



■ Prof. Dr. Jochen Tröger

Jochen Tröger

## Vom Glück einer Referenzradiologie

Vor 15 Jahren berichtete der Oberarzt der Pädiatrischen Onkologie in Heidelberg, dass die „Gesellschaft Pädiatrische Onkologie und Hämatologie“ (GPOH) ihn zum Leiter der „Nephroblastom-Studie“ bestimmt habe. Nun kam der Nachsatz: „Können Sie ab und zu die Bilder dieser Patienten befunden?; so ungefähr maximal 1 Patient pro Woche“. Konnte ich, denn welcher Kinderradiologe wird sich schon die Möglichkeit entgehen lassen, jede Woche ein Nephroblastom (Wilms-Tumor) zu sehen und ja oder nein zu sagen und wer fühlt sich nicht geehrt, wenn er zum definitiven, die Behandlung entscheidenden Urteil aufgefordert wird.

Wie wichtig dieses „definitive Urteil“ ist, lässt sich aus dem Behandlungsprotokoll der GPOH erkennen. Der typische Befund eines Nephroblastoms wird zwischen 6. Lebensmonat und 15. Lebensjahr ohne histologische Sicherung präoperativ mit einem Zyklus Chemotherapie (damit wird ein für die Prognose günstigeres Tumorstadium erreicht) behandelt. Die prätherapeutische und prähistologische Diagnose wird fast ausschließlich nach dem Befund der Bildgebung gestellt. Danach erfolgt die Operation (meist Tumor-Nierenentfernung) mit anschließender feingeweblicher Diagnose.

In der Zwischenzeit ist aus dem Ja vor 15 Jahren die Referenzradiologie der Nephroblastomstudie geworden. Die Mitarbeiter des Referenzzentrums (Drs. Christina Schrader (Studienassistentin), Birgit Zieger, Jens-Peter Schenk, Jochen Tröger) werden entsprechend einer Hochrechnung in diesem Jahr 210 Referenzbefundungen vornehmen: 115 Bildserien von Kindern mit Erst-

verdacht auf Nephroblastom (Befundung am Tag des Eintreffens), 60 Verlaufsbeurteilungen und 35 Zweifachbefundungen bei zunächst völlig unzureichender Bildgebung. Die Diagnose erweist sich – gemessen am späteren histologischen Ergebnis – in ca 95% als richtig. Die verbleibenden 5% sind zur einen Hälfte andere Malignome und zur anderen gutartige Erkrankungen. Die letztere Gruppe möglichst gering zu halten, ist eine der wichtigsten Herausforderungen für die Referenzradiologen. Das Ja oder Nein bezüglich Wilms-Tumor hat sich um viele ebenso schwierige Fragen erweitert: z.B. „Liegt eine Nephroblastomose vor?“ oder „Ist der Herd ein Rezidiv?“ oder „Ist der kleine Lungenrundherd eine Metastase?“. Das Ja vor 15 Jahren habe ich oft bereut, denn es bringt uns ständig in schwer lösbare Konfliktsituationen:

### Konflikt: Zeit

Die Serien sollen am Tag des Eintreffens in Heidelberg befundet und der Befund übermittelt werden. Welche Schwierigkeiten sich an

einem Montag mit viel Routine, an dem Bildserien von 3 Patienten übersandt werden, ergeben, kann sich jeder vorstellen. Zahlreiche zusätzliche Arbeitsstunden sind die Folge!

### Konflikt: Budget

Wer bezahlt diese Überstunden? Ich kenne nur die, die sie nicht bezahlen: nicht der Krankenträger des Referenzzentrums (warum auch, dort ist der Patient nicht bekannt), nicht die GPOH (kein Geld), nicht die Krankenkasse (die Leistung einer Referenzradiologie ist dort nicht bekannt. Die Befundung erfolgte doch schon!).

Wer bezahlt die Leistung, die innerhalb der täglichen Arbeitszeit von 14 Stunden erbracht wird? Nach 13 Jahren unbezahlter Arbeit für die Studie wurde auf den x-ten Antrag hin, der Geldbetrag für eine 0,5 AIP-Stelle bezahlt. Schon beim ersten Blick ist erkennbar, dass dies nicht im Entferntesten ausreicht. Wer bezahlt die zahlreichen Kopien? Wer die notwendigen IT-Installationen? Niemand ist hierfür zuständig! Eigentlich müsste doch die hoch-

spezialisierte, die Therapie entscheidende, Gutachtertätigkeit zu Gunsten krebskranker Kinder ein Honorar – und ein nicht zu geringes – wert sein!?

### **Konflikt: Qualität**

Da unsere ärztlichen Mitarbeiter gewohnt sind, Arbeitszeit (sie arbeiten sowieso zu lange und z.T. unbezahlt) und Bezahlung (sie sind heute dramatisch unterbezahlt) der ärztlichen Motivation unterzuordnen, ist die Qualität (klinische Angaben, Vollständigkeit der Bildgebung, Untersuchungsqualität, Vorbefund, Vorbearbeitung) unser Hauptproblem. Die klinische Angabe „Zur Referenzbeurteilung“ gehört zu den Standardangaben der eingesandten Bildgebung und dann kommt noch die Unterschrift. Jede Rückfrage kostet Zeit, jede fehlende klinische Information verschlechtert die Differentialdiagnose.

Nur in knapp der Hälfte der eingesandten Fälle ist die Bildgebung vollständig (was mindestens gewünscht wird, steht im Studienprotokoll SIOP 2001 Version 2.0: Januar 2003). Die Ultraschalluntersuchung wird von den Einsendern als nicht essentiell angesehen oder schamhaft versteckt. Wie einfach die Erkennung oder der Ausschluss eines Cava-Tumorthrombus mittels Ultraschall ist und wie schwierig dies mittels CT oder MRT sein kann, ist nur wenigen klar. Die Untersuchungsqualität – und dies meint nicht nur, aber überwiegend die

Ultraschalluntersuchung – ist oft unzureichend. „Tumor quer und längs“ als Dokumentation scheint mancherorts auszureichen. „Wir machen ja sowieso noch ein Kernspin!“

Glücklich sind wir, wenn der Vorbefund dabei ist. Ich gebe zu, das ist etwas wenig sportlich gedacht (Wettbewerb muss sein! Mal sehen, was die in Heidelberg sagen?), aber zwei Befunder sehen mehr als einer (wobei wir in Heidelberg immer versuchen die Vier-Augen-Befundung durchzuführen – dann sind eben sechs Augen besser als vier). Die meisten Bilder werden inzwischen digital übersandt. Immer noch haben wir zahlreiche und zum Teil gravierende Qualitätsprobleme, die hier nicht einzeln aufgezählt werden sollen. Genannt sei nur die komplette Übersendung aller bisher durchgeführten Bildgebungen ohne nähere Bezeichnung, was man gerade öffnet.

Wir müssen und werden es schaffen, dass die digitale Befundübermittlung zu einem Zeitvorteil durch schnellere Diagnoseübermittlung (vor allem durch Verkürzung der Transportzeit) wird und wenigstens eine identische Befundungszeit im Vergleich zur analogen Bildgebung erreicht wird.

### **Konflikt: Diagnosesicherheit**

Jeder Radiologe kennt den Konflikt: „Wie sicher bin ich bezüglich des Befundes?“ Es gibt die Ängstlichen, die sich nie festlegen und es gibt

die Leichtfertigen, die stets die Diagnose kennen. Für die Referenzradiologen der Wilmstumorstudie öffnet sich diese Schere noch weiter; wir müssen unter Zeitdruck (Therapiebeginn zeitnah zum Tumorverdacht) eine die Therapie entscheidende JA/NEIN-Antwort geben. Hierfür stehen uns meist nicht alle Informationen zur Verfügung (siehe Konflikt: Qualität). Jede Rückfrage verzögert den Therapiebeginn; das Unterlassen einer Rückfrage vermindert die Diagnosesicherheit.

### **Konflikt: Zukunft Pädiatrische Referenzradiologie**

Niemand wird ernsthaft anzweifeln, dass Kinderradiologen die richtigen Referenzradiologen für Erkrankungen des Kindes- und des Jugendlichen sind. Hier sollten wir Kinder radiologen in der Zukunft eine aktivere Rolle spielen. Wir können das nur, wenn auch diese ärztliche Leistung in den Finanzierungsanträgen entsprechend dem Aufwand berücksichtigt wird beziehungsweise in der Zukunft leistungsgerecht im Rahmen des Gesundheitssystems bezahlt wird. Andernfalls werden mal wieder die Kinder – in diesem Falle die krebskranken Kinder – die Zeche bezahlen.

### **Nachtrag:**

Uns befriedigt diese Arbeit für die am Wilmstumor erkrankten Kinder! Und sie macht sogar Spaß! Die Gründe sind beim Verfasser dieses Beitrages zu erfragen!