

# radiologie assistent

auch wenn man aus dem Leitartikel unserer letzten Ausgabe den Eindruck gewinnen konnte, es brechen neue Zeiten für „*radiologie-assistent*“ an, so bleibt doch alles beim Gewohnten. Kein neues Layout, keine neuen Beweggründe die uns zur Publikation veranlassen. Lediglich neue Namen in der Redaktion. Gerade die Reaktionen auf die Beiträge unserer letzten Ausgabe bestätigen aufs Neue, dass „*radiologie-assistent*“ aufgrund seiner praxisnahen Inhalte nach wie vor seine Berechtigung auf dem sehr überschaubaren Sektor der radiologischen Fachzeitschriften für MTAR hat. Und nebenbei, so deutlich nagt der Zahn der Zeit an den bisherigen Redaktionsmitgliedern gar nicht.

Alles neu dagegen, seit Anfang des Jahres, im Gesundheitssystem. Die Gesundheitsreform hat in Deutschland einen Sturm der Entrüstung ausgelöst. Die Pressestelle der Bundesärztekammer überschlägt sich förmlich mit Meldungen, die ein nicht immer objektives Stimmungsbild vermitteln. Der Blick auf das Ganze geht unweigerlich verloren. Von der Öffentlichkeit daher fast unbemerkt, bereiten sich die Krankenhäuser auf die Abrechnung nach Fallpauschalen und deren Konsequenzen vor. In Krankenhausinformationssystemen werden bereits Programmroutinen zur Verfügung gestellt, die den behandelnden Arzt über mögliche Anschlussuntersuchungen informieren, die mit hoher Wahrscheinlichkeit den Schweregrad der Falldiagnose erhöhen und sich damit günstig auf die Fallpauschale auswirken. Die Krankenhauscontroller bedienen sich dabei auch mit Vorliebe aus dem Datenbestand der Radiologieinformationssysteme. In einem großen Klinikverbund in Baden-Württemberg wurde dabei für die Durchführung einer Röntgen-thoraxuntersuchung pa. und lateral eine theoretische Maximaldauer von sieben Minuten, vom Betreten des Röntgenraumes bis zur Befundung, festgelegt, um noch kostendeckend arbeiten zu können.

Bei den Kolleginnen und Kollegen im Labor wird mittlerweile aufwendige Diagnostik an externe Anbieter vergeben und, wo irgend möglich, werden Notfalluntersuchungen direkt vom Pflegepersonal an Point-of-Care-Geräten auf Station durchgeführt. Da sich dieser Trend bei den MTAR aufgrund der gesetzlichen Vorgaben bei der Anwendung von radioaktiven Stoffen und ionisierender Strahlung nicht fortsetzen lässt, werden die Verordnungen und Richtlinien zur Strahlenschutzgesetzgebung den Erfordernissen angepasst. Diese „Anpassung“ öffnet in einem noch nie dagewesenen Umfang den Zugang für Berufsgruppen mit einer „*sonstigen Medizinischen Ausbildung*“ zu Tätigkeiten, die sie, jedenfalls nach den Buchstaben der neu gefassten Strahlenschutzgesetzgebung, nur unter „*ständiger Aufsicht*“ (eines Arztes mit der erforderlichen Fachkunde im Strahlenschutz) verrichten dürften!

Spekuliert man etwa darauf, dass sich dadurch entstehende Qualitätseinbußen mit einer Zertifizierung nach einer der vielen vorhandenen Qualitätsnormen wieder ausgleichen lassen?

ap

---

**– Zutritt „Helfender Personen“ zum Kontrollbereich  
– MTAR-Preis der „BGN“** **2**

---

**Tumoren des Kopf- und Halsbereiches**  
**Teil 4.2: Das Karzinom des Hypopharynx/Larynx** **4**

---

Aktualisierung der Fachkunde:  
**Ansprechadressen in den Bundesländern** **6**

---

Einstelltechnik Orthopädie  
**Kniegelenk nach „Rosenberg“** **8**

---

Arbeitsrecht  
**– Weniger Geld für Bereitschaftsdienste** **9**

---

**Einstelltechnik in der Mammografie – Teil 2 –** **10**

---

**Richtlinie „Ärztliche- und Zahnärztliche Stelle“** **15**

---

**Flächendeckendes Mammographie-Screening  
in Deutschland** **16**

---

**Stellenbeschreibung** **18**

---

Buchbesprechung  
**– „Raus aus der Bildungssackgasse“**  
**– Mehrschicht-CT in 40 sec. zum Ergebnis** **19**

---

**– Alternative belastungsarme Krebsbehandlung**  
**– Pleiten, Pech & Pannen** **20**

---

**Kongreßkalender** **21**

---

**– Impressum**  
**– Stellenanzeigen** **26**

---

**Zum Titelbild:**

**Orthopädische Einstelltechnik: Kniegelenk im Stehen nach  
„Rosenberg“**

(Siehe Beitrag ab Seite 8 dieser Ausgabe)