



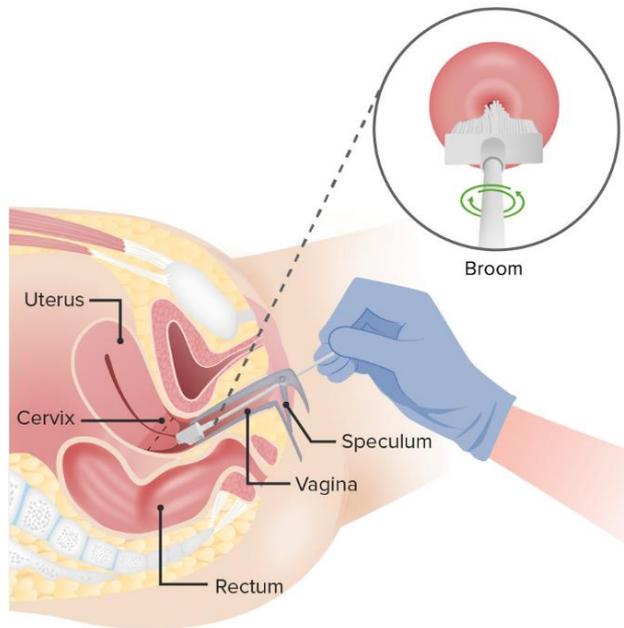
# ZERVIXKARZINOM UND ÄRZTLICHE VERSORGUNG IN SACHSEN-ANHALT

---

S Hartwig, A Kluttig, ME Lacruz, A Schmidt-Pokrzywniak, I Wittenberg

# ZERVIX-KARZINOM: ÜBERBLICK UND SCREENING

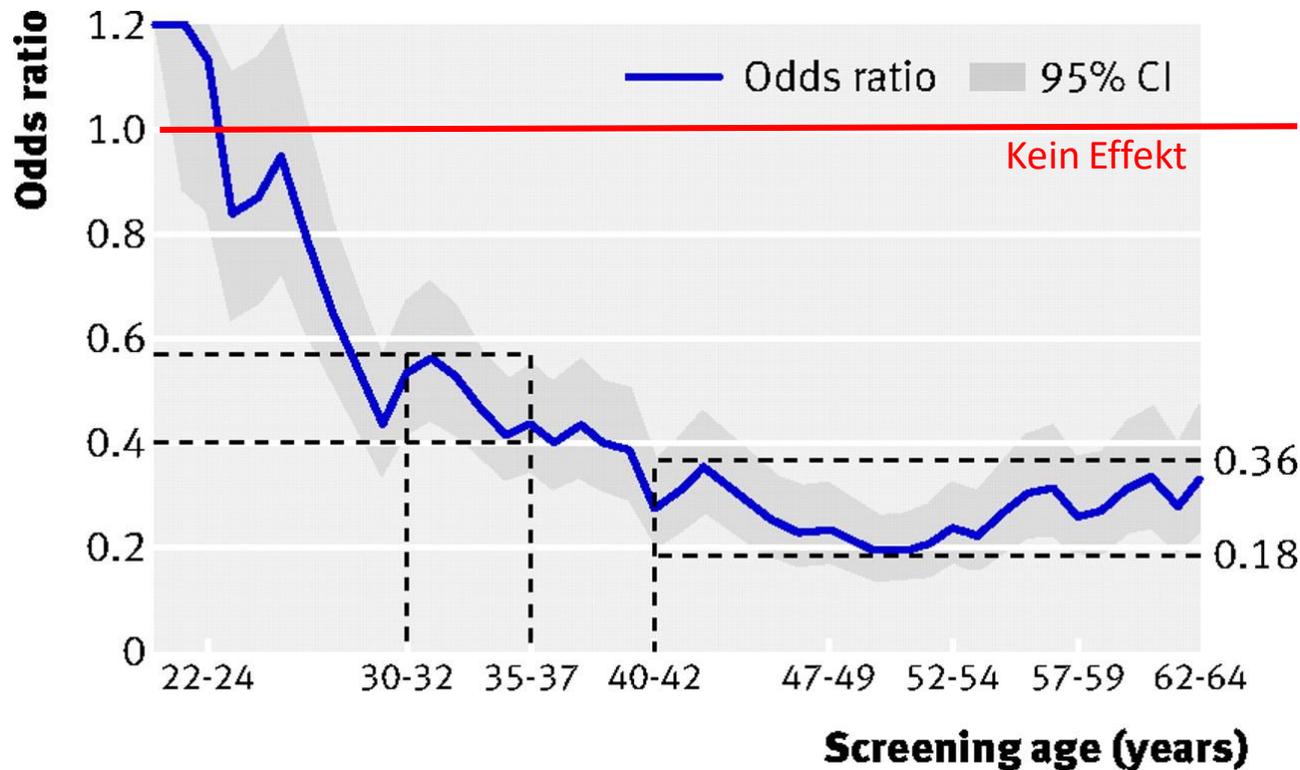
- Entstehung meist über mehrere Jahre und häufig über Krebsvorstufen
- Screening: Zytologische Untersuchung von Zellen des Gebärmutterhalses („PAP-Abstrich“)  
→ 20-34 J. jährlich, ab 35 J. alle 3 Jahre kombiniert mit HPV-Test
- Ziel: Präkanzeröse Zellveränderungen im Gebärmutterhals im Frühstadium entdecken



Ergebnis PAP-Test	Bewertung
Pap I	Normales Zellbild
Pap II	Leichte Veränderungen ohne Folgen
Pap III	Unklarer Befund, ggf. Biopsie
Pap III D	Leichte bis mittelgradige Dysplasie, Kontrolle
Pap IV	Carcinoma in situ oder schwere Dysplasie
Pap V	Invasives Cervix-Karzinom

<https://www.lecturio.de/artikel/medizin/zervixkarzinom-screening>

- Untersuchungen zum Erfolg des Screenings
- Vergleich notwendig (vorher/nachher, Vergleichspopulation)



- n = 4 012 Frauen in UK mit invasivem Zervix-Karzinoms
- Matching nach Alter und Wohnort: 2 Kontrollen je 1 Erkrankte
- Vergleich Screening innerhalb eines 3-Jahres Altersabschnitts vs. kein Screening
- Odds Ratio mit 95% CI

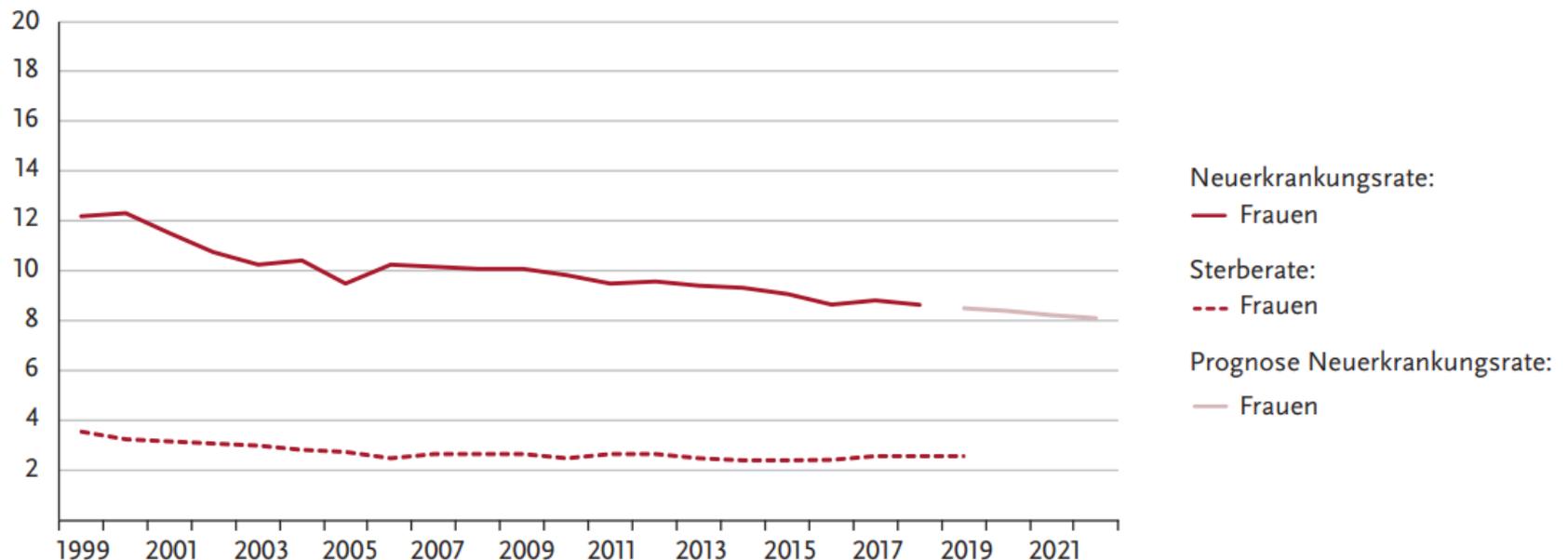
Sasieni et al., BMJ 2009

Ist das Screening erfolgreich?

Reduzierte Inzidenz und Mortalität

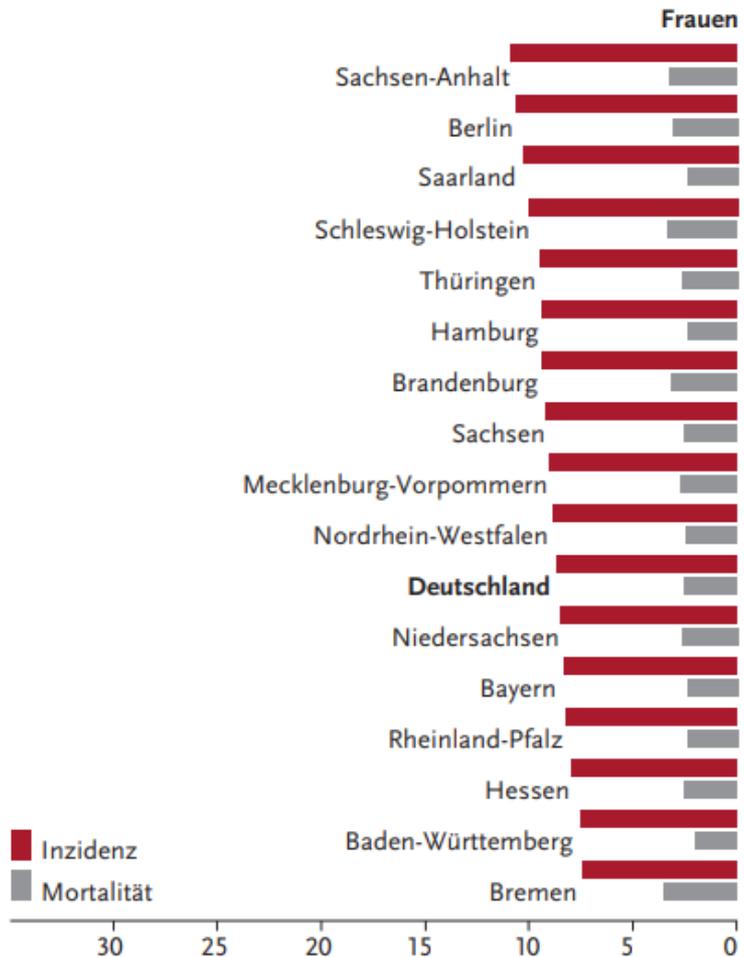
Diagnose häufiger in frühen Stadien

Altersstandardisierte Neuerkrankungs- und Sterberaten, ICD-10 C53, Deutschland  
1999- 2018/2019, Prognose (Inzidenz) bis 2022 je 100.000 (alter Europastandard)



Krebs in Deutschland für 2017/2018. 13. Ausgabe. Robert Koch-Institut (Hrsg) und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg). Berlin, 2021

# ZERVIX-KARZINOM IN DEUTSCHLAND



Altersstandardisierte Neuerkrankungs- und Sterberaten in den Bundesländern, ICD-10 C53, 2017 – 2018 je 100.000 (alter Europastandard)

Krebs in Deutschland für 2017/2018. 13. Ausgabe. Robert Koch-Institut (Hrsg) und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg). Berlin, 2021

- Zugang zu Screening und Nachsorge auffälliger Tests  
→ Einfluss auf Stadium bei Diagnose und Gesamtinzidenz und Mortalität

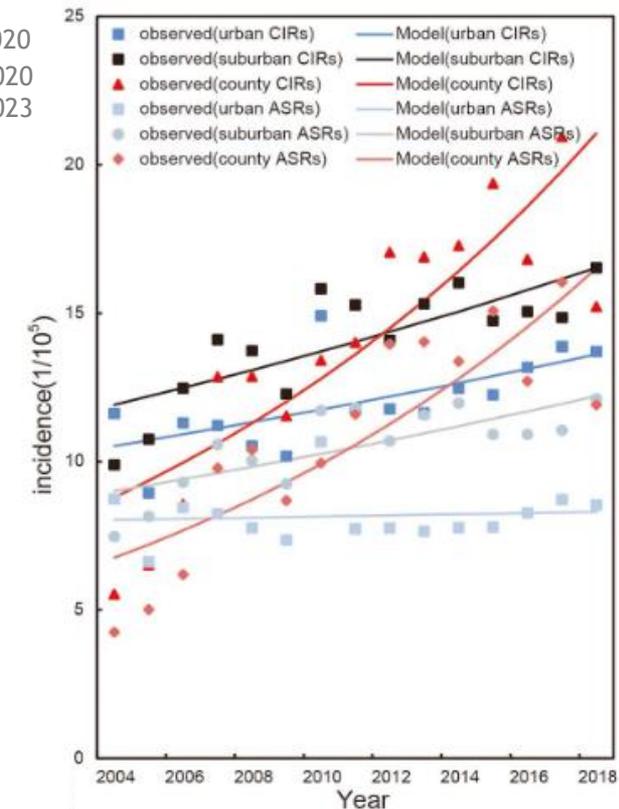
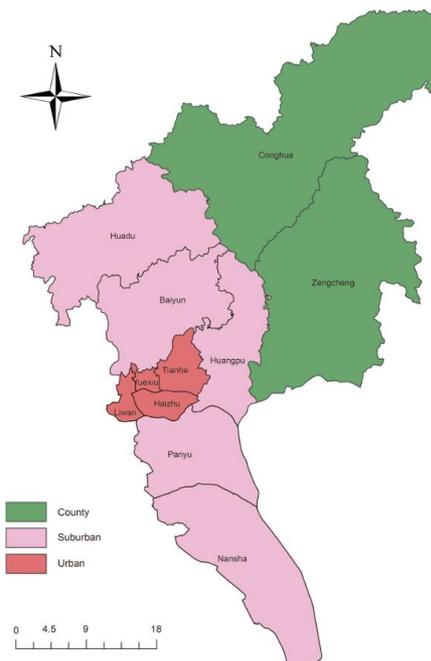
Landy et al., Br J Cancer 2016

- Höhere Inzidenz/Stadien/Mortalität bei niedrigerem sozioökonomischen Status

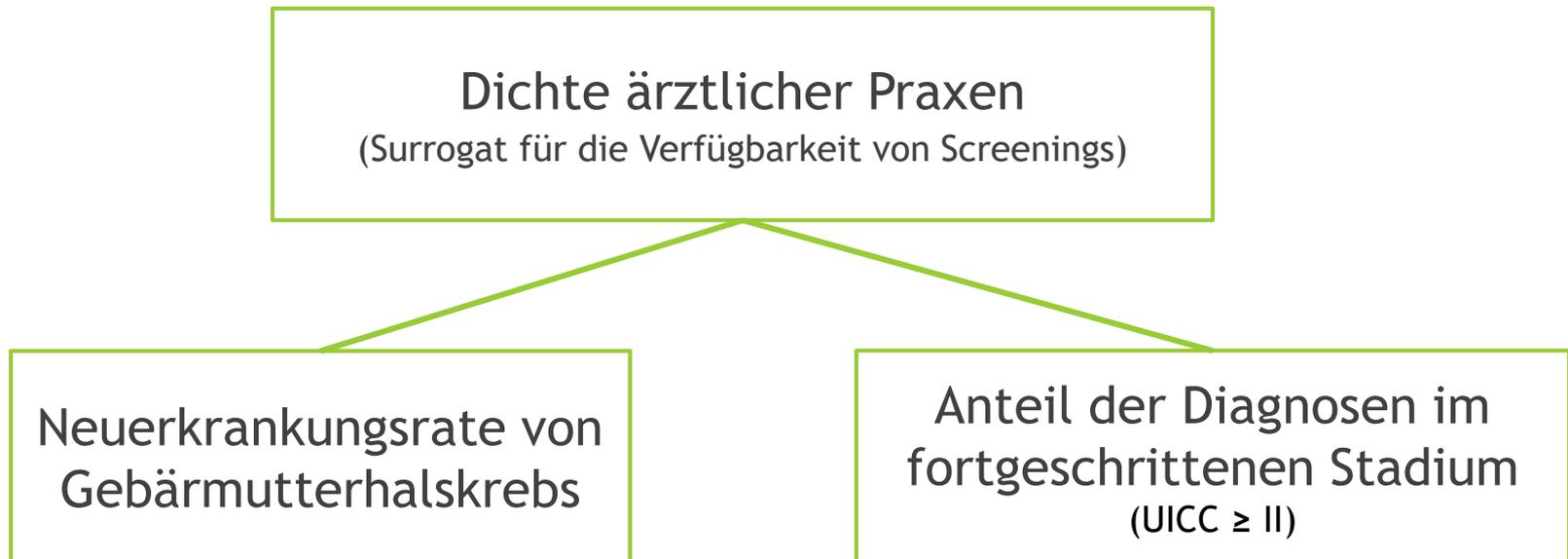
Hoebel et al., Frontiers in Oncology 2020  
Mihor et al., Radiology and Oncology 2020  
Kaneko et al., L Epidemiol 2023

- ländliche Gebiete:  
höhere Inzidenz als in  
städtischen Gebieten

Li et al., BMC Cancer 2022

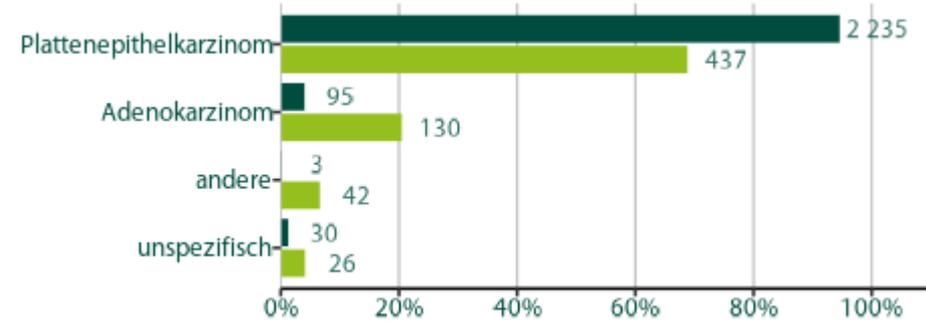
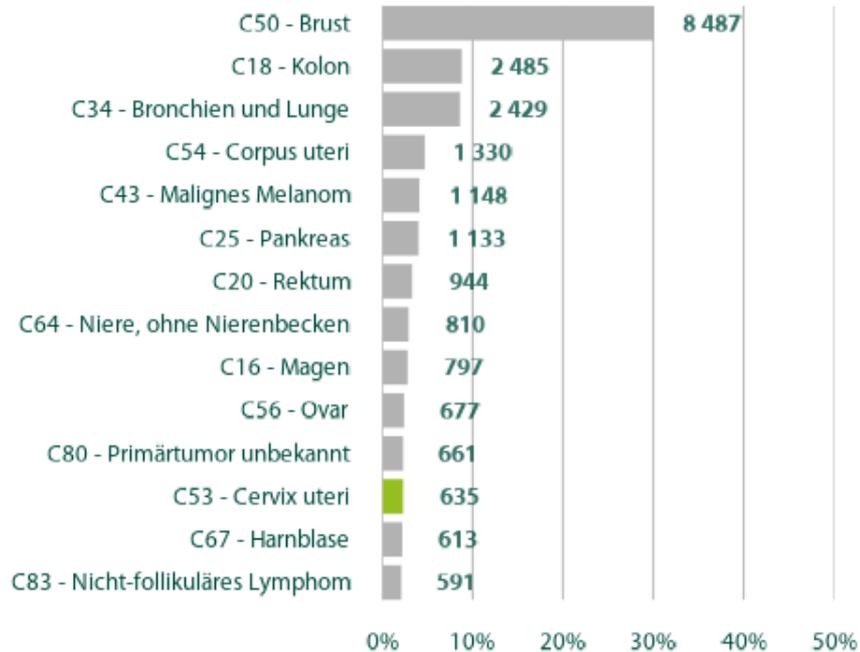


- Wie ist die Situation in Sachsen-Anhalt?
- Gibt es eine Assoziation zwischen:

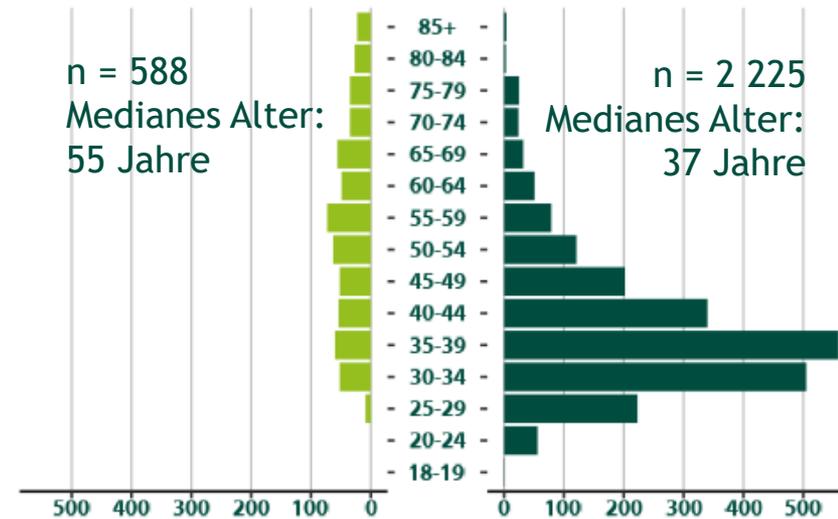


- Daten des Klinischen Krebsregisters Sachsen-Anhalt  
(Population Sachsen-Anhalt: ca. 2,2 Mio  $\hat{=}$  3% der deutschen Bevölkerung, geringe DCN-Quote: 3,8%)
- Einschluss:
  - Diagnose zwischen 01.01.2018 und 31.12.2021
  - Diagnose Zervixkarzinom (ICD-10 C53) oder In-situ-Karzinom der Zervix (ICD-10 D06)
  - Dokumentation der Meldung im KKR-LSA
- Zuordnung der Wohnorte zum Zeitpunkt der Diagnose mithilfe der Ortskennzahl
- Berechnung der altersstandardisierte Anzahl von Fällen mit Gebärmutterhalskrebs 2018-2021 nach alter Europastandardbevölkerung (<https://www.gbe-bund.de/gbe>)
- Standorte primärer Gynäkolog\*innen aus Verzeichnis der kassenärztlichen Bundesvereinigung (<https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16402.php>)
- Verhältnis von Versorgern zu Einwohnern über Bevölkerungsschätzungen

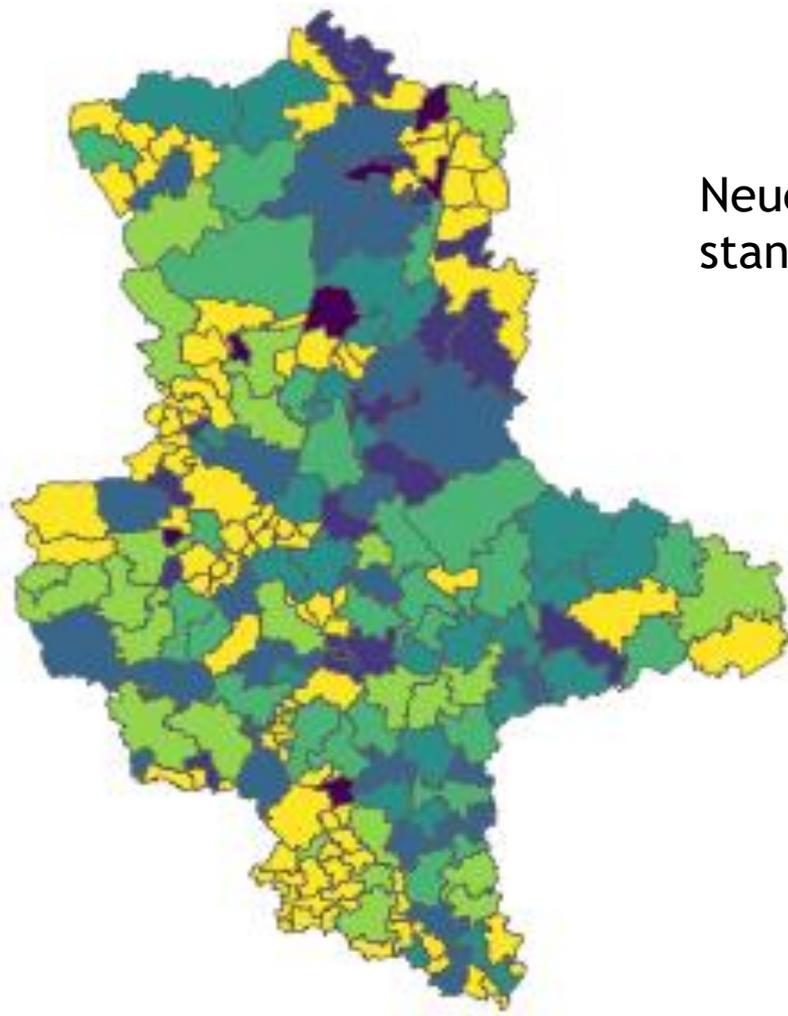
# ERGEBNISSE - ÜBERBLICK ZERVIX-KARZINOM (LSA 2018-2021)



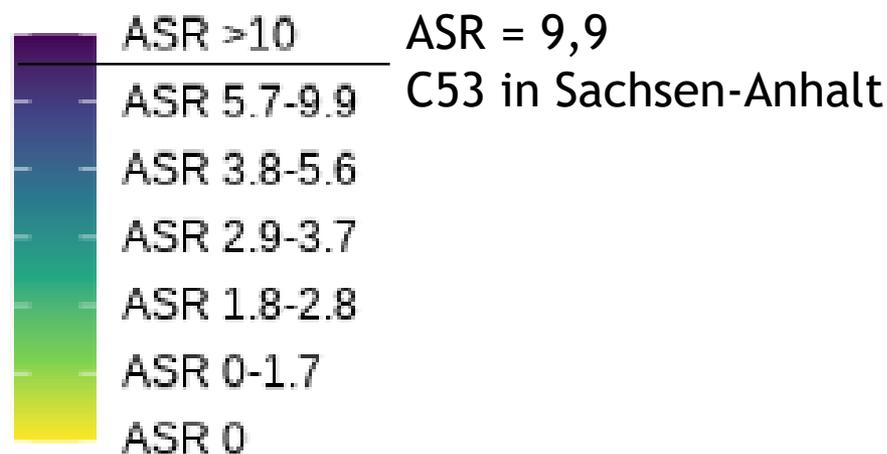
 C53  D06



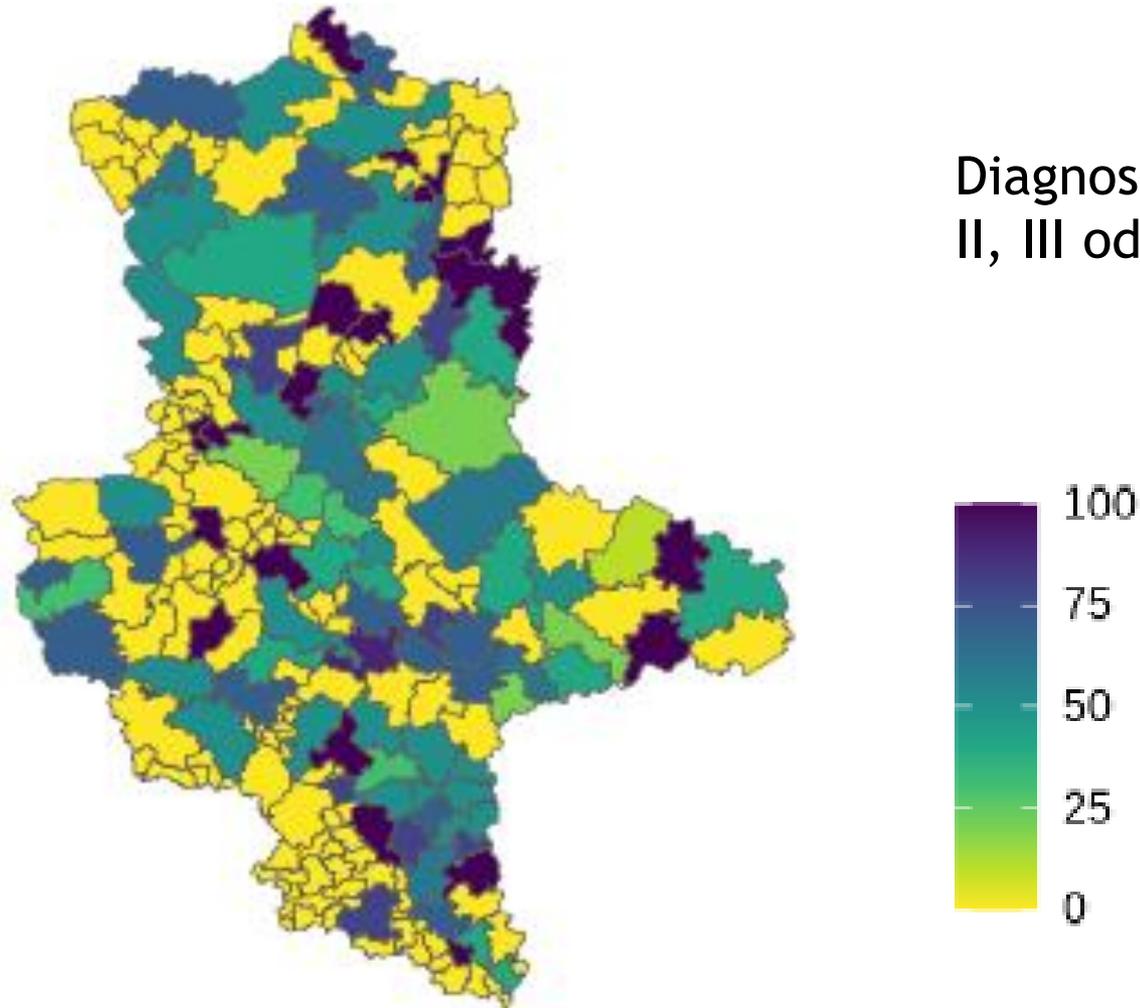
# ALTERSSTANDARDISIERTE ERKRANKUNGSRATE (LSA 2018-2021)

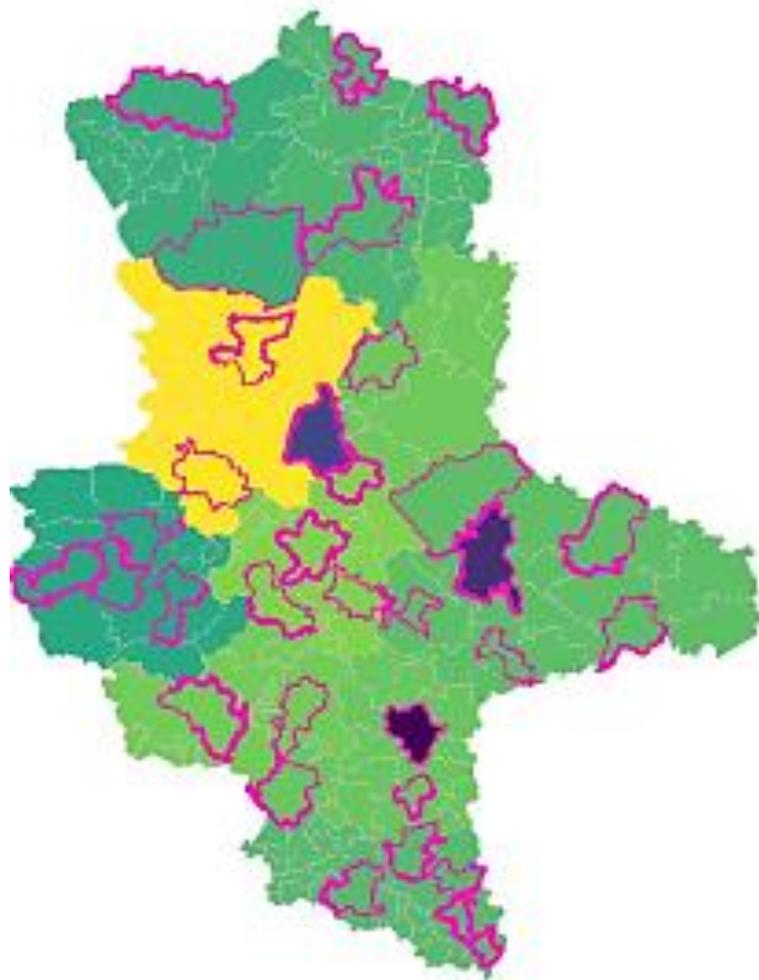


Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner pro Jahr  
standardisiert nach altem Europastandard

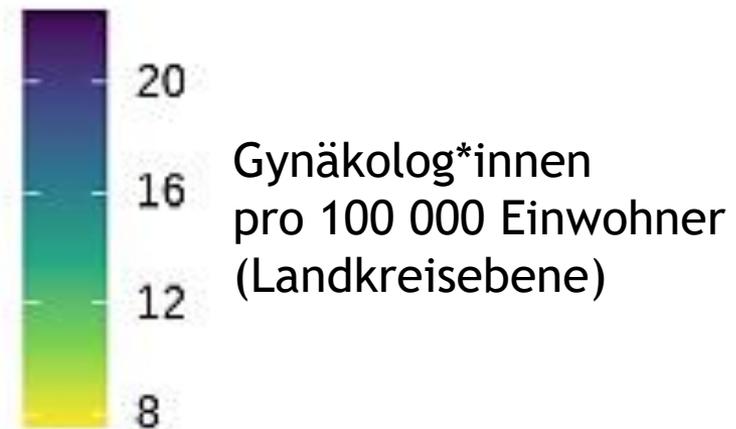


Diagnose im UICC-Stadium  
II, III oder IV in %





 Klinik mit  
gynäkologischer  
Abteilung  
(Gemeindeebene)



- Kein Zusammenhang zw. Dichte der Versorgungseinrichtungen und den Erkrankungsraten bzw. UICC-Stadien bei Diagnose
  
- Große Unterschiede in der Dichte medizinischer Versorgung:  
Angebot in städtischen Kreisen mitunter doppelt so hoch wie in ländlichen Kreisen
  
- Verzerrung durch fehlende Meldungen zu Diagnosen und deren Stadien möglich
  - Patientinnen in Grenznähe mit Diagnose in Nachbarländern: zeitliche Verzögerung
  - Fehlende Werte UICC (ca. 20%): Verzerrung der Stadienverteilung



# Vielen Dank

---