Dachverband für Technologen/-innen
und Analytiker/-innen
in der Medizin Deutschland e.V.

Stellungnahme des Dachverbands der Technologen/-innen und Analytiker/-innen in Deutschland e.V. (DVTA e. V.)
zum Entwurf eines Gesetzes zum Bürokratierückbau, zur Digitalisierung und zur weiteren Modernisierung des Strahlenschutzrechts
Bundesratsdrucksache 461/26 vom 14. August 2026

1. Grundsätzliche Bewertung

Der Dachverband der Technologen/-innen und Analytiker/-innen in Deutschland e.V. (DVTA e. V.) bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zum Bürokratierückbau, zur Digitalisierung und zur weiteren Modernisierung des Strahlenschutzrechts, welches auch für Medizinische Technolog/-innen für Radiologie" (MTR) Verbesserungen mit sich bringt.
Der DVTA e. V. begrüßt das Ziel, bürokratische Prozesse für MTR durch die Verfolgung des „Once-only-Prinzips“, die Reduktion von Aufbewahrungsfristen sowie den Wegfall von Einzelnachweisen zur Fachkunde bzw. Fachkenntnissen zu minimieren und durch die Digitalisierung des Strahlenschutzes eine Modernisierung, insbesondere auch in der Teleradiologie, zu erreichen
Diese Maßnahmen dürfen jedoch nicht zulasten der Patientensicherheit, der diagnostischen Untersuchungsqualität oder der Arbeitsbedingungen der MTR gehen.
Aus Sicht des Berufsverbandes ist entscheidend, dass gesetzliche Erleichterungen nicht zu unklaren Verantwortlichkeiten, zusätzlichen Koordinationsaufgaben oder einer faktischen Verlagerung ärztlicher Aufgaben auf MTR führen.

2. Bewertung der für MTR maßgebenden Änderungen:

Der DVTA sieht insbesondere folgende Neuregelungen als kritisch an:

a. Teleradiologie § 14 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 und Nr. 4b StrlSchG-E Patientensicherheit und Untersuchungsqualität

Bisherige Rechtslage: Der bisherige § 14 StrlSchG verlangt für die Teleradiologie unter anderem eine Ärztin bzw. einen Arzt am Ort der technischen Durchführung, die/der die erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz erworben hat. Die Qualifikation umfasst bislang einen acht Unterrichtseinheiten umfassenden Kenntniskurs sowie eine Einweisung und eine 14-tägige praktische Tätigkeit. Zudem musste die Teleradiologin bzw. der Teleradiologe innerhalb eines für die Notfallversorgung erforderlichen Zeitraums persönlich am Untersuchungsort erscheinen können.
Geplante Änderung: Der acht Unterrichtseinheiten umfassende Kenntniskurs soll entfallen; die dokumentierte praktische Schulung von grundsätzlich 14 Tagen bleibt bestehen. Das sogenannte „Regionalprinzip“ soll abgeschafft werden. Die Stellung der rechtfertigenden Indikation und die Befundung müssen zwar weiterhin innerhalb eines für die medizinische Versorgung erforderlichen Zeitraums durch eine fachkundige ärztliche Person erfolgen. Die rechtfertigende Indikation und die Befundung können aber durch technische Redundanz (z.B. Backup-Systeme, alternative digitale Übertragungswege) oder durch andere fachkundige Ärzt/-innen sichergestellt werden, die digital zugeschaltet werden können. Die Anwesenheit einer Teleradiologin bzw. eines Teleradiologen ist damit nicht mehr zwingend erforderlich, solange die digitale Redundanz gewährleistet ist.
Der DVTA sieht darin insbesondere dann Risiken, wenn technische Ausfälle, unklare Eskalationswege oder Verzögerungen bei der ärztlichen Rückmeldung die Versorgung beeinträchtigen. Für MTR ist eine zeitnahe ärztliche Rücksprache wesentlich, insbesondere bei unklaren Indikationen und Befunden, notwendigen Untersuchungsanpassungen

oder unerwarteten klinischen Situationen. Verzögerungen können Arbeitsabläufe unterbrechen und im Einzelfall die zeitgerechte Versorgung gefährden.

Für die Untersuchungsqualität ist zudem entscheidend, dass Bilddaten vollständig und in diagnostisch ausreichender Qualität übertragen werden. Technische Redundanz allein ersetzt kein funktionierendes klinisches Ausfallkonzept.
Der DVTA sieht zudem rechtlich die Gefahr, dass die Sicherstellung einer bedarfsgerechten, gleichmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten gemäß § 70 Abs. 1 SGB V beeinträchtigt wird, da telemedizinische Leistungen ohne regionale Begrenzung zu einer Konzentration auf Ballungsräume und einer Unterversorgung strukturschwacher Regionen führen könnten. Der Wegfall des Regionalprinzips kann dazu führen, dass die Koordination zwischen digitalen und lokalen Versorgungsangeboten erschwert wird, was die strukturierte Anschlussversorgung und die Integration in bestehende Versorgungsstrukturen gefährdet. Für Patient/-innen besteht das Risiko, dass die Kontinuität der Versorgung und die Möglichkeit einer wohnortnahen, persönlichen Nachsorge beeinträchtigt werden. Bei überregionalen Angeboten könnten Patient/-innen Schwierigkeiten haben, im Bedarfsfall kurzfristig eine Leistung vor Ort zu erhalten. Sofern die Kenntnis über regionale Versorgungsstrukturen und regionale Patientenbedürfnisse fehlt, hat dies auch Auswirkungen auf die Qualität und Sicherstellung der Versorgung.

Forderungen des DVTA:

- Verbindliche Ausfall-, Vertretungs- und Eskalationskonzepte mit klaren Reaktionszeiten.
- Verbindliche Sicherstellung der diagnostischen Bildqualität bei Übertragung und Ausfallbetrieb.
- Keine Übertragung ärztlicher Entscheidungen oder Verantwortlichkeiten auf MTR.
- Im Rahmen der Teleradiologie muss eine jederzeit erreichbare ärztliche Ansprechperson mit der erforderlichen Fachkunde im System hinterlegt sein.
- Der Wegfall des Kenntniskurses muss durch eine gleichwertige, dokumentierte Qualifizierung und praktische Handlungssicherheit ausgeglichen sein.
- Keine Absenkung des Qualifikationsniveaus durch Verzicht auf die „personenscharfe Benennung“ und den Verzicht auf den Nachweis der Fachkunde. In der Teleradiologie muss eine fachkundige ärztliche Person digital die rechtfertigende Indikation und Befundung vornehmen und die medizinisch-technische Durchführung obliegt allein den fachkundigen MTR. Nur so kann die Patientensicherheit gewährleistet bleiben.
- Bei technischen Störungen oder fehlender ärztlicher Erreichbarkeit können für MTR zusätzliche Tätigkeiten anfallen, wie beispielsweise wiederholte Kontaktversuche, Koordination mit Ersatzverantwortlichen, Unterbrechungen der Untersuchungsabläufe, zusätzliche Dokumentation sowie die Organisation einer sicheren

Fortsetzung oder Unterbrechung der Untersuchung. Diese Tätigkeiten binden Arbeitszeit, die für Patienteninformation, Lagerung, Untersuchungsdurchführung, Strahlenschutz und Qualitätssicherung benötigt wird. Bei unveränderter Personalbesetzung kann dies zu einer erhöhten Arbeitsverdichtung führen. Dieser tatsächliche Zeit- und Personalaufwand muss in der Personalbemessung berücksichtigt werden.

- Sicherstellung der Patientenversorgung im ländlichen Bereich.

b. Keine Absenkung des Qualifikationsniveaus durch Verzicht auf Einzelnachweise (§§ 19, 22, 50, 56, 59 StrlSchG)

Der DVTA sieht das Risiko, dass durch den Wegfall von Einzelnachweisen für die Fachkunde bzw. Fachkenntnisse des Personals, weniger qualifiziertes Personal eingesetzt wird.
Dies liegt darin begründet, dass der Arbeitgeber nur pauschal zu erklären braucht, dass das Personal qualifiziert ist und Nachweise nur im Verdachtsfall von der Aufsichtsbehörde angefordert werden, sodass Missbrauch nicht ausgeschlossen werden kann.
Zwar sind Sanktionen in Form von Bußgeldern (§194) bis hin zur Versagung des Betriebs vorgesehen, was aber positive Kenntnis von Verstößen voraussetzt, was bei nur gelegentlichen Überprüfungen durch die Aufsichtsbehörden, wenig zum Tragen kommen wird.
Forderung des DVTA:
Klare Überprüfungszyklen, um die bestmögliche Einhaltung der Qualifikationsvorgaben für das notwendige Personal, insbesondere MTR und Ärzt/-innen mit Fachkunde im Sinne des Patientenschutzes sicherzustellen.

c. Aufbewahrung von Untersuchungsdaten und Bildmaterial (§ 85 Absatz 2 Satz 1 StrlSchG)

Bisherige Rechtslage: Nach der Begründung des Entwurfs werden Untersuchungsdaten Minderjähriger bislang grundsätzlich bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres aufbewahrt. Für Erwachsene und Behandlungen gelten weitere, differenzierte Fristen.
Geplante Änderung: Untersuchungsdaten Erwachsener sollen zehn Jahre aufbewahrt werden. Bei Minderjährigen sollen zahnmedizinische Untersuchungsdaten ebenfalls nach zehn Jahren gelöscht werden; sonstige Untersuchungsdaten sollen mindestens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres aufbewahrt werden. Für Behandlungen sieht der Entwurf grundsätzlich 20 Jahre vor.
Aus Sicht des DVTA ist eine längere Verfügbarkeit früherer Bilddaten insbesondere für Verlaufskontrollen, den Vergleich mit Voruntersuchungen und die Vermeidung unnötiger Wiederholungsuntersuchungen relevant. Eine verkürzte Aufbewahrung kann dazu führen, dass Voraufnahmen bei späteren Untersuchungen nicht mehr verfügbar sind. Ob daraus tatsächlich zusätzliche Untersuchungen oder Strahlenexpositionen entstehen, hängt vom Einzelfall ab; das Risiko sollte vor der Verkürzung fachlich bewertet werden.
Gleichwohl sieht der DVTA, dass die neuen Fristen immer noch länger als die allgemeinen Aufbewahrungsfristen für medizinische Behandlungsunterlagen nach § 630f BGB sind und dass sich betroffene Patient/-innen Unterlagen nach § 630g BGB aushändigen lassen und selbst länger aufbewahren können. Dies ist aber nicht als allgemein bekannt zu unterstellen.

Dachverband für Technologen/-innen
und Analytiker/-innen
in der Medizin Deutschland e.V.

Der DVTA empfiehlt deshalb, entsprechende Hinweise zum Recht auf die Unterlagen Aushändigung der Unterlagen und Aufbewahrung über diese Fristen hinweg, verpflichtend zu regeln.

3. Schlussfolgerung

Der DVTA e. V. unterstützt eine moderne, digitale und effiziente Gestaltung des Strahlenschutzrechts. Bürokratieabbau ist jedoch nur dann nachhaltig, wenn Patientensicherheit und diagnostische Qualität nachweislich gewahrt bleiben und zusätzliche Aufgaben nicht unberücksichtigt auf MTR verlagert werden.

Der DVTA fordert deshalb klare ärztliche Verantwortlichkeiten, belastbare technische und organisatorische Ausfallkonzepte, eine angemessene Qualifizierung der beteiligten Berufsgruppen sowie eine Evaluation der tatsächlichen Auswirkungen auf Arbeitsaufwand, Untersuchungsqualität und Patientensicherheit.

MTR müssen als unmittelbar an der technischen Durchführung, der Bildqualität und dem praktischen Strahlenschutz beteiligte Berufsgruppe verbindlich in die Ausgestaltung und Evaluation der Neuregelungen einbezogen werden.

Mit freundlichen Grüßen

Claudia Rössing



Präsidentin
Radiologie/Funktionsdiagnostik
DVTA e.V.

Christiane Maschek



Präsidentin
Laboratoriumsanalytik/Veterinärmedizin
DVTA e.V.