CAFRAD und KLR zur Teleradiologie

von Prof. Dr. Norbert Hosten, Präsident der DRG

Im Januar dieses Jahres führten das Chefarztforum Radiologie (CAFRAD) und die Konferenz der Lehrstuhlinhaber Radiologie (KLR) dankenswerter Weise eine Umfrage zum Thema „Einsatz der Teleradiologie in Deutschland" durch. Federführend waren Prof. Cohnen/Düsseldorf und PD Prof. Landwehr/Hannover; Frau Prof. Krombach als Leiterin der KLR beteiligte die Universitätsradiologie.

Der Rücklauf war mit 146 Häusern und einer Rücklaufquote von 56 % für die CAFRAD und 66 % für die Universitätskliniken für eine solche Umfrage ungewöhnlich hoch. Im Gegensatz zu ähnlichen Umfragen auf europäischer Ebene wurden die Spezifika der deutschen Teleradiologie nach RöV direkt berücksichtigt. In diesem Zusammenhang sollen einige besonders interessante Ergebnisse kurz vorgestellt werden.

Von Ausnahmen abgesehen, erlaubt die RöV Teleradiologie für die Nachtstunden sowie für Wochenend- und Feiertage. Die Annahme, dass in erster Linie kleinere Häuser nicht die erforderliche Anzahl von Ärzten mit voller Fachkunde beschäftigen, die für ein CT-Betrieb 24/7 erforderlich ist, bewahrheitete sich: fast 90% der kleineren und mittleren Krankenhäuser beschäftigen weniger als 9 Fachärzte. Weiterbildungsassistenten werden vor allen Dingen in mittleren und großen Häusern beschäftigt. 58% bzw. 10% dieser Häuser beschäftigten mehr als 9 Weiterbildungsassistenten. Damit war wenig überraschend, dass Häuser mit mehr als 800 Betten in erster Linie Anbieter waren, während kleinere Häuser eher Abnehmer waren: 15/21 Häuser kleiner 400 Betten waren Abnehmer während 28 von 46 Häusern größer 800 Betten Anbieter von Teleradiologie und Telekonsultationen waren. Neben der teleradiologischen Versorgung von Patienten nach RöV sind auch die Telekonsultationen bzw. die Absicherung des Bereitschaftsdienstes durch einen teleradiologisch angebundenen Hintergrunddienst mit der Möglichkeit der Bildbetrachtung zu Hause teleradiologische Dienstleistungen im weiteren Sinne. Die Bildbetrachtung durch den Hintergrunddienst wurde dabei am meisten benutzt. Mittelgroße Häuser (400-800 Betten) nutzen dieses Werkzeug, weil sie einmal überhaupt Weiterbildungsassistenten für den Vordergrunddienst beschäftigen und zum anderen über Fachärzte für den Hintergrunddienst verfügen. In all diesen Fällen bestand für den Vordergrunddienst, sofern er teleradiologisch tätig wurde, auch die Möglichkeit der oberärztlichen Rücksprache.

Betrachtet man die Netzwerkgröße Teleradiologie nach RöV, so ergibt sich folgendes Bild: Häuser mit weniger als 800 Betten versorgen mit einer Ausnahme kleine Netzwerke mit weniger als fünf angeschlossenen Häusern. Die Vermutung sei erlaubt, dass hier wohl meist ein bis zwei Nebenstandorte angeschlossen sind. Selbst die Häuser mit mehr als 800 Betten versorgen in 80% nur in diesem Umfang. Insgesamt gab es unter 55 Teleradiologie-anbietenden Leistungserbringern Anbietern nur sechs, die mehr als fünf Standorte versorgten, zwei Häuser versorgten Netzwerke von mehr als 20 Krankenhäusern. Interessanterweise waren in der Hälfte der teleradiologisch versorgten Einrichtung nie (20%) bzw. nur gelegentlich (28%) radiologische Kollegen beschäftigt.
Die Antwort auf die Frage, wer die mit der Teleradiologie erzeugten Erlöse erhält, ist auch interessant. Hier war überraschend, dass in mehr als der Hälfte der Teleradiologienetzwerke von den Teleradiologieeinnahmen gar nichts in der leistungserbringenden Abteilung ankommt

(weder Liquidation noch Budget). Hier bewirkt also die Teleradiologie eine reine Arbeitsverdichtung.
Von der Frequenz der teleradiologisch erbrachten Befundvorgänge fiel auf, dass immerhin nahezu die Hälfte der Anbieter mehrmals täglich oder zumindest täglich tätig wurde.

Von den Vorschriften der Röntgenverordnung hinsichtlich teleradiologischer Leistungen waren die folgenden vier Vorgaben Teilnehmer besonders schwer zu erfüllen:
- Die vorgeschriebene Monitorabnahme zu Hause etc. möchten viele Verwaltungen nicht finanzieren, was den verantwortlichen Chefarzt in Probleme bringt;
- Die Vorgabe, dass nur MTRA Untersuchungen durchführen dürfen, die dann teleradiologisch befundet werden, bedeutet für die Häuser eine Einschränkung, die beispielsweise mit Arzthelferinnen arbeiten;
- Dass der in die Stellung der rechtfertigenden Indikation einbezogene nicht-radiologischer Arzt am Ort der Untersuchung über eine „kleine" Fachkunde verfügen muss, wird von vielen Verwaltungen als Kostenproblem betrachtet. Da in 95% der Untersuchungen die Patientenaufklärung für die rechtfertigende Indikation durch einen solchen Nicht-Radiologen gestellt wird, ist dies nicht RöV-konform.
- Das sogenannte Regionalprinzip schränkt die Teleradiologie in Deutschland stärker ein als dies in eigentlich allen anderen europäischen Ländern der Fall ist. Es verlangt, dass der Teleradiologe im Regelfall bei Problemen am Ort der technischen Untersuchung in 45 Minuten erscheinen und in den Ablauf eingreifen kann. Ist dies gerechtfertigt?
Fast 60% der Befragten hatten schon einmal Probleme am Ort der Untersuchung. In immerhin 70% der Fälle fährt der Teleradiologe selbst vor Ort, um diese Probleme zu klären. Mit mehr als 90% standen technische Probleme im Vordergrund. Unzureichende Bildqualität durch z.B. falsche Untersuchungstechnik war in mehr als 20% der Problemfälle ursächlich, 50% bestanden in Problemen in der Kommunikation ursächlich, Probleme in der Kommunikation hatten bereits 50% der Problemursache.

Freitexthinweise außerhalb des Fragenkatalogs gaben viele Kollegen. Dabei kam durchaus eine als realistisch einzuschätzende Momentaufnahme der Teleradiologie zustande.
Das Spektrum reichte vom teleradiologischen Regelbetrieb am Mittwoch-Nachmittag durch eh schon ausgelastete Krankenhausabteilungen bis zur Strahlenhygiene. 4-Phasen-Abdomen-CT bei 18jährigen Frauen mit minimalen Beschwerden ohne vorangegangene Ultraschalluntersuchung möchte eigentlich niemand.

Von Verhältnissen wie in anderen europäischen Ländern, wo angeblich einzelne radiologische Fachärzte in „Teleradiologie"-Firmen täglich bis zu 1.000 in Indien erstellte „Befundvorarbeiten" freizeichnen, existieren in Deutschland dank der Röntgenverordnung nicht. Auch die Facharztweiterbildung dauert hierzulande länger als sechs Monate und hat ein abgeschlossenes Studium der Humanmedizin zur Vorbedingung.