

Das Chlamydien-Screening: Gut gemeint ist nicht gut gemacht

Viele Fragen sind noch offen

Da schrieb neulich die Kollegin G.: „Das Chlamydien-Screening ist ein Ärgernis.“ Das ist wohl wahr. Und sie schrieb weiter: „Dabei haben Studien ergeben, dass das Screening auf Chlamydien die entsprechende Infektion und deren Folgen auch nicht senkt.“ Und Frau G. ist da ganz im Einklang mit vielen Gynäkologen und mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, die das gegenwärtige Screening auch kritisiert und für verbesserungswürdig hält. Das ermutigt mich, hier meine Zweifel an dem Screening zu äußern:

Wir erinnern uns: Erklärtes Ziel dieses Screenings auf Chlamydia trachomatis ist es, über die Erkennung und Behandlung dieser Infektion die tubare Sterilität zu verringern.

Aber ist die Chlamydien-Infektion tatsächlich dominierende Ursache der Salpingitis und des nachfolgenden Tubenverschlusses? Und, wenn ja, in welchem Umfang *)? Angenommen, die Hypothese ließe sich belegen, so würde dies bedeuten, dass man künftig jede Salpingitis und Adnexitis primär mit Makrolid-Antibiotika behandeln müsste, auch wenn man diesen Chlamydien-Nachweis in den meisten Fällen nicht erbringen kann. Andere Antibiotika wirken gegen Chlamydien kaum oder nicht.

Die gegenwärtige Standard-Therapie der Salpingitis sieht (noch?) anders aus. Ist vielleicht eine Änderung der Standard-Therapie bei Adnexitis viel effektiver als ein schlechtes Screening?

Wir erinnern uns: Erklärtes Ziel dieses Screenings ist die Vermeidung des Tubenverschlusses. Ist die Untersuchung des Urins sinnvoll? Wir wissen, wie anatomisch unterschiedlich Frauen sind: Wo die Labien den Introitus verschließen, da fließt der Urin auch durch die Vagina und nimmt dort vorhandenes Sekret mit. In diesem Fall ließe sich eine Genitalinfektion über den Urin erfassen. Wo die Labien aber die Harnröhre nicht verdecken, da geht der Harnstrahl direkt nach außen, eine Infektion des inneren Genitale würde dann nicht erfasst werden. Ist die Untersuchung des Urins überhaupt effektiv *)??

Und, wäre eine Chlamydien-Infektion der Harnwege gleichbedeutend mit einer Infektion der Genitalorgane*)? Was liegt also näher, als den Nachweis einer Genital-Infektion, von den Fällen der Laparoskopie einmal abgesehen, an der Cervix uteri zu führen?

Wie steht es mit der Partner-Behandlung? Wir wissen, dass die Chlamydia trachomatis zu den sexuell übertragbaren Erregern gehören. Eine Immunität nach durchgemachter Infektion besteht wohl nicht *).

Von andere sexuell übertragbaren Krankheiten kennen wir den typischen Verlauf: Die Frau wird erfolgreich behandelt, ist nach zwei Wochen wieder gesund und hat dann, natürlich, wieder Verkehr. Und hat nach drei Wochen die Infektion wieder. Da kann die Behandlung einer sexuell übertragbaren Krankheit ohne Partnerbehandlung langfristig nicht erfolgreich sein.

So sind wohl erhebliche Zweifel berechtigt, ob dieses Screening (und die Behandlung der infizierten jungen Frau) das langfristige Ziel überhaupt erreichen kann.

Sollte nun auch obligat der Partner mitbehandelt werden *)? Durch den Gynäkologen? Oder durch den Urologen? Würden die Männer das akzeptieren? Wäre es überhaupt berechtigt, dem Partner hochwirksame Antibiotika ohne Erreger-Nachweis zu verordnen?

Wir wissen auch um die Promiskuität vieler jungen Menschen. Hier wären der Partnerbehandlung ebenfalls Grenzen gesetzt.

Völlig unverständlich ist mir auch die Begrenzung des Screenings auf Frauen bis zum 25. Lebensjahr. Weil es danach weder Neu-Infektionen noch Kinderwunsch gibt *)? Das wäre völlig lebensfremd.

Man möge bitte die vielen Zweifel am Screening verstehen. Sollten evtl. nicht alle Zweifel berechtigt sein, sollte evtl. auch nur eine Kritik begründet sein, dann reicht das wohl, um über das Screening in der medizinischen Öffentlichkeit nochmals diskutieren.

Zur Zeit gilt: Der Aufwand für das Screening ist groß, der Erfolg ist klein: Es kreite der Berg und gebar ein Mäuschen.

Ist der Aufwand wirklich groß?? Das Chlamydien-Screening ist eigentlich mit viel Zeitaufwand verbunden, wird dem Gynäkologen von den Krankenkassen aber nicht mehr bezahlt. Arbeit, auch Beratung, ist aber immer mit Aufwand verbunden. Nun kann aber dauerhaft in unserem Land niemand Arbeit leisten, die dann nicht bezahlt wird. Das gilt auch für niedergelassene Ärzte als Arbeitgeber. Da fällt mir auf, dass ich manchmal mehr an den Erhalt der Arbeitsplätze meiner Mitarbeiter denke als an das Screening. Und ich habe den begründeten Verdacht, dass es meinen Kollegen wohl ähnlich geht. Vielleicht ist der Aufwand doch nicht so groß.

.....
*) Ich erinnere mich keiner validen Studie, die eine solche Hypothese belegt; für entsprechende Literatur-Hinweise wäre ich dankbar.
