

Kommentar zur Teleradiologie

Tupfer, Spritze, Röntgenbild?

Die Bundesregierung setzt auf eHealth. Die Radiologie auch. Aber bitte nur mit Röntgenverordnung! Ein Kommentar von Prof. Dr. med. Norbert Hosten, Präsident der Deutschen Röntgengesellschaft e.V.

Auf einer Veranstaltung zur Digitalisierung der Medizin in Hannover trug der Mitarbeiter einer Beratungsgesellschaft vor, die für die Bundesregierung ein Dossier zum neuen eHealth-Gesetz erstellt hatte. In seinem Vortrag, einem der besten der Veranstaltung, war die ärztliche Arbeit in Primär- und Sekundärprozesse unterteilt. Sie dürfen raten, in welcher Schublade sich unser Fach fand. Es gehört wenig Phantasie zu der Vorstellung, dass die sogenannten Sekundärprozesse dieser schönen neuen Medizinwelt jene Prozesse sind, die in eHealth umgewandelt werden sollen – des Wirtschaftswachstums wegen. eHealth, das ist Medizin ohne Ärzte. Jedenfalls ohne ärztliche Tätigkeit, wie wir sie kennen und hoffentlich schätzen. Radiologie als Commodity, ein No-Name Verbrauchsartikel wie Tupfer und Spritze.

Die Röntgenverordnung sorgt für eine patientenorientierte Radiologie

Was schützt unser Fach bislang noch? Es sind 2 Besonderheiten der Röntgenverordnung (RöV), die weitsichtige Menschen im Bundesumweltministerium und Kollegen wie Professor Loose als Mitglied der Strahlenschutzkommission über die Jahre verteidigt und an die neuen Anforderungen angepasst haben. Die Rechtfertigende Indikation und das Regionalprinzip. Die Einführung des Regionalprinzips – es bedeutet vereinfacht ausgedrückt, dass Teleradiologie nur für anfordernde Häuser betrieben werden darf, die innerhalb eines für die Notfallversorgung ausreichenden Zeitraums erreicht werden können – hat in unserem Fach Telemedizin zu einem Zeitpunkt möglich gemacht,

als viele andere Fächer noch sanft schließen. Und dies unter ausdrücklicher Wahr-



Die Röntgenverordnung sorgt für eine patientenorientierte Radiologie.

zung eines Arztbildes, in dem die persönliche Erreichbarkeit eines Mediziners noch einen Stellenwert hatte. Das Regionalprinzip ermöglicht die oftmals lebensrettende radiologische Versorgung außerhalb der Kernzeiten. Andererseits verhindert es, dass bundesweit oder international agierende Teleradiologieanbieter CT-Befunde so wie Tupfer oder Spritzen anbieten ohne Arztbegleitung vor Ort.

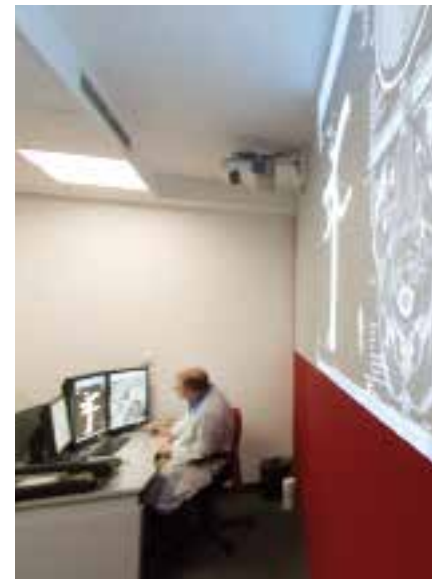
Wir machen zu wenig aus der Telemedizin!

Das das Regionalprinzip genau dieses Geschäftsmodell nicht mehr überall verhindert, ist traurige Realität. Genauso, wie es traurige Realität ist, dass sich Kollegen über die Rechtfertigende Indikation lustig machen. Betrachtet man, wie Neurologen die ärztliche Untersuchung bei Tele-

Schlaganfallprojekten verteidigen, sieht man, wie es Berufsgruppen machen, die gerne Ärzte bleiben wollen: Dort wird Telestroke nur dann zertifiziert, wenn die ärztliche Untersuchung per Videokonferenzwagen ermöglicht wird. Dass der Neurologe im weißen Kittel als unverzichtbarer Teil der Behandlung über die gleiche Videokonferenz an das Bett des Patienten projiziert wird, ist der möglicherweise noch wichtigere Teil. Acht Minuten – laut Studien – für die neurologische Untersuchung eines Schlaganfallpatienten über Videokonferenz. Alle Achtung! Dass die Videokonferenz von uns Radiologen genutzt wird, um die Rechtfertigende Indikation in Teleradiologieprojekten zu stellen, ist mir nicht bekannt. Wir nutzen die Videokonferenz nicht einmal, um unsere teleradiologischen Befunde den anfordernden Kollegen der örtlichen Häuser zu erläutern.

Lassen wir uns das ärztliche Handeln nicht aus der Hand nehmen!

Eine der ersten „politischen“ Instruktionen, die ich als junger Assistent erhielt,



Lassen wir uns das ärztliche Handeln nicht aus der Hand nehmen!

betrifft den Gebrauch von Pfeilen. Der Pfeil gehörte auf die Thoraxaufnahme, damit der Zuweiser auf den 1. Blick den Befund sah. Der Pfeil musste aber abziehbar sein, damit der gleiche Kollege sagen konnte: „Da ist der Befund!“ – Und wenn es ein bösartiger war (der Kollege, nicht der Befund), fügte er hinzu: „Und dem Radiologen ist es natürlich durchgerutscht.“

Die ärztliche Leistung der Radiologie ist komplex: Sie umfasst die Anamnese, die Sichtung der Voraufnahmen, das Stellen der Rechtfertigenden Indikation, die Festlegung des Untersuchungsablaufs, die Erstellung des Befunds, Mitteilung des Befunds an den Patienten, Demonstration und Diskussion in der klinisch-radiologischen Konferenz. Wenn der Radiologe nur noch den Befund liefert, schafft er in derselben Zeit natürlich wesentlich mehr Untersuchungen. Aber glauben wir ernsthaft, dass die Entgelte auf Dauer so bleiben, wenn wir von 8 (!) Teilschritten der ärztlichen Leistung nur noch 1 erbringen?

Teleradiologie ohne Regionalprinzip ist der Tod der Radiologie

In Gesprächen mit Radiologen aus den alten Bundesländern mit ihren Metropolregionen wird mir deutlich, dass das Regio-

nalprinzip nicht als “Big Deal” angesehen wird. In den ärmeren Regionen unseres Landes und der Welt wird das anders betrachtet. Von der Industrie hört man, dass der Markt für Angiografieeinheiten in China 10 000 Einheiten umfasst. Und dass die Firma sie verkaufen wird, die zeigt, wie man sie ohne Radiologen betreiben kann. In Osteuropa, aber auch in Italien, Länder ohne Regionalprinzip, stöhnen die Kollegen über den Einfluss von Teleradiologiefirmen. Die machen das Volumen, das Geld bringt, und überlassen den Radiologen vor Ort die weniger lukrativen Dinge, klinisch-radiologische Konferenzen beispielsweise. In Polen sieht man erstaunlicherweise kaum Frauen in den radiologischen Abteilungen der Krankenhäuser. Des Rätsels Lösung: Wenn sie Kinder versorgen müssen, arbeiten sie nur noch im Home Office. Familienpolitisch mag das als eine sehr gute Lösung erscheinen, aber ehrlich gesagt: Meine Vorstellung von Radiologie als Fach ist das nicht. Wie sieht es mit dem Arbeitsumfeld als Erlebnisraum aus? In den neuen Bundesländern gibt es (bereits) Krankenhäuser, die gar keinen Radiologen mehr vor Ort haben.

Nach der oben genannten Veranstaltung in Hannover fragte der Kollege von der Unternehmensberatung, der das eHealth-

Dossier zusammengestellt hatte, ob rein teleradiologische Radiologie denn schlechter sei als Radiologie mit Vor-Ort-Radiologen. Es spricht für ihn, dass er es so auf den Punkt bringen konnte. Was hätten Sie geantwortet? In der Teleradiologie sorgt das Regionalprinzip dafür, dass der Radiologe als Arzt auftritt. Aber haben Sie sich einmal die Mühe gemacht, die Genese einer teleradiologisch akquirierten Aufnahme nachzuverfolgen? Glauben wir im Ernst, dass der chirurgische Kollege nachts um 3 für uns eine rektale Kontrastmittelfüllung für das Abdomen-CT vornimmt? Glauben wir, dass jeder MTRA die CTA der Halsgefäße beim Schlaganfallpatienten gleich gut einstellt, so wie es für die lebenswichtige Behandlung erforderlich ist?

Nichts gegen den berufspolitischen Kampf gegen MRT-Fachkunden, die nur der Selbstzuweisung dienen: Er ist wichtig. Aber die Zukunft unseres Faches entscheidet sich in der Handhabung der Rechtfertigenden Indikation und des Regionalprinzips. Und in der Haltung zu diesen beiden Vorschriften zeigt sich auch, wer zu uns gehört und wer nicht.

Prof. Dr. med. Norbert Hosten, Präsident der Deutschen Röntgengesellschaft e.V.