



VERBAND FÜR MEDIZINISCHEN STRAHLENSCHUTZ IN ÖSTERREICH

Präsident: OA Dr. Gerald Pärtan

Sekretariat:

*Wiener Medizinische Akademie
1090 Wien, Alser Straße 4,
Altes AKH, 1. Hof Direktionsgebäude
Tel.: +43-1-4051383-24
Fax: +43-1-4078274
e-mail: bp@medacad.org
www.strahlenschutz.org*

An das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
Radetzkystraße 2, 1031 Wien
BMGF.SIII.Abt.5@bmgf.gv.at
manfred.ditto@bmgf.gv.at

Wien, am 11.12.2017

Stellungnahme des VMSÖ zum Begutachtungsentwurf der Neufassung der Medizinischen Strahlenschutzverordnung

Sehr geehrte Damen und Herren!

Der Verband für Medizinischen Strahlenschutz in Österreich (VMSÖ) begrüßt viele der Neuerungen, welche in der geplanten Neufassung der Medizinischen Strahlenschutzverordnung vorgesehen sind. Zu folgenden Punkten möchte der VMSÖ allerdings Anregungen bzw. Kritik hervorbringen:

Zu § 2 – Begriffsbestimmungen:

Es ist nicht verständlich, warum bei der Umsetzung der EU-Richtlinie 59/2013 nicht die dort verwendete Diktion der Definition der anwendende Fachkraft (engl. "practitioner") übernommen wurde, sondern die Erwähnung von Ärztinnen und Ärzten bzw. Zahnärztinnen und Zahnärzten weggelassen soll.

Der VMSÖ erachtet es grundsätzlich nicht als seine Aufgabe, in standespolitische Diskussionen über die Kompetenzen verschiedener medizinischer Berufsbilder einzugreifen, ist aber der Meinung, dass es in Zeiten der immer mehr um sich greifenden „Absicherungsmedizin“ sowie auch durch die immer leistungsfähigeren radiologischen Verfahren gemeinsamer Anstrengungen aller, also auch ärztlicher Berufsgruppen bedarf, den in den letzten Jahrzehnten andauernden Anstieg der medizinisch bedingten Exposition der Bevölkerung gegenüber ionisierenden Strahlen zu bremsen.

Viele Aspekte der Rechtfertigung von und Verantwortlichkeiten für medizinische Strahlenexpositionen, der Aufklärung über etwaige Risiken einer Strahlenexposition und die damit untrennbar verbundene Abschätzung des Nutzens einer solchen Exposition sowie letztlich die Erstellung eines ärztlichen Befundes sind Aufgaben, welche von nicht ärztlich qualifiziertem Personal nicht oder nur unvollständig wahrgenommen werden können.

Der Auffassung des VMSÖ nach sind in Österreich nur ärztliche Fachkräfte ausgebildet und zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung berechtigt, tatsächlich sämtliche Aspekte der klinischen Verantwortung zu übernehmen. Nicht umsonst legt ja auch der §5 (3) fest, dass die anwendende Fachkraft für jene Belange der klinischen Verantwortung, die nicht von ihr selbst wahrgenommen werden können, Personen heranzuziehen hat, die dafür ausgebildet und zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung berechtigt sind.

Sowohl die klinische Bewertung, als auch die Rechtfertigung von Untersuchungen, welche ja überhaupt nur auf ärztliche Anordnung durchgeführt werden dürfen, sind unserer Auffassung nach als Belange anzusehen, für welche nur Ärztinnen und Ärzte auch entsprechend ausgebildet sind.

Nur Ärztinnen und Ärzte können letztverantwortlich auch die Relevanz früherer diagnostischer Erkenntnisse oder medizinischer Aufzeichnungen beurteilen, deren Berücksichtigung (soweit relevant) für die vorgesehene medizinische Exposition im § 3(4) von der anwendenden Fachkraft verlangt wird. Auch die den anwendenden Fachkräften Aufklärung hinsichtlich (und unweigerlich Abwägung) des Strahlenrisikos von Patientinnen und Patienten sowie Begleitpersonen sind Aufgaben, welche nicht ohne ärztliche Fachkompetenz auskommen.

Der VMSÖ schlägt deshalb vor, künftig die Aufgabenverteilung und Verantwortlichkeiten der ärztlichen und nichtärztlichen Fachkräfte auch in der Strahlenschutzverordnung genauer zu definieren.

Zu § 14 (Aufzeichnungen über medizinische Expositionen)

Der VMSÖ schlägt vor, dass vom BMGF ein Arbeitskreis einberufen wird, dessen Aufgabe eine Vereinheitlichung der Dosisangaben an den Röntengeräten, in den Radiologie- und Krankenhausinformationssystemen und in der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) sein sollte. Insbesondere hinsichtlich des Dosis-Flächenproduktes herrscht derzeit eine geradezu babylonische Sprachverwirrung, in dem verschiedene Stakeholder im Bereich der Gerätetechnik, der Medizin und der Gesundheitspolitik verschiedene Maßgrößen dafür verwenden bzw. vorschlagen. Insbesondere auch, wenn – wie seitens des BMGF und anderer maßgeblicher AkteurInnen im Gesundheitsbereich als mittel- längerfristiges Ziel immer wieder betont - die Abschätzung der aus einer bestimmten Exposition resultierenden Organ- und Effektivdosis genannt wird, kann dieses Vorhaben auch nur annähernd gelingen, wenn die dafür grundlegende Erfassung der Expositionsdosen nicht dermaßen fehlerbehaftet ist, wie das derzeit der Fall ist.

Zu § 24 (Betreuungs- und Begleitpersonen):

Es wäre wünschenswert, dass in den Erläuterungen zur Medizinischen Strahlenschutzverordnung bezüglich der Kriterien zur Einhaltung der Dosisbeschränkung für Betreuungs- und Begleitpersonen von 3mSv effektive Dosis pro Jahr nicht nur auf die dafür maßgeblichen ÖNORMen verwiesen wird, sondern vom BMGF weitere Ausführungsbestimmungen erstellt würden, welche diese Kriterien explizit und praxisgerecht erklären. ÖNORMen sind für anwendende Fachkräfte nur unter relativ hohen Kosten zugänglich, und die Schaffung einer Bestimmung in der diagnostischen Anwendung von Röntgenstrahlen, deren Einhaltung nur unter Erwerb zusätzlicher ÖNORMen möglich ist, muss als relevante wirtschaftliche Erschwernis betrachtet werden.

Zu §32 (Teleradiologie):

Die vorgesehene Ausweitung der Zulässigkeit der Teleradiologie von bisher lediglich zur Aufrechterhaltung eines Nacht-, Wochenend- und Feiertagsbetriebes für dringliche Fälle künftig zusätzlich auch auf im Rahmen der Trauma-Grund- und -Schwerpunktversorgung sowie in dislozierten ambulanten Erstversorgungseinrichtungen von Akutkrankenanstalten ist aus Sicht des VMSÖ strengstens abzulehnen.

Die Teleradiologie ist ein Verfahren, welchem grundsätzlich ein Mangel an ärztlichen Fachkräften vor Ort zugrunde liegt. Dieser Mangel kann durch die Teleradiologie wohl zum Teil ausgeglichen werden, bleibt dennoch in seinem Wesen ein Mangel. Es liegt auf der Hand, dass die bisherige Beschränkung der Teleradiologie auf den Nacht-, Wochenend- und Feiertagsbetrieb nicht grundlos getroffen wurde, sondern in dem Bestreben, die Nachteile des Mangels an ärztlichen Fachkräften auf ein unumgängliches Maß zu reduzieren. Es mag sein, dass sowohl wirtschaftliche, als auch medizinisch fachliche Überlegungen grundsätzlich für eine medizinische Zentrenbildung sprechen. Für den Strahlenschutz und damit für die Patientinnen und Patienten sind aber durch die Ausweitung der Teleradiologie wesentliche Nachteile zu befürchten.

Im § 3 Rechtfertigung wird im Absatz (1) festgelegt, dass vor der Rechtfertigung einer Medizinischen Strahlenexposition die Wirksamkeit, der Nutzen und die Risiken verfügbarer alternativer Verfahren berücksichtigt werden müssen, die demselben Zweck dienen, jedoch mit keiner oder einer geringeren Exposition verbunden sind. Das wichtigste alternative Verfahren in diesem Zusammenhang ist die Ultraschalluntersuchung (Sonographie). Diese wird in Österreich zum weitaus überwiegenden Teil durch Ärztinnen und Ärzte durchgeführt. Auch im Falle einer Delegation der Durchführung an

„Sonographer“, einem Berufsstand, welcher in Österreich erst in Ansätzen vorhanden ist, müsste die abschließende Befunderstellung noch immer durch ärztliche Fachkräfte erfolgen.

Es ist zu erwarten, dass bei einem Mangel an in der Sonographie versierten Ärztinnen und Ärzten vor Ort vermehrt Computertomographien (CT) durch die vorhandenen radiologisch-technischen Fachkräfte durchgeführt werden und sich dadurch die Strahlenexposition der österreichischen Bevölkerung, insbesondere auch von Kindern weiter erhöht. Es gehört mittlerweile zum medizinischen Allgemeinwissen, dass beispielsweise in den USA die Verwendung der CT auch bei Kindern und jüngeren Erwachsenen im Vergleich zur europäischen und damit auch österreichischen Praxis lange Jahre sehr leichtfertig erfolgt ist und es intensiver Aufklärungsarbeit und entsprechender Kampagnen wie „Image Gently“ (www.imagegently.org) bedurfte, um einen gegenläufigen Trend einzuleiten. Ein warnendes Beispiel geben aktuelle wissenschaftliche Untersuchungen über die Diagnose der Blinddarmentzündung (Appendizitis) bei Kindern¹. Hier wurde nachgewiesen, dass die Chance, einer CT- Untersuchung statt einer Ultraschalluntersuchung unterzogen zu werden, in zuweisenden (also meist peripheren und oft durch Teleradiologie versorgten) Krankenanstalten um mehr als das 10-fache höher ist als in jenen Krankenhäusern, wo die definitive Therapie erfolgt (also typischerweise in zentralen Krankenhäusern der tertiären Versorgungsstufe mit größeren Ressourcen auch für alternative Verfahren mit nicht ionisierenden Strahlen). Diese gravierenden, strahlenschutzrelevanten Unterschiede in der medizinisch-diagnostischen Praxis sind wohl nicht ausschließlich der Verwendung oder Nichtverwendung der Teleradiologie zuzurechnen, jedoch fördert die Teleradiologie genau jene Strukturen, in welchen eine CT leicht, sonographische Expertise hingegen nur eingeschränkt verfügbar ist. Auch in der traumatologischen Grund- und Schwerpunktversorgung stellt die Sonographie eine wichtige Alternative insbesondere bei weniger schwerwiegenden Traumata dar. Dem VMSÖ ist im Übrigen keine Erhebung bekannt, welche hinsichtlich der Praxis in Österreich überhaupt durchgeführt worden wäre und die hier geäußerten Befürchtungen widerlegt hätte.

Es ist medizinisch-fachlich auch nicht begründbar, warum die Mangelverwaltungsmaßnahme Teleradiologie gerade TraumapatientInnen (und diesen sogar in der Schwerpunktversorgung!) zugemutet werden soll, PatientInnen mit nichttraumatischen Notfällen oder anderen schwerwiegenden Erkrankungen hingegen „nur“, wenn sie dislozierte ambulante Erstversorgungseinrichtungen von Akutkrankenanstalten aufsuchen. Die hier von der Gesetzgeberin getroffene Unterscheidung verschiedener Kategorien von PatientInnen folgt aus Sicht des VMSÖ anderen als medizinischen Notwendigkeiten und Bedürfnissen.

Wenn im Übrigen die Teleradiologie zumindest aus der Sicht der Gesetzgeberin keinerlei oder nur eine vernachlässigbare Beeinträchtigung der medizinischen Versorgungsqualität mit sich bringt, stellt sich die Frage, warum die Gesetzgeberin gerade unter dem Titel des Strahlenschutzes überhaupt noch Einschränkungen dafür vorsieht und nicht den § 32 ersatzlos streicht.

Der VMSÖ spricht sich jedenfalls dafür aus, die Einschränkung der Teleradiologie lediglich zur Aufrechterhaltung eines Nacht-, Wochenend- und Feiertagsbetriebes beizubehalten und nicht vom Strahlenschutzrecht her eine weitere Erosion der ärztlichen Fachkompetenz vor Ort zu betreiben.

Hochachtungsvoll, mit freundlichen Grüßen,

Priv.-Doz. Dr. Michael Gruber e.h.
Geschäftsführender Präsident des VMSÖ

OA Dr. Gerald Pärtan e.h.
Präsident des VMSÖ

¹ Glass CC, et al.: Diagnostic imaging practices for children with suspected appendicitis evaluated at definitive care hospitals and their associated referral centers. J Pediatr Surg. 2016 Jun;51(6):912-6; Michailidou M., et al.: Diagnostic imaging for acute appendicitis: interfacility differences in practice patterns. Pediatr Surg Int. 2015 Apr;31(4):355-61