



HPV-Impfung im Österreichischen Impfplan

## „Die Entscheidung bleibt eine Ermessensfrage“

Ein Expertengespräch zur Aufnahme der HPV-Schutzimpfung in den Österreichischen Impfplan: Dr. Ingrid Zechmeister-Koss, Ressortleiterin im Bereich Gesundheitsökonomie, und Dr. Brigitte Piso, Ressortleiterin im Bereich Public Health und Versorgungsforschung, beide am Ludwig-Boltzmann-Institut für Health-Technology-Assessment (LBI-HTA), gaben Auskunft darüber, welche Aspekte im Hinblick auf dieses Thema zu berücksichtigen sind. Das LBI-HTA ist ein akademisches Non-Profit-Institut und gehört zur Ludwig-Boltzmann-Gesellschaft/LBG. Das LBI-HTA versteht sich als unabhängige Instanz der wissenschaftlichen Entscheidungsunterstützung im Gesundheitswesen.

Frau Dr. Piso, Sie haben sich 2008 im Rahmen eines Projektes am LBI-HTA mit Kriterien für eine „rationale Impfpolitik“ auseinandergesetzt. Nun ist die HPV-Impfung in den Österreichischen Impfplan aufgenommen worden. Entspricht diese Entscheidung einer rationalen Impfentscheidung?

**B. Piso:** In Ermangelung eindeutiger Kriterien, also einer Art „Punkteschema“, mithilfe dessen festgestellt werden könnte, wann eine Impfung in ein nationales Vorsorgeprogramm aufgenommen werden soll und wann nicht, bleibt die Entscheidung eine Ermessensfrage. Wenn Geld im solidarisch finanzierten Gesundheitssystem für eine Maßnahme in die Hand genommen wird, dann hat diese Entscheidung immer etwas mit „Werten“ zu tun.

Können Sie das bitte näher erläutern?

**B. Piso:** Es geht um weit mehr als um Nutzen und potenziellen Schaden einer Impfung im engeren Sinne. Es geht nicht nur um einzelne Bürgerinnen oder Bürger, sondern um die Beeinflussung der Gesundheit auf Bevölkerungsebene. Daher sollten in die Überlegungen auch Faktoren wie die Dimension des Gesundheitsproblems im Vergleich zu anderen Erkrankungen oder die Verfügbarkeit effektiver alternativer Vorsorge- bzw. Früherkennungsstrategien mit einfließen. Es sollte weiters sichergestellt sein, dass es keine Zugangsbarrieren gibt, die gesundheitliche Ungleichheit verstärken, und schließlich, dass der erhoffte Erfolg der Maßnahme in Zukunft auch beurteilt werden kann.

Sie sagen, „sollten“ berücksichtigt werden?

**B. Piso:** Ich kann von außen nicht beurteilen, welche Kriterien berücksichtigt wurden und welche letztlich zur Aufnahme in das Kinderimpfprogramm geführt haben. Diese Entscheidungsgrundlagen sind nicht öffentlich zugänglich.

Frau Dr. Zechmeister-Koss, Sie haben sich 2009, damals zur Unterstützung von BM Kdolsky, mit den langfristigen Effekten einer HPV-Impfung auseinandergesetzt und werden seitdem dahingehend missverstanden, dass es sich um eine Hinterfragung der Wirksamkeit handelte. Was haben Sie damals untersucht, was herausgefunden und was waren Ihre wesentlichen Aussagen? Hat sich seitdem etwas daran geändert?

**I. Zechmeister-Koss:** Wir haben uns angeschaut, wie sich die Gebärmutterhalskrebsfälle österreichweit nach Einführung eines Impfprogramms verändern werden. Diese Modellrechnung hat uns gezeigt, dass wir frühestens in 80 bis 100 Jahren und auch dann nur unter Idealbedingungen (z.B. keine Zuwanderung ungeimpfter Personen, hohe Teilnahmeraten) tatsächlich mit einer 70%igen Reduktion der Zahl der Zervixkarzinome rechnen können. Das heißt nicht, dass die Impfung beim Einzelnen wenig wirksam ist, sondern es liegt daran, dass aufgrund der Charakteristik des Krebses die ersten



Dr. I. Zechmeister-Koss



Dr. B. Piso



Dr. C. Wild

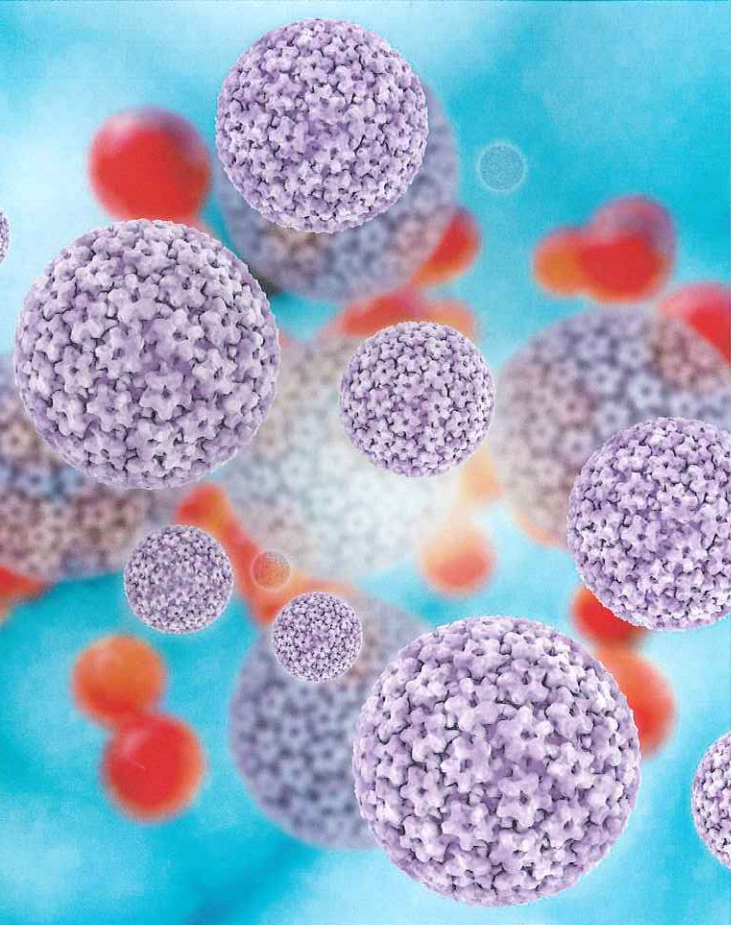
geimpften Kohorten frühestens in 15 bis 20 Jahren von der Impfung zu profitieren beginnen und wir ja zudem viele Frauen haben, die für die Impfung nicht mehr infrage kommen. Daher haben wir als mögliche Alternative zu einer teuren Impfung die Verbesserung der Früherkennung vorgeschlagen, weil diese ohnehin weiter bestehen muss und ebenso Potenzial hätte, Krebsfälle weiter (und sogar früher) zu reduzieren. Aufgrund des bedeutend niedrigeren Preises für die Impfung ist das Kosteneffektivitätsverhältnis heute sicher günstiger als das damals berechnete, die Impfung bleibt mit 4–6 Mio. Euro jährlich aber weiterhin teuer und es stellt sich die Frage, ob wir mit diesem Geld bei wesentlich häufigeren Krebsformen nicht mehr gesundheitliche Wirkung erzielen könnten.

Frau Dr. Piso, Sie haben für die deutsche Krankenversicherung AOK eine Entscheidungshilfe zur HPV-Impfung für Familien entwickelt. Was kann man sich darunter vorstellen? Was sind wesentliche Informationen, die Eltern für die Entscheidung brauchen?

**B. Piso:** Im Sinne einer informierten Entscheidung können sich Betroffene – in diesem Fall meist Eltern – online darüber informieren, welchen Nutzen sie sich von der Impfung ihrer Kinder erwarten dürfen. Hier geht es darum, abschätzen zu können, wie groß die Bedrohung für das einzelne Individuum ist, mit welcher Wahrscheinlichkeit sich das Kind im Laufe des Lebens also mit HPV infizieren und möglicherweise behandlungsbedürftige Vorstufen des Gebärmutterhalskrebses entwickeln oder gar an Gebärmutterhalskrebs erkranken wird. Demgegenüber stehen Informationen zum individuellen Nutzen der Impfung, also wie viele dieser Fälle die Impfung verhindern kann.

Und wie groß ist nun das Erkrankungsrisiko?

**B. Piso:** Laut Daten der Statistik Austria sind im Jahr 2011 insgesamt 233 von 100.000 Frauen neu an Krebs erkrankt (rund 17.800 Frauen). Bei 7 dieser Frauen lautete die Diagnose Gebärmutterhalskrebs (7/100.000; absolut waren das etwa 390 neue Diagnosen). Das Erkrankungsrisiko für Frauen bis zum 75. Lebensjahr wird für Krebs insgesamt mit 24% angegeben, jenes für Gebärmutterhalskrebs mit 0,6%. Das bedeutet also, dass nach derzeitigem Stand beinahe jede vierte Frau im Laufe ihres Lebens eine Krebsdiagnose erhalten wird, bei



Frau Dr. Piso, es kursieren so viele Zahlen: Wie wirksam ist die HPV-Impfung nun tatsächlich?

**B. Piso:** Da sich Zervixkarzinome über einen Zeitraum von vielen Jahren (länger als die Beobachtungszeit in Zulassungsstudien) entwickeln und es auch ethisch nicht vertretbar wäre, der Entwicklung von Gebärmutterhalskrebs bis ins Endstadium zuzuschauen, ohne einzugreifen, wurde in den Studien untersucht, wie viele Vorstufen (CIN) durch die Impfung verhindert werden können. Der Schutz vor Zellveränderungen durch jene beiden Hochrisiko-HPV-Typen, gegen die geimpft wird, war bei jungen Frauen, die zuvor nicht HPV-infiziert waren, tatsächlich beinahe vollständig. Relevanter für potenzielle Impfkandidatinnen und -kandidaten ist aber die Frage, wie sehr sich das Risiko, überhaupt an einer Vorstufe, also unabhängig vom Virustyp, zu erkranken, reduzieren lässt. Hier kommt eine der großen HPV-Studien zu dem Schluss, dass die Impfung dieser Frauen die Zahl der Krebsvorstufen (CIN 2 und 3) *insgesamt* „nur“ um 27% reduziert. Bei Frauen zwischen 24 und 45 Jahren ergaben sich insgesamt keine signifikanten Reduktionen der höhergradigen Zervixdysplasien. Für Deutschland wird geschätzt, dass ohne Impfung etwa 10 von 1.000 Frauen an Gebärmutterhalskrebs erkranken (und 3 daran sterben). Mit Impfung würden 3 Frauen erkranken, eine daran sterben.

etwa 6 von 1.000 Frauen wird diese Diagnose Gebärmutterhalskrebs lauten. 90 von 1.000 Frauen werden an Krebs sterben, 2 davon an Gebärmutterhalskrebs.

Wie sieht es mit den HPV-Infektionen und Gebärmutterhalskrebs-Vorstufen aus: Sind diese nicht viel häufiger?

**B. Piso:** Das ist richtig. Etwa 3 von 4 Frauen infizieren sich in Laufe ihres Lebens mit HPV. Bei 80% dieser Frauen heilt die Infektion von selbst und ohne Folgen aus. Bei 20% ist die Infektion nach 2 Jahren noch nachweisbar. Die tatsächliche Entwicklung von Gebärmutterhalskrebs erstreckt sich über einen Zeitraum von Jahren. Spontane Rückbildungstendenzen von Vorstufen sind möglich, werden aber umso unwahrscheinlicher, je schwerer die Zellveränderung bereits ist.

Frau Dr. Zechmeister-Koss, erst kürzlich haben Sie in einem „Standard“-Kommentar auf eine bestimmte Darstellung dieser Zahlen reagiert.

**I. Zechmeister-Koss:** Problematisch ist, dass viele sogenannte Informationsbroschüren oder auch Medienberichte Angst machende und teilweise sogar völlig falsche Zahlen verbreiten. Wenn etwa das Zervixkarzinom als weltweit zweithäufigste Krebserkrankung bei Frauen beschrieben wird, ist das weit entfernt von der österreichischen Realität, wo dieser Krebs an 14. Stelle bei den Neuerkrankungen liegt. Umgekehrt werden bei den angeblich jährlich vermiedenen Krebsfällen Zahlen genannt, die höher sind als die Zahl der Neuerkrankungen, die jährlich in Österreich überhaupt auftreten, und sie werden ohne jeglichen Zeitbezug dargestellt. Das suggeriert insgesamt ein völlig falsches Bild von der Bedrohlichkeit dieses Krebses und vom Nutzen, den man in Österreich oder auch bei einzelnen geimpften Personen erwarten kann.

Wie lautet Ihr Fazit?

**I. Zechmeister-Koss:** Insgesamt kann angenommen werden, dass die Impfung bei jungen, nicht infizierten Frauen Krebsvorstufen und damit auch diagnostische und therapeutische Eingriffe reduzieren kann. In welchem Ausmaß die Zahl der Gebärmutterhalskrebsneuerkrankungen durch die Impfung tatsächlich reduziert werden kann, ist noch nicht bekannt. Eltern, die vor der Entscheidung stehen, ob sie ihre Kinder impfen lassen sollen, empfehlen wir, sich mittels seriöser Entscheidungshilfen über den erwartbaren Nutzen und die potenziellen Nebenwirkungen zu informieren. Zudem fordern wir, die Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung an die neuen Rahmenbedingungen anzupassen und endlich die dort längst bekannten Qualitätsmängel zu beheben. Denn wenn nun mit der öffentlichen Finanzierung der HPV-Impfung der Bekämpfung des Gebärmutterhalskrebses eine so hohe Priorität eingeräumt wird, dann sollte das mit einem sinnvollen Gesamtpräventionskonzept geschehen, damit nicht nur junge, sondern auch ältere Frauen in Zukunft selten an diesem Krebs erkranken werden. ■

**Vielen Dank für das Gespräch!**

Die Fragen für DAM stellten Priv.-Doz. Dr. Claudia Wild, Leiterin des LBI-HTA, und Dr. Christian Euler.