



Stakeholder Meeting vom 26. September 2019 zum Scoping Report “Cervical Cancer Screening”

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|---|
| Teilnehmer..... | 2 |
| Allgemeine Bemerkungen der Stakeholder | 3 |
| Fragen an die Stakeholder und Anpassungen des Scoping-Berichts als Folge der Rückmeldungen | 4 |

30.06.2020, Geschäftsstelle Cancer Screening Committee: office@cancerscreeningcommittee

Teilnehmer

| Anwesend | |
|---|---------------------------------------|
| BAG Abteilung Leistungen Krankenversicherung, Sektion Medizinische Leistungen | Dr. med. Felix Gurtner |
| BAG Abteilung Leistungen Krankenversicherung, Sektion HTA | Dr. phil. nat. Klazien Matter-Walstra |
| BAG Abteilung Übertragbare Krankheiten | Dr. med. Anne Spaar Zographos |
| Schweizerische Gesellschaft für Zytologie SGZ | Dr. med. Ines Raineri |
| Schweizerische Gesellschaft für Zytologie SGZ | Dr. med. Jörg Obwegeser |
| Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe SGGG | Dr. med. David Ehm |
| Krebsliga Schweiz Abteilung Vorsorge | Nolvenn Gambin |
| santésuisse Ressort Amtstarife und HTA | Patrick Walter |

| Entschuldigt | |
|---|-----------------------------|
| BAG Abteilung Leistungen Krankenversicherung, Sektion Medizinische Leistungen | Dr. med. Stefan Otto |
| Arbeitsgemeinschaft für Kolposkopie und Zervixpathologie (Akol) | Prof. Dr. med. Mathias Fehr |
| Etat de Fribourg, médecin cantonal adjointe | Dr. Barbara Grützmacher |
| Krebsliga Schweiz | Guido Biscontin |

| Autoren des Scoping Berichtes | |
|---|---------------------------|
| Institut für Evidenz in der Medizin, Universität Freiburg in Breisgau | Dr. Christine Schmucker |
| Institut für Evidenz in der Medizin, Universität Freiburg in Breisgau | Dr. rer. Pol. Klaus Kaier |

| Cancer Screening Committee | |
|-----------------------------------|---------------------------|
| Präsident | Prof. Dr. Marcel Zwahlen |
| Wissenschaftliches Sekretariat | Dr. med. Aline Flatz, MPH |
| Leiterin Geschäftsstelle | Yvonne Grendelmeier |

Allgemeine Bemerkungen der Stakeholder

- Bei der Früherkennung des Zervixkarzinoms liegt das Problem zurzeit eher bei der Über- resp. Unterversorgung der Frauen und nicht bei der Wahl des Screeningtests. Um die Anzahl Fälle von Zervixkarzinom senken zu können, müsste man Frauen erreichen, welche aktuell an der Früherkennung nicht teilnehmen.
- Das Problem der Über-/ resp. Unterversorgung bei der Früherkennung vom Zervixkarzinom wird betont. Gynäkologen seien zu wenig informiert resp. sensibilisiert über dieses Problem und über die von Richtlinien empfohlenen verlängerten Screeningsintervallen (von 1 auf 3 Jahren).
- Die Evidenz aus Studien stammt v.a. aus ausländischen Studien. Es stellt sich die Frage nach der Übertragbarkeit der Resultate auf die Schweiz.
- Frage nach der Implementierung eines organisierten Screenings: laut verschiedener Guidelines sollte ein primäres HPV-Testung nur im Rahmen eines organisierten Screenings durchgeführt werden.
- Es könnte die Gefahr bestehen, dass sich Frauen in einer falschen Sicherheit wähnen, wenn ein Test-Resultat negativ ist. Die Auswirkungen des Screenings auf die verschiedenen Typen von Zervixkarzinom sollte untersucht werden.
- In der Schweiz wird im Rahmen der gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung häufig eine kolposkopisch-kontrollierte PAP-Entnahme durchgeführt.

Fragen an die Stakeholder und Anpassungen des Scoping-Berichts als Folge der Rückmeldungen

- **Seite 16: Subgruppenanalysen für vordefinierte Altersgruppen.**

Der Scoping Report schlägt eine Subgruppenanalyse für die Altersgruppen <30 vs ≥ 30 Jahre

Dies wird damit begründet, dass die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Obstetrik diese Altersgruppen für ihre aktuellen Screeningempfehlungen verwendet.

Rückmeldung der Stakeholder:

Diese Untergruppen sind in Ordnung, aber in anderen Guidelines werden auch andere Untergruppen berücksichtigt (z. B. <25 versus ≥ 25 Jahre) und die Evidenz für andere Altersgruppen sollte auch untersucht werden.

- **Seite 18 (Abschnitt 4.2.5, unter Endpunkt Morbidity): Definition der Vorstufen des Zervixkarzinoms.**

Der Scoping report definiert Vorstufen des Zervixkarzinoms als: "Progressive (precancerous) lesions of cervical cancer including CIN 2/CIN 2+, CIN 3/CIN 3+."

Rückmeldung der Stakeholder:

Definition ist in Ordnung, CIN2 und CIN3 sind beide HSIL (high grade squamous intraepithelial lesions) laut Bethesda System.

- **Seite 22: Definition der Endpunkte, die in die GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) Bewertung einfließen.**

Rückmeldung der Stakeholder zu den Endpunkten:

Mortalität ist wichtig, auch wenn die Auswirkung vom HPV-Test auf diesen Endpunkt noch fast nicht evaluiert werden ist.

Der Endpunkt «Quality of life» sollte höher gewichtet werden.

Die Ergänzungen der Endpunkte durch die Stakeholder sind **in blau** geschrieben.

Benefits

- Mortality:
 - Overall survival;
 - Cervical cancer-related mortality.
- Morbidity (in terms of cumulative incidence and incidence density [at the study level]):
 - Incidence of precursor lesions of cervical cancer (CIN 2/CIN 2+, CIN 3/CIN 3+,);

- Incidence of cervical cancer (invasive cancer; categorized by different stages [e.g., stage IIA1 and IIA2]);
- Incidence of glandular lesions;
- Incidence of adenocarcinoma;
- Incidence of squamous cell carcinoma;
- Incidence of endometrial cancer.
- Quality of life, as measured by standardized scales;
- Number of women referred to colposcopy (with and without histological examination);
- Number of women referred for treatment;
- Number of women accepting screening;
- Adherence.

Harms

- False-positive screening results: defined as the number of women with a positive screening test result without having precursor lesions or invasive cervical cancer; (direct harm of screening: overdiagnosis and/or unnecessary treatment and related impact on patients);
- False-negative screening results defined as the number of (precursor lesions or invasive cervical cancer) cases occurring among women with negative screening results; (direct harm of screening: undertreatment);
- Psychological harms (e.g., anxiety, labeling, stigma, distress);
- Adverse pregnancy outcomes;
- Adverse treatment effects;

- **Seite 34: Definition der Endpunkte, die in die Kosten-Nutzen-Analyse einfließen.**

Allg. Anmerkung: die gelisteten Kostenarten/Endpunkte werden anhand der Resultate des Reviews und in Abhängigkeit von der Datenlage angepasst.

Rückmeldung der Stakeholder:

Es sollte berücksichtigt werden, dass in der Schweiz die Abrechnung vom Gebärmutterhalskrebsscreening nach zwei verschiedenen Tarifen erfolgt: für medizinische Leistungen nach dem Tarmed und für die Labortests nach der Analysenliste.

Für den ökonomischen Teil sollte auch berücksichtigt werden, dass in der Schweiz die Entnahme des PAP-Abstrichs immer durch einen Arzt erfolgt, was nicht immer der Fall ist im Ausland (z. B. wird es in England durch eine Pflegefachperson durchgeführt).