***Dr.med. Hildegard Faust-Albrecht***

Co-Testing mittels HPV – bedeutet das mehr Sicherheit für die Patientinnen oder den Wegfall ärztlicher Kunst?

In meiner kleinen Privatpraxis kämpfe ich seit Jahren gegen die Industrie und für mehr Gesundheit unserer jungen Frauen. Ich habe in den über 25 Jahren meiner Praxistätigkeit noch nie eine Patientin durch Cervix-Ca verloren - Vorstufen oder Kontrollen für Behandlungsmöglichkeiten hatte ich genügend. Die Ausbildung in meiner Zeit vor der Jahrtausendwende war bzgl. der Vorsorge des Cervix-Ca noch geprägt vom jährlichen zytologischen Abstrich; die Qualität der zytologischen Labore war nicht so hochwertig wie heute. Eine Anleitung aus der Klinik zur richtigen Abstrichstechnik oder gar zur Kolposkopie erhielten wir nicht. Vor unserer Niederlassung hatten wir aber sehr viel Respekt, etwas zu übersehen und kannten die Insuffizienzen unserer Ausbildung bis zum Facharzt. Ein Wochenendkurs in Wiesbaden bei Prof. Bauer lehrte uns die **Kunst der Kolposkopie.**

Vor der Jahrtausendwende gab es auch noch in der Kassenabrechnung die Analog-Ziffer zur GOÄ 1070 (Kolposkopie), so dass ich automatisch bei jedem zytologischen Abstrich eine Kolposkopie miterbracht habe. Dies habe ich bis mindestens zum 50.Lj meiner Patientinnen in meiner Praxis (ob privat oder selbstzahlend) so beibehalten. In Deutschland fühle ich mich mit dieser Vorgehensweise mittlerweile relativ alleine gelassen. Soll eine ungünstige Entnahmetechnik und fehlende Kolposkopie (wegen fehlender zus. Abrechenbarkeit), die qualitativ zu Lasten der Patientinnen geht, jetzt durch ein Co-Testing ab dem 35. Lj mit HPV und Dünnschichtzytologie, das allerdings in größerem zeitlichen Intervall (alle 3 Jahre) durchgeführt wird, die Testung auf Cervix-Ca verbessern?

Jahrelang haben wir in den Praxen unseren Patientinnen eingeschärft, dass entgegen der Medienpresse, die **jährliche Früherkennung**, ich nenne sie lieber Vorsorgeuntersuchung, notwendig und **sinnvoll** ist, da es neben der Krebsvorsorge auch viele präventiven Möglichkeiten gibt, Karzinome zu vermeiden. Hierzu zählt auch die zytologische Untersuchung, die zusammen mit der Kolposkopie jahrelang vor Ausbruch eines Cervix-Ca’s geeignete diagnostische und therapeutische Maßnahmen bereit hält.

Bei vielen meiner Patientinnen habe ich jahrelang auffällige kolposkopische Befunde mitbetreut, die entweder zytologisch nie auffällig wurden oder verschwanden, bzw. bei zytologischer Auffälligkeit dann intensiver betreut wurden und mittels HPV-Diagnostik (zunächst PCR-Einzelbestimmung, dann nur noch high risk Sonden) und ggf. spezieller Färbungen (P16, Ki57) engmaschiger untersucht wurden. Hierbei ist die am Gyn-Stuhl erfolgte ärztliche Aussage während der Kolposkopie, dass auffällige Zellen weiter in den vorgeschriebenen Intervallen kontrolliert werden sollten und man die Veränderungen als Arzt gut einschätzen kann, für die Patientin bestimmt sinnvoller, als die **Schreckensdiagnose: „HPV high risk positiv“**. Hierbei brauchen alle Patientinnen lange telefonische oder persönliche Aufklärungen über HPV-Infektionen, da sie sich ja zumeist schon im Internet informiert haben und über die Gefährlichkeit und die Übertragung von und auf den Partner kennen. Viele sind so verängstigt und besorgt, dass sie gleich auf zusätzliche Untersuchungen drängen, sex. Intimkontakte vermeiden, Ihnen ein Malignom nur schwer auszureden ist, sich mit einer sexuellen Seuche behaftet fühlen und auf der Suche nach der Primärinfektion Partnerschaftkrisen auslösen. Das sagte mir auch mein Zytologe, der durch das erst kurze Co-Testing bei Frauen über 35 Jahren schon auffällig viele HPV-Befunde ohne zytologische Auffälligkeiten rekrutiert hat, wobei die Empfehlung jetzt zur Abklärungs-Kolposkopie geht. Nachdem dies nur wenige Ärzte beherrschen und wir im Niedergelassenen Bereich anscheinend weder ausgebildet noch vorbereitet sind, ist ein **Chaos für unsere Patientinnen** vorbereitet. **Wo bleibt hier die ärztliche Kunst** der Diagnostik, Therapie und weiteren Betreuung aus einer Hand, die Patientinnen an unsere Praxis bindet und gleichzeitig wieder Ruhe in den Alltag bringt und für optimale Heilungsergebnisse sorgt? Schließlich haben wir in der Praxis durch die persönliche Auswahl unserer Patientinnen auch eine erhöhte Vertrauensstellung. Durch die zusätzlich Hektik und Angstmache sowie den Verweis auf die weiteren leitliniengerechten Kontrollen heilen HPV-Veränderungen auch nicht besser.

Hierzu hat mir besonders der letzte Artikel aus dem Wirtschaftsmagazin für den Frauenarzt 6/2019 von Herrn Prof. Wenderlein:„**Intaktes Vagibiom effizienter als HPV-Impfung** **zur Prävention?“** imponiert: ein schonungsloser Report über die wirklichen Ursachen und möglicherweise auch Behandlungsstrategien bzw. Vorbeugemaßnahmen für unsere Patientinnen. Er erwähnt hierbei nicht nur die altbekannte Tatsache, dass Rauchen HPV-Infektionen fördert und den Heilungsverlauf beeinträchtigt, dass Möglichkeiten der Spontanheilung mit den Patientinnen kaum mehr diskutiert werden und dass wir für die Cervix-Karzinom-Prävention allmählich unsere gynäkologische Kompetenz abgeben. Wirtschaftlich ist weder die HPV-Impfung noch das HPV-Screening. Er spricht auch von der **kostengünstigen und einfachen Möglichkeit der Kolposkopie**, wie eine Studie aus den USA erst in 2018 wieder bestätigt hat. Leider ist aus wirtschaftlichen Gründen kein Arzt mehr an dieser **„Blickdiagnose“** am Stuhl interessiert. Auch er sieht den positiven HPV-Test als größere psychische Belastung für die Patientin als ein pathologisches Zyto-Ergebnis. Gleichzeitig relativiert er auch die Fakten zur HPV-Impfung und derer angeblichen Leistungsfähigkeit in dem sehr mutigen Artikel. Ich sehe nach wie vor auch etliche junge Patientinnen, die nach externer HPV-Impfung IIID2 und IVa-Abstriche mit HPV highrisk (non 16, non18) zeigen, z.T. in deutlich schnellerer Progredienz als ich es aus den Zeiten vor der der Impfung sah.

Mit meinem Zytologen habe ich schon vor Jahren diskutiert, ob nicht ein **veränderter Vaginalstatus** (spez. die bakterielle Vaginose) oder rez. Pilzinfektionen ein Risikomarker/Co-Marker für einen veränderten vaginalen Immunstatus auch bzgl. der **Empfänglichkeit von HPV-Viren darstellt**. Er konnte mir hierzu keine spezielle Antwort geben. Wenn Herr Prof. Wenderlein jetzt Studien über das intakte **Vagibiom** (das wir übrigens schnell und kostengünstig auch als „Blickdiagnose“ im Mikroskop und mit einem ph-Wert-Stäbchen neben der zytolog. Untersuchung erheben können) erwähnt, trifft das meine eigene Beobachtung in erfreulicher Weise. Er bringt eine Metaanalyse von 11 Studien bei jungen Mädchen, die bestätigen, dass intakte Laktobazillen einen Schutz vor HPV-Hochrisiko-Typen bilden.

Was könnten wir **zur Cervix-Ca-Prophylaxe in der Praxis**  tun: uns **jährlich** weiter umdas gesundheit- liche Profil unserer Patientinnen bzgl. Rauchen, Vitalstoff-Ausgleiche (B-Vitamine bei Veganerinnen und Pillenverwenderinnen, hier spez. Folsäure sowie Vitamin D), eine gesunde Vaginalflora, eine Beratung bei Partnerschaftskonflikten (hier nehmen auch die HPV assoziierten Infektionen weniger schnell ab), eine Beratung zur wirklichen Prävention des Cervix-Ca`s anbieten und nebenher ganz vertrauensvoll die **Verantwortung durch eine vor-Ort-Diagnostik** übernehmen. Damit entlasten wir unsere Patientinnen, entlasten wirtschaftlich unsere Fachgesellschaft und festigen auch unseren Platz als **ärztliche Kompetenz**. Schließlich wollen wir gerade die Patientinnen mit Dysplasien weiter in unserer Praxis betreuen, nachdem wir jahrelang Erfahrung haben, was zur schnellen Abheilung von HPV-Infektionen führt und diese Patientinnen nicht therapielos und beratungsfern in die überlasteten Dysplasie-Zentren schicken möchten.

Mit den **3 jährigen Intervallen zur zytologischen Diagnostik verhindern** **wir** bei allen über 35 Jahre alten Patientinnen nur **den Kontakt zur Praxis**; viele nehmen das Signal auch als bisher unsinnige und zu engmaschige Kontrollen auf - ganz zu schweigen von den möglicherweise verspätet diagnostizierten restlichen gyn. Malignomen durch die ausgesetzten Intervalle. Es erfordert zu viel Fachkompetenz von unseren Patientinnen, zwischen der restlichen Krebsvorsorge und dem Cervix-Ca zu differenzieren. Bisher haben wir das selbstverantwortlich auch ganz gut hinbekommen, wenn die Patientinnen denn in unsere Praxis kamen!

**Wirtschaftliche industrielle Interessen zum Nachteil unserer Patientinnen, unserer Fachgesellschaft und unserer ärztlichen Kompetenz** sollten uns sehr nachdenklich für unser zukünftiges Gesundheitswesen werden lassen. Es gibt in Zukunft „Zwangsimpfungen“ und leitliniengerechte wirtschaftliche Vorgehens- weise auch in unserem Fachbereich, so dass wir bald überflüssig werden könnten. Zur HPV-Impfung, die als humorale Impfung zur Vorbeugung einer zellulären Infektion (ohne Antikörper-Reaktion) angeboten wird, habe ich ein gespaltenes Verhältnis, eine eigene Aufklärung in der Praxis und freue mich über die korrigierten Daten von Herrn Prof. Wenderlein über den angeblichen Benefit der Impfung im erwähnten Artikel. Das alles sollte uns neben den Problemen für unsere Frauen zum Umdenken bringen. Aber wir haben anscheinend keine Lobby - vielleicht bräuchten wir auch endlich mal eine andere Plattform und z.B. **„Fridays for further health“,** um die Manipulation im Gesundheitswesen aufzuzeigen.

Dr. med. Hildegard Faust-Albrecht

Hauptstr. 10, 82008 Unterhaching

Email: faust-albrecht@t-online.de

www.faust-albrecht.de

Formularbeginn