Onkologische Diagnostik und Verlaufskontrolle ohne PET-CT

Sparen wir immer noch am falschen Ort?

Die Diagnostik mit FDG-PET, dem immer noch mit Abstand am häufigsten eingesetzten Tracer bei der PET-Diagnostik, existiert seit mehr als 30 Jahren. In Deutschland sind Geräte seit Beginn der 1980-iger Jahre verfügbar, zuerst als reine PET-Geräte, aber seit 10 Jahren als gemeinsame PET- und CT-Hybridgeräte. Hiermit hat sich die Ortsauflösung in der Diagnostik beträchtlich verbessert. Diese Entwicklung und zahlreiche Veröffentlichungen zur Bedeutung dieses diagnostischen Verfahrens in der Onkologie, sei es bei der Tumorsuche, beim initialen Staging oder bei Verlaufskontrollen, haben rasch zu einer breiten Akzeptanz des PET in der Onkologie geführt – zumindest in den USA und in vielen westeuropäischen Ländern, nur nicht in Deutschland [Dietlein M et al. Nuklearmedizin. 2003;42:80–5].

In Deutschland werden seit vielen Jahren immer wieder Diskussionen von Verbänden geführt, seien es fachliche ärztliche Verbände oder Vertretungen von Selbsthilfegruppen und Krankenkassen (z. B. Petersberger Gespräche). Während sich die privaten Versicherer vergleichsweise rasch den auch publizierten und belegten amerikanischen Gewohnheiten anpassten, steht dieser Schritt für viele onkologische Erkrankungen bei den Allgemeinversicherern (noch) aus. Wie lässt sich dies erklären?

Während wir häufig eine zügige Zulassung onkologischer Therapien auf der Basis mehr oder weniger gut durchgeführter, zumeist randomisierter Studien beobachten können, scheint dies in der onkologischen Diagnostik weitaus schwieriger zu sein. Einerseits fehlen hier häufig finanzielle Mittel, um prospektive Studien durchzuführen. Gleichzeitig kann der Weg über Ethikkommissionen bzw. das Bundesamt für Strahlenschutz steinig und zeitaufwändig sein, und viel Geld verschlingen. Es fehlen somit randomisierte Studien. Ob es dies wirklich braucht, sei dahin gestellt.

Befürchtungen, in Deutschland könnte kein ausreichender Qualitätsstandard bei PET-CT eingehalten werden, können sicherlich keine Begründung sein. Hierzu gibt es seit längerem breit akzeptierte Empfehlungen zur Durchführung und Erfassung der PET-CT, an deren Erstellung auch zahlreiche deutsche Institutionen teilgenommen haben [Boellaard R et al. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2010;37:181–200]. Die Umsetzung ist in Deutschland kein Problem. Zudem wurde durch die Einführung der

Dual-Time-Point-Technik (Früh- und Spätaufnahmen zur Verlaufsbeurteilung der Traceraufnahme in den Zellen) das Risiko für eine unzureichende differentialdiagnostische Abgrenzung von entzündlichen Erkrankungen minimiert.

Eine zu geringe Dichte der Geräte und damit ein für die Patienten schlecht verfügbares Angebot kann es auch nicht sein, denn die Zahl der Installationen liegt nicht hinter denen der europäischen Nachbarländer, in denen das PET seit Jahren bei vielen Tumorentitäten zum Standarddiagnostikum zählt [Dietlein M et al. Nuklearmedizin. 2003;42:80–5].

Aber vielleicht ist es die Sorge um eine weitere Kostenexplosion im Gesundheitswesen: so zeigte sich ein Anstieg der Zuweisungen zu PET-Untersuchungen mit onkologischer Fragestellung, sobald ein PET-CT-Gerät verfügbar war [Stergar H et al. Nuklearmedizin. 2007;46:57–64]. Diesbezüglich konnte aber zumindest beim Lungenkarzinom schon vor Jahren Entwarnung gegeben werden: Eine multizentrische Studie aus den Niederlanden [Van Tinteren H et al. Lancet. 2002;359:1388–93] und eine deutsche Modellanalyse [Dietlein M et al. Eur J Nucl Med. 2000;27:1598–609] zeigten Kosteneinsparungen durch die PET, da unnötige Eingriffe vermieden und die richtige Therapie gewählt wurde. Dies wird durch aktuellere Untersuchungen aus den USA bei einer Vielzahl von onkologischen Erkrankungen und verschiedensten Situationen bestätigt, bei denen es in 38% der Fälle zu einer relevanten Änderung der ärztlichen Entscheidung kam [Hillner BE et al. J Nucl Med. 2008;49:1928–35]. Benötigen wir dann noch weitere, eigene Untersuchungen? Dürfen wir uns das erlauben? Wir nehmen doch ansonsten, manchmal allzu bereitwillig, die Ergebnisse pharmakologischer klinischer Studien aus Übersee auf, warum nicht auch bei diesem Thema? ■

**Prof. Dr. med.
Frank Zimmermann**
Chefarzt der Abt. Radio-
onkologie Universitäts-
spital Basel
E-Mail: f.zimmermann
@uhbs.ch

Frank Zimmermann