

DIAGNOSTIK

Phönix aus der Asche – die Renaissance der Kolposkopie in Deutschland

J. Quaas, H. Ikenberg, W. Harlfinger, K.U. Petry

Eine diagnostische Methode mit deutschen Wurzeln, im eigenen Land lange unterbewertet, jetzt durch den Einsatz der AGCPC mit verschiedenen Fachgesellschaften/Verbänden und das zunehmende Interesse der Kollegen in Praxis und Klinik als aussagekräftiges Verfahren zur Abklärung auffälliger Vorbefunde wieder zunehmend im Mittelpunkt des Interesses: die Kolposkopie erlebt derzeit eine Renaissance. Da passt es gut, dass der 5. Kongress der Europäischen Gesellschaft für Kolposkopie vom 27.–29. Mai 2010 in Berlin stattfinden wird.

Die Methode der Kolposkopie wurde 1924 in Deutschland durch Hinselmann begründet. Anfänglich war das Verfahren kaum verbreitet. Erst mit Einführung der Essigprobe 1938 konnten Abweichungen vom normalen Epithel deutlicher dargestellt und mit der Jodprobe normales Epithel sicher erkannt werden. Kolposkopiestunden wurden Mitte der 30er Jahre zuerst in Jena (Mestwert) und Zürich (Wespi) eingerichtet, wo auch erstmalig die Kombination der Essigprobe mit der Jodprobe angewandt wurde.

Trotz mancher regionaler Schwerpunkte mit engagierten Experten ist die Kolposkopie in Deutschland, vor allem in den alten Bundesländern, seit den 1960er Jahren nur noch sehr regional eingesetzt worden. Dies lag an Defiziten in Ausbildung und akademischer Repräsentation, vor allem aber an einer fehlenden Vergütung. Diese wiederum basierte auch auf einer Verwechslung der indikationsbezogenen Differenzialkolposkopie mit einer kolposkopiegesteuerten Abstrichentnahme als Teil der Routineuntersuchung.

Internationaler Goldstandard beim Management auffälliger Abstriche

Im angelsächsischen Sprachraum, in Skandinavien und vielen weiteren Län-

dern erfolgt die Abklärung auffälliger Vorsorgebefunde mittels Differenzialkolposkopie. Dabei handelt es sich um eine kolposkopische Untersuchung mit Entnahme von gezielten Knipsbiopsien aus allen kolposkopisch suspekten Epithelien. Die Entnahme der Gewebeproben führt zu keinerlei Funktionsverlust der Zervix, es können daher auch multiple Biopsien entnommen werden. Bei einer Transformationszone ohne Ausbreitung in die tiefe Endozervix ist auf diese Weise eine sehr zuverlässige Abklärung auffälliger Befunde möglich. Nur bei eingeschränkter kolposkopischer Beurteilbarkeit sollte abhängig vom Befund eine Kürettage der Endozervix oder auch in Ausnahmefällen eine diagnostische Konisation indiziert werden. Die Übereinstimmung zwischen kolposkopisch gesteuerter Biopsie und dem nachfolgenden Konisationspräparat lag in einzelnen Arbeiten nur bei etwa 50% und wurde von Kritikern als unzureichend bemängelt. Dabei wird aber verkannt, dass es sich bei der Differenzialkolposkopie um ein Diagnostik- und Therapiekonzept handelt, das zytologische und andere Vorbefunde, die kolposkopische Ausdehnung der Läsion, individuelle Faktoren und schließlich die Befunde von meist mehreren Biopsien zusammenfasst. Tatsächlich ist bei professionellem Management die Zahl verkannter oder unter Obser-

vation entstandener Zervixkarzinome verschwindend klein.

Nach zahlreichen Untersuchungen ist die Abklärung auffälliger Befunde mittels Differenzialkolposkopie sowohl effektiv als auch kosteneffizient und gilt weltweit als Goldstandard. In den Ländern, in denen die Differenzialkolposkopie erfolgreich etabliert wurde, wird der Nachweis einer entsprechenden Qualifikation und Ausrüstung gefordert, so dass diese Methode fast ausschließlich in spezialisierten Einrichtungen durchgeführt wird (Colposcopy Clinics).

Die qualitätsgesicherte Differenzialkolposkopie ist ein gemeinsames Ziel von BMG, BVF und AGCPC

In den letzten Jahren zeichnet sich in Deutschland eine Neubewertung der Kolposkopie ab. Bisher war es die hieszulande übliche Vorgehensweise, bei auffälligen Abstrichen der Klassen Pap III und IIID entweder zytologische Verlaufskontrollen durchzuführen oder diese ohne vorherige kolposkopische Untersuchung direkt mittels einer diagnostischen Messerkonisation abzuklären. Dieser Abklärungsmodus steht nicht nur in Widerspruch zu internationalen Leitlinien, sondern resultiert sowohl in Fehlbehandlungen durch unnötige Konisationen als auch in der nicht seltenen Entstehung invasiver Karzinome unter einer ausschließlich zytologischen Observation und schließlich jährlicher Kosten im GKV-System, die die der Behandlung invasiver Zervixkarzinome übersteigen.

Vor dem Hintergrund dieser Datenlage ist in den unter Mithilfe des BVF

entstandenen S2-Leitlinien der DGGG und AGO aus dem Jahr 2008 sowie den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Zervixpathologie und Kolposkopie (AGCPC) die primäre diagnostische Konisation ohne vorherige Kolposkopie als obsolet eingestuft worden. Dadurch ist die Differenzialkolposkopie auch in Deutschland zum geforderten Goldstandard bei der Abklärung auffälliger Abstriche geworden. Überlegungen im Bundesgesundheitsministerium zur Änderung der bisherigen Vorsorge führen ebenfalls zu einer verstärkten Wahrnehmung der Methode Kolposkopie von der qualifizierten Abnahmetechnik unter kolposkopischer Sicht über die Etablierung der Differenzialkolposkopie als Standard bis hin zu Forderungen nach einer verlässlichen Qualitätssicherung für spezialisierte Sprechstunden.

Verstärkte Nachfrage nach Fortbildung

Parallel dazu hat eine zunehmende Zahl von Kolposkopiekursen, die eine steigende Nachfrage meist jüngerer Kollegen befriedigen, zu einer Renaissance der praktischen Fertigkeiten und Kenntnisse in der Kolposkopie geführt. Da Dysplasiesprechstunden überwiegend spezialisierte Einrichtungen des ambulanten Sektors sind, setzt sich der BVF für eine Anerkennung dieser spezialisierten Leistungen durch die Kostenträger ein. Mittlerweile wird von Seiten der Krankenkassen die Bedeutung der Differenzialkolposkopie als eine besonders qualifizierte Leistung erkannt und eine adäquate Vergütung scheint mittelfristig durchaus realistisch. Somit könnte bald auch hierzulande eine flächendeckende, auf der Kolposkopie basierende, individuelle, gewebeschonende Diagnostik und Therapie von zervikalen Neoplasien in die tägliche Praxis umgesetzt werden.

Vor diesem Hintergrund ist die unter deutschen Frauenärzten hohe Akzeptanz des von der AGCPC etablierten Ausbildungskonzepts sehr zu begrüßen. Bisher konnten über 300 Kolpo-

skopiediplome ausgegeben werden. Nach Antragstellung und Überprüfung durch die Dysplasiezentren-Kommission der Arbeitsgemeinschaft für Kolposkopie und Zervixpathologie wurden bereits mehr als 60 Einrichtungen als Dysplasiesprechstunden zertifiziert (Richtlinien und Einrichtungen siehe www.dysplasiezentren.de). Grundlage für das Kolposkopiediplom und die Zertifizierung zur Dysplasiesprechstunde sind die durch die Europäische Gesellschaft für Kolposkopie (EFC = European Federation for Colposcopy) vorgeschlagenen Richtlinien. Ziel ist die europaweite Etablierung einer hochwertigen Versorgungsstruktur, die dem Wunsch der Patientinnen nach kompetenter Aufklärung und Mitsprache gerecht wird.

All dies erfordert Fachkenntnisse, Zeit und sinnvollen Umgang mit materiellen Ressourcen. Eine entsprechend nachgewiesene und qualitätsdokumentierte Leistung sollte von den Kassen anerkannt und erstattet werden. Grundlage hierfür sollten das Kolposkopiediplom und die Zertifizierung von Dysplasiesprechstunden sein. Die Zertifizierung von hochspezialisierten Dysplasiezentren ist geplant und wird an eine Qualitätskontrolle durch Benchmarking gebunden sein. Dieses Benchmarking befindet sich in der Erprobungsphase. Daher sind bisher noch keine Zentren von der AG berufen worden.

European Federation for Colposcopy 2010 in Berlin

In dieser Phase der Wiedergeburt der Kolposkopie in Deutschland mutet es wie ein Glücksfall an, dass der nächste Kongress der European Federation for Colposcopy (EFC) vom 27.–29. Mai 2010 in Berlin stattfinden wird. Die EFC ist ein Zusammenschluss der Kolposkopiegesellschaften aus 30 europäischen Staaten, sie berät die Europäische Gemeinschaft bei der Erstellung von Leitlinien und strebt nach einem europäischen Konsens bei der Diagnostik und Therapie genitaler Neoplasien.

Der Kongress wird neben zertifizierten

Kolposkopiekursen in verschiedenen Sprachen alle Bereiche der Dysplasiesprechstunde von der HPV-Impfung über die Krebsvorsorge und Diagnostik bis zu neuen Therapien und Formen der Qualitätssicherung abdecken. Die Veranstaltung wendet sich primär an niedergelassene Gynäkologen, Zytologen, aber auch Kliniker und Wissenschaftler in Deutschland und Europa. Ein halber Tag des Kongresses richtet sich mit praxisbezogenen Vorträgen ausschließlich in deutscher Sprache speziell an niedergelassene Frauenärzte. Der Kongress ist über die AGCPC als Fortgeschrittenenkurs zum Kolposkopiediplom konzipiert. Eine entsprechende Prüfung wird ebenso angeboten werden.

Der Kongress, den Nobelpreisträger Harald zur Hausen eröffnen wird, bietet nicht nur ein hochkarätiges Programm mit Vorträgen vieler international bekannter Experten, sondern auch die einmalige berufspolitische Chance, eine aus Deutschland stammende gynäkologische Methode in der Öffentlichkeit so aufzuwerten, dass die Differenzialkolposkopie zur Verbesserung der Frauengesundheit flächendeckend in Deutschland eingesetzt und auch adäquat erstattet werden kann.



Für die Autoren

Dr. med. Jens Quaas
Facharzt für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe
Grünthal 22
18437 Hansestadt Stralsund
dr@jquaas.de