

Wiener Wirtschaftskammer in schiefem Licht

Wer in Wien eine Magnetresonanztomographie (MRT) durchführen lassen muß, braucht oft viel Zeit und Geduld. Während es im Bereich der Computertomographie (CT) keine nennenswerten Wartezeiten gibt, müssen Wiener Patienten auf eine MRT bis zu vier Wochen warten.

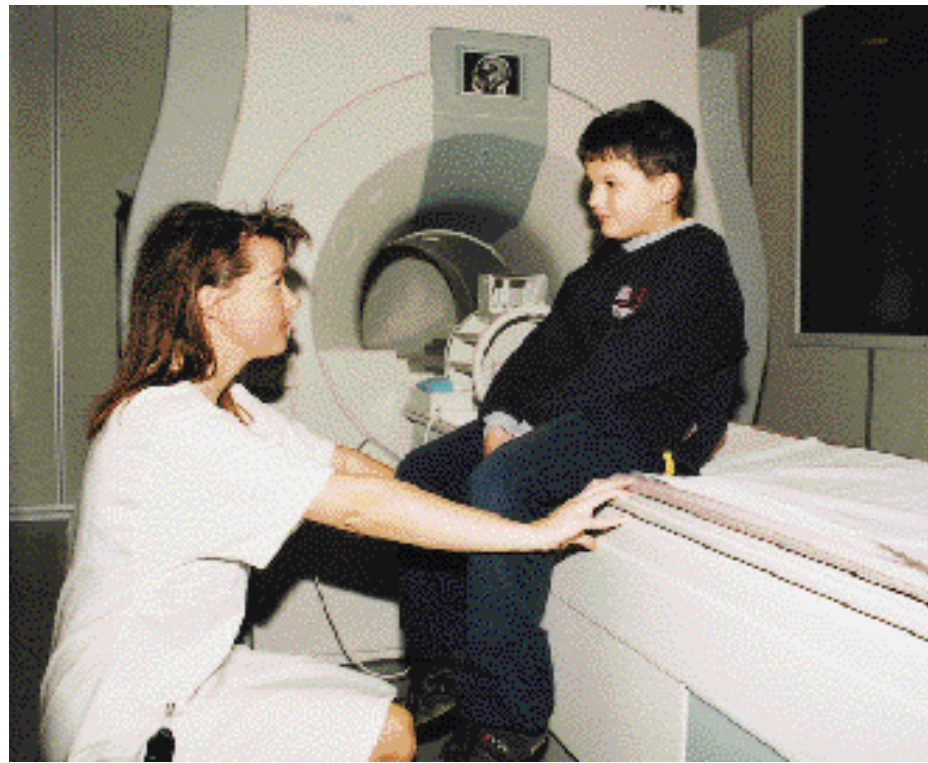
In Wien gibt es derzeit 23 private CT-Anlagen (davon 17 mit Kassenvertrag) und zehn private MRT-Einrichtungen (alle Institute mit Kassenvertrag). Ein elftes MRT-Gerät wird in einer Ordination betrieben und kann deshalb keinen Kassenvertrag bekommen. Da die MRT-Tarife bei den letzten Verhandlungen mit dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger mehrmals drastisch gesenkt wurden, ist die notwendige Neuinstallation der teuren MRT-Geräten schwierig geworden.

Radiologie in Wien

Hinzu kommt, daß sich das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), das den Bedarf weiterer MRT-Geräte prüft, auffallend restriktiv verhält. Dies vermutlich deshalb, weil unterschiedliche Interessenslagen vorliegen: Die Krankenkassen, die bei der Vertragsvergabe an den ÖBIG-Plan gebunden sind, haben an einer eher geringen Anzahl von MRT-Geräten Interesse. Bei den Patienten, den privaten MRT-Betreibern und den Öffentlichen Krankenhäusern, die die Flut ambulanter MRT-Untersuchungen immer schlechter bewältigen können, ist es naturgemäß umgekehrt.

Abenteuerliche Verhandlungsstrategien

Die exorbitante Tarifiereduktion bei den letzten Verhandlungen ist sicherlich auf eine äußerst ungünstige Verhandlungsführung zurückzuführen. Die Tarifrunden



Der VBDO setzt sich dafür ein, daß die Tarifverhandlungen nicht auf Kosten der Patienten ausgetragen werden.

für die Radiologen wurden vom Vorstand der Sektion Kur- und Krankenanstalten in der Wiener Wirtschaftskammer, Prof. Dr. Günther Wiesinger, geführt. Dieser betreibt mehrere Institute für Physikalische Medizin in Wien. Bei den letzten Verhandlungsrunden kam es nun zu einem Abschluß, bei dem die CT- und MRT-Tarife um insgesamt circa 25 Prozent reduziert wurden, während ein Teil der Physikalischen Institute einen sogenannten Qualitätszuschlag von 10 Prozent (über alle Tarife) erhielt. Dies hat natürlich eine auffallend schiefe Optik.

Im Laufe der Verhandlungen ist es zu abenteuerlichen Verhandlungsstrategien gekommen. So wurde zum Beispiel eine Verhandlung mit der Krankenkasse angesetzt, zu der Herr Dr. Wiesinger und die drei Radiologen, die Mandatare in der Wirtschaftskammer sind, eingeladen wurden. Zwei der Radiologen erhielten am Verhandlungstag aus der Wirtschaftskammer die Nachricht, daß der Termin abgesagt wurde. Die Verhandlung fand dann aber trotzdem am gleichen Tag, nur zu einem anderen Zeit-

punkt, statt. Anwesend waren dem Vernehmen nach das gesamte Verhandlungsteam der Krankenkasse sowie Herr Dr. Wiesinger, sein Sekretär und auch ein Radiologe. Das Verhandlungsergebnis war für die Radiologen niederschmetternd. Trotzdem nahm es Dr. Wiesinger an. Erst nach massivem Widerstand der Wiener Radiologen wurde der Vertrag ausgesetzt.

Zukunftsperspektiven

Die privaten Wiener CT- und MRT-Betreiber werden sich wohl in Zukunft verstärkt um die eigenen Belange kümmern müssen. Dazu gehört vor allem auch eine starke Vertretung in der Wiener Wirtschaftskammer. Dort werden die weiteren Verhandlungen nun von den jeweiligen Fachgruppenvertretern geführt werden müssen und vom Vorstand nur dann angenommen, wenn die eigene Fachgruppe auch damit einverstanden ist. In der Ärztekammer ist dieses Vorgehen seit Jahren eine Selbstverständlichkeit und hat immer klaglos funktioniert.



**Univ.-Doz. Dr. Franz Frühwald
Präsident des VBDO**

In allen Industriestaaten ist die extramurale Radiologie unter Einschluß von CT und MRT in ärztlichen Kooperationsformen nach Art von Gruppenpraxen organisiert. Nur in Österreich ist der Bereich der konventionellen Radiodiagnostik kassenrechtlich nur in Einzelpraxen möglich. Dies ist insofern ungünstig, da eine gemeinschaftliche Gerätenutzung für die Radiologen tendenziell Rationalisierungsreserven öffnen könnte. Eine Subspezialisierung wäre auch in der Ordination möglich, und durch Verteilung der Ordinationszeit auf mehrere Ärzte wäre eine erhebliche Ausweitung der Ordinationszeiten denkbar. Für die Patienten wäre der Zugang durch Betreuungsmöglichkeiten außerhalb der üblichen Kernarbeitszeit 9:00 bis 16:00 Uhr von Vorteil. Außerdem würden keine Engpässe durch Urlaubssperren, Krankheitsfälle usw. auftreten.

Bevölkerung ist für Gruppenpraxen

Letztlich wäre von radiologischen Gruppenpraxen auch eine Verbesserung der Qualität und des Patientenservices, aber auch ein gewisser Beschäftigungseffekt zu erwarten. Bislang sind alle Bemühungen an einer weitgehend festgelegten Ablehnung des Hauptverbandes gescheitert, dabei würde die Bevölkerung mit großer Mehrheit (bis 90 Prozent laut einer Umfrage des Fessel-Instituts) das zusätzliche Angebot von Gruppenpraxen sehr begrüßen. Vielleicht ist es doch sinnvoll, zunächst für den technischen Bereich die Debatte vorurteilsfrei nochmals neu zu eröffnen, meint

Univ.-Doz. Dr. Franz Frühwald

Moderne CT-Scanner ermöglichen eine schnelle Bildgebung mit geringer, wohl dosierter Röntgenstrahlung. In dieser Ausgabe erklären wir Ihnen die Funktionsweise von CT-Geräten.

Seite 2

Die Wirbelsäulenchirurgie verdankt einen großen Teil ihres rasanten Fortschritts der exakteren Darstellung durch immer bessere bildgebende Verfahren, meint Univ.-Prof. Reinhard Windhager.

Seite 3

Für Gruppenpraxen gibt es keine kassenrechtliche Regelung. Das ist bedauerlich, weil diese Form der Zusammenarbeit von Ärzten eine Reihe von Vorteilen für die Patienten bringen würde.

Seite 4

Wie funktioniert das CT High-Tech-Gerät?

Mit den Grundlagen der Computertomographie (CT) haben wir uns bereits im DURCHBLICK Nr. 1/98 beschäftigt. In dieser Ausgabe erklären wir Ihnen die Funktionsweise von CT-Geräten.



von Dr. Krzysztof Staniszewski

Die modernen CT-Scanner ermöglichen eine schnelle Bildgebung mit wohldosierter Röntgenstrahlung. Die Strahlen stammen von einer Hochleistungs-Röntgenröhre (Abb. 1), die fähig ist, längere Zeit kontinuierlich zu arbeiten (bis zu etwa 100 Sekunden). Die Strahlung wird dabei abgeschirmt, gebündelt und von einem Detektorenkranz (Abb. 2) empfangen. Dieser Kranz besteht aus über 3.000 kleinen Gasionisation-Detektoren beziehungsweise Photodioden. Sowohl der Detektorenkranz als auch die Röhre rotieren in einer Einheit um den Patienten. Die notwendige Datenableitung wird mit einem Schleifring (Abb. 3) gewährleistet.



Abb. 1

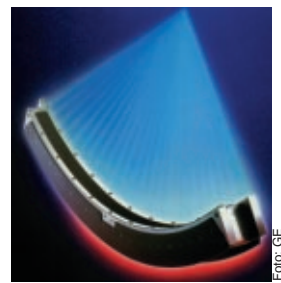


Abb. 2



Abb. 3

Die Kunst der Untersuchung

Der Patient liegt auf einem ferngesteuerten Tisch und wird stufenweise oder kontinuierlich verschoben. Dadurch werden die Daten entweder scheinweise („direkte 2D-Darstellung“) oder volumenbezogen („3D-Darstellung“) akquiriert. Die Kunst der Untersuchung besteht aus einer geeigneten, der Fragestellung angepaßten Optimierung der Strahlenqualität, der Tischbewegung/Schichtbreite, der Steuerung der Atemphase und des Kontrastmittels sowie der Filterung und Auswertung der Daten. Ziel ist die optimale Bildqualität bei minimierter Strahlenmenge und kurzer Untersuchungsdauer. Dafür benötigt man eine fokussierte Fragestellung (Verdachtsdiagnose, Untersuchungsgebiet), optimierte Soft- und Hardware sowie eine interaktive, individuelle Untersuchungsleitung durch ein Expertenteam.



Eine Computertomographie bringt optimale Bildqualität bei minimierter Strahlenmenge und kurzer Untersuchungsdauer.

Technologie mit Zukunft

Die Weiterentwicklung der CT wird eine weitere Reduktion der Strahlendosis bringen, z.B. mittels Mehrfachdetektoren oder durch eine zusätzliche Beschleunigung der Datenakquisition mit unter einer Sekunde dauerndem Spiral-Scan (Synonyme: „Helical-CT“, „Volumetric-CT“). Dies würde auch eine Verfeinerung der dynamischen CT-3D-Angiographie-Darstellung des Kopfes, des Brustkorbes und des Abdomens sowie eine CT-Durchleuchtung ermöglichen. Beispielsweise in der Kinderradiologie könnte die Elektronenstrahl-CT dann zur Beseitigung der störenden Bewegungsartefakte genutzt werden. (cs)

Service

Indikationstabelle für Rückenmark, Wirbelsäule und Bewegungsapparat

Speziell als Service für überweisende Ärzte bringen wir an dieser Stelle in loser Reihenfolge nach Körperregionen aufgeteilte Indikationstabellen. Für allfällige Fragen stehen Ihnen Experten des VBDO zur Verfügung. Sie erreichen uns unter der Telefonnummer 02742/341-122.

RÜCKENMARK			
	Primäruntersuchung	Sekundäruntersuchung	Tertiäruntersuchung
Progressive Myelopathie (Tumor, Syrinx, cervicale Diskushernie, Gefäßmißbildung u.a.)	MRT	Myelographie	Angiographie
Akute, nicht-traumatische Myelopathie (Blutung, Infarkt, Myelitis, Gefäßmißbildung)	MRT	Myelographie	Angiographie
Fluktuierende Myelopathie (MS)	MRT	-	-
Akute Radikulopathie (akute Diskushernie, ev. Entzündung)	CT/MRT	Myelographie	-
Chronische Radikulopathie (Diskushernie)	CT/MRT	Myelographie	-
Myelo- und Radikulopathie (große Diskushernie, extramedullärer Tumor, Metastase)	MRT	(Myelographie)	-
Spinales Trauma	MRT/CT	-	-
Spinale Traumafolgen	MRT	-	-
WIRBELSÄULE			
	Primäruntersuchung	Sekundäruntersuchung	Tertiäruntersuchung
Trauma akut	CT/MRT	-	-
Spondylitis	Szintigraphie	MRT	CT
Spondylodiscitis	Szintigraphie	MRT	CT
Mißbildungen	MRT	-	-
Spinalstenose	CT	MRT	-
BEWEGUNGSAPPARAT			
	Primäruntersuchung	Sekundäruntersuchung	Tertiäruntersuchung
Gelenke z.B. Kniegelenk (Meniskus/Diskus, Knorpel Band/Ligament, Tumor, Entzündung)	Skelettröntgen	MRT	Szinti/Arthrographie
Hüftgelenk (Femurkopfnekrose)	RÖ + MRT	Szintigraphie	-
Schultergelenk (Weichteile)	Sonographie	MRT	Arthro CT/Arthro-MRT
Weichteiltumor	Sono/MRT	CT	-
Knochenmarkprozess (Tumor, Entzündung)	RÖ/MRT/Szintigraphie	CT	-
Andere Knochentumore	RÖ	Szintigraphie	MRT/CT
Kompartimentsyndrom	MRT	-	-
Myopathie	MRT	CT	-

(pr)

Die Bedeutung der CT und MRT für die Diagnostik von Wirbelsäulenerkrankungen

Der rasante Fortschritt der Wirbelsäulenchirurgie in den letzten 15 Jahren ist zu einem großen Teil der exakteren Darstellung pathologisch anatomischer Strukturen durch immer bessere bildgebende Verfahren zu verdanken. Vor allem die Computertomographie (CT) und die Magnetresonanztomographie (MRT) sind heutzutage für die Diagnostik von Wirbelsäulenerkrankungen nicht mehr wegzudenken und haben die Myelographie sowie die Nativtomographie komplett verdrängt.



von o. Univ.-Prof. Dr. Reinhard Windhager
Klin. Abt. f. Orthopädie, LKH - Universitätsklinik, Graz

Wirbelsäulenbeschwerden in Form von Kreuzschmerzen mit oder ohne Ausstrahlung in das Bein sowie Rücken- oder Nackenschmerzen gehören zu den häufigsten Ursachen für Krankenstände und Frühberentung in den industrialisierten Ländern. 85 Prozent der erwachsenen Bevölkerung geben an, bereits an Kreuz-

schmerzen gelitten zu haben und 40 Prozent leiden aktuell darunter. Die Diagnostik muß aufgrund dieser Häufigkeit primär mit einer sorgfältigen Anamnese und klinischen Untersuchung beginnen, wodurch teilweise bereits funktionelle von organischen Störungen differenziert werden können. Die Mehrzahl der Beschwerden, vor allem jene funktioneller Natur, klingen innerhalb weniger Tage oder Wochen ab und bedürfen keiner weiteren Abklärung. Neurologische Ausfälle, wie Sensibilitätsstörungen oder Lähmungen hingegen oder anhaltende Beschwerden über drei Wochen sollten einer konsequenten Abklärung zugeführt werden, die mit einem Nativröntgen des betroffenen Wirbelsäulenabschnittes beginnt. Im Falle von neurologischen Defiziten ist in jedem Fall eine sofortige Schnittbilduntersuchung anzuschließen, um die Ursache der Nervenläsion zu finden.

Auch ein negativer radiologischer Befund sollte bei anhaltenden Beschwerden Anlaß zur weiteren Schnittbilduntersuchung geben, wobei bei nicht genauer Lokalisierbarkeit die MRT zu bevorzugen ist. Im besonderen haben sich die Schnittbilduntersuchungen bei Bandscheibenleiden, degenerativen Spondylolisthesen, Entzündungen, Wirbelsäulentumoren mit Abgrenzung von anderen destruktiven Prozessen und degenerativen Prozessen wie Vertebrostenose bewährt. Die Computertomographie wird aufgrund der exakten Knochendarstellung auch zur Herstellung von 3D-Modellen verwendet, die einerseits in der präoperativen Planung eingesetzt werden können, oder aber mit Hilfe eines Navigationssystems eine intraoperative dreidimensionale Darstellung ermöglichen.

Diskopathie

Bandscheibenveränderungen stellen sicherlich die Hauptindikation für die Anwendung der CT dar – vor allem wegen der leichteren Verfügbarkeit von CT. Voraussetzung ist eine exakte klinische Eingrenzung der zu untersuchenden Region. Die CT erlaubt Aussagen über Bandscheibenprotrusionen, Nervenkompression durch Bandscheibenprolaps oder degenerative Veränderungen im Bereich der Facettengelenke (Abb. 1a bis 1d). Durch sekundäre Rekonstruktionen können Schnittbilder in allen beliebigen Ebenen hergestellt werden, die Aussagen über die Stellung der Wirbelkörper zueinander oder aber über den postoperativen Durchbau einer Spondylodese erlauben.

Die MRT ermöglicht nicht nur eine bessere Aussage über die Weichteile, sondern gibt auch einen Überblick über

mehrere Segmente und außerdem Auskunft über das Signalverhalten und damit den Hydratationsgehalt der Bandscheibe. Die hohe Sensitivität der MRT kann allerdings zu falsch positiver Befundung verleiten, wenn keine direkte Korrelation mit den klinischen Symptomen hergestellt wird. So wurden in einer Studie an asymptomatischen Probanden unter 60 Jahren in 22 Prozent abnormale MRT-Befunde (Diskushernien oder Spinalkanalstenosen) gefunden und im Alter über 60 Jahren sogar 57 Prozent. Auf speziellen MRT-Sequenzen steigt dieser Prozentsatz bis auf 93 Prozent. Diese Zahlen belegen, daß diese wertvolle, hochsensitive Methode die große Gefahr der Überbewertung birgt und der sorgfältigen Interpretation durch einen Kliniker bedarf, um nicht zu voreiligen und überflüssigen therapeutischen Handlungen zu verleiten.

Degenerative Spondylolisthese und Vertebrostenose

Das Wirbelgleiten kommt vor allem im Segment L4/5 am häufigsten vor. Die CT gibt hier Auskunft über die durch Osteophyten aufgetriebenen oberen und unteren Gelenkfacetten mit lateraler Spinalkanalstenose, die degenerativen Veränderungen in den zygapophysialen Gelenken sowie die Erosion des medialen Teiles des oberen Gelenkfortsatzes mit folglich Ventralsubluxation des darüber gelegenen Wirbels. Als Vertebrostenose wird eine konzentrische Einengung der Cauda durch diese degenerativen Veränderungen bezeichnet, die bei klinischer Manifestation zu einer passageren, reversiblen Schwäche in den Beinen nach wenigen Minuten Gehen führt (Claudicatio spinalis) (Abb. 1a).

Auch bei diesen Veränderungen darf keine Überinterpretation erfolgen, da degenerative Spondylolisthesen mit zunehmendem Alter häufiger werden und bei Frauen über 65 Jahre in einem Prozentsatz von 29 Prozent auftreten. Während bei der Anterolisthese keine Korrelation zwischen den radiologischen Veränderungen und der Klinik hergestellt werden konnte, zeigte sich bei der Retrolisthese, die in der gleichen Altersgruppe in 14 Prozent der Fälle auftritt (L3/L4) eine deutliche Korrelation mit Rückenschmerzen.

Entzündungen und Tumoren

Die CT und mehr noch die MRT sind von der Diagnostik entzündlicher und neoplastischer Veränderungen heute nicht mehr wegzudenken. Bei Entzündungen, die charakteristischerweise vom Bandscheibenraum beginnen und zu einer

Destruktion der angrenzenden Wirbelkörper führen, kann dieses patho-morphologische Substrat sowohl in der axial rekonstruierten CT aber besser noch in der MRT dargestellt werden. Neben Abszeßbildungen und Kompression neuraler Strukturen kann auch die Aktivität des Prozesses gemessen an der Kontrastmittelaufnahme erfaßt werden (Abb. 2a). Der Ausschlusszustand, die Blockwirbelbildung, läßt sich vor allem in der längsrekonstruierten CT nachvollziehen, wodurch auch Informationen über die Belastbarkeit des Blockwirbels zu gewinnen sind. ▶

Wichtige Fachbegriffe

Fenster, Fenstereinstellung, Window:

Umwandlung eines CT-Wertes der Röntgendichte in einen Bildgrauwert (z.B. Knochen - weißlich, Muskel - grau).

„Axiale Rekonstruktion“

Zumeist direkt erhobenes, „klassisches“ CT-Bild, z.B. im Bereich des Schädels.

Längsrekonstruktion

Aus einem konventionellen, axialen Bild oder Spiral-3D-Datensatz errechnetes Bild in sagittaler Ebene.

Axial, sagittal, coronal

Anatomische Ebenen des Körpers. Axial = horizontal = wie von oben gesehen; sagittal = wie von der Seite gesehen; coronal = frontal = wie von vorne gesehen.

CT Artefakte

Zahlreiche vorgetäuschte Kunstprodukte, am häufigsten sog. Partialvolumenartefakte. Vermieden durch Erfahrung des Arztes und dynamische Betrachtung von Bildserien, nicht Einzelbildern.

Mehrfachdetektoren

Bei modernsten CT-Geräten 2-4 Detektorenkränze nacheinander, dadurch bessere Datenerhebung.

(cs)

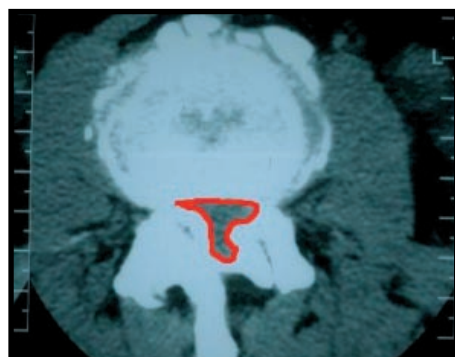


Abb. 1a: CT der LWS: Vertebrostenose. Einengung des Spinalkanals (rot) durch massive Randzacken der degenerativ veränderten kleinen Wirbelgelenke (Spondylarthrose) (vgl. mit Abb. 1b!).



Abb. 1b: CT der LWS: Bandscheibenprolaps. Medio-lateral links gelegener umfangreicher Vorfall (rot) der Bandscheibe L5/S1. Erhebliche Kompression des Dural-sacks. Strukturen innerhalb des Dural-sacks allerdings nicht differenzierbar (normal weiter Spinalkanal).

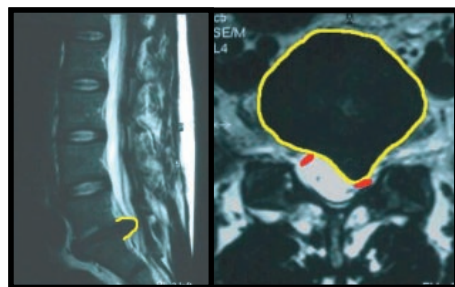


Abb. 1c, d: MRT der LWS sagittal (c) und axial (d): Massiver Prolaps L5/S1 (gelb) mit Verdrängung und Kompression der linken Nervenwurzel S1 (rot).

Die Bedeutung der CT und MRT für die Diagnostik von Wirbelsäulenerkrankungen

► Bei Tumoren (Abb. 3) wird die CT vor allem zur Beurteilung der Destruktion der vorderen oder hinteren Tragefeiler



Abb. 2a: MRT der LWS: Spondylodiscitis L1-L2 mit Ausbildung eines intraossären Abszesses (rot) ohne Beeinträchtigung des Spinalkanals.



Abb. 2b: MRT der LWS: Porotische Wirbelkompression: Keine Metastasen oder frische Einbrüche auf Grund des normalen Signalgehalts des Knochenmarks.

herangezogen, wodurch eine Aussage über die knöcherne Stabilität möglich ist. Mit der MRT, die vor jedem operativen Eingriff durchzuführen ist, kann die Infiltration angrenzender, aber auch entfernterer Wirbelsegmente dargestellt werden. Das charakteristische Signalverhalten von tumorinfiltrierten Wirbelkörpern (Abb. 2c) erlaubt auch eine Abgrenzung zu osteoporotischen Wirbelkörperdestruktionen (Abb. 2b), wodurch den Patienten weitere diagnostische Wirbelpunktionen erspart bleiben.

Navigation in der Wirbelsäulenchirurgie

Die Erstellung eines dreidimensionalen Modells am Bildschirm ist durch computerunterstützte Aufarbeitung von CT- und MRT-Bilddaten seit längerer Zeit möglich. Mit Hilfe dieser Computer-



Abb. 2c: MRT der LWS: Metastasen eines Bronchuskarzinoms (runde dunkle Herde im hellen Knochenmark der Wirbelkörper).

modelle wurden auch reale Modelle aus Styropor oder anderen Materialien durch Übertragung der Daten auf einen Fräser hergestellt. Um die Information der dreidimensionalen Rekonstruktion auch intraoperativ zu nützen, ist die Überlagerung des virtuellen Computer 3D-Modells mit der Realität notwendig, was durch Abgleichen von Punkten am Wirbelkörper mit Punkten am virtuellen Modell gelingt (Kalibrierung). Die zu verwendenden Instrumente sind mit optoelektronischen Markern bestückt, die von einer Kamera im Raum verfolgt und somit auf das virtuelle Modell im Computer übertragen werden. Hierdurch gelingt es, die Information der Schichtverfahren, im besonderen der Computertomographie, direkt auf die reelle Situation zu übertragen, wodurch eine exaktere Planung und höhere Präzision gewährleistet wird.

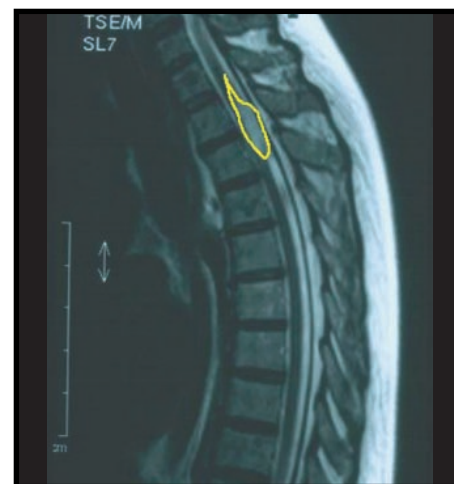
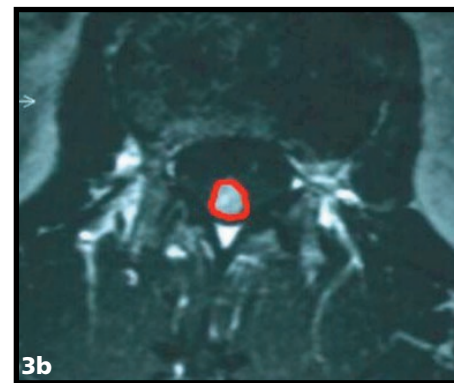


Abb. 3c: MRT der BWS wegen unklarer neurologischer Ausfälle. Tumor des Rückenmarks (Stiftgliom, gelb umrandet); MRT ist das einzige Verfahren, welches das Rückenmark direkt abbilden kann.



Abb. 3a, b: MRT der LWS mit KM. Untersuchung wegen unklarer motorischer Ausfälle der Beine. Stark kontrastmittelaufnehmender kleiner Tumor auf Höhe L2 geschichtet (rot umrandet); Meningeom (gutartig). a: sagittal b: axial



VBDO aktiv Gruppenpraxen

Nach wie vor gibt es keine kassenrechtliche Regelung für Gruppenpraxen und die Anstellung von Ärzten bei Ärzten. Dies ist insbesondere deshalb unverständlich, weil die Aus- und Belastung der niedergelassenen Ärzte durch immer früher entlassene Patienten aus den Spitälern ständig steigt.



VBDO-Vorstand fordert: Endlich Gruppenpraxen zulassen.

Umfragen zufolge ist die große Mehrheit der österreichischen Bevölkerung für Gruppenpraxen. Warum auch nicht, schließlich bietet diese Form der Zusammenarbeit von Ärzten eine ganze Palette von Vorteilen für die Patienten:

- mehr Spezialisierungen auch innerhalb eines Fachgebietes
- im Rahmen von Gruppenpraxen gibt es ein größeres medizinisches Leistungsspektrum
- dem Arzt bleibt mehr Zeit für den Patienten
- die Ordinationszeiten können verlängert werden

- Nacht- und Wochenenddienste lassen sich ausdehnen
- lange Weg- und Wartezeiten können vermieden werden

Darüber hinaus könnten durch fachgleiche und fachübergreifende Gruppenpraxen die Spitalsambulanzen entlastet werden, weil in Gruppenpraxen etwas wirtschaftlicher gearbeitet werden kann. Der VBDO setzt sich deshalb für mehr Flexibilität zum Wohle der Patienten ein.

Optimierte Auslastung

Für den Bereich der Radiodiagnostik würden als Ordination geführte Grup-

penpraxen auch mehr Rechtssicherheit bei den Kassenverträgen bieten, die dann nicht mehr ohne weiteres gekündigt werden könnten. Nicht zuletzt ließen sich durch eine optimierte Auslastung teurer radiologischer Geräte Synergieeffekte und Rationalisierungsréserven im Sinne einer umfassenden, qualitativ hochwertigen Versorgung der Patienten nutzen. Es liegt also an den heimischen Krankenkassen, endlich mit anderen Industriestaaten gleichzuziehen und in Österreich Gruppenpraxen – auch für extramurale Radiologie – zuzulassen.

Impressum: Medieninhaber und Herausgeber: VBDO - Verband für Bildgebende Diagnostik Österreich, Kremsergasse 16a, A-3101 St. Pölten; für den Inhalt verantwortlich: Dr. Peter Riedl; Konzept, Redaktion und Produktion: ikp - Institut für Kommunikations-Planung GmbH, 1070 Wien, Matthias Opitz; Layout: Herbert Stadler, 1070 Wien; Druck: Salzburger Druckerei, 5020 Salzburg; Aussagen und Angaben von Interviewpartnern oder sonstigen Dritten in den Informationen des VBDO werden als persönliche Auffassung wiedergegeben, die sich nicht mit der des Herausgebers decken muß. Änderungen, Druckfehler und Irrtümer vorbehalten.

Offenlegung nach § 25 Mediengesetz: DURCHBLICK - Zeitschrift des Verbandes für bildgebende Diagnostik Österreich (VBDO) vermittelt Informationen aus den Bereichen der Computertomographie, der Magnetresonanztomographie und der bildgebenden Diagnostik im In- und Ausland allgemein und richtet sich an alle Personen, die mit diesen Bereichen konfrontiert sind oder sich dafür interessieren. DURCHBLICK erscheint viermal jährlich und ist auf chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt.