten, wenn entsprechende Nachwuchspflege betrieben wird. Darüber hinaus wäre die HPV-Testung als Screeninginstrument in dem heute bestehenden opportunistischen Screeningsystem nutzlos (lt. Europäischer Leitlinie).

Eine HPV-Triage (mittels DNA- oder mRNA-Testung) scheint eine sinnvolle Ergänzung in bestimmten Fällen (zumeist mit abnormalem Zellbild) zu sein. Welche Konstellationen sind zu berücksichtigen:

- Bei Patientinnen zwischen 21-29 Jahren HPV-Testung nur bei Zustand nach Konisation
- Bei Patientinnen zwischen 30 und 65 Jahren, wenn
 - Z. n. Konisation: HPV-pos \rightarrow Rezidiv
 - Der zytologische Befund Pap III oder Pap III G lautet (HPV-neg \rightarrow CIN3 Risiko $\leq 2\%$ = regelmäßige Kontrolle ausreichend, HPV-pos \rightarrow Kolposkopie)
 - Der zytologische Befund Pap III D lautet (hier weist die Datenlage jedoch nur auf eine mRNA-Testung hin)
 - Vorbefund Pap II und HPV-positiv: Wiederholung der Co-Testung nach einem Jahr oder Subtypisierung auf HPV 16 bzw. 16/18 (ASCCP-Empfehlungen 2012)
- Bei Patientinnen über 65 Jahren, wenn
 - Datenlage unklar, möglicherweise wenn Vorbefunde eines CIN2, CIN3 oder AIS in den letzten 20 Jahren bekannt sind. Zumindest eine zytologische Verlaufskontrolle ist indiziert.

3.2.4 Pilotprojekt

Grundaufgabe eines Pilotprojektes ist die Erfassung der Ist-Situation (inkl. Abgleich der Daten der GKK und der Pathologie-Institute der Steiermark):

- Anzahl der untersuchten Patientinnen und Abstriche in der Steiermark
 - Retrospektiv für ein Jahr, sowie in einem Zeitraum von 2, 3, 4 und 5 Jahren
- Verteilung der Zahl der Abstriche/Patientin
 - Retrospektiv für ein Jahr, sowie in einem Zeitraum von 2, 3, 4 und 5 Jahren

Darauf aufbauend ergeben sich folgende Zielsetzungen, die in Deutschland das Bundesministerium für Gesundheit bereits 2011 zum Ziel der Weiterentwicklung der Gebärmutterhals-Krebsfrüherkennung erklärt hat und die sich auch auf die Situation in der Steiermark anwenden lassen:

- Verbesserung der Qualitätssicherung,
 - Verpflichtende Teilnahme der öffentlichen und privaten Labore mit dem Ziel alle zytologischen und histologischen Befunde in einem Register zusammenzuführen. Auswertung nach Qualitätskriterien der Abstrichnahme (Pap O und eingeschränkt repräsentativ) sowie der Befundung (FPR, FNR, Verteilung der Befundkategorien etc.)
- Durchführung eines organisierten Einladungsverfahrens,
 - Einbindung an das Krebsregister bzw. an das Mamma-Screeningprogramm.
- Anpassung des Screeningintervalls,
 - Alle drei Jahre, möglicherweise als Übergangslösung alle 2 Jahre.
- die Regelung des Follow-up der auffälligen Befunde incl. Differentialkolposkopie
 - In Co-Testung mit HPV in den oben genannten Fällen (HPV-Triage) bzw. unter Berücksichtigung der Leitlinien der OEGGG. Diese werden voraussichtlich demnächst überarbeitet werden und wahrscheinlich verstärkt auf die HPV-Triage eingehen
- die Etablierung eines Informationssystems für das Monitoring und die Evaluation
 - Einbindung der beteiligten Fachgesellschaften OEGGG, ÖGZ, ÖGP sowie der Gesundheitsplattform
 - Information der Patientinnen
 - Informationssystem über die erfolgte Befundung bereits in Ausarbeitung

Literatur

European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening – second edition, 2008

IARC Handbooks of Cancer Prevention. Cervix Cancer Screening. IARC Press 2005

Leyden MA, Manos M, Kinney W, et al. JNCI 2005; 97: 67583

Nieminen P., Kallio M., Anttila A., & Hakama M. (1999). Organised vs. spontaneous Pap-smear screening for cervical cancer: A case-control study. Int. J. Cancer 83: 55-58.

Rebolj M, Preisler S, Møller Ejegod D, Rygaard C, Lynge E, Bonde J. Disagreement between Human Papilloma-virus Assays: An Unexpected Challenge for the Choice of an Assay in Primary Cervical Screening. PLOS One 2014, Vol 9: e86835

Regitnig P, Breitenecker G, Dinges HP, Freibauer C, Höbling W, Lax S, Nader A, Murat O, Ordonez M, Pokieser W, Schalleschak J, Stacher-Ehrgott M, Stani J, Tuppy H, Widder W, Wiener H. Leitlinie zur Qualität in der gynäkologischen Zytologie; 2014

Ronco G., Pilutti S., Patriarca S., Montanari G., Ghiringhello B., Volante R., Giordano L., Zanetti R., Mancini E., & Segnan N. (2005). Impact of the introduction of organised screening for cervical cancer in Turin, Italy: cancer incidence by screening history 1992-98. Br. J. Cancer 93: 376-378.

4 Handlungsoptionen der SV im Sinne von EiEk

Prim. Dr. Reinhold Pongratz (STGKK)

Dr. Timo Fischer (HVB)

Dr. Jürgen Soffried, MPH (IfGP)

Die Befundaufnahme in den Kapiteln 2 und 3 verdeutlicht, dass die aktuelle Situation der Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung mittels Pap-Abstrichs in Österreich unbefriedigend ist. Es bestehen mehrere Optimierungsbedarfe, um den potentiellen Nutzen der Maßnahme aus Bevölkerungsperspektive für die österreichischen Frauen realisieren zu können! Es kann festgestellt werden, dass es ausreichende Evidenz gibt welche Intervention wie umzusetzen wäre. Klar ist, dass die Sozialversicherung nicht die Möglichkeiten hat im Alleingang durchzusetzen, dass Österreich die Lücke zwischen gelebter Praxis und internationalen Guidelines schließt. Wie von Brownson beschrieben (siehe Abb. 3, Seite 6), stellt sich nun die Frage wie die Intervention umgesetzt bzw. die gegenständliche Lücke geschlossen werden soll/kann. Dabei gilt es die politischen Rahmenbedingungen und Herausforderungen zu kennen und zu berücksichtigen. Welche Handlungsoptionen im Sinne einer Evidenzinformierten Entscheidungskultur (siehe auch Kapitel 1.3) hat nun die Sozialversicherung?

4.1 Die SV als Gestalterin des Systems

Die Sozialversicherung stellt jenen Teil der öffentlichen Verwaltung dar, der vom Prinzip der Selbstverwaltung geprägt ist. Historisch gewachsen wird die Sozialversicherung von einigen Stakeholdern nach wie vor als Verwalterin wahrgenommen, der die Aufgabe zugeschrieben wird für Effizienz zu sorgen (= etwas richtig tun). Die Sozialversicherung selbst befindet sich jedoch in einem Transformationsprozess hin zu einer Gestalterin des Gesundheitswesens, die dafür Sorge trägt, dass das Richtige getan wird (Stichwort Effektivität). Während die Ärzteschaft, vertreten durch die Ärztekammer(n), sich als Gestalter und als Hüter der Effektivität sieht und die SV nach wie vor als Verwalterin betrachtet, hat die SV begonnen Evidenzbasierung einzufordern.

Die Herausforderung scheint darin zu bestehen: Wie ernst meint es die SV mit der Rolle bzw. dem Selbstverständnis als Gestalterin? Bezogen auf das abgehandelte Thema lautet die Frage: Ist das Thema Screening nach Gebärmutterhalskrebs / Pap-Abstrich geeignet, um die Rolle als Gestalterin des Systems zu demonstrieren?

4.2 Handlungsleitende Prinzipien (Werte)

Die Prinzipien *Bedarfsorientierung*, *Qualität*, *Patientenorientierung* sowie *Transparenz* und *Wirkungsorientierung* findet man allesamt im Artikel 3 des Bundes-Zielsteuerungsvertrags als „gemeinsame handlungsleitende Werte“. Nachdem diese Werte nun also in einem Vertrag zwischen Bund, Ländern und SV festgeschrieben wurden, sollte es keine Überraschung sein, wenn die SV sich auf genau diese Prinzipien beruft, wenn es darum geht die Krebsfrüherkennungsleistung Pap-Abstrich bzw. das Gebärmutterhalskrebs-Screening auf neue, auf bessere Beine zu stellen. Hat diese Projektgruppe im Dezember 2012 noch postuliert, dass es „politisch-rechtliche Rahmenbedingungen bzw. ein Klima braucht, in dem die noch zarte Pflanze der evidenzbasierten Entscheidungsfindung gedeihen kann“, so scheinen eben diese Rahmenbedingungen nun gegeben zu sein.

Eine Veränderung von Leistungskatalogen bzw. Verträgen ist auf alleiniges Bestreben der Sozialversicherung nicht möglich. Nehmen die Vertragspartner Bund und Länder jedoch die „gemeinsamen handlungsleitenden Werte“ Ernst, sollte es möglich sein durch Bedarfs-, Wirkungs- und Patientenorientierung in transparenter Vorgehensweise die Qualität der Leistungserbringung zu steigern.

4.3 Informierte Entscheidungsfindung – Gesundheitskompetenz

Informierte Entscheidungsfindung ist nicht verpflichtender Inhalt der ärztlichen Aus- und Fortbildung, es ist dem Eigenengagement der ÄrztInnen überlassen ob und falls ja, wie intensiv sie sich in diesem Thema fortbilden. Daher kann nicht davon ausgegangen werden, dass alle ÄrztInnen dazu in der Lage sind. Informierte Entscheidungsfindung wäre vor allem wichtig bei der Beratung zu Krebscreenings wie zum Beispiel Gebärmutterhalskrebs. Dies betrifft ÄrztInnen als Vertragspartner in gleicher Weise wie ÄrztInnen in Eigenen Einrichtungen.

Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag sieht vor multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgung zu konzipieren (operatives Ziel 6.1.2.). Daran wird auch bereits mit Hochdruck gearbeitet. Multiprofessionelle Teams könnten auch eine Rolle bei der Informierten Entscheidungsfindung übernehmen und dazu beitragen die Gesundheitskompetenz unserer Bevölkerung zu fördern, indem sie die Komplexität und das Anspruchsniveau des Gesundheitssystems reduzieren helfen.

4.4 Eigene Einrichtungen mit Vorbildfunktion

Die von GesundheitsökonomInnen oftmals geforderte Trennung von Kostenträger und Leistungserbringer (im Englischen *purchaser – provider split*) ist im Zuständigkeitsbereich der Sozialversicherung nicht vollzogen. Oftmals sind SV-Träger in stationären und ambulanten eigenen Einrichtungen selbst Erbringer von Leistungen, für die sie auch Kostenträger sind, wenn Vertragspartner dieselbe Leistung erbringen. Als Betreiber von eigenen Einrichtungen haben die SV-Träger ähnliche Interessen wie niedergelassene ÄrztInnen und Krankenhäuser: Auch die eigenen Einrichtungen sollen möglichst gut ausgelastet und deren PatientInnen mit der ihnen angebotenen Leistung zufrieden sein. Der Konflikt und die Herausforderung für die SV-Träger besteht darin, einerseits danach zu trachten, dass Leistungen ohne bzw. mit geringer Evidenz nicht mehr erbracht werden und zugleich trotzdem die eigenen Einrichtungen auszulasten. Ein Meistern dieser Herausforderung würde auch bedeuten eine Vorreiterrolle einzunehmen. Diese Vorreiterrolle bezieht sich sowohl auf die Erbringung der Leistung Pap-Abstrich als auch auf die Aufklärung (siehe Informierte Entscheidungsfindung - Gesundheitskompetenz) in Sachen Gebärmutterhals-Screening.