



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).