

Update CxCa

Ein interdisziplinärer Experten-Roundtable zur CxCa-Vorsorge:

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

Dr. Christoph Börsch

Dr. med. Christoph Börsch ist seit 40 Jahren als Gynäkologe tätig. Von 1979/80 bis 2000 war er klinisch und in einer großen gynäkologischen Gemeinschaftspraxis tätig. Im Jahr 2000 entschloss er sich die klinische Tätigkeit zu beenden und arbeitet seither am MVZ für Zytologie und Molekularbiologie Frankfurt. Hier ist er vor allem für die molekulare Diagnostik und Immunzytochemie verantwortlich.

Interview Dr. Christoph Börsch

Was ist Ihrer Meinung nach der Vorteil der Ko-Testung?

Dr. Börsch: Der Vorteil für die Frauen ist, dass sie automatisch Zugang zur HPV-DNA-Analytik haben. Der HPV Test gehört jetzt zur Regelversorgung.

Glauben Sie, dass die Frauen nun seltener zum Frauenarzt gehen werden?

Dr. Börsch: Ich gehe davon aus, dass die Frauen in Zukunft nicht seltener zum Gynäkologen gehen werden als bisher. Alle Zahlen sprechen dagegen. Weniger als die Hälfte aller Patientinnen gehen regelmäßig jedes Jahr zur Vorsorgeuntersuchung. Der größere Teil kommt durchschnittlich alle drei Jahre. Es ist jedoch ausdrücklich betont worden, dass die Vorsorge an sich weiterhin jährlich stattfinden soll. Das muss deutlich kommuniziert werden.

Was wird Ihrer Meinung nach die größte Herausforderung für Gynäkologen sein?

Dr. Börsch: Das neue Screening führt zu einem höheren Bedarf an Beratung. Dies beunruhigt die Ärzte. Und wenn man den zeitlichen Aufwand und die finanzielle Entlohnung betrachtet, gibt es auf jeden Fall Verbesserungsbedarf.

Wieso führt die Ko-Testung zu einem erhöhten Beratungsbedarf?

Dr. Börsch: Es muss viel mehr erklärt werden. Ich halte zum Beispiel das Wort „HPV-Infektion“ für schwierig. Es sollte nicht immer von Infektion gesprochen werden, denn das ist häufig missverständlich. Die Patientinnen werden dadurch verunsichert. Je nachdem wie gut oder schlecht das Thema HPV und Infektion kommuniziert wird, gerät dadurch das Thema Krebsvorsorge in den Hintergrund. Es geht vielmehr um die Frage „Habe ich einen Risikofaktor?“. Die Gynäkologen müssen also das Thema HPV in Ruhe vermitteln.

Wie gut fühlen sich die Labore auf die Ko-Testung vorbereitet?

Dr. Börsch: Wir als Labore sind gut aufgestellt, denn das ist unser Handwerk. Wir können nicht bis zum 1. Januar 2020 warten und dann erst anfangen zu agieren. Wir müssen langfristig planen. Also haben wir uns überlegt, was die Ko-Testung für uns bedeutet und wie die Umsetzung aussieht. Ob das Szenario dann richtig oder falsch ist, wissen wir nicht. Auf Basis dieser Annahme haben wir Investitionen getätigt, um bei Einführung des neuen Screenings gut aufgestellt zu sein. Uns ist aber auch die Aufklärung und Fortbildung der Gynäkologen ein Anliegen. Daher bieten wir regelmäßig Veranstaltungen an, die gerne noch mehr genutzt werden könnten.

Was glauben Sie, müssen die Ergebnisse von HPV-Test und Zytologie aus einem Labor kommen?

Dr. Börsch: Nein, HPV-Test und Zytologie müssen nicht aus einem Labor kommen. Aber kleinere Zytologielabore müssen sich gegebenenfalls einen Kooperationspartner suchen. An diesen schickt das Zytologielabor den HPV-Test und erhält anschließend den Befund zurück. Auf Basis der Befunde muss im Anschluss das Zytologielabor den Gynäkologen beraten. Dafür müssen sich die Labore zwingend mit dem Thema HPV auseinandersetzen und sich weiterbilden.

Glauben Sie, dass die kleinen Labore weiterhin konkurrenzfähig bleiben können?

Dr. Börsch: Das kleine Zytologielabor muss sich, um zukünftig bestehen zu können, auf jeden Fall eine Kooperationsebene suchen.

Was ist wichtig für die Kommunikation zwischen Labor und Gynäkologen?

Dr. Börsch: Es muss alles ordentlich dokumentiert werden, damit die Auswertung gelingt und der Befund richtig ist. Meiner Meinung nach ist das neue Screening auch eine gute Möglichkeit die bisherigen Formulare zur Krebsvorsorge zu überarbeiten. Es wäre ein Fortschritt, wenn die Angaben elektronisch übermittelt werden könnten.

Wie wird die Qualität der Befunde sichergestellt?

Dr. Börsch: Der §135 Sozialgesetzbuch ist das wichtigste Element der Qualitätssicherung. Dort ist alles festgelegt, von der Prozedur im Labor bis zur Qualifizierung der Ärzte und Arbeitsplatzbeschreibung. Dieser muss durch die Änderungen nun ergänzt werden.

Wie beurteilen Sie die Qualität der Zell-Abstriche durch die Frauenärzte?

Dr. Börsch: Wir als Labor haben für jede Praxis die Möglichkeiten, eine Endozervikalstatistik zu machen, um zu prüfen, wie gut das eingesendete Abstrichmaterial ist. Wir können so den Gynäkologen Rückmeldung geben, wie die Qualität der Probenentnahme ist.

Wie bewerten Sie das Einladungsschreiben, das Anfang 2020 an alle Frauen versendet werden soll?

Dr. Börsch: Der Inhalt des Einladungsschreibens ist sicherlich richtig, es ist jedoch meiner Meinung nach zu lang und nicht präventionsfreundlich. Ich glaube leider, dass viele Frauen das Schreiben nicht zu Ende lesen werden.

Welche Herausforderungen sehen Sie für die Kolposkopien?

Dr. Börsch: Wir haben einfach nicht genügend Dysplasie-Sprechstunden. Als Zwischenschritt könnten wir zum Beispiel bei den mittleren Pap-Gruppen eine Immunzytochemie einschieben. So würden weniger Frauen direkt zur Kolposkopie weitergeleitet werden, denn durch die Ergebnisse kann bei der Hälfte der Fälle abgewartet werden. Dies würde die Kolposkopiker sehr entlasten.

Was wäre Ihrer Meinung nach noch hilfreich, damit die Zahl der Zervixkarzinome sich verringert?

Dr. Börsch: Es müsste mehr geimpft werden. Die Impfraten für HPV liegen in Deutschland unter 40%. Meiner Meinung nach sollte jede Frau vom Gynäkologen nach Kindern gefragt werden und wenn sie welche hat sollte auf die Wichtigkeit einer Impfung hingewiesen werden. Außerdem wünsche ich den Gynäkologen mehr Zeit für die Beratung der Patientinnen.

Wie sehen Sie die Zukunft der Zervixkarzinomvorsorge?

Dr. Börsch: Es ist mit Abstand das Wichtigste, dass HPV jetzt in die Regelversorgung kommt. Das ist ein großer Fortschritt. Ich glaube aber, dass sich in der Zervixkarzinomvorsorge perspektivisch ein anderes Vorsorgemodell durchsetzen wird. Die Ko-Testung ist eigentlich nicht notwendig, da HPV alleine eine Evidenz hat. Ich bin gespannt auf die Auswertungen aus Holland, die bereits ein primäres HPV-Screening haben. Ich denke nach der Evaluationszeit in fünf Jahren wird sich auch hier sicher etwas ändern.