

Screenings in Europa - Erfolgsmodelle und Best Practice

Barbara Fröschl

17. Symposium Integrierte Versorgung 2024

Agenda

1. Screeningprogramme
2. Hintergrund
3. Situation Darmkrebs-Screenings in Europa
4. Gebärmutterhalskrebs-Screenings in Europa
5. Situation in Österreich
6. Conclusio und Ausblick

Screeningprogramme

Opportunistisch vs. Organisiert, Kriterien

Screening ist nicht gleich Screening

- Opportunistisch
 - Screeningtest in Zusammenhang mit einem Arztbesuch, der aus einem anderen Grund als das Screening stattfindet, vorgenommen
- Organisiert („populationsbezogen“)
 - Einladung zur Untersuchung all jener Personen, die die Kriterien erfüllen
- Gestaltung eines Screening-Programmes
 - Festlegung der Screening-Strategie bzw. des Screening-Pfades
 - Bestimmung von:
 - Zielaltersgruppe
 - Testverfahren
 - Screening-Intervall
 - Nachsorge- und Behandlungsstrategien für Personen mit positivem Testergebnis

Grundsätze des Screenings nach Wilson & Jungner

1. Die Erkrankung sollte ein wichtiges Gesundheitsproblem darstellen.
2. Es sollte eine anerkannte Therapie für nachweislich erkrankte Patienten geben.
3. Es sollten Einrichtungen für Diagnose und Therapie vorhanden sein.
4. Es sollte eine erkennbare Phase der Latenz oder Frühsymptomatik geben.
5. Es sollte ein geeignetes Test- oder Untersuchungsverfahren geben.
6. Die Tests sollten für die Bevölkerung akzeptabel sein.
7. Der biologische Erkrankungsverlauf, einschließlich des Übergangs von der Latenzphase zur diagnostizierten Erkrankung, sollte hinreichend verstanden sein.
8. Es sollte vereinbarte Grundsätze dafür geben, welche Fälle behandelt werden.
9. Die Kosten (einschließlich Diagnose und Therapie der diagnostizierten Fälle) sollten in einem wirtschaftlich ausgewogenen Verhältnis zu den möglichen Kosten der medizinischen Versorgung insgesamt stehen.
10. Die Fallerkennung sollte ein kontinuierlicher Vorgang sein und kein „ein-für-alle-Mal“-Projekt

Hintergrund

EU Rats Empfehlung zu Screeningprogrammen 2003 (2003/878/EC) Aktualisierung 2022 (2022/0290 (NLE))

Seit 2003

- Gute/sehr gute Evidenzbasis für Nutzen von Screeningprogrammen in Bezug auf:
Brust-, Darm- und Gebärmutterhalskrebs
- Empfehlung zur systematischen **Implementierung organisierter Screeningprogramme** für diese Krebserkrankungen

NEU in Aktualisierung 2022

- Die Prüfung ob, eine Früherkennung **für Lungen- und Prostatakrebs, sowie für Magenkrebs*** (in Ländern mit besonders hoher Inzidenz und Mortalität) umgesetzt werden kann

*Evidenz zur Effektivität, Kosteneffizienz und Durchführbarkeit von Screeningstrategien unter real-life Bedingungen wird noch benötigt

Internationale Empfehlungen für Gebärmutterhalskrebs-Screeningstrategien

	Zielgruppe	Test	Intervall	Möglichkeit von Self-samplings
WHO (2021)	ab 30. Lj.	HPV-Test	5 – 10 Jahre	ja
Europäischer Rat (2022)	30. – 65. Lj.	HPV-Test	Mind. 5 Jahre	ja
AWMF, DKG und DKH (2022)	ab 25. Lj.	Zytologie		
	ab 30. Lj.	Co-Testung od. HPV-Test	Mind. 3 Jahre	
USPSTF (2018)	21. – 29. Lj.	Zytologie	3 Jahre	
	30. – 65. Lj.	Zytologie, HPV-Test oder Co-Testung	3 Jahre (Zytologie) oder 5 Jahre (HPV- & Co-Testung)	ja
American Cancer Society (2021)	25. – 65- Lj.	HPV-Test	5 Jahre	

Europäische Joint Action zu Krebs screenings



bis 2025 soll 90 Prozent der Zielpopulation ein entsprechendes Screening (Brustkrebs, Darmkrebs, Zervixkarzinom) angeboten werden

Österreichische Beteiligung an der Joint Action **EUcanScreen gestartet Juni 2024**, mit dem Ziel **Krebs-Screeningprogramme** in Europa zu verbessern und zu harmonisieren (Start Juni 2024). Die Initiative unterstützt die Umsetzung der Empfehlungen des **Europäischen Plans zur Krebsbekämpfung und hat ua. folgende Ziele**

- Gewährleistung der vollständigen Umsetzung evidenzbasierter, kosteneffizienter und qualitätsgesicherter Screeningprogramme für Brust-, Gebärmutterhals- und Darmkrebs
- Sammlung von Informationen/Evidenz zu Screeningprogramme für Lungen-, Prostata- und Magenkrebs und ggf. Pilotierungen



Europäische Joint Action zu Krebs screenings

GÖG – Competent Authority für Österreich,
Die Universitäten **UMIT und UWK** Affiliated Entities

Ein großes Workpackage in der JA "Addressing barriers and facilitators": Schwerpunkte sind neben der Erhebung von Barrieren und fördernden Faktoren zur Teilnahme ua. :

- Informationsmaterialien für eine informierte Entscheidung;
- Auseinandersetzung mit self-sampling, ...



Darmkrebs-Screening in Europa

Darmkrebs-Screening in Europa

- Organisierte nationale Darmkrebs-Screening-Programme in 27 von 32 europäischen Ländern - keines in den Ländern Österreich, Rumänien, Schweiz, Bulgarien und Griechenland. In der Schweiz und Rumänien gibt es Pilotprojekte.
- Alle Länder mit organisierten Screening-Programmen verwenden Blutstuhl-Tests - die große Mehrzahl den FIT; einige stellen gerade von gFOBt auf FIT um. In manchen Länder Auswahlmöglichkeit (Blutstuhltest oder Koloskopie, z.B. Deutschland)
- Altersgruppe – die meisten Länder screenen 50 – 74 –Jährige, manche Länder screenen erst ab 55 Jahren oder nur bis 69 Jahre.
- Teilnehmeraten: bei organisierten Screening-Programmen mit Blutstuhltests zwischen 30 und 73 % der Zielpopulation. In Polen (Screening-Programm mit Koloskopie) ca. 17 %.

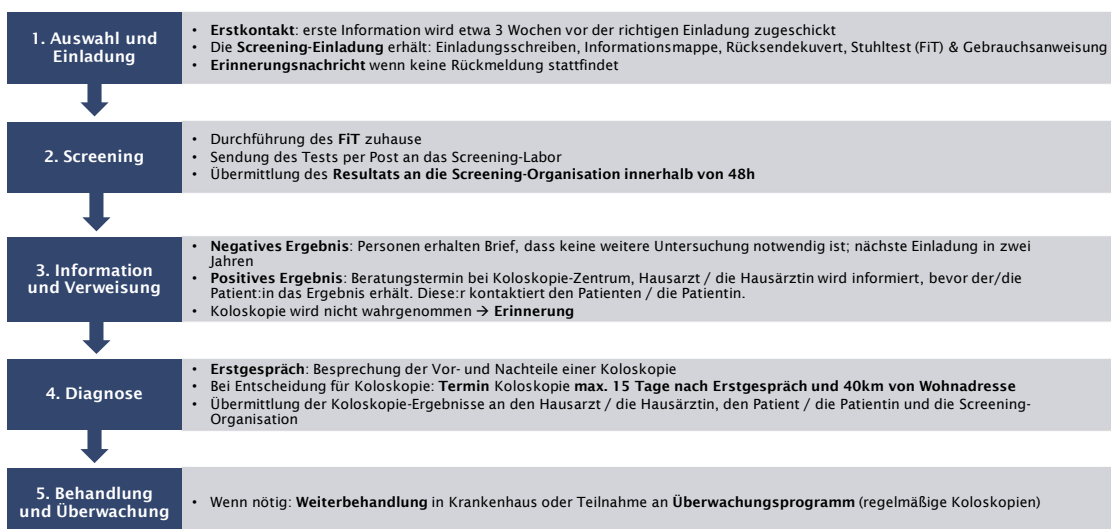
Beispiel Niederlande – Ablauf und Informationsmaterialien

- Zielgruppe: Männer und Frauen zwischen 55 und 75 Jahren
- Einladung der Zielgruppe alle zwei Jahre (etwa 2.2 Millionen pro Jahr)
- Screening-Teilnahme: 71 %
- Organisiert vom nationalen Institut für Public Health und Umwelt
- Informationsmaterialien verfügbar in 6 verschiedenen Sprachen:
 - Einladung mit allgemeinen Informationen
 - Anleitung zur Durchführung des Stuhltests (mit Bildern)
 - Informationen zur Nachuntersuchung im Fall eines positive FiTs
 - Videos mit Informationen und Anleitung

Do you want to see what happens during the test?
Watch a video of the test at
www.bevolkingsonderzoekdarmkanker.nl

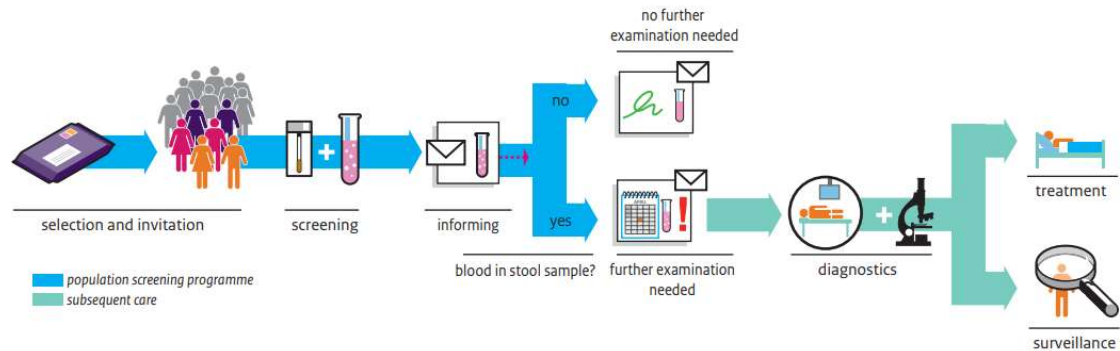


Niederlande – Screeningpfad



14

Beispiel Niederlande – Screeningpfad



15

Positive Aspekte des niederländischen Screening-Programms

- Teilnehmerrate von rund 70 % (Vergleich DE: 15-20 %)
- Verständliche Informationsmaterialien für jeden Schritt
 - ✓ „der "Pre-Invitation-Letter" zur Ankündigung der Aktion;
 - ✓ das verständliche Einladungsschreiben zu einer Teilnahme, das bereits den Stuhltest enthält;
 - ✓ der Direktversand des Tests ans Labor durch die Probanden;
 - ✓ das Erinnerungsschreiben bei Nichtanwendung des Stuhltests;
 - ✓ die direkte Ergebniszustellung an die Probanden;
 - ✓ das Terminangebot für weiterführende Maßnahmen bei positivem Stuhltest.“ ([Löffelmann 2021](#))

16

Gebärmutterhalskrebs-Screening in Europa



Gebärmutterhalskrebs-Screening in Europa

Organisierte nationale Gebärmutterhalskrebs-Screening-Programme in 21 von 32 Ländern.

Ca. die Hälfte dieser Länder HPV Test als Erstlinientest (ab 30 Jahren)

Einige Länder, die momentan den PAP-Abstich als Erstlinientest des Screening-Programms haben, planen einen Umstieg auf den HPV-Test.



Vergleich ausgewählter Länder mit organisierten Screenings

Land	Zielgruppe	Testart	Testintervall	Möglichkeit von self-samplings	Teilnahmerate
Vereinigtes Königreich (seit 1964)	25. -64. Lj.	HPV-Test	England & Nordirland 25-49-Jährige: 3 Jahre 50-64-Jährige: 5 Jahre		69 %
			Wales & Schottland 25-64-Jährige: 5 Jahre		
Deutschland (seit 2020)	ab 20. Lj.	20. – 34. Lj.: Zytologie	Informationsbrief: 5 Jahre		47 % (20. – 34. Lj.)
		ab 35. Lj.: Co-Testung	20-34-Jährige: jährlich		
			ab 35. Lj.: 3 Jahre		
Niederlande (seit 1996)	30. – 60. Lj.	HPV-Test	5 Jahre	Ja	46 %
Schweden (seit 1960)	23. – 70. Lj.	HPV-Test	23-49-Jährige: 5 Jahre	Ja (regionsabhängig)	65 %
			50-70-Jährige: 7 Jahre		
Finnland (seit 1963)	30. – 65. Lj.	unter 30-Jährige: Zytologie	5 Jahre	Ja	70 %
		ab 30-Jährigen: HPV-Test			

Situation in Österreich

Hintergrund

- Krebsrahmenprogramm hält das Implementieren von Programmscreenings als operatives Ziel fest (Screeningkriterien, qualitätsgesicherte Umsetzung)
- Regierungsprogramm 2020–2024 fordert die „evidenzbasierte Modernisierung von Vorsorgeuntersuchungen (z. B. Mammascreeing und Darmkrebsvorsorge)“.
- Einrichtung des Nationalen Screening-Komitees für Krebserkrankungen (NSK) als Beratungsgremium des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz mit der Aufgabe, die evidenzbasierte Implementierung und Begleitung (inkl. Evaluierung) von Programmscreenings zu unterstützen

Krebsrahmenprogramm Österreich



Empfehlung des nationalen Screening-Komitees auf Krebserkrankungen



Veröffentlicht unter:

[Nationales Screening-Komitee auf Krebserkrankungen \(sozialministerium.at\)](https://www.sozialministerium.at)

und

[Fachliche und koordinative Begleitung des nationalen Screening-Komitees auf Krebserkrankungen | Gesundheit Österreich GmbH \(goeg.at\)](https://www.goeg.at)

Transparente Darstellung der Evidenzgrundlagen (Literatur und Ergebnisse einer entscheidungsanalytischen Modellierung) für die Empfehlung

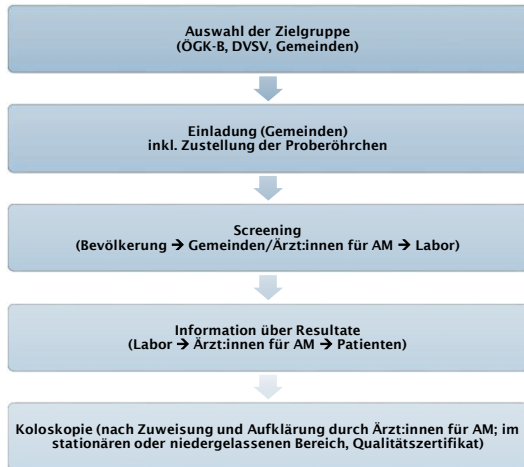
Ausgangslage in Österreich

- **Organisiertes Brustkrebs-Screeningprogramm**
- **Opportunistisches Screening auf Gebärmutterhalskrebs** im Rahmen der jährlichen gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung
 - (PAP-Abstrich einmal jährlich, HPV-Test bei auffälligem PAP-Befund)
- **Opportunistisches Screening zur Darmkrebsvorsorge** im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung ab 50 Jahren
 - Projekt Vorarlberg: Koloskopie (mit Einladesystem) bei Zielgruppe der über 50-Jährigen Versicherten
 - Projekt B-PREDICT: Burgenland

Ausgangslage in Österreich - bPREDICT

- Start 2003 in 3 Gemeinden, Ausrollung bis 2006, seither flächendeckend im Burgenland
- Zielgruppe: Wohnbevölkerung, ♀ & ♂, 40 – 80 Jahre
- Screening mittels FiT - jährlich
- Neben bPREDICT kann im Burgenland auch die VU (gFOBT) und/oder die Vorsorgekoloskopie in Anspruch genommen werden
- Einladung der Zielgruppe via Gemeinden (inkl. Testübermittlung), Rolle der Primärversorgung
- Screening-Teilnahme: zwischen 34 % - 39 %, ABER große Schwankungsbreite zwischen den Gemeinden (2003 bis 2010: 22,92 bis 60,74 %)
- Partner: Land, Gemeinden, SV, Ärztekammer B, Österreichische Krebshilfe B, Med Uni Wien, ÖGGH

Ausgangslage in Österreich - bPREDICT



- Massenscreening, kein organisiertes Screeningprogramm
 - Zeitliche Steuerung der Einladungen über die Gemeinden (Kapazitäten)
 - Aussagen zu Teilnehmeraten, aber auch Abklärungskoloskopie unter den entsprechenden Rahmenbedingungen zu interpretieren
 - Teilnahme Qualitätszertifikat, standardisierte Dokumentationsvorgaben für alle Koloskopien
- CRC-Inzidenzraten im Burgenland:
 ø 1998 und 2000: 43,4/100.000 EW (bundesweiter Höchststand)
 ø 2009 und 2011: 25,7/100.000 EW (Leeb et al. 2016b).
 Im Bundesländervergleich wies das Burgenland im ø 2017–2019 die niedrigste altersstandardisierte Neuerkrankungsrate auf.
 (Hackl, Ihle (2022): Krebserkrankungen in Österreich)

Conclusio und Ausblick

Conclusio

- Es gibt klare internationale Empfehlungen, populationsbezogene Screeningprogramme zu Gebärmutterhalskrebs und Darmkrebs zu implementieren, um die Mortalität und Morbidität zu senken
- Es liegt eine evidenzbasierte Empfehlung (Literatur und Modellierung) des nationalen Screening-Komitees vor, dass ein populationsbezogenes Darmkrebs-Screeningprogramm für Österreich effektiv ist
- Aus der Literatur und Erfahrungen aus anderen Ländern und den internationalen Empfehlungen können Lernerfahrungen für die Implementierung (z.B. hinsichtlich des Zugangs) abgeleitet werden

Ausblick

- Weitere Erkenntnisse aus der Joint Action zu Screeningprogrammen (insbesondere zu Darm-, Gebärmutterhalskrebs) z.B. hinsichtlich Barrieren, Teilnahmeraten, self-sampling,...
- Erkenntnisse unter Real-Life Bedingungen aus der Joint Action zu Lungen-, Prostata- und Magenkrebscreening
- Erstellung einer Empfehlung zu Gebärmutterhalskrebscreening durch das NSK im Jahr 2025

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Barbara Fröschl, barbara.froeschl@goeg.at

