

Update CxCa

Ein interdisziplinärer Experten-Roundtable zur CxCa-Vorsorge:

Der G-BA-Beschluss ist da – was bedeutet er für die medizinische Praxis?

Dr. Karin Maass-Poppenhusen

Dr. Karin Maass-Poppenhusen ist Oberärztin an der Universitäts-Frauenklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe in Kiel. Seit ihrer Doktorarbeit beschäftigt sie sich regelmäßig mit dem Thema Dysplasien und leitet in Kiel die zertifizierte Dysplasie-Einheit. Mit dem Thema Vorsorge des Zervixkarzinoms ist sie sehr vertraut und betrachtet das Thema aus krankenhausesärztlicher Sicht.

Interview Dr. Karin Maass-Poppenhusen

Was ist ihrer Meinung nach der Vorteil am neuen Screening?

Dr. Maass-Poppenhusen: Das Zervixkarzinom ist weltweit immer noch eine der häufigsten Krebserkrankungen, und das, obwohl die Erkrankung vermeidbar wäre. Geht es um die Vermeidung von mehr Zervixkarzinomen ist das neue Screening alternativlos. Der Vorteil ist meiner Meinung nach, dass wir durch die neue Vorsorge mehr Karzinome verhindern. Insbesondere in den ersten drei Jahren werden wir mit Sicherheit mehr Karzinome finden, als bisher. Und auch Dysplasien werden wir sicherlich deutlich mehr sehen. In Zukunft können wir auch diejenigen, die nicht regelmäßig zum Screening gehen, aber ein Risiko für ein Zervixkarzinom haben, rechtzeitig herausfischen.

Wenn Sie das neue Screening bewerten: Was wird problematisch werden?

Dr. Maass-Poppenhusen: Die Gynäkologen werden deutlich mehr Beratungsaufwand gegenüber den Patientinnen haben und müssen hierfür Zeit einplanen.

Wie gut sind die Gynäkologen Ihrer Meinung nach auf das zusätzliche HPV-Screening vorbereitet?

Dr. Karin Maass-Poppenhusen: Es gibt bei vielen Gynäkologen noch Bedarf auf das neue Screening vorbereitet zu werden. Wir Gynäkologen von der Dysplasiesprechstunde sind sehr gut auf das neue Screening vorbereitet. Aber viele andere Gynäkologen nicht, da sie der Meinung sind, das bestehende System sei gut. Das ist es auch, aber eben nicht perfekt und daher wollen wir es verbessern.

Wie vertraut sind niedergelassene Gynäkologen ihrer Meinung nach mit dem Thema HPV?

Dr. Maass-Poppenhusen: Gynäkologen sind bisher mit den Grundzügen vertraut jedoch erwarte ich einen zusätzlichen Informationsbedarf, sobald die Ko-Testung eingeführt ist. So sind zum Beispiel Informationen darüber welchen Test ihr Labor verwendet und welche Unterschiede es hierbei gibt wichtig.

Woher kommt es, dass die Gynäkologen dem Thema HPV-Testung eher kritisch gegenüberstehen?

Dr. Maass-Poppenhusen: Ich denke, da gibt es mehrere Punkte. Ich glaube die kritische Haltung kommt zuerst einmal hauptsächlich durch Angst davor, dass die Patientinnen nun nicht mehr jedes Jahr zur Vorsorge kommen, sondern lediglich alle drei Jahre. Darüber hinaus gibt es wenige Informationen für Gynäkologen über die HPV-Testung und zu den Tests. Außerdem stehen für die Aufklärung nicht genügend Informationen bereit, zum Beispiel über die natürliche Infektionsgeschichte von HPV und darüber, was für eine Erkrankung sich dahinter verbirgt. Das ganze Thema ist einfach bisher zu wenig betrachtet worden.

Glauben Sie, dass die Patientinnen seltener zur Vorsorge gehen werden?

Dr. Maass-Poppenhusen: Ich gehe davon aus, dass der Wille der Patientinnen regelmäßig zur Vorsorge zu gehen gleichbleibt.

Welche Auswirkung hat die HPV-Impfung auf die Vorsorge?

Dr. Maass-Poppenhusen: Ich glaube, dass es für das Screening keinen Unterschied macht, ob Patientinnen die HPV-Impfung erhalten haben. Jetzt werden sogar schon Kinder geimpft, die später gar nicht mehr wissen, ob sie geimpft sind.

Als Klinische Gynäkologin: Was würden Sie sich von den niedergelassenen Kollegen wünschen?

Dr. Maass-Poppenhusen: Ich als Kliniker würde mir wünschen, dass die Patientinnen schon vorher von den niedergelassenen Ärzten besser aufgeklärt werden. Die Patientinnen sind teilweise sehr panisch wegen eines auffälligen Befundes, obwohl das gar nicht sein muss. Es herrscht noch viel zu sehr der Glaube, dass ein auffälliger Pap-Abstrich gleich Krebs bedeutet. Außerdem hoffen wir an der Klinik, dass wir in Zukunft mehr korrespondierende Sprechstunden haben, die Patientinnen schon diagnostiziert schicken. Dann werden sie bei uns nur noch behandelt und wir müssen nicht die gesamte Diagnostik machen.

Wie könnten die Patientinnen besser aufgeklärt werden?

Dr. Maass-Poppenhusen: Bei der Information der Patientinnen darüber was HPV ist und wie die Infektion mit Krebs zusammenhängt hilft schon ein gut lesbarer Flyer mit Informationen. Das wird unserer Erfahrung nach sehr gut angenommen. Trotzdem muss auch der Gynäkologe Aufklärung leisten, denn es wird schwierig werden, den Patientinnen zu erklären, warum sie z.B. mit 38 HPV-positiv sind und dass sie HPV gegebenenfalls schon länger haben.

Was glauben Sie, welche Auswirkungen hat die Ko-Testung auf die weitere Diagnostik – Dysplasie-Sprechstunde, Kolposkopie etc.?

Dr. Maass-Poppenhusen: Nach dem jetzt veröffentlichten Algorithmus müssen einige Frauen noch früher zur Kolposkopie überwiesen werden. Wir machen uns ernsthaft Sorgen, wie das zu leisten ist.

Warum wird es so schwierig sein die Zahl an Kolposkopien durchzuführen?

Dr. Maass-Poppenhusen: Es gibt einfach zu wenige Gynäkologen, die kolposkopieren dürfen. Dies liegt unter anderem daran, dass die Kolposkopie bisher nicht vergütet wird, sodass sich für vielen Gynäkologen die aufwendige Kolposkopie-Ausbildung nicht lohnt.

Ein Blick in die Zukunft. Was wird hier aus ihrer Sicht wichtig werden?

Dr. Maass-Poppenhusen: In naher Zukunft sehe ich es auch als Aufgabe von uns Klinikern, die Zuweiser noch besser aufzuklären und vielleicht auch ein bisschen zu beruhigen. Aus meiner Sicht sollte auch die Ausbildung und Organisation der Kolposkopie- und Dysplasie-Sprechstunde zunächst im Vordergrund stehen. Für die weitere Zukunft glaube ich, dass die weitere Diagnostik sehr wichtig sein wird, um harmlose Zervixdysplasien von wirklich onkogenen Dysplasien abzugrenzen und zwar mit zuverlässigen und einfachen Methoden.