

Brief an den Herausgeber

„Glaube an die Superröhre“, Der Spiegel, Ausgabe 30/2010

Bezüglich Ihres interessanten Artikels gestatten wir uns folgende Anmerkungen bzw. Ergänzungen:

1. Hinsichtlich der Qualitätssicherung findet für die PET/CT in vorbildlicher Weise eine Zertifizierung der Anwender statt (DGN-Zertifikat), ohne die die Leistungserbringung gegenüber den Krankenkassen nicht möglich wäre.

2. Hinsichtlich der angemahnten Studien: Wären für die bereits seit Jahren von den Krankenkassen finanzierten diagnostischen Verfahren (MRT, CT, Sonographie) bei Einführung ähnliche Maßstäbe wie für die PET/CT angelegt worden, hätten diese Methoden bis heute keinen Eingang in die kassenärztliche Versorgung gefunden. Dessen ungeachtet sind wir mit dem zitierten Herrn Dr. Stefan Lange vom IQWiG im Dialog, haben bereits vor längerer Zeit ein Gespräch mit Prof. Sawicki zum Thema geführt sowie ein Studiendesign zum Thema "PET/CT beim Hochrisikomammakarzinom" entwickelt, das von Herrn Prof. Peter Oberender, Institut für angewandte Gesundheitsökonomie (IaG), Herrn Prof. Windeler vorgelegt wurde. Vergleichbare Bemühungen laufen für das Prostatakarzinom. Wir hoffen im Interesse der Patienten auf eine baldmögliche Umsetzung.

3. Hinsichtlich des betroffenen Patienten liegt ein grundsätzliches Missverständnis vor: Nach den S3-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Urologie liegt ein Rezidiv nach radikaler Prostatektomie dann vor, wenn der PSA-Wert den Schwellenwert von 0,2 ng/ml reproduzierbar überschreitet. Dabei ist es völlig unerheblich, ob der entsprechende Fokus lokalisiert werden kann oder nicht. Die diesbezüglichen Erfolgsquoten der PET/CT liegen mit 60–70 % Sensitivität dabei deutlich über denen der CT und MRT. Folglich hätte zu diesem Zeitpunkt auch kein anderes bildgebendes Verfahren die Lymphknotenmetastasen entdecken können, die weitere Suche nach dem Rezidiv war jedoch aufgrund des erhöhten Tumormarkers (PSA-Wert) angezeigt. D.h., eine negative PET/CT entbindet den Urologen nicht von seiner ärztlichen Pflicht, die Suche nach dem Rezidiv fortzusetzen, ggf. mit weiterer bildgebender Diagnostik nach einem definierten Zeitraum.

Generell ist festzuhalten: Die Kombination eines anatomisch (CT) und metabol (PET) basierten Verfahrens ermöglicht eine gegenüber rein anatomisch basierten Verfahren frühestmögliche Detektion von Malignomen. Dies bestätigt auch die von Ihnen zitierte Publikation im New England Journal of Medicine, das lediglich von dem unkritischen Gebrauch der PET/CT abrät. Davon kann schon aufgrund der geringen Installationszahl (80 Geräte in ganz Deutschland) überhaupt keine Rede sein.

Für den Vorstand des PET e.V. Deutschland:
Prof. Dr. Wolfgang Mohnike (Berlin), Dr. Frank Müller (Ludwigshafen)