



Statement

Kassen wollen HPV-Test zur Früherkennung
von Gebärmutterhalskrebs übernehmen
Krebsfrüherkennungsrichtlinie zügig weiterentwickeln

von Dr. med. Christoph Straub
Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK

anlässlich der Pressekonferenz
zur Vorstellung des Arztreports 2015 der BARMER GEK
am 19. Februar 2015 in Berlin

Wir präsentieren Ihnen heute den neuen Arztreport der BARMER GEK. Neben allgemeinen Trends der ambulanten ärztlichen Versorgung widmen wir uns darin intensiv einer speziellen Form bösartiger Neubildungen, dem Gebärmutterhalskrebs bzw. Zervixkarzinom. Das mag auf den ersten Blick verwundern, denn es gibt Krebsarten, die weitaus häufiger auftreten. Wenn wir uns damit dennoch im Rahmen der Versorgungsforschung auseinandersetzen, hat dies einen guten Grund: Es gibt in der Früherkennung des Gebärmutterhalskrebses neue Optionen. Aktuell findet eine intensive Diskussion darüber statt, wie diese Möglichkeiten in der Krebsfrüherkennungsrichtlinie berücksichtigt werden sollen. Daten der Versorgungsforschung helfen, diese Debatte voranzubringen, indem sie ein realistischeres Bild der Versorgung zeigen.

Zum besseren Verständnis einige einordnende Sätze, die Ihnen die heutige Situation verdeutlichen. Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sind in Deutschland seit 1971 Kassenleistung. Was im Einzelnen für die Früherkennung von Krebserkrankungen durch die Krankenkassen finanziert wird, regelt eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Dazu zählt bei Frauen unter anderem die Abstrichuntersuchung, auch bekannt als Pap-Test, so genannt nach seinem Erfinder, dem griechischen Arzt George Papanicolaou. Ziel des Tests ist es, Vorstufen eines Gebärmutterhalskrebses zu finden, im günstigsten Fall so rechtzeitig, dass eine gezielte Therapie die Erkrankung heilen kann. Jährlich haben 30 Millionen Frauen in Deutschland Anspruch auf die Untersuchung. Etwa die Hälfte der Frauen geht jährlich, etwa 70 Prozent der Frauen nutzen sie innerhalb von drei Jahren. Allein für diese Untersuchungen zahlen die Kassen jährlich rund 380 Millionen Euro.

Zahl der Sterbefälle wegen Zervixkarzinom sinkt

Gebärmutterhalskrebs ist heute in Deutschland als Todesursache gegenüber anderen Krebsformen bei Frauen relativ selten. Allein in den zehn Jahren von 2002 bis 2012 sank die Sterblichkeit um 16 Prozent. Jährlich sterben etwa 1.600 Frauen, bei 5.000 Neuerkrankungen. Richtig bewusst wird die Dimension dieser Entwicklung im internationalen Vergleich. Nur wenige Staaten wie die Schweiz oder Finnland können eine noch geringere erkrankungsspezifische Sterblichkeit vorweisen. Zugleich sinkt die Zahl der Behandlungsfälle von Zervixkarzinomen im Krankenhaus. Während im Jahr 2000 noch 51,6 Fälle je 100.000 Frauen gezählt wurden, waren es im Jahr 2012 nur noch 35,5 Fälle, also ein knappes Drittel weniger. Wird das Zervixkarzinom rechtzeitig erkannt, haben Patientinnen sehr gute Heilungschancen.

Unsere Daten zeigen in einer repräsentativen Hochrechnung jedoch auch, dass in Deutschland der Anteil der von Zervixkarzinomen betroffenen Frauen steigt, und zwar um ein Drittel seit dem Jahr 2005. Für das Jahr 2013 schätzen wir auf Basis einer Hochrechnung unserer Daten, dass bei knapp 130.000 Frauen ein Zervixkarzinom dokumentiert wurde, darunter etwa 60.000 lokal begrenzte Fälle. Wesentlich häufiger wurden Fehlbildungen bei Zellen des Gebärmutterhalses erkannt. Allein im Jahr 2013 wurden etwa 364.000 Fälle dokumentiert.

Anpassung der Krebsfrüherkennungsrichtlinie bis 2016

Mit dem Anfang 2013 in Kraft getretenen Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz will der Gesetzgeber ermöglichen, dass die Krebsfrüherkennung mehr Menschen erreicht und die Behandlung von Krebs verbessert wird. Der Nationale Krebsplan bildet hierfür die gesetzliche Grundlage und verfolgt mit 13 Zielen die Absicht, die Krebsfrüherkennung in Deutschland zu verbessern. Speziell für den Gebärmutterhalskrebs soll dabei in Anlehnung auch an europäische Leitlinien eine weitreichende Änderung der bisherigen Screeningverfahren erfolgen. Dazu beitragen soll unter anderem, dass Versicherte künftig zu den Früherkennungsuntersuchungen für Gebärmutterhalskrebs eingeladen werden – genauso wie übrigens auch zu denen für Darmkrebs. Bis Ende April 2016 hat nun der Gemeinsame Bundesausschuss Zeit, seine Krebsfrüherkennungsrichtlinie entsprechend zu ändern. Im Zentrum steht dabei ein Wechsel von einer individuellen Vorsorge hin zu einem bevölkerungsbasierten Einladungsverfahren durch die Krankenkassen. Es bliebe also nicht mehr nur der Eigeninitiative der Frauen allein überlassen, ob die Chance zur Früherkennung genutzt wird. Mit dem Wechsel zu einem populationsbasierten Verfahren sollen vor allem ältere und sozial schwächere Frauen besser erreicht werden.

Bereits im Jahr 2012 hatte das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in hochwertigen wissenschaftlichen Studien Hinweise dafür gefunden, dass mit Hilfe eines Tests auf humane Papillomaviren (HPV) Vorstufen des Gebärmutterhalskrebses früher erkannt und behandelt werden können. Der HPV-Test weist anhand molekularer Strukturen nach, ob eine Infektion mit humanen Papillomaviren stattgefunden hat. Allerdings sind diese Viren recht häufig und nur bestimmte Virenstämme gelten als krebsauslösend. Nach den heute vorliegenden Informationen ist belegt, dass ein Test auf HP-Viren Vorteile bietet. Ein Update der Recherche bestätigte im vergangenen Jahr den Nutzen des HPV-Tests für die Reduzierung der Zahl von Neuerkrankungen.

Seit einiger Zeit gibt es nun bereits einen intensiven Diskussionsprozess, insbesondere zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Im Kern geht es darum, wie der Auftrag des Gesetzgebers zur Neugestaltung der Krebsfrüherkennung umgesetzt werden soll. Konkret: Wie sollen der Wechsel des Screeningverfahrens und des Screeningintervalls gestaltet werden? Beide Seiten haben ihre Vorstellungen zur Änderung der Krebsfrüherkennungsrichtlinie auf den Tisch gelegt. Die Krankenkassen wollen perspektivisch ein Früherkennungsprogramm mit einer HPV-Untersuchung für Frauen zwischen 30 und 60 alle fünf Jahre, wobei der zytologische Pap-Test wegfallen könnte. Die Ärzteschaft besteht jedoch darauf, dass der konventionelle Pap-Test grundsätzlich immer angewandt wird. Dafür sollen die Frauen zukünftig nur alle zwei Jahre in die Praxis kommen und sich dem HPV-Test noch zusätzlich alle sechs Jahre unterziehen. Man darf nach dem Warum fragen, wenn es doch

sinnvollere Alternativen gibt. Zudem entspricht die Haltung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nicht der vorliegenden Evidenz.

Wir plädieren für die Fokussierung auf den HPV-Test, weil er sensitiver ist und bösartige Zellveränderungen früher als die bisherige Abstrichuntersuchung erkennt. Nach einem solchen Test haben Frauen länger Gewissheit über ihr Risiko, so dass auch das Intervall der Untersuchung verlängert werden kann. Der Vorschlag der Kassen enthält eine fünfjährige Übergangsphase, in der die Frauen zwischen dem herkömmlichen Pap-Test und dem HPV-Test entscheiden könnten. Zugleich wäre mit dieser Strategie verbunden, dass die Frauen sich auf der Basis evidenzbasierter Entscheidungshilfen klar werden, ob sie der Einladung zum Screening folgen.

Bereits heute gibt es genügend wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse. Es braucht also grundsätzlich kein Nebeneinander von HPV-Test und Pap-Abstrich. Noch ist genügend Zeit, um sich in der Gemeinsamen Selbstverwaltung einvernehmlich auf eine Änderung der Krebsfrüherkennungsrichtlinie zu verständigen. Entscheidend ist, dass der Auftrag des Gesetzgebers erfüllt wird, damit die betroffenen Frauen den HPV-Test nicht länger als Individuelle Gesundheitsleistung bezahlen müssen, sondern ganz einfach als Leistung ihrer Krankenkasse erhalten können. Ein rein auf dem HPV-Test basierendes Screening würde die Krankenkassen übrigens pro Jahr 436 Millionen Euro kosten.

HPV-Impfung schützt verlässlich

Die von den Krankenkassen vorgeschlagene Screeningstrategie knüpft an die Erwartungen an, die in die seit 2006 verfügbare Impfung gegen HP-Viren gesetzt werden. Sie wirkt gegen eine Infektion mit humanen Papillomaviren, die inzwischen als der wichtigste nicht-genetische Risikofaktor für Gebärmutterhalskrebs identifiziert sind. Die meisten sexuell aktiven Menschen machen mit diesen Viren Bekanntschaft, zumeist glücklicherweise ohne Folgen. Seit einigen Jahren steht nun eine Impfung gegen die risikoträchtigen unter den rund 40 HP-Virusstämmen zur Verfügung. Die anfänglichen Befürchtungen über schwere Nebenwirkungen der Impfung haben sich nicht bestätigt, so dass heute mit dem positiven Nutzen für die HPV-Impfung geworben werden kann. Empfohlen wird sie von der Ständigen Impfkommission derzeit für Mädchen zwischen neun und 14 Jahren, bis 17 Jahre sollen Impfungen spätestens nachgeholt werden. Bereits jetzt sind zwischen 40 und 50 Prozent der jungen Frauen geimpft.

Früherkennung auf Basis des HPV-Tests und die Impfung bilden gemeinsam ein Gesamtkonzept, das Frauen in den kommenden Jahren zunehmend besser vor der Diagnose „Gebärmutterhalskrebs“ schützen kann. Sie machen die jährliche Krebsfrüherkennungsuntersuchung aber nicht unnötig. In diesem Sinne würden wir es ausdrücklich begrüßen, wenn Kassen und Ärzteschaft bald ihre versorgungs- bzw. berufspolitischen Interessen austariert hätten.