

vereinigt mit
Aktuelle Radiologie

Organ der Deutschen
Röntgengesellschaft

Organ der Österreichischen
Röntgengesellschaft

Herausgegeben von

R. W. Günther, Aachen
M. Thelen, Mainz
K.-J. Wolf, Berlin
Neuroradiologie
K. Sartor, Heidelberg
Pädiatrische Radiologie
G. Alzen, Giessen
**Weiter- und Fortbildung/
Aktuelle Radiologie**
E. Bücheler, Hamburg
H. Schild, Bonn
Technik und Medizinphysik
Th. Schmidt, Nürnberg

Unter Mitwirkung von

G.-A. Brandt, Berlin
U. Büll, Aachen
H. P. Busch, Trier
C. D. Claussen, Tübingen
M. Georgi, Mannheim
B. Hamm, Berlin
W. L. Heindel, Münster
M. Heller, Kiel
C. J. Herold, Wien
G. Kauffmann, Heidelberg
K.-J. Lackner, Köln
J. Lammer, Wien
M. Langer, Freiburg
E. Moser, Freiburg
F. Nüsslin, Tübingen
H. Schreyer, Graz
W. Steinbrich, Basel

Positionspapier zum Selbstverständnis der Radiologie

Sonderdruck

© Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York 1999
Nachdruck nur mit Genehmigung des Verlags

Zur Situation der Diagnostischen Radiologie in der Bundesrepublik Deutschland (mit besonderer Berücksichtigung der MRT)

Einführung

„In Deutschland werden doppelt bis dreimal so viele Röntgenuntersuchungen durchgeführt wie in den meisten anderen EU-Staaten.“ Mit dieser wenig differenzierten, pauschalen Feststellung müssen wir Radiologen uns immer wieder auseinandersetzen. Und dennoch, sie trifft im Kern den Sachverhalt, wie eine nüchterne Analyse der Statistiken zeigt. Nur sind es nicht die Fachgebietsradiologen, die für diese überproportionale Steigerung verantwortlich sind, sondern weitaus mehr Kollegen aus anderen Fachgebieten, wie ebenfalls die Statistiken belegen.

Moderne Medizin benötigt im hohen Maße radiologische Diagnostik. Im Ernstfall wird sie von den Patienten oder deren Angehörigen wie selbstverständlich gefordert und als segensreich angesehen. Daß ohne radiologische Diagnostik die Behandlung von Schädelhirnverletzungen, Organtransplantationen oder die Therapieplanung beim Tumorleiden kaum möglich wäre und daß hierbei vor allen Dingen die Computertomographie und die Magnetresonanztomographie eine wichtige Rolle spielen, wird nicht bestritten. Und dennoch wird die Radiologie immer wieder wie auch die Intensivmedizin als inhuman und als Ausdruck einer seelenlosen Apparatemedizin dargestellt. Dabei werden dann in der öffentlichen Diskussion die Strahlenrisiken, die hohen Kosten und die angeblich hohen Verdienste spannen kräftig miteinander vermischt.

Wie sieht nun die Situation in den meisten EU-Staaten aus und wie unterscheidet sich der dortige Umgang mit diagnostischer Radiologie vom medizinischen Alltag in Deutschland? Zunächst sollten wir einen Blick auf die strukturellen Besonderheiten der ärztlichen Berufsausübung in Deutschland werfen. Diese ist nämlich im internationalen Vergleich einmalig und erklärt zu einem guten Teil die hohe Zahl der Röntgenuntersuchungen.

Während in sämtlichen EU-Staaten die Radiologie nur von dafür ausgebildeten Fachärzten ausgeübt werden darf, kann in Deutschland praktisch jeder approbierte Arzt radiologische Leistungen erbringen und abrechnen, sofern er eine kurze Zusatzausbildung absolviert hat. Er gilt dann als sog. „Teilgebietsradiologe“ und kann z.B. als Orthopäde, Chirurg, Internist oder Urologe dieselben radiologischen Untersuchungen durchführen wie ein Facharzt für Radiologie. Dies ist in den anderen EU-Staaten nur den nach strengen Kriterien ausgebildeten Radiologen vorbehalten.

Hier klafft ein unübersehbarer Widerspruch, der aber auch von unseren Gerichten nicht wahrgenommen wird, die die oben geschilderte Situation immer wieder sanktionieren. Auf der einen Seite stellt die Gesellschaft höchste Ansprüche an die Sicherheit der Patienten durch strengste Strahlenschutzvorschriften, und sie fordert zu Recht eine den modernsten medizinischen und technologischen Erkenntnissen entsprechende radiologische Betreuung, die keinen Vergleich mit anderen hochentwickelten Ländern scheuen muß. Auf der anderen Seite erhebt sie jedoch latent den Vorwurf, daß die Radiologen Grenzen überschreiten und dadurch unser Gesundheitswesen mit ungerechtfertigten Kosten belasten und Untersuchungen initiieren, deren Effizienz und Qualität fraglich sind.

Gerade die Radiologie legt größten Wert auf Qualitätssicherung und Qualitätssteigerung durch eine anspruchsvolle und qualifizierte Fort- und Weiterbildung. In der Radiologie erstreckt sich die Qualität der Leistung vom Strahlenschutz über die Geräte- und Untersuchungstechnik bis hin zur Diagnose und Dokumentation. Es ist deshalb auch legitim, die Frage nach der fachlichen Kompetenz des radiologisch sowie des „teil-radiologisch“ tätigen Arztes zu stellen. Ist sein Wissensfundament in radiologischen Untersuchungsverfahren wie z. B. der Computertomographie oder der Magnetresonanztomo-

graphie umfassend oder oberflächlich, stets auf dem neuesten Wissensstand oder veraltet? Unterzieht er sich einer kontinuierlichen und qualifizierten Fort- und Weiterbildung in seinem Fachgebiet, damit er den rasanten Fortschritt z.B. in der MRT nicht verpaßt?

Aktueller Anlaß für diese Fragen sind jüngste Gerichtsurteile über die Zulassung von Fachärzten anderer Disziplinen (z.Z. z.B. Orthopäden) zur Magnetresonanztomographie (MRT). Die Frage an die Gerichte, ob bei Qualitätskriterien verschiedene Güteklassen gelten sollen, erscheint uns mehr als berechtigt. Soll in Zukunft ein Facharzt, der in einem ganz anderen Gebiet eine profunde und qualifizierte Ausbildung erfahren hat und dessen Haupttätigkeit als Arzt auch auf diesem Gebiet liegt, auch die Computertomographie und Magnetresonanztomographie durchführen dürfen oder soll dies dem dafür ausgebildeten Facharzt vorbehalten bleiben, der diese diagnostische Tätigkeit ganztätig praktiziert und dementsprechend die Verfahren exzellent beherrscht?

In dem nachfolgenden „Blick über den Zaun“ sollen die hier angeschnittenen Kernfragen diskutiert bzw. beantwortet werden.

- Wird in Deutschland pro Kopf häufiger als in anderen vergleichbaren EU-Staaten geröntgt?
- Welche Rolle spielt die Teilgebietsradiologie in anderen EU-Staaten im Vergleich zu Deutschland?
- Welchen Einfluß hat die Teilgebietsradiologie auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen?
- Welche Folgen sind zu erwarten, wenn die Magnetresonanztomographie (MRT), vergleichbar dem Ultraschall, mehr oder weniger von jedem Arzt angewendet werden darf?

Struktur und Verteilung der Ärzte auf die Fachgruppen in der BRD

Die Gesamtzahl der in der Bundesrepublik Deutschland registrierten Ärzte beläuft sich auf 350.854. Davon üben 282.737 den ärztlichen Beruf aktiv aus, während 68.117 Ärzte derzeit ihre ärztliche Tätigkeit ruhen lassen (Tab. 1). In Prozentzahlen ausgedrückt bedeutet dies, daß 81% der Ärzte ihren medizinischen Beruf dauerhaft ausüben. Von

Brennpunkt

Tab. 1 Anzahl der Ärzte und Struktur der Ärzteschaft in der BRD (Stand 1.1.-31.12.1997)

	n	%
Gesamtzahl der Ärzte	350.854	
in der Weiterbildung	120.729	34%
Fachärzte	230.125	66%
mit Berufsausübung	282.737	81%
ohne Berufsausübung	68.117	19%
in Praxen	115.000	
im Krankenhaus	134.600	
in anderen mediz. Einrichtungen	22.500	
im Verwaltungsdienst	10.600	

Tab. 2 Facharztverteilung in Deutschland (Liste der 14 größten Facharztgruppen, Stand 1997)

	Fachärzte insgesamt	berufstätige Fachärzte
Allgemeinmedizin	43.808	35.599
Innere Medizin	41.935	34.014
Chirurgie	18.857	15.428
Gynäkologie	17.331	14.327
Anästhesie	15.414	13.779
Kinderheilkunde	14.398	10.344
Orthopäden	8.125	7.055
Augenheilkunde	7.789	6.305
Radiologie	6.738	5.715
HNO	6.330	5.097
Dermatologie	5.581	4.429
Urologie	4.812	4.186
Psychiatrie	3.156	2.881
Neurologie	2.196	1.962

diesen sind 48% im Krankenhaus, 41% in einer Praxis und 8% in einer anderen medizinischen Einrichtung tätig. 3% sind im Verwaltungsdienst beschäftigt.

120.729 Ärzte (34%) sind in der Weiterbildung und 230.125 (66%) als Fachärzte tätig (Stand 1.1.-31.12.97).

Die Verteilung der Fachärzte auf die verschiedenen medizinischen Fachrichtungen ist Tab. 2 zu entnehmen. Nach Angaben des Deutschen Ärzteblatts vom Dezember 1998 repräsentieren die Radiologen die neuntgrößte Facharztgruppe insgesamt und die siebtgrößte Facharztgruppe im Krankenhaus. So sind allein im Krankenhausbereich

Tab. 3 Facharzttdichte (Radiologie, Radioonkologie, Nuklearmedizin) bezogen auf 1 Million Einwohner

	n	Arztdichte Arztzahl / 1 Million Einw.
Gesamt-Einwohnerzahl	81.800.000	
Gesamt-Ärztzahl	350.854	4.289,2
Zahl der Radiologen	8.018	98,0
Darunter:		
Diagnostische Radiologie	6.738	82,4
Anteil Kinderradiologen	64	0,8
Anteil Neuroradiologen	153	1,9
Radioonkologie	529	6,5
Nuklearmedizin	751	9,2

Tab. 4 Analyse der Ärzte und Fachärzte (Zahlen vom 31.12.1997) hinsichtlich der Spezialisierung auf Radiologie, Radioonkologie und Nuklearmedizin

Fachgebiete	n	% aller Ärzte	% aller Fachärzte
Gesamtärztzahl	350.854		
Facharztzahl	230.125	65,59	
Radiologen	8.018	2,29	3,48
Davon:			
Diagnostische Radiologie	6.738	1,92	2,93
Strahlentherapie	529	0,15	0,23
Nuklearmedizin	751	0,21	0,33

3.100 Fachärzte für Radiologie beschäftigt.

Bezieht man die Arztzahlen auf die Einwohnerzahl in Deutschland, so kommen auf 1 Million Einwohner 4.289 Ärzte. Davon sind 98 Radiologen. Unter den Radiologen ist die Diagnostische Radiologie mit 82 Ärzten gegenüber den Radioonkologen mit 6 und den Nuklearmedizinern mit 9 Ärzten pro 1 Million Einwohner am stärksten vertreten. Nur verhältnismäßig wenige Diagnostische Radiologen verfügen über eine Zusatzbezeichnung Kinder- oder Neuroradiologie (Tab. 3).

Insgesamt arbeiten 6.738 Ärzte als Diagnostische Radiologen, das sind 1,92% aller Ärzte und 2,93% der Fachärzte in Deutschland. Entsprechend geringer fallen die Zahlen für Nuklearmediziner und Strahlentherapeuten (Radioonkologen) aus (Tab. 4).

47% der Radiologen arbeiten im Krankenhaus und 30% in einer Praxis. Im Krankenhaus sind 2.999 Diagnostische

Radiologen, 408 Radioonkologen und 335 Nuklearmediziner beschäftigt, im Niederlassungsbereich 2.086 Diagnostische Radiologen, 53 Radioonkologen und 282 Nuklearmediziner. 18% der Radiologen üben ihren Beruf derzeit nicht aus, 4% sind in anderen medizinischen Einrichtungen als im Krankenhaus oder der Praxis tätig und 1% aller Radiologen arbeitet in Verwaltungen (Abb. 1 und Tab. 5). Dies bedeutet, daß auf 3 Diagnostische Radiologen im Krankenhaus 2 Diagnostische Radiologen in der Praxis kommen. Insgesamt stellen die Radiologen jedoch nur knapp 3% aller Fachärzte in Deutschland.

Brennpunkt

Tab. 5 Tätigkeitsbereiche (Krankenhaus – Praxis) der Radiologen gegliedert nach Subspezialitäten

	Krhs.		Praxis		insgesamt	
Diagnostische Radiologie	2.999	80%	2.086	86%	5.085	83%
Radioonkologie	408	11%	53	2%	461	7%
Nuklearmedizin	335	9%	282	12%	617	10%
Summe	3.742		2.471		6.163	

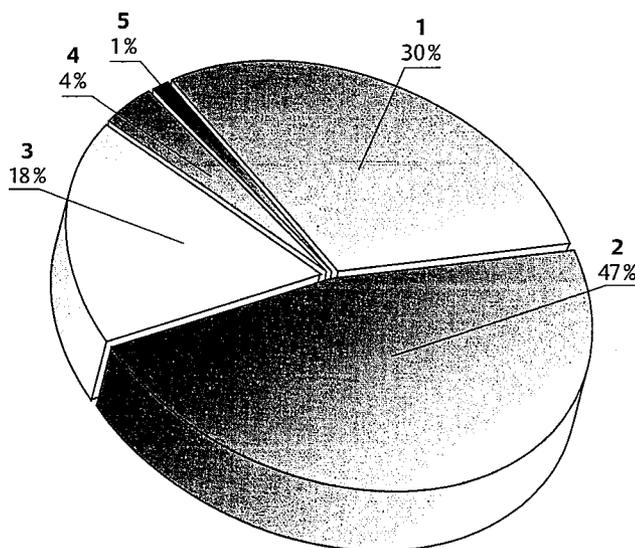


Abb. 1 Die Verteilung der Radiologen stellt sich, bezogen auf die einzelnen Tätigkeitsbereiche (31.12.1997), folgendermaßen dar: 1 = Praxis, 2 = Krankenhaus, 3 = ohne medizinische Tätigkeit, 4 = andere medizinische Bereiche, 5 = Verwaltung.

Weiterbildungsordnung (Gegenüberstellung: Diagnostische Radiologie/Orthopädie)

Diagnostische Radiologie

Diagnostische Radiologie umfaßt die Erkennung von Krankheiten mit Hilfe ionisierender Strahlen bzw. kernphysikalischer Verfahren sowie die Sonographie, soweit sie zur Vermeidung oder Ergänzung diagnostisch-radiologischer Untersuchungen indiziert ist, ferner den Strahlenschutz mit seinen physikalischen, biologischen und medizinischen Grundlagen.

Zeiten:

Fünf Jahre an einer Weiterbildungsstätte gem. § 7 Abs. 1, ein Jahr klinische Weiterbildung im Stationsdienst, vier Jahre Diagnostische Radiologie. Anrechnungsfähig sind 1/2 Jahr Weiterbildung in Nuklearmedizin oder Strahlentherapie.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der diagnostischen Radiologie, den radiologischen Spezialverfahren einschließlich der interventionellen Maßnahmen, dem Strahlenschutz, in der Sonographie, soweit sie zur Vermeidung oder Ergänzung diagnostisch-radiologischer Untersuchungen indiziert ist, ferner in der Magnetresonanz.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen über spezielle diagnostische Verfahren der Kinderradiologie und Neuro-radiologie, die Diagnostik mit radioaktiven Stoffen und die Strahlentherapie. Dazu gehören eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in:

- Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie, Symptomatologie, Indikation und Differentialdiagnose der mit ionisierenden Strahlen und kernphysikalischen Verfahren zu untersuchenden Erkrankungen einschließ-

lich der Grundlagen der Physik bei der diagnostischen Anwendung ionisierender Strahlen und kernphysikalischer Verfahren,

- Strahlenerzeugungssystemen,
- der Strahlenbiologie und dem Strahlenschutz,
- der radiologischen Diagnostik; hierzu gehört eine Mindestzahl selbständig durchgeführter Untersuchungen mit verschiedenen diagnostischen Verfahren,
- den zur Grundversorgung erforderlichen radiologischen Maßnahmen im Kindesalter,
- den zur Grundversorgung erforderlichen radiologischen Maßnahmen an Gehirn und Rückenmark,
- den interventionellen radiologischen Verfahren in Zusammenarbeit mit den für das Grundleiden zuständigen Ärzten,
- in radiologischen Spezialverfahren; hierzu gehört eine Mindestzahl selbständig durchgeführter Untersuchungen und therapeutischer Verfahren,
- der Sonographie, soweit sie zur Vermeidung oder Ergänzung diagnostisch-radiologischer Untersuchungen indiziert ist; hierzu gehört eine Mindestzahl selbständig durchgeführter sonographischer Untersuchungen,
- der MRT und Kernspektroskopie; hierzu gehört eine Mindestzahl selbständig durchgeführter Untersuchungen,
- der Schockbehandlung und Herz-Lungen-Wiederbelebung,
- der Pharmakologie der gebräuchlichen Pharmaka und Kontrastmittel (Pharmakokinetik, Wechsel- und Nebenwirkungen) einschließlich ihres therapeutischen Nutzens,
- der Dokumentation von Befunden, ärztlichem Berichtswesen, einschlägigen Bestimmungen der Sozialgesetzgebung und der für die Arzt-Patienten-Beziehung wichtigen Rechtsnormen,
- der Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen über:

- spezielle diagnostische Verfahren in den Schwerpunkten der Diagnostischen Radiologie,
- spezielle Meßverfahren der Diagnostischen Radiologie,

Brennpunkt

- die Strahlentherapie und die Grundlagen der allgemeinen Onkologie,
- die Diagnostik mit radioaktiven Stoffen,
- die EDV einschließlich der Gerätekunde des Gebietes.

Weiterbildungsordnungen anderer Fachgebiete (Beispiel Orthopädie)

Im Gegensatz zur Weiterbildungsordnung für Diagnostische Radiologen, die sich mindestens vier Jahre mit radiologischen Verfahren beschäftigen und einen fest umrissenen Gegenstandskatalog ableisten müssen, bevor sie die Prüfung für den Gebietsarzt ablegen können, sind in der Weiterbildung zum Orthopäden nur „eingehende Kenntnisse mit bildgebenden Verfahren“ vorgeschrieben. Die Weiterbildungszeit beträgt sechs Jahre, davon ein Jahr Chirurgie und fünf Jahre Orthopädie, jedoch keine fest verankerte und strukturierte radiologische Weiterbildung.

Die Orthopädie umfaßt die Prävention, Erkennung und Behandlung von angeborenen und erworbenen Formveränderungen und Funktionsstörungen, Erkrankungen und Verletzungsfolgen der Stütz- und Bewegungsorgane und die Rehabilitation.

Unter Inhalt und Ziel der Weiterbildung ist lediglich vermerkt: Vermittlung, Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeit in der Diagnostik und Therapie von Krankheiten, Verletzungen und Verletzungsfolgen der Stütz- und Bewegungsorgane sowie ihre Verlaufsformen einschließlich der pathophysiologischen und pathologischen Grundlagen, der Biomechanik, speziellen Untersuchungsverfahren und bildgebender Verfahren des Gebietes einschließlich des Strahlenschutzes etc.

Die Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung zum Facharzt für Orthopädie legen lediglich Richtzahlen fest, ohne dies an Weiterbildungs- bzw. Ausbildungszeiten zu knüpfen.

Tab. 6 Röntgenuntersuchungen je 1.000 Einwohner und Jahr im internationalen Vergleich nach UNSCEAR 1993 entsprechend dem Stand von 1985 - 1990 (Angaben zur BRD von 1990 - 1992)

Land	Medizin	Zahnmedizin	Gesamt
Europa			
Belgien	1.290	288	1.587
Deutschland	1.240	270	1.510*
Dänemark	510	471	981
Frankreich	990	540	1.530
Italien	740	119	859
Niederlande	530	411	941
Schweden	520	832	1.352
Schweiz	1.040	325	1.365
UK/GB	460	165	625
Amerika			
USA	800	402	1.202

*ohne Osteodensitometrie

UNSCEAR-Report 1993: Sources and Effects of Ionizing Radiation, United Nations Publication, New York 1993

Radiologische Untersuchungen pro Kopf der Bevölkerung im internationalen Vergleich

Tab. 6 enthält pro Kopf-Röntgenuntersuchungen pro Jahr in verschiedenen europäischen und außereuropäischen Staaten. Dabei zeigt sich, daß in Ländern wie den USA, den Niederlanden, Schweden und Großbritannien, die ebenfalls Medizin auf höchstem Niveau betreiben, deutlich weniger Röntgenuntersuchungen angefertigt werden als in Deutschland. Nur in Belgien sind es Radiologen, die überproportional viele radiologische Leistungen abrechnen. Für sonographische Untersuchungen gilt, daß in der BRD insgesamt so viele Sonographieleistungen erbracht werden, wie in ganz Westeuropa und USA zusammen (Frequenzstatistik - KBV).

Radiologie und Teilgebetsradiologie in der BRD

Radiologische Leistungen und ihre Kosten

1997 beliefen sich die Kosten für sämtliche bei ambulanten Patienten durchgeführten radiologischen Leistungen einschließlich CT und MRT auf 2.081.133.175 DM; im Jahr 1997 standen den genannten Kosten 50.657.100 Untersuchungen gegenüber.

RöFo Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen und der bildgebenden Verfahren

99

FACHZEITSCHRIFTEN

Den Fortschritt im Blick!

Neu 1999: RöFo vereinigt mit Aktuelle Radiologie

- Editorials mit Trends und Meinungen
- Originalarbeiten
- Reviews für die Forschung
- Medizintechnik und Praxis: Technik, Medizinphysik, Geräte, Standards, Sicherheitsbestimmungen
- Brennpunkt mit Themen zur berufspolitischen und fachlichen Entwicklung in der Radiologie
- Forum Weiterbildung mit Übersichten und knappen Fallbeschreibungen
- DRG-Informationen in jedem Heft aktuell

Erscheint 12mal im Jahr.
 Jahresbezugspreis 1999 DM 696,- inkl. MwSt., zzgl. Versandkosten.

Interessiert an einem Abo?
 Fax: 07 11 / 89 31-133
 Tel.: 07 11 / 89 31-333

Thieme

Brennpunkt

Als häufigste Röntgenleistungen wurden konventionelle Röntgenaufnahmen des Skeletts, der inneren Organe, Computertomographien und Magnetresonanztomographien erbracht. Eine genaue Übersicht gibt Tab. 7.

„Verursacher“ radiologischer Leistungen

Wenn man nach den Kostenverursachern im ambulanten Bereich fragt, zeigt sich für 1997, daß von Radiologen nur 21% der Röntgenuntersuchungen durchgeführt wurden, von Nicht-Radiologen hingegen 79% (Tab. 8a).

Thoraxröntgenaufnahmen wurden überwiegend von Internisten durchgeführt, wobei hier das Verhältnis etwa 7:1 (950.000:140.000 Aufnahmen) betrug (Tab. 8b). Bei den Röntgenaufnahmen des Skeletts war das Verhältnis noch krasser. Hier wurden 15 Millionen Untersuchungen von Orthopäden, 5,9 Millionen von Chirurgen, 8,4 Millionen durch andere Nichtradiologen und nur 1,3 Millionen Untersuchungen von Radiologen durchgeführt (Tab. 8c).

Das Gros (97%) der sonographischen Leistungen wird durch Nichtradiologen erbracht. Hier kommt das Selbstüberweisungsprinzip zum Tragen, was dafür verantwortlich ist, daß 1997 55.083.300 Ultraschalluntersuchungen von Nichtradiologen und nur 1.657.500 Untersuchungen durch Radiologen geleistet wurden. Insgesamt hat der Ultraschallsektor 1997 Kosten in Höhe von 1.712.135.300 DM hervorgerufen. Die Sonographie ist damit der größte Kostenfaktor in der bildgebenden Diagnostik, hervorgerufen im wesentlichen durch Nicht-Radiologen! Die Zahl der falsch-positiven Untersuchungen, die eine weitergehende, unnötige Schnittbilddiagnostik nach sich zieht, läßt sich dabei nur sehr schwer ermitteln.

Die Gesamtheit der Teilgebietsradiologen (z. B. Orthopäden, Chirurgen, Internisten) führen demnach ein Mehrfaches an ambulanten radiologischen Leistungen durch als die Diagnostischen Radiologen. Da die Radiologen nur 5.715 (2,9%) der 195.957 berufstätigen Fachärzte in der BRD ausmachen, verteilen sich die dort erbrachten radiologischen Leistungen auf ein kleines Ärztekollektiv. Demgegenüber wird die Teilgebietsradiologie von 75.010 berufstätigen

Tab. 7 Zahl und Kosten der Radiologischen Leistungen in der BRD (1997) (Quelle: Frequenzstatistik KBV). Privatpatienten nicht enthalten.

Untersuchungen	Zahl d. Leistungen	Kosten in DM
innere Organe	12.838.400	480.566.200
Computertomographie	2.386.700	400.930.300
Kernspintomographie	1.133.000	345.992.700
Durchleuchtung	1.103.600	26.050.300
Angiographie	851.100	114.880.100
Osteodensitometrie	766.300	25.824.100
Dental-Röntgen	254.100	6.349.300
Interventionelle Radiologie	13.000	3.576.900
Konvent. Skelettaufnahmen	31.310.900	676.963.275
Summe	50.657.100	2.081.133.175

Tab. 8 Röntgenuntersuchungen (Projektionsradiographie) bei amb. Patienten (1997). Privatpatienten nicht enthalten.

a) Radiologische Untersuchungen insges. Zahl der Untersuchungen

Radiologen	10.660.704	21%
Andere (Nichtradiologen)	39.996.414	79%

b) Thorax (Brustorgane) durch: Zahl der Untersuchungen

Radiologen	140.000	10%
Internisten	950.000	70%
Andere	280.000	20%

c) Konvent. Skelett-Röntgen durch: Zahl der Untersuchungen

Radiologen	1.317.100	4%
Orthopäden	15.643.000	50%
Chirurgen	5.908.100	19%
Andere	8.442.700	27%

gen Fachärzten (38,3 %) betrieben, so daß der einzelne Teilgebietsradiologe – je nach Auslastung seiner radiologischen Einheit – unter Umständen weniger Leistungen als der einzelne Radiologe erbringt. Dadurch sinkt die individuelle Erfahrung des Teilgebietsradiologen, der sich ja vorwiegend mit seinem Fachgebiet befaßt, zusätzlich.

Teilgebietsradiologie in EU-Staaten (außer BRD)

Die meisten EU-Staaten lassen keine Teilgebietsradiologie zu; Ausnahmen gelten in Frankreich und Österreich. Die Schweiz, obgleich kein EU-Staat, sei an dieser Stelle der Vollständigkeit halber und wegen des vergleichbaren sozioökonomischen Status aufgeführt.

Frankreich

In einzelnen Bereichen wird bildgebende Diagnostik auch von Nichtradiologen

durchgeführt, dies aber in sehr begrenztem Rahmen.

- Echokardiographie und Dopplersonographie: Die Untersuchungen wurden (zwischen 1992 und 1994) zu 60 % durch Radiologen, zu 23 % durch Fachärzte der Gynäkologischen Geburtshilfe, zu 10 % durch Kardiologen und zu 6 % durch verschiedene Spezialisten durchgeführt.
- Skelettradiologie: Einzelne Rheumatologen fertigten Röntgenaufnahmen an, 90 % der Rheumatologen führten Osteodensitometrie durch.
- Einzelne Gastroenterologen und Pulmologen (unter 10 %) führten Röntgendiagnostik (Projektionsradiographie) und Ultraschall durch, vorwiegend im Niederlassungsbereich.
- CT und MRT wurden ausschließlich durch Radiologen durchgeführt
- Die Projektionsradiographie lag zu 87 % in Händen der Radiologen; 7 % entfielen auf Zahnärzte, 6 % auf andere Spezialisten

Brennpunkt

Österreich

In freier Praxis gibt es überhaupt keine Teilgebietsradiologie

- Einzelne Fächer in den Krankenhäusern dürfen röntgen, dabei handelt es sich jedoch nur um Lungenfachärzte, die ausschließlich Thoraxbilder erstellen dürfen.
- Die Unfallchirurgen dürfen primär nach dem Unfall Röntgenaufnahmen des Skeletts durchführen, die Bilder müssen danach jedoch von einem Radiologen begutachtet werden.
- Orthopäden dürfen keine Röntgenaufnahmen anfertigen, die Röntgendiagnostik bei orthopädischen Erkrankungen obliegt allein dem Radiologen.

Schweiz

In der Schweiz gibt es eine Teilgebietsradiologie in größerem Ausmaß. Dies ist durch die geographischen Verhältnisse mit abgeschiedenen Regionen (Täler), in denen nicht überall ein Vollradiologe rentabel wäre, vorgegeben.

Im Vergleich zu den anderen EU-Staaten, in denen es keine oder eine allenfalls sehr begrenzte Teilgebietsradiologie gibt, liegt in der BRD eine einmalige Situation vor. So ist die Teilgebietsradiologie in Deutschland stark vertreten und für einen Großteil der Röntgenuntersuchungen verantwortlich. Es ist naheliegend, daß diese Situation ganz wesentlich für die überdurchschnittlich hohe Zahl an Röntgenuntersuchungen verantwortlich ist, da durch die Teilgebietsradiologie dem Prinzip der Selbstüberweisung Vorschub geleistet wird. Die Zusammenhänge sollen in den nachfolgenden Kapiteln mit ihren Konsequenzen für die Qualität der ärztlichen Versorgung und die Kosten des Gesundheitswesens erläutert werden.

Untersuchungen zu den ökonomischen Auswirkungen der Teilgebietsradiologie (US-Studien)

Unter dem Begriff „Selbstüberweisung“ versteht man den Vorgang, daß ein Arzt bei der Behandlung seines Patienten Untersuchungen veranlaßt, die er selbst in seinen Räumen oder in seiner Zuständigkeit anbietet und abrechnet, obwohl sie primär in ein anderes Fachgebiet fallen. Selbstüberweisung ist auch gegeben, wenn ein Arzt seine Patienten in eine andere Institution überweist, in

der er zwar ein finanzielles Interesse wahrnimmt, aber keinerlei berufliche Verantwortung übernimmt.

In den Vereinigten Staaten hat die American Medical Assoziation (AMA) die ethischen und juristischen Aspekte der Selbstüberweisung sehr eingehend untersucht und hat den Ärzten empfohlen, Selbstüberweisungen grundsätzlich zu vermeiden. Diese Selbstbeschränkung verliert ihre Gültigkeit nur dann, wenn das fragliche Untersuchungsverfahren in dem regionalen Umfeld sonst nicht verfügbar ist.

Anlaß und Hintergrund für die Auseinandersetzung der AMA mit dieser Thematik waren verschiedene Studien in den USA, die die Selbstüberweisung kritisch beleuchteten. In der Studie von B.J. Hillman u. Mitarb. beispielsweise (Physicians Utilization and Charges for Outpatient Diagnostic Imaging in a Medicare Population, J. Amer. med. Ass. 268 [1992]) wurde bei 10 Krankheitsbildern das Verhalten der Ärzte bezüglich des Einsatzes bildgebender Verfahren anhand der beanspruchten Versicherungsleistungen analysiert. Dabei zeigte sich, daß bei Selbstüberweisung zwischen 1,7 bis 7,7 mal häufiger eine radiologische Diagnostik angefordert wurde, als in einem Vergleichskollektiv, bei dem die Patienten zu einem Radiologen überwiesen wurden, mit dem keine „Geschäftsbeziehungen“ bestanden! Die mittleren monetären Rechnungsgrößen pro Krankheitsfall waren 1,6 bis 6,2-mal größer bei einer Selbstüberweisung als bei Überweisung zu einem unabhängigen Radiologen. Es gibt eine Reihe weiterer amerikanischer Publikationen, die dieselbe Tendenz zeigen (u.a. A.S. Relman: Self-Referring, what's at stake? New Engl. J. Med. [1992]; D.C. Levin: The Practice of Radiology by Nonradiologists: Cost, Quality, and Utilization Issues, Amer. J. Roentgenol, 162 [1994] 513-518). Alle Studien belegen, daß die Selbstüberweisung in der radiologischen Diagnostik zu einer Erhöhung von radiologischen Leistungen pro Krankheitsfall um ein Mehrfaches führt. Dies mag verschiedene Gründe haben, zum einen reine Bequemlichkeit, was den Zugriff angeht, zum anderen aber auch die Notwendigkeit durch entsprechende Untersuchungs- und Abrechnungszahlen eine Geräteanschaffung zu amortisieren. Es ist auch nicht zu übersehen, daß die Versuchung groß ist,

durch bildgebende Diagnostik die Verdienstspanne zu erweitern.

In der BRD spielt die Teilgebietsradiologie eine dominierende Rolle. Orthopäden, Chirurgen und Internisten führen in ihren Praxisräumen in großem Stil radiologische Untersuchungen durch, die sie selbst indizieren und abrechnen (vgl. Tab. 8). Dies erfüllt eindeutig den Tatbestand der Selbstüberweisung. Der Schluß liegt nahe, daß in der BRD die fehlende Abgrenzung zwischen klinischer Diagnostik und Behandlung und radiologischer Diagnostik zu mehr Röntgenuntersuchungen führt, als indiziert und medizinisch vertretbar ist. Dies belegen die Vergleichszahlen zur Häufigkeit von Röntgenuntersuchungen in den verschiedenen Mitgliedsstaaten der EU (vgl. Tab. 6). In Staaten, in denen radiologische Leistungen ausschließlich von Fachradiologen erbracht werden, werden weniger radiologische Leistungen pro Kopf der Bevölkerung abgerechnet als bei uns. Dies ist ein indirekter Beleg dafür, daß die Vielzahl von Röntgenuntersuchungen in der BRD zu einem wesentlichen Teil durch die Teilgebietsradiologie induziert wird.

Magnetresonanztomographie

Gegenwärtig wird die Frage, ob die Magnetresonanztomographie (MRT) auch außerhalb der Diagnostischen Radiologie fachgebietskonform erbracht werden kann, unterschiedlich beurteilt. Es gibt aber eine Reihe gewichtiger Argumente, die eindeutig für die Zuordnung der MRT als bildgebendem Verfahren zur Radiologie und gegen die Öffnung der Methode für andere Fachdisziplinen sprechen. Die in diesem Zusammenhang wichtigsten Aspekte sind Patientensicherheit und Strahlenhygiene, Qualitätssicherung in der Patientenversorgung, ökonomische und berufspolitische Überlegungen. Zur Erläuterung sollen die nachfolgenden Ausführungen dienen.

Patientensicherheit

Obleich die MRT auf ionisierende Strahlung verzichtet, Strahlenschutzvorschriften daher auf den ersten Blick überflüssig erscheinen, beinhaltet sie doch ein Gefährdungspotential für Patient und Personal, dessen genaue Kenntnis Voraussetzung für einen sicheren

Brennpunkt

Betrieb ist. Unabhängig von den Gefahren für Schrittmacherträger und durch ferromagnetische Materialien im Untersuchungsraum spielt die Exposition durch starke Magnet- und Hochfrequenzfelder eine nicht zu unterschätzende Rolle. Exemplarisch genannt seien die Stimulierung von Nerven und Muskeln durch Magnetfeldänderungen und die thermische Belastung bis hin zu Verbrennungen durch fokale Hochfrequenzabsorption. Nutzen und Risiko der MRT sind somit in gewisser Hinsicht mit der Röntgendiagnostik vergleichbar, so daß Beschränkungen beim Betrieb von MR-Anlagen sinnvoll sind. Nach der Röntgen- und Strahlenschutzverordnung müssen Radiologen, die mit ionisierender Strahlung umgehen, besondere gesetzliche Auflagen erfüllen. Eine vergleichbare Empfehlung ist vom Bundesamt für Strahlenschutz auch für die Magnetresonanztomographie in den Jahren 1995 und 1996 verabschiedet worden. Der Radiologe ist aufgrund seiner Ausbildung und seiner Berufserfahrung besser als jeder andere für diese Aufgabe gerüstet.

Strahlenhygiene

Die Einführung der MRT ging mit einem zunehmend kritischen Bewußtsein der Bevölkerung für strahlenbelastende medizinische Maßnahmen einher. Die Politik hat dieser Entwicklung bei der Novellierung der Röntgenverordnung (1988) durch verschärfte Bestimmungen für den Einsatz ionisierender Strahlen bei diagnostischen und invasiv-therapeutischen Maßnahmen Rechnung getragen. Es ist das erklärte Ziel der Radiologen und ihrer Fachgesellschaften, die Entwicklung und Nutzung alternativer Untersuchungsverfahren, die ohne Strahlenexposition auskommen, intensiv voranzutreiben, um die Strahlenexposition der Bevölkerung gemäß der Patientenrichtlinie der EU weiter zu minimieren. Um dieses Ziel zu erreichen und eine korrekte Methodenwahl treffen zu können, muß der Radiologe Zugang zu allen bildgebenden Verfahren haben, auch solchen, die ohne ionisierende Strahlung auskommen.

Qualitätssicherung

Spätestens seit der Weiterbildungsordnung (WBO) 1992 ist die Diagnostische

Radiologie das Spezialgebiet für bildgebende Verfahren. Die Systematik der Fachgebiete in der WBO als maßgebendes Regelwerk für die ärztliche Qualitätssicherung zeigt, daß die ärztliche Selbstverwaltung im Einklang mit dem Gesetzgeber (Heilberufsgesetze) und den Aufsichtsbehörden davon ausgeht, daß nur im Rahmen eines Spezialgebietes für bildgebende Verfahren eine qualifizierte Diagnostik betrieben werden kann.

Diesen Überlegungen wurde 1992 in der WBO dadurch Rechnung getragen, daß die Magnetresonanztomographie sowohl in der Definition als auch im Inhalt des Fachgebietes „Diagnostische Radiologie“ festgeschrieben wurde. Entscheidend dafür waren in erster Linie Gesichtspunkte der Qualitätssicherung. Als neue, schwierige und sich rasch entwickelnde Methode steht und fällt die Qualität der MRT mit einer mehrjährigen Aus- und Weiterbildung und einer intensiven kontinuierlichen Auseinandersetzung mit diesem Verfahren. Dabei ist die enge Verflechtung von eingehenden Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten sowohl in der Computertomographie als auch in der Magnetresonanztomographie zu betonen, die eine fach- und fallgerechte Indikationsstellung, eine optimale Durchführung und eine korrekte differentialdiagnostische Befundung im Kontext anderer bildgebender Verfahren ermöglicht. Dies setzt voraus, daß der Radiologe Zugriff zu allen ihm nach der Gebietsbeschreibung zugewiesenen diagnostischen Verfahren hat. Nur dies ermöglicht ihm im Rahmen der Patientenversorgung die freie, sich allein an fachlichen und strahlenhygienischen Gesichtspunkten orientierende Wahl des jeweils aussagekräftigsten Verfahrens.

Ökonomische Aspekte

Ökonomisch ist der Stellenwert der MRT in Praxis und Klinik deutlich gestiegen. Wettbewerbsfähige, mittelgroße Praxen mit MRT (oft auch betrieben in Kooperation mit Krankenhäusern) verzeichnen inzwischen einen Anteil am Untersuchungsvolumen von bis zu 50%. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die immer noch sehr hohen Anschaffungskosten eine optimale Auslastung der Geräte – teilweise im Schichtbetrieb – voraussetzen. Die Auslastung würde zwangsläufig sinken, wenn andere Fä-

cher Zugang zu dieser Methode erhalten, selbst Geräte betreiben und bevorzugt einfache MR-Untersuchungen erbringen. Dem Radiologen als überweisungsabhängigem Leistungserbringer verblieben dann überwiegend aufwendige und schwierige Untersuchungen, die sich kaum wirtschaftlich rechnen, zumal er in ein High-end-Gerät investieren müßte, um alle Anforderungen abzudecken zu können. Die auf dem Markt befindlichen Low-end-Geräte (u.a. Teilkörpergeräte), die nicht auf den Radiologen als Nutzer abzielen, erfordern einen weitaus geringeren Kapitaleinsatz und amortisieren sich dementsprechend schneller.

Da nicht zu erwarten ist, daß in naher Zukunft mehr Finanzmittel für das Gesundheitswesen zur Verfügung stehen, wird es unter Qualitäts- und Kostengesichtspunkten mehr denn je darauf ankommen, Großgeräte auf das dafür vorgesehene Fachgebiet zu konzentrieren. Andernfalls wird die Magnetresonanztomographie dem zuständigen Fachgebiet aus vordergründigen und kurzfristigen wirtschaftlichen Interessen anderer nicht nur entzogen, sondern ein Qualitätsverlust und eine unkontrollierte Mengenausweitung von Leistungen mit fraglicher Indikation sind gleichsam vorprogrammiert. Dies kann nicht im Interesse einer unterschiedslos nach hohen Standards durchgeführten ärztlichen Versorgung liegen.

Berufspolitische Aspekte

Mit der Entwicklung der Magnetresonanztomographie hat sich die Bedeutung der verschiedenen bildgebenden Verfahren in der Radiologie und Nuklearmedizin grundlegend gewandelt und die Frage des substitutiven Einsatzes der MRT ist ständig neu zu stellen. Ohne Magnetresonanztomographie ist eine aussagefähige Diagnostik für viele Erkrankungen nicht mehr zu leisten. Der Stellenwert des Verfahrens wird in den nächsten Jahren zu Lasten traditioneller radiologischer Verfahren weiter zunehmen. Der Bedeutung dieser Entwicklung wurde bei der Novellierung der WBO Rechnung getragen. Die Magnetresonanztomographie ist seitdem integraler und essentieller Bestandteil der Diagnostischen Radiologie. Daran zu rütteln hieße nicht nur, Qualitätsein-

Brennpunkt

bußen bewußt in Kauf zu nehmen, sondern das Fach als solches dadurch in Frage zu stellen, daß man ihm die wirtschaftliche Grundlage entzieht.

Befürworter einer Öffnung der MRT für andere nicht-radiologische Fachgebiete argumentieren, daß sich die Fachgebietsabgrenzung allein aus der Gebietsdefinition der Weiterbildungsordnung ableitet und daß die Festlegungen zum Inhalt und Ziel der Weiterbildung für diese Frage ohne Belang seien. Nach dieser Interpretation wäre für andere Fächer der Zugriff auf die MRT immer dann möglich, wenn die „Erkennung von Krankheiten“ als gebietskonform beschrieben sei. Diese Auslegung würde allerdings den Facharztbeschuß des Bundesverfassungsgerichtes vom 9.5.1972 (BVerfGE 33,125) tangieren, nach dem ärztliche Gebiete so gebildet und gegenüber anderen abgegrenzt sein müssen, daß sie den jeweiligen Ärzten eine existentielle Lebensgrundlage bieten. Dies wäre für den Radiologen bei einer Öffnung der MRT für andere Fachgebiete nicht mehr gewährleistet.

Entscheidend verschärft wird die Situation durch das Prinzip der Teilgebietsradiologie in Deutschland, das im Widerspruch zur Praxis in den europäischen Nachbarstaaten steht, und durch die Tatsache, daß der Radiologe überweisungsabhängig ist. Nationale und internationale Untersuchungen belegen deutlich die unterschiedliche Häufigkeit angeordneter radiologischer Untersuchungen in Abhängigkeit davon, ob der Veranlasser über die Methode selbst verfügt und somit unmittelbare wirtschaftliche Vorteile erlangt oder ob er die Leistung einem Kollegen zuweist.

Bei Öffnung der Magnetresonanztomographie für andere Gebiete wird deshalb insgesamt der Anteil des bereitzustellenden Honorars für diese Untersuchungen drastisch ansteigen, wie andere Beispiele (Osteoporosediagnostik, Sonographie) belegen.

Im Rahmen der muskuloskelettalen Diagnostik stehen „Kleinstgeräte“ zur Verfügung, deren Anschaffungskosten sich nur auf ein Drittel der üblichen Hochfeldgeräte belaufen. Der unqualifizierte Einsatz solcher Geräte aus ausschließlich finanziellen Gründen ist absehbar und in einzelnen Fällen schon zu

belegen. Die Entwicklung der vergangenen Jahre auf dem Gebiet der Sonographie zeigt, welches Ausmaß solche Fehlentwicklungen nehmen können: Ultraschalluntersuchungen werden z.B. zu 97% von Nichtradiologen und nur zu 3% von Radiologen durchgeführt. Die pro Jahr abgerechneten Untersuchungen belaufen sich auf ca. 1,4 Milliarden Mark, weit mehr als CT und MRT zu-

Schlußfolgerungen

Aus der vorgelegten Dokumentation sind für die **Sonographie, Röntgendiagnostik und Magnetresonanztomographie** unterschiedliche Schlußfolgerungen zu ziehen:

Sonographie: Radiologen fertigen nur 3% der gesamten Ultraschalluntersuchungen an. Es besteht kaum die Möglichkeit, derzeit diesen Zustand zu korrigieren. Es müssen jedoch heute – projiziert auf das nächste Jahrzehnt – Entwicklungen vorbereitet werden, die in den nächsten Jahren die Sonographie strengsten Ausbildungs- und Qualitätskriterien zu unterwerfen.

Röntgendiagnostik: Auf dem röntgendiagnostischen Sektor erbringen Radiologen 21 und Nichtradiologen 79% der Leistungen. Auch hier ist in verschiedenen Sektoren ohne einschneidende gesetzliche Maßnahmen kaum eine rasche Änderung in der BRD zu erzielen. Durch eine zunehmend kostspieligere Technik, schärfere Bestimmungen in der Weiterbildungsordnung und Qualitätskontrollen in der Krankenversorgung sowie eine Änderung der Versorgungskonzepte (vernetzte Strukturen) wird allerdings im nächsten Jahrzehnt ein Rückgang der von Nicht-Radiologen erbrachten Röntgenleistungen zu erwarten sein.

Magnetresonanztomographie: Ganz anders stellt sich die Situation in der Magnetresonanztomographie dar. Derzeit wird nur ein kleiner Teil der MR-Untersuchungen von Nichtradiologen selbständig durchgeführt. Bei Öffnung der MRT für nicht-radiologische Fachgebiete ist durch Selbstzuweisung eine Fehlentwicklung vergleichbar der Sonographie, der Osteo-

densitometrie und der Skelettradiologie zu befürchten.

Seit Einführung der Weiterbildungsordnung 1992 durch den Deutschen Ärztetag war es einhellige Meinung der ärztlichen Selbstverwaltung sowie der Aufsichtsbehörden, daß die Diagnostische Radiologie einschließlich ihrer Schwerpunkte Neuroradiologie und Kinderradiologie ausschließlich für die Durchführung der MRT zuständig ist. Es ist damit zu rechnen, daß die Hersteller sich sehr rasch am Markt orientieren und vermehrt qualitativ einwandfreie Kleingeräte für einzelne Organe produzieren. Es kann kein Zweifel daran bestehen, daß sowohl die leichtere Verfügbarkeit einer Technik als auch der Zwang zur Amortisation dazu verleiten, die Indikation zu einer entsprechenden Untersuchung großzügiger zu stellen, als dies aus medizinischer Sicht sinnvoll und notwendig ist. In dem Moment, wo wirtschaftliche Interessen zwischen Radiologen und Nicht-Radiologen klar getrennt sind, besteht die größte Chance, daß sich die Anzahl der radiologischen Leistungen in der Nähe des medizinisch notwendigen Levels einpendelt.

Die Patientenversorgung ist derzeit durch die bei Radiologen vorhandenen Geräte gesichert. Sie sind bereit, sich auch künftig den Qualitätsanforderungen an die Bildgebung zu stellen, wie sie von der wissenschaftlichen Gesellschaft der Radiologie definiert werden. Radiologen werden wie bisher das Wirtschaftlichkeitsgebot der GKV berücksichtigen und zur Grundlage ihrer ärztlichen Tätigkeit machen, wie es durch die Beschränkung ihres Faches auf Überweisung vorgegeben ist.

G. Kauffmann, Heidelberg

Dieses Buch denkt mit:



Ihren Einstieg bestimmen Sie selbst:

- Verschiedene Einstiegs- und Orientierungsebenen
- Schritt für Schritt zu Diagnose (z. B. ausgehend vom Befundmuster, vom klinischen Bild, von der Verdachtsdiagnose)

Besonders hilfreich:

- Direkte Gegenüberstellung mehrerer ähnlicher Befunde zum optimalen Herausarbeiten der differentialdiagnostischen Kriterien.



BESTELLSCHHEIN



JA, ich bestelle zur Ansicht:

1997. 400 S., 621 Abb.,
DM 298,-
ISBN 3 13 109081 2

Sehen Sie sich die Musterseiten an:
www.thieme.de

Bestellcoupon gleich ausfüllen – abschneiden – senden an Ihre Buchhandlung oder an den Georg Thieme Verlag, Leser-Service, Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart oder fix per Fax: 07 11/ 89 31-133. Lieferung und Berechnung erfolgen über eine Buchhandlung.

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Facharztbezeichnung _____

Telefon/Fax _____

Bitte ankreuzen:
 Anschrift: privat dienstlich
 Tätigkeitsort: Klinik Praxis

X Datum/Unterschrift _____

Telefonbestellung:
07 11/ 89 31-333

Faxbestellung:
07 11/ 89 31-133

e e-mail Bestellung:
Leser.service@thieme.de

Klicken Sie sich ein:
www.thieme.de

Y 1AR
TBZ



Eckpunkte der Gesundheitsreform 2000

Die Bundestagsfraktionen von SPD und Grünen haben Anfang März diesen Jahres ein Eckpunktepapier zur Gesundheits-Reform 2000 vorgelegt, mit dessen Umsetzung folgende Ziele erreicht werden sollen:

- Die Sicherung einer zweckmäßigen, ausreichenden, wirtschaftlichen und das Maß des Notwendigen nicht übersteigenden Gesundheitsversorgung innerhalb des solidarischen Krankenversicherungssystems,
- ein Gesundheitssystem, das die Selbstbestimmungsansprüche der Patientinnen und Patienten achtet, ihre Eigenkompetenz stärkt und ihnen systembedingte Doppel- und Mehrfachuntersuchungen erspart,
- einen wirksamen, an Qualität und Wirtschaftlichkeit ausgerichteten Einsatz der Finanzmittel und eine dauerhafte Stabilisierung der Beitragssätze.

Zur Erreichung eines effizienteren und qualitätsorientierten Gesundheitssystems werden zahlreiche Reformpunkte benannt, die im Falle einer systemgerechten Umsetzung teilweise durchaus den Interessen der Fachgruppe der Radiologen entgegenkommen. Dies sind

u.a. die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung sowie die beabsichtigte Stärkung der ärztlichen Selbstverwaltung. Dagegen birgt die beabsichtigte Einführung eines sektorübergreifenden Globalbudgets, ähnlich wie die Einführung der Budgetierung durch das Gesundheitsstrukturgesetz 1992, erhebliche wirtschaftliche Gefahren für die auf Überweisung tätigen Fachgruppen, wie die Radiologen.

Das Bundessozialgericht (BSG) hat die Schutzwürdigkeit der Fachgruppe der Radiologen im Rahmen der vertragsärztlichen Honorarverteilung z. Z. der Budgetierung erst jüngst durch ein Urteil vom 9. September 1998 (Az.: B 6 KA 55/97) bestätigt und festgestellt, daß Radiologen als überweisungsabhängige Fachgruppe keinen nennenswerten Einfluß auf das Mengenwachstum radiologischer Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung haben und insoweit von einer entsprechenden Mengenausweitung und einen damit verbundenen Punktwertabfall besonders betroffen sind.

Zu der von der Koalition beabsichtigten Gesundheitsreform 2000 fand am 24.

Februar 1999 bei der gesundheitspolitischen Sprecherin der SPD, Frau G. Schaich-Walch MdB, ein Gespräch mit Vertretern des BDR und der DRG statt, in dem die Vorstellungen der Radiologen zur Gesundheitsreform mitgeteilt wurden. Im Anschluß an die Besprechung haben wir unsere Ziele in einem zwischen DRG und BDR abgestimmten Schreiben durch den Vorsitzenden des BDR, Herrn Dr. Jürgen Fischer, Coesfeld, mitgeteilt. Dieses Schreiben vom 4. März 1999, welches konkrete Vorschläge zur Verbesserung der Kooperation im Großgerätebereich, einer verbesserten Verzahnung in der ambulanten und stationären Versorgung, zu Praxiskooperationen und zur Begrenzung von medizinisch nicht begründeten Leistungsausweitungen enthält, haben wir im folgenden aufgrund seiner Bedeutung abgedruckt. Des weiteren hat sich unser Justitiar, Herr Dr. Peter Wigge, in einem Leserbrief an die Süddeutsche Zeitung vom 15. März 1999 zu den voraussichtlichen Problemen der Radiologie unter einem Globalbudget geäußert. Wir drucken den Leserbrief von Herrn Dr. Wigge ebenfalls im Folgenden ab (S. M 90).

G. Kauffmann, Heidelberg

Gesundheitsstrukturreform 2000

Schreiben des Vorsitzenden des BDR, Dr. J. Fischer, an Frau G. Schaich-Walch MdB vom 4.3.99

Sehr verehrte Frau Schaich-Walch, für den freundlichen Empfang und das offene Gespräch in Ihrem Hause dürfen wir uns bei Ihnen und Frau Mickley im Namen aller Teilnehmer, insbesondere auch im Namen von Herrn Prof. Mödder (DRG), herzlich bedanken.

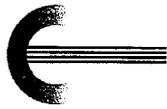
Als wesentliches Ergebnis dieser Besprechung dürfen wir festhalten, daß wir in den zentralen Punkten mit der von Ihnen geplanten Gesundheitsstrukturreform 2000 übereinstimmen und Ihnen bei der Durchsetzung dieser Reform unsere Unterstützung anbieten.

Das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz und die Eckpunkte zur Gesundheitsreform 2000 enthalten als zentrale Reformpunkte die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung sowie die Verbesserung der gemeinsamen Nutzung von Medizintechnik von niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten als Ziele. Sie haben deutlich gemacht, daß sie diese Ziele ausschließlich über die Grundlohnsummensteigerung

finanzieren wollen. Im Großgerätebereich soll der Bedarf geregelt werden, jedoch wird an eine Rückkehr zur früheren Großgeräteplanung nicht mehr gedacht.

BDR und DRG möchten Ihnen daher mit Unterstützung unserer Juristen ein Konzept für die Radiologie und eventuell auch für die sonstigen methodendefinierten Fächer wie Pathologie, Labormedizin, Strahlentherapie und Nuklearmedizin vorstellen, welches aus unserer Sicht diesen Zielen gerecht wird, auf Planungsinstrumente weitgehend verzichten und Einsparungen im System herbeiführen kann.

Die Situation der niedergelassenen und der im Krankenhaus tätigen Radiologen ist vielfach durch künstliche Gegensätze gekennzeichnet, da die vom Gesetzgeber verordnete restriktive Trennung der beiden Versorgungsbereiche ein Miteinander verhindert und einen ungesunden Wettbewerb auch im Investitionsbereich fördert. Hierdurch werden beispielsweise radiologische Geräte sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor vorgehalten, finanziert und betrieben, um im Wettbewerb mitzuhalten. Dies ist absolut kontraproduktiv in einem derart investitionsintensiven Bereich, dessen Wirtschaftlichkeit mit einer optimalen - d.h. in der Regel möglichst leerzeitenfreien - Nutzung steht und fällt!



Zur Verbesserung dieser Situation und zur Ermöglichung einer echten Koordination und Kooperation im Großgerätebereich zwischen beiden Versorgungsbereichen erscheinen uns folgende gesetzliche Änderungen dringend notwendig.

Kooperationsverpflichtung

Seit dem Wegfall der sog. Großgeräteplanung durch das 2. GKV-NOG von 1997 ist auch die Kooperationsverpflichtung des § 122 Abs. 4 S. 4 a. F. weggefallen. Diese war aufgrund des Urteils vom 14. Mai 1992 (6 RKA 41/91) eingeführt worden, weil das BSG im Hinblick auf Art. 12 GG beanstandet hatte, daß Nicht-Standortinhaber von der Großgerätenutzung ausgeschlossen wurden. Allerdings hat sich die Umsetzung dieser Vorschrift durch den Großgeräteausschuß in dieser Form als unpraktikabel erwiesen. Ausgesprochene Verpflichtungen konnten aus den unterschiedlichsten Gründen nicht umgesetzt werden, weil sie von den Betreibern mit den vielfältigsten Gründen unterlaufen wurden.

In Kenntnis dieser praktischen Erfahrungen müßten daher vom Gesetzgeber die Mitnutzungen stringenter vorgegeben und zugleich ein an den Sachgegebenheiten orientierter Vollzug gewährleistet werden, um die beschriebenen Doppelinvestitionen und -strukturen im Großgerätebereich zurückzuführen und Kooperationen zu ermöglichen. Hierzu gehören unverzichtbar auch Anhörungs- und Mitwirkungsrechte der Betroffenen und der Sachverständigen der Verbände, nicht zuletzt an deren Nichtberücksichtigung scheiterte nach unserer Ansicht die alte Großgeräteplanung.

Auflösung der Versorgungsgrenzen für bestimmte Leistungsbereiche

Die in den Eckpunkten des Gesetzentwurfes beschriebene Möglichkeit für Krankenhausärzte, an der ambulanten Versorgung teilzunehmen, sowie umgekehrt niedergelassenen Vertragsärzten die Möglichkeit zur kurz-stationären Behandlung zu geben, scheidet derzeit an den Regelungen des geltenden Vertragsrechtes. Die im KHNG 1997 im Entwurf vorgesehenen Praxiskliniken können, insbesondere im Bereich der Radiologie, keine Alternative sein, da sie nur eine temporär begrenzte Tätigkeit im Krankenhaus und umgekehrt ermöglichen. Die konkrete Umsetzung der Mitnutzungsmöglichkeit könnte dem Zulassungsausschuß institutionell zur Regelung übertragen werden.

Die Zusammenarbeit von niedergelassenen und im Krankenhaus tätigen Radiologen kann nach der geltenden Rechtslage ausschließlich durch die sog. Niederlassung am Krankenhaus erfolgen, wobei nach der Entscheidung des BSG von 1995 (AZ: 6 RKA 24 und 25/95) eine strikte sachliche, räumliche und personelle Trennung zwischen Praxis und Krankenhaus zu erfolgen hat. Die Kassenärztlichen Vereinigungen lassen sich im Falle einer Niederlassung eines Radiologen im Krankenhaus diese Trennung ausdrücklich schriftlich zusichern.

Dagegen ist die aus unserer Sicht wünschenswerte Kooperation beider Versorgungsbereiche durch eine gemeinsame Tätigkeit von niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten in beiden Versorgungsbereichen nach derzeit geltendem Recht nicht möglich. Das BSG hat bereits in der genannten Entscheidung festgestellt, daß die faktische Wahrnehmung der Tätigkeit eines Krankenhausarztes durch einen zur ver-

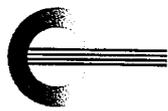
tragsärztlichen Versorgung zugelassenen Arzt, die nicht in den dafür zulassungsrechtlich vorgesehenen Formen, wie der belegärztlichen Tätigkeit, vorgenommen wird, mit § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV unvereinbar ist. Nach dieser Vorschrift ist ein Arzt für die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit nicht geeignet, der eine ärztliche Tätigkeit ausübt, die ihrem Wesen nach mit der Tätigkeit des Vertragsarztes nicht zu vereinbaren ist. Hierzu gehört nach Auffassung des BSG eben auch insbesondere eine stationäre Tätigkeit. Daraus folgt umgekehrt, daß ein im Krankenhaus angestellter Arzt ausschließlich ermächtigt und nicht zugelassen werden kann.

Das BSG hat in einer jüngeren Entscheidung von 1997 hiervon Ausnahmen für ärztliche Fachgruppen zugelassen, die nicht unmittelbar in die Versorgung der Patienten einbezogen sind (vgl. BSG-Urteil v. 5.11.97, AZ: 6 RKA 52/97). In dem hier zu entscheidenden Fall eines Pathologen war das BSG der Auffassung, daß dieser sowohl stationär als auch ambulant tätig sein könne, da Pathologen auf Überweisung und nicht unmittelbar patientenbezogen tätig werden. Aufgrund der vorhergehenden Entscheidung des BSG ist die Anwendbarkeit dieser Rechtsprechung jedoch auf Radiologen vermutlich nicht möglich, da diese zwar ähnlich wie Pathologen auf Überweisung in Anspruch genommen, jedoch patientenbezogen tätig werden.

Insoweit ist eine Änderung der Bestimmungen in § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV für Radiologen erforderlich, um eine Durchbrechung der Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sicher zu ermöglichen. Das gleiche gilt für die aus Sicht der Radiologie einengende Vorschrift des § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV, die ohne Not die Zusammenarbeit von ermächtigten Krankenhausärzten und Niedergelassenen als Leistungseinheit erschwert. Im Sinne der ernstgemeinten Verzahnung wäre eine - inhaltlich evtl. neuformierte - Gemeinschafts-„Praxis“ wünschenswert, für die ggf. Modellvorhaben vorzusehen sind. In einem solchen „Versorgungssitz“ könnte bereichsübergreifend wirksam eine kontinuierliche wirtschaftliche Sicherstellung gewährleistet werden.

Erweiterung der qualifizierten Ermächtigung für definierte Spezialleistungen

Aufgrund der in § 116 SGB V festgeschriebenen Subsidiarität und Bedarfsprüfung im Verhältnis zu den niedergelassenen Kollegen werden Ermächtigungen von qualifizierten und seit Jahren tätigen Krankenhausradiologen zurückgenommen bzw. hinsichtlich des Umfangs stark eingeschränkt. Die §§ 31, 31a Ärzte-ZV sehen auf gesetzlicher Grundlage Ermächtigungen ausschließlich im Falle eines quantitativen und qualitativen Bedarfs vor. Dabei erweckt das Merkmal des qualitativen Bedarfs den Eindruck, als könnten besondere Versorgungsangebote grundsätzlich eine Ermächtigung von Krankenhausärzten begründen. Dies ist angesichts der Rechtsprechung des BSG nicht der Fall. Die niedergelassenen Vertragsärzte genügen nämlich aufgrund ihres Aus- und Weiterbildungsstandes regelmäßig dem Versorgungsanspruch auch in qualitativer Hinsicht (sog. formale Betrachtungsweise), vgl. insbes. Urteil vom 6.6.1984, AZ 6 RKA 7/83. Deshalb spielen in der Regel qualitative Unterschiede - sei es in der persönlichen Qualifikation oder der medizintechnischen Ausstattung - im Ermächtigungsverfahren keine Rolle. Eine besondere Qualifikation des Krankenhausarztes ist also



ausnahmsweise nur dann ausschlaggebend, wenn sie zur ausreichenden ambulanten ärztlichen Versorgung benötigt wird, sie sich in einem besonderen Leistungsspektrum niederschlägt und dieses von den niedergelassenen Vertragsärzten nicht oder nicht ausreichend angeboten wird (vgl. insbes. BSG Urteil vom 16.10.1991, AZ 6 RKa 37/90).

Eine Erweiterung des Begriffs des qualifizierten Bedarfs könnte für besonders spezialisierte Radiologen, z.B. auf dem Gebiet der interventionellen Verfahren, der Neuroradiologie und der Kinderradiologie, die Möglichkeit für eine Ermächtigung für entsprechend definierte Spezialbestimmungen schaffen. Dies ist um so eher möglich, wenn diese Tätigkeiten in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Kollegen ausgeübt werden und dadurch auch die kontinuierliche Sicherstellung gewährleistet ist (vgl. o. Ziff. 2). Wenn eine Zusammenarbeit mit gegenseitiger Gerätenutzung einhergeht, steht dieser bisher noch das Steuerrecht entgegen. Während die Nutzungsüberlassung von (ausschließlich) Großgeräten durch Krankenhäuser an niedergelassene Ärzte umsatzsteuerbefreit ist, gilt dies im umgekehrten Falle und für andere Geräte bisher nicht. Die Frage der Gewerbesteuerpflicht wäre zu klären. Diese Hemmnisse sind im Zeichen einer wirksamen und wirtschaftlich effizienten Verzahnung zu beseitigen.

Praxisübergreifende Kooperation

Die gemeinsame Nutzung von radiologischen Großgeräten – auch unter Einbeziehung der Teleradiologie – kann über wirksame und praxiskonforme Kooperationsformen hinaus dadurch gefördert werden, daß praxisübergreifende Kooperationen niedergelassener Radiologen geschaffen werden. Derzeit erschweren oder verhindern, wie Herr Prof. Azzola in unserem Gespräch zutreffend ausgeführt hat, Rechtsvorschriften aus den verschiedensten Bereichen eine gesellschaftsrechtliche Verbindung ärztlicher Niederlassungen an verschiedenen Standorten. Insoweit ist die Sachlage ähnlich wie in der Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Bereich (s. o. Ziff. 2). So verbietet § 18 Abs. 1 der Musterberufsordnung der Deutschen Ärzte (MBO-Ä) dem Arzt ausdrücklich, an mehreren Stellen Sprechstunden abzuhalten. Im Vertragsarztrecht beschränkt § 24 Ärzte-ZV die Zulassung auf den Ort der Niederlassung. Folglich würde eine überörtliche Gemeinschaftspraxis gegen diese Bestimmungen verstoßen und wäre nach § 33 Ärzte-ZV nicht genehmigungsfähig.

Ein überörtlicher Zusammenschluß von niedergelassenen Radiologen an mehreren Standorten würde jedoch die gemeinsame Nutzung besonders kostenintensiver bildgebender Verfahren erleichtern und Kosten senken, da auch hier Doppelinvestitionen und Doppelstrukturen verhindert bzw. aufgelöst werden könnten. Dem Erfordernis der persönlichen Leistungserbringung könnte dadurch Rechnung getragen werden, daß mindestens ein Mitglied eines Praxissitzes die entsprechende fachliche Qualifikation vorzuhalten hat. Die Tatsache, daß eine derartige über den Praxissitz hinausgehende kooperative Zusammenarbeit im apparativen Bereich von den Vertragspartnern als sinnvoll erachtet wird, zeigt die Vorschrift in § 15 Abs. 3 BMV-Ä, der einen gerätebezogenen Zusammenschluß unter Außerachtlassung des Grundsatzes der persönlichen Leistungserbringung erlaubt, soweit die Qualifikationsvoraussetzungen von allen Gemeinschaftspartnern erfüllt werden. Die Vorschrift erlaubt allerdings nicht eine ge-

meinsame Abrechnung, wie sie für eine überörtliche Gemeinschaftspraxis erforderlich wäre. Modellhaft ist eine praxisübergreifende Kooperation von Ärzten bereits im Abschnitt D II Nr. 11 der MBO-Ä, dem sog. Praxisverbund, vorgesehen. Hier dient der Zusammenschluß einem gemeinsamen Versorgungsziel im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung der GKV-Versicherten aufgrund von Modellvorhaben. Dieser Modellgedanke könnte für den Bereich der Radiologie und den anderen methodendefinierten medizinischen Fachgebieten generell mit einer entsprechenden Regelung in der Zulassungsverordnung erweitert werden.

Bei entsprechender Gesetzesänderung dürften sich auch die steuerlichen Fragen klären. Bisher stehen solchen Kooperationsformen nämlich die Gefahr der Umsatz- und Gewerbesteuerpflicht entgegen.

Beteiligungsverbot

Das Interesse anderer nicht-radiologischer Fachgruppen an der Durchführung bzw. Partizipation an radiologischen Leistungen hat sich in der letzten Zeit durch sog. Beteiligungsmodelle an radiologischen Praxen oder den Geräten deutlich verstärkt. Diese Beteiligungsmodelle haben oftmals das Ziel, verdeckte Zuweisungen gegen Entgelt und damit Unwirtschaftlichkeiten im System zu fördern. Daher wird schon jetzt die Beteiligung eines "Praxisfremden" als sachwidrig angesehen.

Hier könnte analog der Regelung in § 8 Apothekengesetz (ApG) ein Fremdbesitz- und Beteiligungsverbot an einer fremden Apotheke oder Gemeinschaftspraxis in das SGB V oder die Ärzte-ZV aufgenommen werden. Nach § 8 S. 2 ApG sind Beteiligungen an einer Apotheke in Form einer stillen Gesellschaft unzulässig, gleiches gilt für Vereinbarungen, bei denen die Vergütung für den Erlaubnisinhaber gewährte Darlehen und sonstige überlassenen Vermögenswerte am Umsatz oder am Gewinn der Apotheke ausgerichtet ist, insbesondere auch für Umsatz oder Gewinn ausgerichtete Mietverträge. Im Apothekenwesen werden unter Fremdbesitz jene Fälle verstanden, in denen Inhaber oder Beteiligter an einer Apotheke ein Nicht-Apotheker ist. Ein derartiges Beteiligungsverbot an Praxen zuweisungsgebundener Ärzte würde Umgehungstatbeständen vorgreifen und diese Kollegen von wirtschaftlichen Einflüssen Dritter freimachen. Wir plädieren deshalb dafür, in Analogie zu § 8 ApG die Beteiligung Dritter an den Praxen zuweisungsgebundener Ärzte gesetzlich zu untersagen.

Medizinisch nicht begründete Leistungsausweitungen und Mengengrenzungen

In den europäischen Nachbarstaaten ist das Problem der Teilradiologie unbekannt. Bei uns hingegen sind neben 1800 niedergelassenen Vollradiologen ca. 12000 Teilradiologen tätig. Sie halten Röntgen-, Mammographie- und Ultraschallgeräte vor und bestimmen ihre Leistungsmengen selbst. Diese Fehlentwicklung bedarf der dringenden Korrektur. Sie ist, wie in den meisten Fällen, wohl nur durch monetäre Disziplin oder den Wegfall eines Anreizes zu regeln. In jedem Fall sind diese zu einem großen Teil unnötigen Untersuchungen nicht nur unsinnig und teuer, sondern auch wegen der Strahlenbelastung für die Gesundheit der Patienten schädlich.



Aufgrund der fachkundlichen Voraussetzungen sind die Schnittbildleistungen (Computertomographie und Kernspintomographie) eine Domäne der Voll-Radiologen, die als überweisungsabhängige Leistungserbringer keine Selbstindikation verursachen können. Radiologen arbeiten ausschließlich im Auftrag der überweisenden Ärzte.

In jüngster Zeit – seit Wegfall der Großgerätebedarfsplanung – haben sich bei den Teilradiologen massive Begehrlichkeiten entwickelt, den Zugang zu diesen Methoden über eine „verkürzte Fachkunde“ zu erhalten. Da die Radiologen als Minderheit sich gegen den Druck der anderen Fachgruppen (Teilradiologen) kaum wehren können, ist zu befürchten, daß die Teilradiologen sich durchsetzen und auch diese Felder (CT und MRT) an sich ziehen. Die unkontrollierte Mengenausweitung wäre dann auch in diesen Leistungsbereichen vorprogrammiert. Eine damit zusammenhängende Abrechnungserlaubnis für die Teilradiologen würde einer Minderqualifikation im wirtschaftlichen Bereich den Vorrang geben und den fachlichen Ruin der Vollradiologen nach sich ziehen. Dabei ist uns bewußt, daß wir schon heute CT- und MRT-Leistungen

um ca. 25% bis 30% der überwiesenen Leistungen reduzieren könnten, wenn die Überweiser angehalten würden, behutsamer und fachlich kompetenter diese teuren Leistungen zu verordnen. Ein wirksames Mengenbegrenzungskonzept haben die Radiologen den KVen bereits vorgestellt. Es ist geeignet, die Leistungen auf das medizinisch notwendige Maß zurückzuführen.

Da die diagnostischen Fächer insgesamt gesehen jedoch wenig Einfluß innerhalb der Selbstverwaltung haben, wäre es sinnvoll, analog zu den Hausärzten den methodendefinierten Fächern (im wesentlichen diagnostische Fächer) ein gezieltes Budget zu gewähren, das sie in Eigenverantwortung und nicht fremdbestimmt durch Mehrheiten der Vertreterversammlung verteilen sollten. Die hier dargestellten Gedanken sollten hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit auf einer von Ihnen vorzuschlagenden Arbeitsebene ausdiskutiert werden, damit daraus praktische Umsetzungen abgeleitet werden könnten. Gerne sind wir bereit, dabei mitzuarbeiten und hierzu entsprechende weitere Detailvorschläge zu unterbreiten.

Dr. Jürgen Fischer, Coesfeld

Leserbrief: „Ärztliche Selbstverwaltung auf dem Prüfstand“

aus der Süddeutschen Zeitung vom 15.3.1999: Zum Leitartikel „Entmachtung der Ärzte“ / SZ vom 4. März und „Kommt der englische Patient?“ / SZ vom 20./21. Februar

Geht es im Rahmen der Gesundheitsreform auch um eine Neudefinition der vertragsärztlichen Selbstverwaltung, so ist dies grundsätzlich zu begrüßen, jedoch sollte dabei keine Abkehr von den tragenden Prinzipien vollzogen werden. Den Kassenärztlichen Vereinigungen obliegt der sogenannte Sicherstellungsauftrag gegenüber den Krankenkassen insoweit, als sie für eine ausreichende Vorhaltung der im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) vorgesehenen Leistungen für die Versicherten durch niedergelassene Vertragsärzte und nun auch Psychotherapeuten Sorge zu tragen haben. Dagegen sind die Durchführung der Bedarfsplanung sowie die Vereinbarung der Gesamtvergütungen auch bisher Teil der sogenannten gemeinsamen Selbstverwaltung, d. h. Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassenverbände erfüllen diese Aufgaben gleichberechtigt und gemeinsam. Ein Ausscheren aus diesem System auch lediglich zugunsten von Modellvorhaben durch eine partielle oder sogar sukzessive Einführung eines Einkaufsmodells, welches den direkten Vertragsabschluß zwischen Ärzten und Krankenkassen ermöglicht, ist nicht empfehlenswert, da es das vorhandene Tarifgefüge zerstören würde.

Das System der Kollektivverträge mit Zwangsschlichtung hat ähnlich wie im Arbeitsrecht eine bewährte Tradition. Es trägt keine Einzelabschlüsse, da es die Verhandlungsmacht der gesamten Ärzteschaft schwächen würde. Dies lehrt ein heilsamer Blick zurück zu den Anfängen der Reichsversicherungsordnung, die geprägt waren von Ärztestreiks und Kassenverweigerung soweit zu den heute noch einzelvertraglich eingebundenen Leistungserbringern wie Pflegekräften und Heil- und Hilfsmittelerbringern. Auch dürfte das Kartellrecht diesem Vorhaben aufgrund der Marktmacht der Krankenkassen sehr schnell einen Riegel vorschieben. Andererseits steht die „ärztliche Selbstverwaltung“ in den Kassenärztlichen Vereinigungen

auf dem Prüfstand. Die Einführung der durch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 zeitlich befristeten Budgetierung der Gesamtvergütungen hat deutlich gemacht, daß einzelne KVen mit ihrem autonomen Recht einer sachgerechten Honorarverteilung überfordert waren. In Zeiten, in denen Obergrenzen für Erhöhungen der Gesamtvergütungen bestehen, haben die KVen die Pflicht zur Schaffung von Verteilungsregelungen, die die Interessen aller Fachgruppen auf Erhalt einer angemessenen Vergütung sachgerecht regeln. Dies bedeutet auch, daß Minderheitenrechte beachtet werden und Korrekturen der Honorarverteilung zugunsten der Fachgruppen stattfinden, die aufgrund ihrer Überweisungstätigkeit keine Mitverantwortung für eine Mengenausweitung und einem darauf beruhenden Punktwertabfall tragen. Während der durch das Gesundheitsstrukturgesetz eingeführten Budgetierung hat es jedoch, wie es das Bundessozialgericht ausdrückt, sachlich ungerechtfertigte Punktwertbenachteiligungen in vielen KV-Bereichen zu Lasten einzelner Fachgruppen gegeben.

Durch die Einführung eines Globalbudgets, wie es das Solidaritätsstärkungsgesetz jetzt für alle Bereiche der GKV vorsieht, droht erneut die Gefahr einer von Gruppeninteressen dominierten und geprägten Honorarverteilung zu Lasten kleinerer Arztgruppen. Dem muß, wie es das Bundesverfassungsgericht in seinem Facharztbeschuß gefordert hat, durch Schaffung von mehr innerer Demokratie in den KVen und/oder Beteiligung Dritter am Entscheidungsprozeß der Honorarverteilung begegnet werden.

Die einvernehmliche Verteilung der Gesamtvergütung unter den Vertragsärzten durch KVen und Krankenkassen ist deshalb ein Schritt zur Schaffung von mehr Honorargerechtigkeit. Nicht „Entmachtung“, sondern „Demokratisierung“ der KVen muß deshalb das Ziel der Politik zum Nutzen aller Ärzte sein.

Dr. Peter Wigge, Justitiar der DRG



Entwurf einer Approbationsordnung für Ärzte – ohne das Fach der Radiologie?

Der noch vom Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer vorgelegte Entwurf einer Neufassung der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO), die bereits nach Zustimmung des Bundeskabinetts am Bundesrat zugeleitet worden ist (BR-drs. 1040/97), regelt u.a. die Voraussetzungen für die Zulassung zum 2. Abschnitt der ärztlichen Prüfung neu. Nach § 27 Abs. 1 des Entwurfs der neuen ÄAppO wird zum 2. Abschnitt der ärztlichen Prüfung zugelassen, wer die erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in den dort genannten Fächern und Querschnittsbereichen nachweist.

Während in der Regelung sämtliche Fachgebiete entsprechend der Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern dort enthalten sind, ist das Fachgebiet der Diagnostischen Radiologie als Fach nicht genannt. Es kann lediglich unter den Begriff „bildgebende Verfahren, Strahlenbehandlung, Strahlenschutz“ im Bereich der sog. Querschnittsbereiche nach §27 Abs. 1 S. 5 Nr. 11 des Entwurfes subsumiert werden.

Damit ist das Fach der Diagnostischen Radiologie als solches in der Approbationsordnung nicht mehr existent.

Ein Blick auf die derzeit gültige Approbationsordnung für Ärzte belegt, daß mit der Änderung eine bewußte Herausnahme der Radiologie aus dem Fächerkatalog erfolgt. In § 28 Abs. 1 und 2 der geltenden Approbationsordnung wird der Inhalt des 2. Abschnittes der ärztlichen Prüfung in einen schriftlichen und mündlichen Teil gegliedert. Der mündliche Teil nach Abs. 2 umfaßt explizit auch das Prüfungsfach der „Radiologie“, damit ist in der geltenden ÄAppO dem Umstand Rechnung getragen worden, daß nach § 1 Abs. 1 die Vermittlung der „grundle-

genden medizinischen, fachübergreifenden und methodischen Kenntnisse“ nach der Approbationsordnung vorgesehen ist.

Mit der Einordnung der Radiologie in den Querschnittsbereich „bildgebende Verfahren, Strahlenbehandlung, Strahlenschutz“ wird jedoch einerseits dem Charakter der Diagnostischen Radiologie als eigenständigem und anerkanntem Fach nicht hinreichend in der Approbationsordnung Rechnung getragen. Darüber hinaus ist auch angesichts der Tatsache, daß die Universitäten berechtigt sein sollen, das Nähere über die Vermittlung von Querschnittsbereichen selbst festzulegen, ungewiß, ob der Bereich der diagnostischen Radiologie an den einzelnen Universitäten in dem erforderlichen Umfang den Ständen vermittelt wird.

Die Deutsche Röntgengesellschaft ist deshalb der Auffassung, daß das Fach der Diagnostischen Radiologie in § 27 Abs. 1 bei den dort genannten Fächern aufgenommen werden muß, da andernfalls mit erheblichen Ausbildungsdefiziten und nachteiligen Folgen für das gesamte Fachgebiet zu rechnen ist. Auf entsprechende Anfragen sehen weder der Medizinische Fakultätentag noch das Bundesministerium für Gesundheit die Notwendigkeit einer inhaltlichen Änderung des Entwurfes, so daß seitens der Radiologie deutlich auf die Problematik aufmerksam gemacht werden muß.

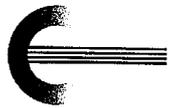
Herr Prof. Kauffmann hat in seiner nachfolgenden kritischen Stellungnahme die Bedenken der DRG aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht zusammengefaßt, sowie die Folgen einer Abwertung des Faches der Diagnostischen Radiologie im Rahmen der Approbationsordnung beschrieben.

Dr. Peter Wigge

Kritische Stellungnahme zum Entwurf der neuen Approbationsordnung für Ärzte

Dem Entwurf der neuen Approbationsordnung für Ärzte liegt der Gedanke eines fächerübergreifenden und gegenstandsbezogenen Unterrichts zugrunde. Das Studium wird restrukturiert, so werden insgesamt 21 sog. „Fächer“ definiert, die weiterhin fachbezogen gelehrt werden sollen. Unter diesen Fächern ist die Diagnostische Radiologie nicht vertreten. Zudem werden sog. „Querschnittsbereiche“ definiert, die von den Hochschulen angeboten und geprüft werden müssen. Auch hier ist die Diagnostische Radiologie nicht explizit erwähnt, sondern lediglich unter dem Punkt Nr. 11 „Bildgebende Verfahren, Strahlenbehandlung und Strahlenschutz“ subsumiert. Da die neue Approbationsordnung vorsieht, Wissensvermittlung und Prüfungen an die Fakultäten zurückzudelegieren, liegt es in der Verantwortung der einzelnen Fakultät, welche Querschnittsbereiche aus dem Katalog gelehrt werden, zumal insgesamt drei Querschnittsbereiche aus dem Unterrichtskatalog gestrichen werden dürfen. Im Extremfall kann es somit passieren, daß das Fach Diagnostische Radiologie bei der Lehre komplett unter den Tisch fällt und nicht mehr vermittelt wird.

Die Deutsche Röntgengesellschaft muß daher dem Entwurf zur 6. Novelle der Approbationsordnung für Ärzte widersprechen und kann nicht akzeptieren, daß das Fach „Diagnostische Radiologie“ nicht mehr als Kernfach vertreten ist. Dafür gibt es mehrere Gründe: Zum einen stellen die Radiologen eine der größten Facharztgruppen überhaupt dar. Nach Angaben des Deutschen Ärzteblattes vom Dezember 1998 repräsentieren die Radiologen die neuntgrößte Facharztgruppe insgesamt und die siebtgrößte Facharztgruppe im Krankenhaus. So sind an deutschen Krankenhäusern 3.100 Fachärzte für Radiologie beschäftigt. Gegenüber den zahlenmäßig führenden Facharztgruppen „Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesiologie“ mit jeweils mehr als 10.000 Fachärzten erscheint die Radiologie zwar als kleine Gruppe, doch wird die Bedeutung der Radiologie für die Krankenhausmedizin deutlich, wenn die Zahl der Radiologen mit der viert- (Frauenheilkunde, 4.100 Fachärzte), der



fünft- (Kinderheilkunde, 3.800 Fachärzte) und der sechst- (Neurologie, 3.350 Fachärzte) größten Facharztgruppe verglichen wird. Anhand der genannten Zahlen ist nicht nachzuvollziehen, warum z.B. die Frauenheilkunde, die Kinderheilkunde und die Neurologie in der 6. Novelle der Approbationsordnung als eigenständige Fächer vertreten sind und warum die Radiologie als siebtgrößte Facharztgruppe nicht als Kernfach vertreten ist.

Selbst wenn man sich von diesen Zahlen wegbewegt und das Fach Diagnostische Radiologie nur von seiner elementaren Seite aus betrachtet, dann zeigt sich, daß heute die Radiologie bei der Diagnostik und der Therapieentscheidung einen extrem hohen Stellenwert besitzt. Wer den klinischen Alltag in einem Krankenhaus kennt, weiß, daß heute praktisch keine Therapie ohne ein vorgeschaltetes diagnostisches radiologisches Verfahren angeordnet und durchgeführt wird. Die Diagnostische Radiologie hat eine zentrale Position bei der Entscheidungsfindung und wird neben anderen Parametern dazu eingesetzt, eine Therapieentscheidung zu treffen bzw. im Therapieverlauf den Erfolg bzw. das Nichtansprechen einer Therapie zu überprüfen. Diesen zentralen Stellenwert besitzt die Diagnostische Radiologie für alle Fachgruppen, insbesondere aber für die in der neuen Approbationsordnung genannten 21 Kernfächer.

Zudem ist festzuhalten, daß heute die Diagnostische Radiologie nicht nur zur Diagnose und zur Klassifizierung einer Erkrankung dient, sondern in vielen Bereichen bereits therapeutische Funktionen wahrnimmt. Man denke nur an die weiterentwickelten diversen Kathedertechniken, die von Radiologen zur Therapie von Tumorerkrankungen oder aber auch von Gefäßerkrankungen eingesetzt werden. Um den heutigen hohen Stellenwert der Diagnostischen Radiologie zu untermauern, möchte ich folgende exemplarische Behandlungsabläufe nennen:

Neuroradiologie

Die Neuroradiologie, als Schwerpunkt der Diagnostischen Radiologie, beschäftigt sich mit den Erkrankungen des Zentralen Nervensystems und seiner Hül-

len. Exemplarisch sei hier die Behandlung eines Hirnschlages bzw. eines zervovaskulären Insultes genannt. Weist die klinische Symptomatik auf einen Hirnschlag hin, wird als nächster Schritt eine hochdifferenzierte radiologisch-diagnostische Abklärung durchgeführt, durch die die Frage zu klären ist, ob ein Hirnschlag stattgefunden hat und wie ausgedehnt und alt der Hirninfarkt ist (der Hirninfarkt stellt das morphologische Korrelat des Hirnschlages dar!). Anhand der initialen radiologischen Diagnose wird die Entscheidung gefällt, ob der Hirninfarkt durch eine interventionelle Lysetherapie behandelt oder aber lediglich mit konservativen Verfahren intensivmedizinisch überwacht wird. So weiß man heute, daß ein Hirninfarkt, der nicht älter als sechs Stunden ist, durch eine sog. Lysetherapie erfolgreich behandelt werden kann, indem der zugrundeliegende Gefäßverschluß durch ein lokal in den Verschluß eingebrachtes Medikament aufgelöst wird. Es ist heute eine der Hauptaufgaben einer sog. „Stroke Unit“, einen Hirninfarkt so schnell wie möglich zu diagnostizieren und möglichst innerhalb der sechs Stunden mittels Lysetherapie zu behandeln. Die Lysetherapie selbst wird wiederum von dem Radiologen ausgeführt, der heute in der Lage ist, einen winzigen Mikrokatheter gezielt an den Gefäßverschluß heranzubringen und dort das gerinnungslösende Medikament zu applizieren. Bei der Diagnose und Behandlung des Schlaganfalls nimmt somit die Radiologie eine entscheidende Rolle ein und ist aus der Entscheidungsfindung nicht mehr wegzudenken. Andersherum ausgedrückt ist weder der Neurologe noch der Neurochirurg in der Lage, das Krankheitsbild „Schlaganfall“ zu klassifizieren und korrekt zu behandeln, wenn nicht der Radiologe seine diagnostischen und therapeutischen Fähigkeiten einbringt. Gleichzeitig stellt der Schlaganfall ein typisches Beispiel dafür dar, wie der diagnostisch tätige Radiologe heutzutage therapeutische Eingriffe durchführt. Die Verlaufsbeobachtung eines Schlaganfalls ist ebenfalls ohne diagnostisch-radiologische Verfahren nicht möglich bzw. nur mit Einschränkungen durchzuführen. So gehört es heute zum Ergebnis- und Qualitätsmanagement bei der Behandlung eines Hirninfarktes, daß bildgebende Verlaufskontrollen mittels Computertomographie und Magnetresonanztomographie erfolgen,

welche wiederum vom Radiologen durchgeführt werden. Die Diagnostische Radiologie besitzt auch einen hohen Stellenwert bei der Diagnose und Klassifizierung eines Hirntumors. Nicht nur, daß ein Hirntumor mit Hilfe radiologischer Beurteilungskriterien klassifiziert und dignitätsmäßig einzugrenzen ist, anhand der radiologisch-diagnostischen Befunde wird auch die Operabilität eines Patienten festgelegt oder werden Punktionen des Tumors zur Histologiegewinnung geplant.

Erkrankungen der Lunge

Die Diagnose von Erkrankungen der Lunge stellt unverändert eine Domäne der Diagnostischen Radiologie dar. So kann heute keine sinnvolle Klärung einer Lungenerkrankung ohne Mitwirkung des Radiologen erfolgen. Angefangen bei der banalen Lungenentzündung, die mittels Thoraxröntgen verifiziert und klassifiziert wird, bis hin zur Diagnose eines Bronchialkarzinoms, spielt die Radiologie eine zentrale Rolle bei der diagnostischen und therapeutischen Entscheidungsfindung. Nicht nur, daß die Radiologie ein Bronchialkarzinom erkennt und durch Biopsie auch sichert, ohne eine Computertomographie des Thoraxraumes, die wiederum von Radiologen durchgeführt wird, ist ein sog. Tumorstaging nicht möglich. Das Tumorstaging dient dazu, die Ausdehnung und damit Operabilität eines Karzinoms, seinen möglichen Metastasierungsweg und den Bezug des Tumors zu operativen Leitstrukturen festzulegen. So wird heute kein Bronchialkarzinom operiert, ohne daß eine dezidierte Bildgebung durch den Radiologen vorliegt. Auch kann der Verlauf einer Lungenerkrankung, sei es ein Lungentumor oder aber eine banale Lungenentzündung, nur mit Hilfe radiologischer Methoden evaluiert und letztlich gesichert werden. Entsprechend häufig sind radiologisch-diagnostische Verfahren in den Entscheidungsprozeß einbezogen, betrachtet man einmal den Gesamtverlauf einer Lungenerkrankung, der unter Umständen mehrere Jahre umfaßt. Am Beispiel der Lunge zeigt sich wieder der hohe Stellenwert der Radiologie, ohne die eine adäquate Handlung durch den klinischen Kollegen nicht möglich ist.



Diagnostische Radiologie im Abdomen

Im Abdomen hat die Diagnostische Radiologie heute sämtliche anderen diagnostischen Verfahren, seien es Laborparameter und häufig auch klinische Tests, in den Hintergrund gestellt, da eine Erkrankung im Bauchraum nur durch Einsatz der bildgebenden Verfahren sicher diagnostiziert werden kann. Ganz gleich, ob es sich um die Diagnose eines Lebertumors, eines Pankreastumors oder aber eines Magen-Darm-Tumors handelt, immer ist die Radiologie der zentrale Eckpfeiler der Diagnose und auch Therapieentscheidung.

Leberdiagnostik

Am vielschichtigsten präsentiert sich dabei die Leberdiagnostik. So stellt die Leber als zentrales Entgiftungs- und Synthesorgan des Körpers praktisch ein Sammelbecken für sämtliche bakteriellen, viralen und auch tumorösen Erkrankungen dar, angefangen beim Leberabszeß über eine Hepatitis bis hin zum primären oder sekundären Lebertumor.

Heute ist es unter anderem die Aufgabe des Radiologen, nicht nur die Zahl der Lebertumoren nachzuweisen, sondern auch deren Dignität einzugrenzen, so daß zusammen mit dem Chirurgen oder auch Internisten entschieden werden kann, welche Behandlung ein Patient erhält. Nicht nur, daß es etablierte Diagnosekriterien von Lebertumoren gibt, die wiederum von Radiologen entwickelt wurden, auch nimmt der Radiologe bei der Histologiegewinnung an der Leber eine zentrale Rolle ein. So ist heute die bioptische Klärung eines Tumors durch eine von außen eingeführte Biopsienadel ein Standardverfahren geworden, das vom Radiologen sicher durchgeführt wird und für die Therapieentscheidung essentiell ist. Der Diagnostischen Radiologie ist es zudem zu verdanken, daß durch Fortentwicklung der Kathetertechniken heute die genaue Zahl von Lebertumoren, denken wir nur an sog. metastatische Absiedlungen eines Darmtumors, exakt festgelegt werden kann. So wird bei einer bekannten Tumorerkrankung der Leber mit einem Katheter in die Leberarterie eingegangen und durch die spezielle Kombination der Kathetertechnik mit der Compu-

tertomographie eine hochsensitive Diagnostik von Lebertumoren ermöglicht. Es handelt sich dabei um das derzeit genaueste Verfahren, mit dem Lebertumoren in Zahl und Lage erkannt werden können, so daß der Einsatz dieser Technik vor der Leberchirurgie heutzutage obligat ist. Auch hier kann eine sinnvolle Behandlung des Patienten nur mit Hilfe des Radiologen erfolgen.

Pankreasdiagnostik

Die Aussagen für die Leber gelten in ähnlicher Weise auch für das Pankreaskarzinom oder die sog. Pankreatitis, d.h. die Entzündung der Bauchspeicheldrüse. Am Beispiel der Pankreatitis kann der Stellenwert radiodiagnostischer Verfahren nochmals unterstrichen werden, da eine Klassifizierung der gewöhnlich lebensbedrohlichen Pankreatitis nur mittels radiodiagnostischer Verfahren erfolgt. So wird anhand des CT-Befundes die Entscheidung getroffen, ob ein Patient mit einer Pankreatitis zu operieren oder intensivmedizinisch konservativ zu behandeln ist. Wie am Thorax und auch am Hirn, erfolgt die Verlaufskontrolle von Erkrankungen der Bauchhöhle vorwiegend radiologisch. So kann zwar mittels Labortests das Wiederaufflackern einer Tumorerkrankung verdächtigt werden, doch bringt letztlich nur die radiologische Diagnostik den Beweis und ist damit Grundlage für weitere Therapieentscheidungen. Umgekehrt kann die Rezidivfreiheit eines Patienten bei zuvor erfolgreich behandelter Tumorerkrankung nur radiologisch mit letzter Sicherheit nachgewiesen werden.

Allgemeine Onkologie

Die gesamte Onkologie hängt somit zu einem wesentlichen Teil an der radiologischen Diagnose, wobei diese grundsätzlich der Ausgangspunkt für onkologische Therapien darstellt. Denken wir nur an die Lymphomdiagnostik. Die Tumorerkrankung der Lymphdrüsen ist eine auf dem Vormarsch befindliche Erkrankung, die alle Altersgruppen betrifft und verschiedene Formen aufweisen kann. Es ist vor der Behandlung der Erkrankung essentiell, nicht nur die Histologie des Tumors festzulegen, sondern auch die Ausbreitung der Erkrankung im Körper festzustellen. Hierzu

bedarf es nicht nur einer Diagnostik des Abdomens und Beckens, sondern auch des Thoraxraumes und des Hirns, die wiederum vom Radiologen ausgeführt wird. Der Therapieverlauf muß ebenfalls durch radiologische Untersuchungen dokumentiert werden, wobei der Nachweis eines Rezidivtumors grundsätzlich Anlaß zur Therapieumstellung bietet. Wiederum wird der zentrale Stellenwert radiodiagnostischer Verfahren offenkundig.

Radiologie des Beckens

Auch im Becken besitzt die Radiologie eine dominante Rolle bei der Darstellung entzündlicher oder tumoröser Prozesse, insbesondere der Harnblase sowie der Genitalorgane. Hier kommen radiologische Diagnoseverfahren weniger bei entzündlichen Organerkrankungen zum Einsatz, sondern vorwiegend bei der Tumordiagnostik. Auch hier hat die Radiologie die Aufgabe, die Ausbreitung und die Metastasen eines den Beckenorganen zugehörigen Tumors festzustellen und damit wesentlich zur Therapieentscheidung beizutragen. Es gibt vielfältige weitere Erkrankungen der parenchymatösen Organe im gesamten menschlichen Organismus, die exemplarisch ebenfalls bei der obigen Aufstellung genannt werden könnten. Dies würde jedoch den Umfang unserer Stellungnahme sprengen.

Interventionelle Radiologie

Die Erkrankung des Gefäßsystems ist meist arteriosklerotischer Natur und geht mit Gefäßengstellungen oder Gefäßverschlüssen einher. In diesem Fall kommt es zu einer sog. Ischämie der gefäßabhängigen Gewebs- und Organpartien, die behandelt werden muß, will man auf lange Sicht nicht den Untergang eines Organes oder beispielsweise einer Extremität in Kauf nehmen. Mit Ausnahme am Koronargefäß führt der Radiologe sämtliche Gefäßinterventionen durch, indem mit Kathetern in ein Gefäß eingegangen wird und eine Gefäßenge, z.B. mittels eines Ballons oder eines Metallgitters aufgedehnt wird. Damit sind die Beschwerden eines Patienten z.B. im Rahmen einer Claudicatio intermittens, der sog. Schaufensterkrankheit, zu beheben oder zumindest zu lindern. Grundsätzlich können



derartige Ballontechniken in nahezu jeder Gefäßregion eingesetzt werden, sei es an den Hirngefäßen, den Nierengefäßen oder den Arm- wie auch Beinarterien. Hier liegt heute eine große Verantwortung des Radiologen, der es in den letzten Jahrzehnten gelernt hat, derartige Erkrankungen minimal invasiv zu behandeln und damit in vielen Bereichen den chirurgischen Eingriff zunächst einmal zu verschieben oder gar unnötig werden zu lassen. Folglich kann Studenten die Behandlung einer Gefäß-erkrankung ohne das entsprechende Detailwissen über radiologisch interventionelle Techniken und Indikation im Licht der klinischen Folgeerscheinungen nur mit Einschränkungen vermittelt werden.

Weitere therapeutische Maßnahmen, die durch den Radiologen angewendet werden, sind sog. Tumorembolisierungen, wie sie präoperativ an der Niere, häufig an der Leber und seltener auch beim Mammakarzinomrezidiv in Form einer Chemoembolisation angewandt werden. Durch die lokale Perfusion eines Tumors mit einer hochtoxischen Substanz kann ein Tumor effizienter behandelt werden als durch eine peripher venöse Injektion des Medikaments, was man sich bei bestimmten Tumorsorten zunutze macht. Auch hier hat der Radiologe einen wesentlichen therapeutischen Part im gesamttherapeutischen Behandlungskonzept übernommen und ist aus der täglichen klinischen Diskussion nicht wegzudenken.

Weitere Indikationen sind präoperative Tumorembolisierungen, sei es an der Wirbelsäule oder in einem parenchymatösen Organ, um den intraoperativen Blutverlust niedrig zu halten oder einen weniger aufwendigen operativen Eingriff durchzuführen. Auf diese Maßnahmen kann an dieser Stelle jedoch nur hingewiesen werden, auch wenn sie im klinischen Alltag eine verantwortungsvolle, für den Patienten nutzbringende therapeutische Intervention darstellen, für die nur der Radiologe eine entsprechende Ausbildung besitzt.

Zusammenfassung

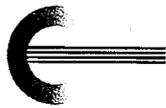
Unsere Ausführungen lassen erkennen, daß die Diagnostische Radiologie heute einen zentralen Stellenwert bei der Diagnosefindung und der Therapieentscheidung einnimmt. Gleichzeitig besitzt sie an vielen Stellen einen therapeutischen Ansatz, der heute integrativer Teil eines therapeutischen Gesamtkonzepts darstellt. Durch die Nichtberücksichtigung der Diagnostischen Radiologie als eines der Kernfächer in der neuen Approbationsordnung für Ärzte besteht die Gefahr, daß das radiologische Fachwissen an die Studenten nicht mehr vermittelt wird bzw. das Fach durch das Selbstbestimmungsrecht der einzelnen Fakultäten ganz unter den Tisch fallen kann. Aufgrund der zentralen Bedeutung der Radiologie halten wir dies für unverantwortlich, da sich heutzutage das Verständnis vieler Erkrankungen aus der radiologischen Diagnose heraus entwickelt und auch nur durch entsprechende bildgebende Befunde untermauert werden kann.

Es ist von einem klinischen Kollegen, sei es ein Internist, Chirurg, Allgemeinmediziner etc., nicht zu erwarten, daß er die Rolle der radiologischen Verfahren vermitteln bzw. bei der Falldemonstration bildgebende Befunde kompetent erläutern kann. Dies ist ein Problem, da selbst gestandene chirurgische oder auch internistische Fachärzte nicht in der Lage sind, einen CT- oder MR-Befund in der Vielfalt der dargestellten Krankheitsphänomene zu erfassen. Folglich ist die Demonstration eines radiologischen Befundes durch einen fachfremden Kollegen in den meisten Fällen ungenau und nicht selten unqualifiziert. Hier tut sich eine Gefahr auf, die letztlich der Student von heute bzw. der Arzt von morgen durch fehlende radiodiagnostische Grundbegriffe ausbaden muß. Durch das fehlende Verständnis für radiodiagnostische Maßnahmen, das eigentlich während des Studiums vermittelt werden soll, ist letztlich sogar zu befürchten, daß die Qualität der Patientenversorgung in Zukunft beeinträchtigt wird, da dann Ärzte anderer Fachgebiete selbst radiologische Grundbegriffe nur schwer nachvollziehen können. So ist es in den meisten Facharztkatalogen nicht festgeschrieben, daß eine radiologische Grundausbildung erworben werden muß. Folglich ist es in Zukunft denkbar, daß z.B.

ein Internist seine Facharztprüfung ablegt, ohne sich in irgendeiner Weise mit der Materie der Diagnostischen Radiologie auseinandergesetzt zu haben, so daß die Defizite bei der Bildinterpretation, die bereits heute bei den klinischen Kollegen bestehen, nur noch zunehmen dürften. Aus all diesen Argumenten heraus muß die Deutsche Röntgengesellschaft darauf bestehen, daß die Diagnostische Radiologie als eigenständiges Kernfach in der neuen Approbationsordnung für Ärzte verankert wird und nicht nur unter einem der elf Querschnittsbereiche subsumiert wird. Wir wollen bereits heute auf die möglichen Gefahren für die Ausbildung der nächsten Ärztegeneration hinweisen, sollte die neue Approbationsordnung für Ärzte in der vorliegenden Fassung verabschiedet werden. Die Deutsche Röntgengesellschaft handelt nicht nur im Interesse der von ihr vertretenen Fachdisziplin, sondern sieht ein Ausbildungsdefizit der kommenden Ärztegeneration voraus. Dadurch, daß der Student von heute Grundkenntnisse in radiodiagnostischen Verfahren nicht mehr erlernt, besteht die Möglichkeit, daß er auch den Blick für das Fach Diagnostische Radiologie als Ausbildungsschwerpunkt verliert und keine ernstzunehmende Berührung mit unserem Fachgebiet erfolgt. Auf lange Sicht besteht damit die Gefahr, daß zu wenige qualifizierte Radiologen ausgebildet werden, was die in Jahrzehnten erarbeitete hohe Qualität der Diagnostischen Radiologie in Deutschland in Zukunft in Frage stellen kann. Aus diesem Grund möchten wir bitten, daß die neue Approbationsordnung für Ärzte nochmals überarbeitet wird und das Fach Diagnostische Radiologie als integrativer Bestandteil der Ausbildung und damit als Kernfach ausgewiesen wird.

G. Kauffmann, Heidelberg

In einem der nächsten Hefte wird auf die Reaktion zu dieser Stellungnahme eingegangen.



Verwaltungsgericht Münster – MRT ist für Orthopäden nicht fachfremd!

Mit Urteil vom 10. Februar 1999 hat das Verwaltungsgericht Münster (Az.: 6 K 1620/98) in einem Rechtsstreit eines niedergelassenen Orthopäden gegen die Ärztekammer Westfalen-Lippe festgestellt, daß die Durchführung und Befundung von MRT-Untersuchungen, bezogen auf in das Fachgebiet eines Orthopäden fallende Indikationen, zum Fachgebiet eines Facharztes für Orthopädie gehören.

Das Verwaltungsgericht hat in seiner Entscheidung die Auffassung vertreten, daß ausgehend vom Wortlaut der Gebietsdefinition der Orthopädie in der Weiterbildungsordnung sich nicht erkennen lasse, daß die selbständige Durchführung und Befundung von MRT-Leistungen nicht dem Fachgebiet der Orthopäden zuzurechnen sei. Der Definition lasse sich insbesondere nicht entnehmen, daß die „Erkennung“ von Funktionsstörungen auf bestimmte diagnostische Verfahren zu beschränken ist. Der Umstand, daß sich die Gebietsdefinition dem Wortlaut nach auf eine organbezogene, nicht aber auf eine methodenbezogene Beschreibung des Gebietes der Orthopädie erstrecke, lasse vielmehr darauf schließen, daß besondere Methoden, wie die MRT, soweit sie fachbezogen eingesetzt werde, von der Gebietsdefinition erfaßt werde. Damit entspreche die Gebietsdefinition der Weiterbildungsordnung dem Grundsatz, daß auch die Diagnostik im Regelfall dem für die Behandlung der Krankheit zuständigen Arzt obliege. Eine Einschränkung dieses Grundsatzes erfolge auch nicht durch die Inhalte und Ziele der Weiterbildung, da sich aus ihnen keine Einschränkung des Fachgebietes entnehmen lasse. Da die Erkennung und Behandlung von Erkrankungen einer ständigen medizinischen Weiterentwicklung unterliege, könne nicht davon ausgegangen werden, daß die Mindestvorgaben unter „Inhalt und Ziel der Weiterbildung“ abschließende gebietsdefinierende Vorgaben enthalte. Letztlich ist nach Auffassung des Verwaltungsgerichts Münster den Weiterbildungsordnungen durch die ausdrückliche Aufführung der jeweiligen Fachgebietsinhalte nicht zu entnehmen, daß

diese stillschweigend davon ausgehen, daß alle anderen medizinischen Bereiche fachfremd seien. Dies gelte umso mehr, als mit dem stillschweigenden Ausschluß ein nicht unerheblicher Eingriff in die durch Art. 12 Abs. 1 GG garantierte Freiheit der Berufsausübung verbunden wäre. Ein derartiger Eingriff sei insbesondere nicht durch vernünftige Gründe des Allgemeinwohls, die ein Ausschluß des Orthopäden von der Durchführung und Befundung von MRT-Leistungen, bezogen auf in sein Fachgebiet fallende Indikationen, rechtfertigen könnten, gegeben.

Die vorgenannte Entscheidung des Verwaltungsgerichts Münster ist jedoch mit der ständigen Rechtsprechung nicht zu vereinbaren, daß ausschlaggebend für die Festlegung der jeweiligen Fachgebiete nicht nur die Gebietsdefinitionen sind. Konkretisiert werden diese Definitionen durch die Anlagen zur Weiterbildung und durch die Weiterbildungsrichtlinien (vgl. BVerfG MedR 1984, 190, 191; LSG Baden-Württemberg MedR 1985, S. 243, 244; LSG Baden-Württemberg MedR 1995, S. 418, 420, Weishauer MedR 1985, S. 1,2).

Wäre die Auffassung des Verwaltungsgerichts zutreffend, wäre die begriffliche Voraussetzung der Vermittlung und des Erwerbes „eingehender Kenntnisse und Erfahrungen“ für das jeweilige Fachgebiet ohne jede Bedeutung.

Dies widerspricht jedoch den Bestimmungen der Weiterbildungsordnungen, die beispielsweise in § 1 Abs. 3 der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe bestimmen, daß die Berechtigung zum Führen einer Facharztbezeichnung darauf beruht, daß durch den erfolgreichen Abschluß der Weiterbildung in den Gebieten „eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten oder besondere Kenntnisse und Erfahrungen nachgewiesen“ werden. Im Umkehrschluß gehören zu dem jeweiligen Fachgebiet nur die diagnostischen und therapeutischen Verfahren, die in der Definition des Gebietes und den Inhalten und Zielen der Weiterbildung in Abschnitt 1 aufge-

führt sind. Dies entspricht dem (formalen) Regelungsprinzip der Weiterbildungsordnungen, die durch die ausdrückliche Aufführung der jeweiligen Fachgebietsinhalte zugleich stillschweigend darauf verweisen, daß alle anderen medizinischen Bereiche fachgebietsfremd sind (vgl. BSGE 62, 224, 228).

Damit ist die zentrale Aussage in dem Urteil des Verwaltungsgerichts Münster mit der ständigen Rechtsprechung des BSG, welches zur Auslegung der Fachgebietsgrenzen Stellung genommen hat, nicht zu vereinbaren. Entgegen der Auffassung des Verwaltungsgerichts bestehen auch vernünftige Gründe des Allgemeinwohls, die einen Ausschluß des Orthopäden von der Durchführung und Befundung von MRT-Leistungen, auch bezogen auf sein Fachgebiet, rechtfertigen. Eine solche Legitimation für ein ärztliches Beschränkungsverbot liegt nach ständiger Rechtsprechung bereits dann vor, wenn es dem Arzt ohne zusätzliche Ausbildung an der zu fordernden fachlichen Qualifikation fehlt (vgl. BSGE 62, 224, 229).

Auch hier entspricht es der ständigen Rechtsprechung der Sozialgerichte, daß soweit diagnostische Leistungen ausdrücklich nicht vom Fachgebiet umfaßt werden, der Nachweis individueller Kenntnisse und Erfahrungen grundsätzlich aufgrund des abstraktgenerellen Regelungscharakters der Weiterbildungsordnung ausgeschlossen ist. Die Verpflichtung zur Beschränkung auf das Fachgebiet in den Heilberufs- und Kammergesetzen (vgl. § 41 Abs. 1 Heilberufsgesetz NW) i.V.m. den Weiterbildungsordnungen, dient gerade dazu, die Qualität der ärztlichen Versorgung ohne jeweilige individuelle Nachweise sicherzustellen. Bei dem Arzt mit Gebietsbezeichnung wird damit aufgrund seiner Weiterbildung vermutet, daß er die erforderlichen individuellen Fähigkeiten zur ordnungsgemäßen Erbringung der in seinem Fachgebiet anfallenden Leistungen besitzt. Soweit dies nach der Weiterbildungsordnung nicht der Fall ist, kann dieser Nachweis nicht konkret individuell geführt werden. In soweit besteht auch aus Gründen der Volksgesundheit eine Berechtigung, Fachfremde von dieser Leistung auszuschließen.



Schließlich muß der Auffassung des Verwaltungsgerichts Münster widersprochen werden, daß Fachgruppen, wie die der Orthopäden, sämtliche für die Therapie erforderlichen Diagnoseleistungen selbst durchführen können müssen. Der Satzungsgeber der Weiterbildungsordnungen hat sich eindeutig dafür entschieden, die Computer- und Magnet-Resonanz-Tomographie als hochtechnisierte und komplexe Untersuchungsverfahren nur von Ärzten mit entsprechender ausreichender fachlicher Kompetenz und Qualifikation durchführen zu lassen. Da anerkanntermaßen auch von diesen medizinisch-technischen Geräten technische und biologische Gefährdungspotentiale ausgehen, ist diese Methode nach der Systematik der Weiterbildungsordnungen ausdrücklich dem Radiologen vorbehalten worden. Gegen diese Wertentscheidung bestehen mit der bisherigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts keine verfassungsrechtlichen Bedenken.

Die Entscheidung des Verwaltungsgerichts Münster hat nicht nur für die Radiologie, sondern für sämtliche Fachgruppen fatale Folgen, da nach Auffassung des Gerichts das, was nicht ausdrücklich in den Gebietsdefinitionen ausgeschlossen wird, von den betreffenden Fachärzten beansprucht werden kann. Mit keinem Wort erwähnt im übrigen das Verwaltungsgericht, auf welcher rechtlich abgesicherten Basis Orthopäden die vom Gericht unterstellte fachliche Qualifikation zur Durchführung von CT- und MRT-Untersuchungen erworben haben. Eine derartige rechtliche Auslegung der Weiterbildungsordnung kann auch nicht im Sinne der ärztlichen Selbstverwaltung sein, so daß die Entscheidung der Ärztekammer Westfalen-Lippe gegen das Urteil Berufung bei dem Oberverwaltungsgericht Münster einzulegen zu begrüßen ist.

Dr. Peter Wigge, Justitiar der DRG

ERLAßJAHR 2000 Entwicklung braucht Entschuldung

**Milton Schwantes,
Ev. Theologe, Brasilien**

■ *»Wir sind tiefstens verschuldet. Es geht um Summen, die erschrecken. Die Milliarden sind unbezahlbar. Weder heute noch in Zukunft werden wir es schaffen, sie abzuzahlen. Seit der Eroberung hat sich da wenig geändert. Die »conquista« hat versklavt, kolonisiert, abhängig gemacht, seit Anfang. Diese Verschuldung ist gemachte Sache, verewigt die »conquista«. Entscheidend ist, daß sie und die Verschuldung Leben zerstören. An ihnen verelenden Menschen. Die Natur wird durch sie zermalmt. Millionen Kinder müssen auf der Straße leben. Millionen verkommen an Hunger.«*

■ *Deutliche Worte eines engagierten Kirchenmannes. Und doch beschreiben sie die Realität in vielen Ländern des Südens. »Brot für die Welt«-Projektpartner setzen sich täglich mit den Ärmsten der Armen für ein Überleben in Würde ein. Denn sie sind es, die am stärksten unter dem Schuldendienst ihrer Regierungen zu leiden haben. Wenn für Bildung, Gesundheitsdienste und andere soziale Aufgaben kein Geld mehr zur Verfügung gestellt wird.*

■ *Deshalb unterstützt »Brot für die Welt« gemeinsam mit vielen Gruppen und Organisationen die Kampagne »Erlaßjahr 2000 – Entwicklung braucht Entschuldung«. Auch Sie können sich auf vielfältige Weise hierfür engagieren. Wir laden Sie ein.*

Kostenlose Informationen:

»Brot für die Welt«, Staffenbergstraße 76, 70184 Stuttgart oder Erlaßjahr 2000, c/o SÜDWIND e.V., Lindenstraße 58-60, 53721 Siegburg

**Brot
für die Welt**