

## Zusätzliche Überlegungen zum Zervixkarzinom-Screening

Zum Beitrag „Prävention – das wichtige Standbein der Frauenarztpraxis“ von W. Harlfinger, FRAUENARZT 9/2008, S. 772–778

Der Beitrag zeigt mit eindrucksvoller Deutlichkeit die herausgehobene Stellung des Frauenarztes für die präventive gesundheitliche Versorgung der Frau. Da ist es konsequent, dass die öffentliche Positionierung unseres Berufsstandes im Hinblick auf Qualität und Honorierung unserer Arbeit gefordert wird.

Die Herausstellung der Kolposkopie und die Forderung nach einem flächendeckenden System von Dysplasiesprechstunden entspricht der seit einigen Jahren von der AGCPC aufgebauten Ausbildungsstruktur für die Kolposkopie (Kolposkopiediplom) und der Zertifizierung von qualifizierten Einrichtungen (Dysplasiesprechstunde/Dysplasiezentren). Die Basis hierfür liegt in der überprüfbaren Qualität der Ärzte und Einrichtungen.

### Defizite analysieren

Ebenso unterstreicht der Artikel die schon wiederholt angesprochene Notwendigkeit einer systematischen Aufarbeitung der derzeitigen Screening-Ergebnisse. Insbesondere dass für internationale Vergleiche immer wieder die jährliche Teilnehmerate von knapp 50% herangezogen wird ist zu kritisieren. Ein Vergleich ist nur auf einer Basis von 3 Jahren möglich, wie es in den Bezugsländern meist üblich ist. Die jetzt vom Zentralinstitut veröffentlichten Daten (Quelle?) einer 3-Jahres-Teilnehmerate von 85% decken sich mit den Ergebnissen einer Analyse bei der KV Mecklenburg-Vorpommern (IV/2002–I/2006, Bevölkerungsstand etwa 713.464 Frauen >20 Jahren. Bei 598.589 Patienten, die mindestens einmal eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung in Anspruch genommen haben, ergibt sich eine Inanspruchnahme von 83,89% innerhalb von

3½ Jahren). Beide Quellen und Aufarbeitungsmodi sind im Hinblick auf statistische Aussagekraft nachzufragen und sollten an dieser Stelle dargestellt werden.

Für die Bewertung und gegebenenfalls notwendige Veränderung des Screeningprogramms müssen die bekannten Daten zusammengeführt werden. Sollte die 3-Jahres-Screeningrate bei 80% liegen und der Anteil der im Screening nicht erkannten Karzinome bei etwa 25% (Marquardt et al., FRAUENARZT 11/2007, Ropp und Grimm, FRAUENARZT 10/2008, Dinges et al. FRAUENARZT 8/2006), so treten 75% aller Karzinome bei 20% der Zielgruppe auf. Die oft kritisierte große Anzahl durchgeführter Untersuchungen hat einen Vorteil bewiesen, auch bei im internationalen Vergleich hoher Inzidenz. Das Problem der Inzidenz liegt nicht in der Screeningstrategie, insbesondere nicht in der Methode. Es liegt bei der Risikogruppe der Nichtgescreenten. Eine bessere Teilnehmerate wird nicht zu erzielen sein. Es ist daher notwendig, Risikogruppen besser zu identifizieren und die Strategie für diese zu überdenken. Neben der Risikogruppe der Screeningsäumigen konnte bei der Analyse der altersspezifischen Inzidenz eine weitere entdeckt werden. Es sind die in der Nachkriegszeit (bis Mitte/Ende der 50er Jahre) geborenen Frauen (Quaas et al., FRAUENARZT 1/2008). Eine dritte Risikogruppe ist seit Jahren bekannt: die Patientinnen mit schlechten Abnahmebedingungen.

Die Frage nach einer besseren Früherkennung des Zervixkarzinoms muss daher lauten: Wie gehe ich mit den Frauen um, die länger als 3 Jahre keine zytologische Untersuchung hatten und

heute im Alter von 45 bis 55 Jahren sind und bei denen sich die Durchführung eines adäquaten zytologischen Abstrichs als schwierig erweist? Benötigen diese Frauen eine besondere Strategie? Sie werden von zusätzlichen Verfahren profitieren. Hier ist der Einsatz auch teurerer Techniken effizient.

Besonders profitieren diese Frauen jedoch von der Qualität des Untersuchers im Hinblick auf kolposkopische Kenntnisse und Kenntnisse der Managementstrategien bei unklaren Befunden. Damit wären wir wieder bei Ausbildungsstruktur und Dysplasiesprechstunde.

Dr. med. Jens Quaas, Stralsund

## Kommentar

von San.-Rat Dr. Werner Harlfinger

Die Meinung von Herrn Quaas, dass der größte Teil der Zervixkarzinome bei den Frauen zu finden sei, die nicht zum Screening kommen, ist möglicherweise in Mecklenburg-Vorpommern belegt, gilt aber auf keinen Fall für die gesamte Republik und kann so nicht übertragen werden. Auch ist es gefährlich, die Qualität eines Abstriches mit mehreren Abstrichen begründen zu wollen. Die niedrige Sensitivität des normalen PAP-Abstriches ist nicht akzeptabel. Eine Verbesserung der Qualität ist unbedingt erforderlich. Die Anzahl der Zervixkarzinome bei den jungen Frauen ist sehr hoch, und diese nehmen in den Städten bis teilweise 80% an den Vorsorgeprogrammen teil. Es ist fahrlässig und nicht vertretbar, auch im internationalen Vergleich, hier keine nachvollziehbaren Qualitätsverbesserungen zu initiieren. Allein eine Verlängerung des Intervalls auf zwei Jahre würde eine Teilnehmerate von 60% zur Folge haben. Beide Maßnahmen, Verbesserung der Qualität des Abstriches und eine höhere Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchung, sind notwendig.