

Dr. Kurt G. Hering
Vorsitzender der
Vereinigung Deutscher Strahlenschutzärzte e.V.

Dr. Kurt G. Hering, Knappschaftskrh., Rad. Klinik, D - 44309 Dortmund

Knappschaftskrankenhaus
Wieckesweg 27
44309 Dortmund
Tel.: 0231-922-0/-1600/-1601
Fax.: 0231 - 20 17 21
e-mail: k.g.hering@t-online.de
www.strahlenschutzaeerzte.de

Dortmund, den 06.06.2001

Argumente zur Novellierung der Röntgenverordnung (RöV)

Teleradiologie / Telemedizin

Während unserer Jahrestagung in Jena vom 11.-12.5.2001 wurde sowohl auf dem Podium als auch in der Mitgliederversammlung die Sorge laut, dass in der diskutierten **Fassung des Entwurfes der neuen Röntgenverordnung vom 19.3.2001** der Strahlenschutz auf dem speziellen Gebiet der Teleradiologie nahezu aufgegeben wurde. Die **Telemedizin** insgesamt ist **im Sinne eines Konsiliardienstes** bzw. zur **Einholung einer Expertenmeinung** eine segensreiche Weiterentwicklung zur Verbesserung der Patientenversorgung, dies gilt auch für die teleradiologische Expertenbefragung.

Derzeit scheint aber die Tendenz zu bestehen, die Teleradiologie bereits bei der primären Patientenversorgung, also **der unmittelbaren Anwendung ionisierender Strahlung am Menschen**, zuzulassen; d.h. die Prinzipien des Strahlenschutzes werden verlassen.

Die Radiologie als klinisches Fach erbringt jedoch diagnostische und interventionelle Leistungen direkt am Patienten und benötigt dazu wie alle anderen klinischen Fächer die Möglichkeit des unmittelbaren Patientenkontaktes. Das Recht des Patienten auf fachärztliche Versorgung wird auch für die Radiologie gefordert, so dass zumindest die Anwesenheit eines fach- und sachkundigen Arztes vor Ort während der Untersuchung gewährleistet sein muss.

Teleradiologische Leistungen in der Primärdiagnostik sollten daher nur in Notfällen als begründbare Ausnahme zulässig sein.

Die **Untersuchung mit ionisierenden Strahlen an Patienten** erfordert ein hohes Maß an Fachkenntnis und medizinischem Verantwortungsbewusstsein. Die Weiterbildungsrichtlinien in der Radiologie und im Strahlenschutz, denen sich die deutschen Radiologen unterziehen, garantieren den von Politik und Gesellschaft zu Recht geforderten verantwortungsvollen Umgang mit ionisierenden Strahlen zum Schutz der Patienten. Die Inkonsequenz in dem derzeitigen Entwurf der Röntgenverordnung bezüglich des Strahlenschutzes für die Patienten erfüllt uns daher mit großer Sorge.

Definition des Notfalles

Die Definition des „Notfalles“ sollte an Gegebenheiten im Klinikbetrieb angepasst sein. In der Regel bezieht sich der „Normalfall“ im Klinikalltag nicht auf einen 8-Stunden-Tag bzw. eine 35-Stunden-Woche. Dies ist auch in den Dienstplänen erkennbar. Vielfach geht der Notdienst montags bis freitags von 19:00 bis 07:00 Uhr und samstags ab 12:00 bis montags 07:00 Uhr. Evtl. können für unterschiedliche Betriebsformen eigenständige Definitionen nötig werden, auch die drohende Gefahr für Gesundheit und Leben sollte berücksichtigt werden. Es darf jedoch nicht dazu führen, dass ein „ökonomischer Notfall“ definiert wird, damit sich unwirtschaftlich aufgestellte Großgeräte dadurch finanzieren.

Einsatz von Hilfskräften und MTAR, vorbehaltene Tätigkeiten

Die Möglichkeit des Einsatzes von Hilfskräften, die zwar Fachkenntnisse im Strahlenschutz nachgewiesen haben (60-Std- Übergangsregelung bzw. 120-Stundenkurs oder äquivalente Tätigkeiten), aber keine MTAR-Ausbildung abgeschlossen, muss in der StrSchV aber noch mehr in der RöV erhalten bleiben. In § 82 StrSchV wird darauf hingewiesen, dass die Tätigkeiten, die Medizinisch-Technischen Radiologieassistentinnen oder –assistenten nach § 9 Abs. 1 Nr. 2 des Gesetzes über technische Assistenten in der Medizin vorbehaltenen sind, unberührt bleiben, für die weiteren Hilfskräfte werden jedoch keine eindeutigen Ausführungen gemacht.

Aus praktischen Gründen ist diesem Punkt Aufmerksamkeit zu widmen, insbesondere in der Radiologischen Diagnostik! Die Stellen für MTAR sind gegenwärtig nur schwer zu besetzen. Auch aus Kostengründen werden vereinzelt in Krankenhäusern aber vorwiegend in Praxen Helferinnen mit Fachkenntnisnachweis eingestellt. Ein Ersatz dieser Kräfte durch MTAR wäre rein zahlenmäßig nicht möglich und finanziell für viele Praxen auch nicht zu verkraften. Durch die integrative Versorgung und Kooperationen zwischen Radiologischen Praxen und Krankenhäusern sowie Auslagerungen von Radiologieabteilungen werden Röntgenleistungen immer häufiger außerhalb des Krankenhauses erbracht, so dass bei Ausschluß der Hilfskräfte mit Fachkenntnissen von der bisher geübten Praxis auch mit Versorgungsengpässen gerechnet werden kann.

Richtlinien; Fachkunde im Strahlenschutz nach der RöV versus Strahlenschutzkunde und Weiterbildungsordnung (WBO)

Viele Einzelheiten zur Verordnung müssen in Richtlinien geregelt werden, auch wegen der größeren Flexibilität bei zukünftigen Entwicklungen. Bereits in früheren Stellungnahmen habe ich darauf hingewiesen, dass unbedingt vermieden werden sollte, den Begriff Fachkunde zu verwenden, da immer wieder **Verwechslungen zwischen der Fachkunde im Strahlenschutz und Fachkunden nach der Weiterbildungsordnung** vorkommen. Es ist m.E. davor zu warnen, dass eine ärztlich tätige Person durch den Erwerb einer Fachkunde im Strahlenschutz Untersuchungen mit ionisierenden Strahlen vornehmen darf, die nach der WBO berufsbegleitend während der gesamten Weiterbildungszeit als eingehende Kenntnisse nur durch einen erheblich höheren Aufwand und Einsatz sowie durch hohe Untersuchungszahlen erworben werden. Dies entspricht auch der Anforderung, dass die **Patientenversorgung auf Facharztstandard** zu erfolgen hat.

(Beispiel: Für die Fachkunde im Strahlenschutz für das Teilgebiet Skelettdiagnostik werden 18 Monate Tätigkeit und die Teilnahme an Strahlenschutzkursen gefordert, der Chirurg oder Orthopäde muss aber nach der WBO über Jahre begleitend röntgenologische Maßnahmen

nachweisen. Nach der bisherigen Interpretation könnte jede Ärztin und jeder Arzt mit Fachkunde im Strahlenschutz Skelettabschnitte röntgen und auswerten, obwohl er die Anforderungen der WBO nicht erfüllt.)

Darüber hinaus erscheint es fragwürdig, dass der **Betreiber einer Anlage**, also der Strahlenschutzverantwortliche oder der Strahlenschutzbeauftragte, keine andere Fachkunde im Strahlenschutz vorweisen muss als der nur teilradiologisch tätige oder lediglich eine Untersuchung anfordernde Arzt..

Daher erscheint eine Vereinfachung und eine Umbenennung der Begriffe sinnvoll; vorgeschlagen wird der Begriff „**Strahlenschutzkunde**“. Darüber hinaus sollte durch eine Dreiteilung eine Vereinfachung und eine Annäherung an die WBO erreicht werden:

„**Einfache**“ oder „**kleine**“ **Strahlenschutzkunde**, mit der die gesamte Notfallversorgung und auch die Anforderung von Röntgenuntersuchungen abgedeckt werden könnte; zu erwerben teils im Studium, teils im klinischen Betrieb.

Daneben die „**große**“ **Strahlenschutzkunde** bestehend aus

a. „Spezielle“ Strahlenschutzkunde, die inhaltlich den Anforderungen der Weiterbildungsordnung für das jeweilige Fachgebiet entspricht, und die

b. „Spezifische“ Strahlenschutzkunde für Verfahren mit hohem Dosiseinsatz, z.B. Computertomographie, Kardiologische Interventionen oder Interventionelle Radiologie und/oder als hauptamtlicher Betreiber einer Anlage im Umgang mit ionisierender Strahlung.

In Abstimmung mit der Mitgliederversammlung unserer Vereinigung, den Podiumsdiskutanten sowie zahlreichen Fachgesellschaften und Experten möchte ich Sie dringlichst bitten, unsere Bedenken noch einmal abzuwägen und bei der endgültigen Fassung der neuen Röntgenverordnung zu berücksichtigen.

Im übrigen möchte ich auch darauf hinweisen, dass bei den Diskussionen keineswegs nur ablehnende Kommentare erkennbar wurden. Zustimmung fanden u.a. die Formulierung der rechtfertigenden Indikation, die Anforderungen bei Forschungsvorhaben und auch die Dosisgrenzwerte.

Für Rückfragen und für eine vertiefende Diskussion steht neben den anderen betroffenen Fachgesellschaften auch unsere Vereinigung jederzeit gern zu Verfügung.

Dr. med. Hering
Vorsitzender der
Vereinigung Deutscher Strahlenschutzärzte e.V.