

Wann gibt es endlich Gruppenpraxen?

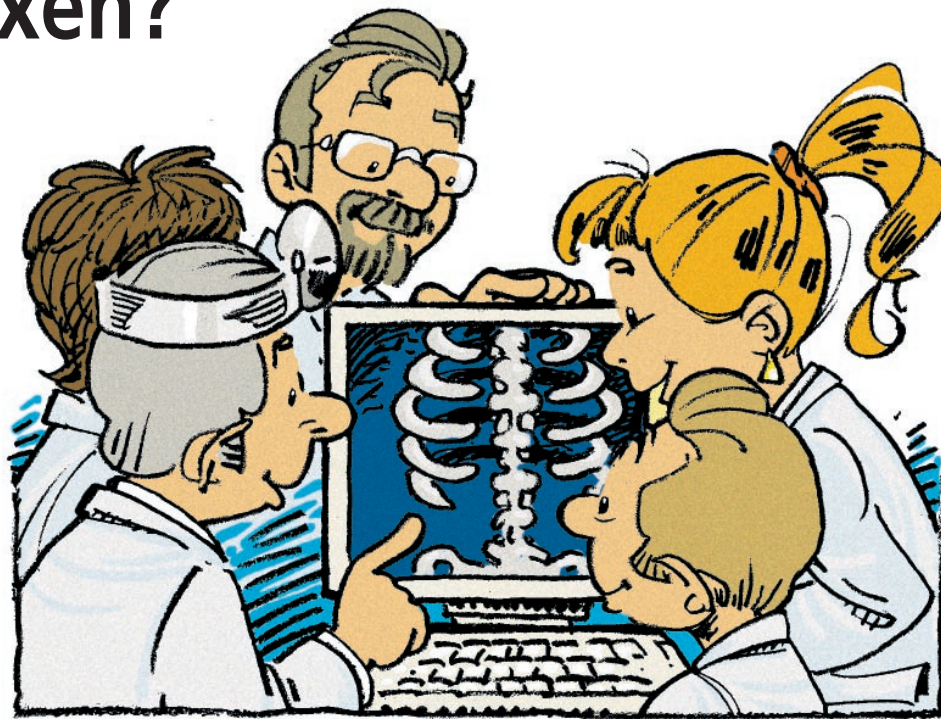
Rein rechtlich sind Gruppenpraxen bereits möglich. Trotzdem gibt es bis dato noch keine kassenrechtliche Regelung dafür. Warum dies so ist, hängt naturgemäß vom Blickwinkel des Betrachters ab. Sicher ist derzeit nur, daß alle Beteiligten das Wohl des Patienten im Auge haben.

Die Vorteile von Gruppenpraxen liegen auf der Hand: Dadurch, daß sich die Ärzte gegenseitig entlasten können, bleibt letztlich mehr Zeit für den Patienten. Auch die Ordinationszeiten lassen sich verlängern und Nacht- und Wochenenddienste ausdehnen. Lange Wartezeiten könnten dadurch vermieden werden. Darüber hinaus kann im Rahmen einer Gruppenpraxis auch ein größeres medizinisches Leistungsspektrum angeboten werden, was wiederum die Anfahrtswege für die Patienten minimiert. Ein weiterer Vorteil ist – insbesondere bei kapitalintensiven Ordinationen, wie radiologischen Instituten oder Labors – die Risikostreuung bei der Anschaffung von zumeist sehr teuren medizinischen Spezialgeräten.

Zwar sind sich die Beteiligten darüber einig, daß die Aus- und Belastung der niedergelassenen Ärzte durch immer früher aus den Spitälern entlassene Patienten steigt, doch der wichtige Ausbau des extramuralen Bereichs steht weiterhin aus. Warum?

Vorteile für alle Beteiligten

Dr. Peter Scholz, Abteilungsleiter im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, meint dazu, daß es im derzeitigen Stadium der Verhandlungen insbesondere unterschiedliche Sichtweisen gibt: „Die Ärztekammer sieht die Gruppenpraxis primär als Modell für eine Nachfolgepraxis, beispielsweise wenn ein älterer Arzt für fünf Jahre mit einem jün-



geren Kollegen eine Gruppenpraxis einget. Der Kassenvertrag geht dann auf den jüngeren Arzt über. Unser Standpunkt dabei ist, daß die Vorteile bei diesem Modell für alle drei Beteiligten, den Patienten, den Arzt und den Krankenversicherungsträger, gegeben sein müssen.“

Mag. Martin Stickler, Pressesprecher der Österreichischen Ärztekammer, ortet die Gründe, warum es in Österreich de facto noch keine Gruppenpraxen gibt, anderswo: „Woran es sich zur Zeit spießt, liegt vor allem am inhaltlichen Widerstand der Krankenkassen, die große Schwierigkeiten machen, was den kassenrechtlichen Status der Gruppenpraxen betrifft. Bevor sie die Gruppenpraxen nicht mit Kassenverträgen ausgestattet haben, sind sämtliche Vorteile für Ärzte und Patienten inexistent.“

Stickler weiter: „Sobald der kassenrechtliche Status geklärt ist, wird es Gruppenpraxen geben, wobei die Kassen in mehrfacher Form Garantien haben möchten, die im Grunde genommen skurril sind. So sollen Gruppenpraxen nicht mehr kosten als Einzelpraxen. Nun ist es aber der Sinn von Gruppenpraxen, mehr Leistungen und das vor allem spitalsentlastend anzubieten. Was jetzt in den Spitälern nicht mehr geleistet werden

kann, sollte also in niedergelassenen Praxen geleistet werden. Wir haben es also hier mit einer Erhöhung der Leistungsqualität und -quantität der niedergelassenen Praxen zu tun. Der Einwand des Hauptverbandes, es darf nicht mehr kosten, ist grotesk.“

Erhöhung der Leistungsqualität

Auf die Tarife bei Gruppenpraxen angesprochen, entgegnet Scholz, daß gerade bei technischen Fächern Rationalisierungseffekte eintreten können, die teilweise auch über die Tarife an die Versicherungsträger weitergegeben werden müssen.

Und wann wird es nun endlich Gruppenpraxen geben? Während sich der Vertreter des Hauptverbandes nicht festlegen möchte, meint Stickler: „Ab wann es letztlich Gruppenpraxen geben wird, hängt nicht zuletzt von einer klaren politischen Vorgabe gegenüber den Krankenkassen ab. Und hier bin ich zuversichtlich, weil Parlamentarier wie auch Landespolitiker aller Fraktionen immer wieder betonen, wie wichtig der Ausbau der extramuralen Medizin ist, nicht zuletzt durch Gruppenpraxen.“



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

Seit 1989 (CT) und 1993 (MRT) existieren in Österreich Kassenverträge für beide Modalitäten. Seit damals wurden die Tarife dafür österreichweit noch nie der Inflation entsprechend angepaßt, sondern im Gegenteil erheblich reduziert: für die CT in zehn Jahren um etwa 23,5 Prozent, für die MRT in sechs Jahren um etwa 26 Prozent. Durch eine höhere Produktivität der Geräte und fallende Gerätepreise konnten hier Einsparungen der Betreiber an den Partner, die soziale Krankenversicherung weitergegeben werden. Seit 1997 wird im Rahmen der in der Ostregion gültigen Kassenverträge nur noch eine Untersuchung pro Patient honoriert. Unter Umständen müßten aber drei oder vier Untersuchungen durchgeführt werden! Die Frequenz der nicht honorierten Mehrfachuntersuchungen steigt seither kontinuierlich, da die Kassen im Rahmen der chefärztlichen Bewilligung keine Einschränkung des Untersuchungsumfangs mehr vornehmen. Die Betreiber geraten damit zunehmend in eine Kostenschere: Ein ohnehin äußerst knapp bemessener Tarif wird durch gratis zu erbringende Mehrfachuntersuchungen weiter ausgehöhlt. Auf diese Weise können die Einrichtungen nur noch mit extrem hohen Patientenfrequenzen betrieben werden. Der Aufwand für eine Knie- und eine Schädeluntersuchung an einem Patienten am gleichen Tag ist exakt genauso hoch wie dieselben Untersuchungen an zwei verschiedenen Patienten. Nicht ohne Grund kosten zwei Kilogramm Äpfel im Supermarkt ja auch doppelt so viel wie ein Kilogramm, meint

Ihr Franz Frühwald

Die Magnetresonanz-Angiographie stellt nicht das Blutvolumen dar, sondern eine bestimmte physikalische Eigenschaft des Blutes. In dieser Ausgabe lesen Sie, wie man damit ein dreidimensionales Datenvolumen erstellen kann, aus dem sich nachträglich beliebige Projektionen berechnen lassen. **Seite 2**

Apparative Diagnostik bei Kopfschmerzen ist besonders wichtig, denn Kopfschmerzen gehören zu den häufigsten Symptomen, die einen Patienten zum Arzt führen. Univ.-Prof. Peter Wessely beschreibt die Unterschiede in bezug auf die Intensität der Schmerzen, ihre Frequenz und potentielle Gefährlichkeit. **Seite 3**

Der VBDO in Niederösterreich vertritt private CT- und MRT-Betreiber. Heute bieten dort 15 Diagnoseinstitute ein lückenloses, flächendeckendes Angebot für die rund 1,7 Millionen Einwohner. Betrieben werden 14 CT- und neun MRT-Geräte. Längere Wartezeiten für die Patienten sind die Ausnahme. **Seite 4**

MR-Angiographie (MRA)

Bei der herkömmlichen Angiographie wird in ein bestimmtes Gefäß ein jodhaltiges Kontrastmittel injiziert, das sich anschließend im Blut in Flußrichtung verteilt. So erhält man von einem gewählten Blickwinkel aus ein Einzelbild des Gefäßinnenraumes. Die Magnetresonanz-Angiographie (MRA) geht anders vor: Es wird nicht das Blutvolumen dargestellt, sondern eine bestimmte physikalische Eigenschaft des Blutes, beispielsweise der Magnetisierungszustand oder die lokale Geschwindigkeit.

Die MRA stellt nicht nur ein einzelnes Gefäß dar, sondern die Gesamtheit der Gefäße im Bildvolumen. Es wird keine einzelne Ansicht, sondern im Allgemeinen ein dreidimensionales Datenvolumen erstellt, aus welchem nachträglich beliebige Projektionen berechnet werden können. Da die Qualität der Abbildung der Gefäße von der Hämodynamik des Blutflusses abhängt, ergibt sich eine gewisse Verwandtschaft mit der Dopplersonographie. Allerdings ist die anatomische Gefäßdarstellung der MRA dem Ultraschall überlegen.

Die MRA kombiniert also zum Teil die Vorteile von digitaler Subtraktionsangiographie und Ultraschall und erlaubt neben der Gefäßdarstellung Rückschlüsse auf die zugrundeliegende Hämodynamik.

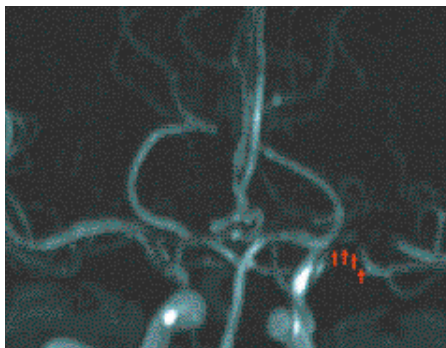


Abbildung 1: 3D-TOF MRA der Hirngefäße (ohne KM): Es zeigen sich deutliche arteriosklerotische Veränderungen im Bereich der linken Arteria cerebri media.

Sie erfordert also sowohl Kenntnisse der Gefäßanatomie und Pathologie als auch profundes Wissen in der normalen und pathologischen Hämodynamik. Die MRA gewinnt zunehmend an Bedeutung bei der Abklärung vaskulärer Veränderungen. Dies beruht vor allem auf der Nicht-Invasivität bzw. nur geringen Invasivität verglichen mit der herkömmlichen Katheterangiographie.

Einsatz von Kontrastmittel

Die Gefäßdarstellung mittels MR-Angiographie gelingt zwar grundsätzlich ohne Verwendung von Kontrastmittel (KM), allerdings haben in den letzten zwei Jahren technische Neuerungen den KM-Einsatz in der MRA in den Vordergrund gerückt, sodaß sich mittlerweile auch die großen Gefäße im Brust- und Bauchbereich sowie an Armen und Beinen mit ausreichender Genauigkeit darstellen lassen. Es wird dabei KM in eine Vene im Ellenbogenbereich appliziert. Eine intraarterielle Kathetertechnologie wird nicht eingesetzt. Die MRA ist heute aus dem Routinebetrieb nicht mehr wegzudenken und hat in einzelnen Gefäßbereichen die herkömmliche Angiographie in diagnostischer Hinsicht teilweise ersetzt.

Pathologische Veränderungen an den das Hirn versorgenden Gefäßen werden mit der hochauflösenden MRA gut und sicher erfaßt. Krankhafte Veränderungen wie abnorme Ausweitungen oder Ver-

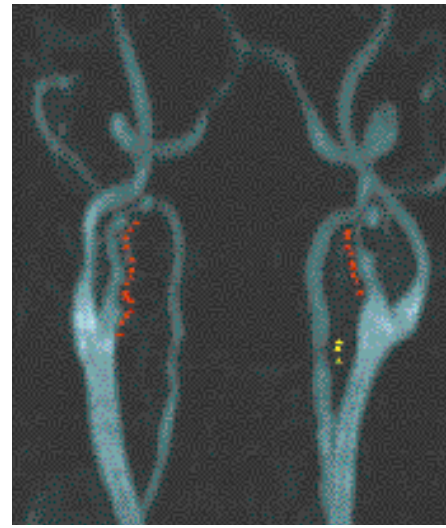


Abbildung 2: KM-MRA der Halsgefäße: Beiderseits finden sich ausgeprägte arteriosklerotische Veränderungen im Bereich der Arteria carotis externa. Eine geringe Stenose auch im Bereich der linken Arteria vertebralis erkennbar. Die übrigen hirnersorgenden Gefäße sind unauffällig.

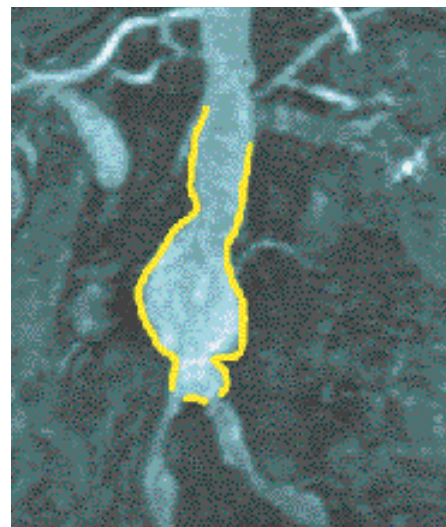


Abbildung 3: KM-MRA des Abdominalbereiches: Aneurysmatische Ausweitung der Bauchaorta im unteren Abschnitt. Im Anschluß daran arteriosklerotische Veränderungen an den Beckengefäßen.

engungen an der Schlagader im Brust- und Bauchbereich lassen sich risikolos und einfach darstellen. Mehr und mehr kommt die MRA auch als Untersuchungsmethode der ersten Wahl bei der

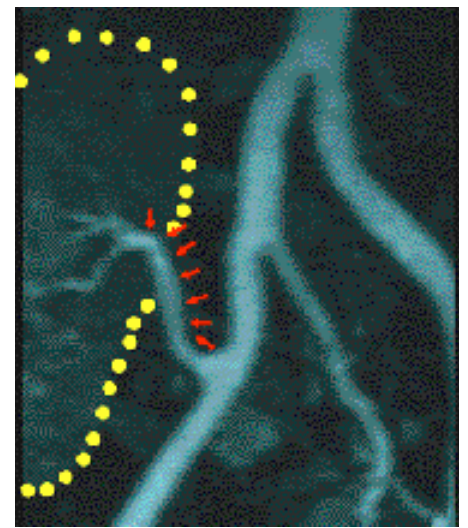


Abbildung 4: KM-MRA nach Nierentransplantation: Transplantatgefäß und Beckengefäß stellen sich völlig regulär dar. Es findet sich kein Hinweis auf eine Engstellung im Anastomosenbereich.

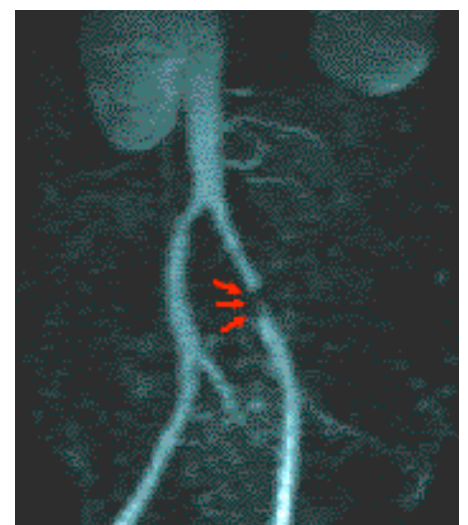


Abbildung 5: KM-MRA der Beckengefäße: Hochgradige Stenose an der linken Arteria iliaca communis.

Abklärung eines nierengefäßbedingten Hochdruckes zum Einsatz. Neueste technische Entwicklungen – insbesondere der Einsatz der MR-MRA – erlauben nun auch eine gute Beurteilung der Gefäße im Becken- und Beinbereich. Da die MRA für den Patienten keine Ergebnisse liefert, ist ihr Stellenwert im praetherapeutischen und insbesondere im praoperativen Bereich zunehmend im Steigen begriffen. (jk)

Service

Indikationstabellen für das Gehirn

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.

GEHIRN

	Primäruntersuchung	Sekundäruntersuchung	Tertiäruntersuchung
Progressive neurologische Ausfälle (v.a. Tumor, Metastase)	CT	MRT	(i.a. DSA)
Akute, nicht traumatische neurologische Ausfälle (Blutung/Infarkt)	CT	MRT	i.a. DSA
Akutes Schädel-Hirn-Trauma mit neurologischen Symptomen jeglicher Art (Oedem, Kontusion, Blutung)	CT	MRT	-
Fluktuierende neurologische Ausfälle (MS)	MRT	-	-
Grand-mal oder fokale Epilepsie (Tumor, Gefäßmißbildungen)	MRT	CT	i.a. DSA
Temporallappenepilepsie (Pathologie des Hippocampus)	MRT	(CT)	-
Neuro-endokrine Störung mit oder ohne neurologische Symptome (Hypophyse, Hypothalamus)	MRT	-	-
Demenz und dementielle Syndrome (M. Alzheimer, Multiinfarktsyndrom u.a.)	MRT	CT	-
Akute Kopfschmerzen mit Meningismus (z.B. Subarachnoidalblutung)	CT	MRT	Angio
Chronische Kopfschmerzen mit neurologischen Ausfällen	MRT/CT	-	-
Akute Bewußtseinsstörungen	CT/MRT	-	-
Mentale Retardation (Hirnmißbildungen, Leukodystrophien) im Kindesalter	MRT	(CT)	-

(jk)

Apparative Diagnostik bei Kopfschmerzen

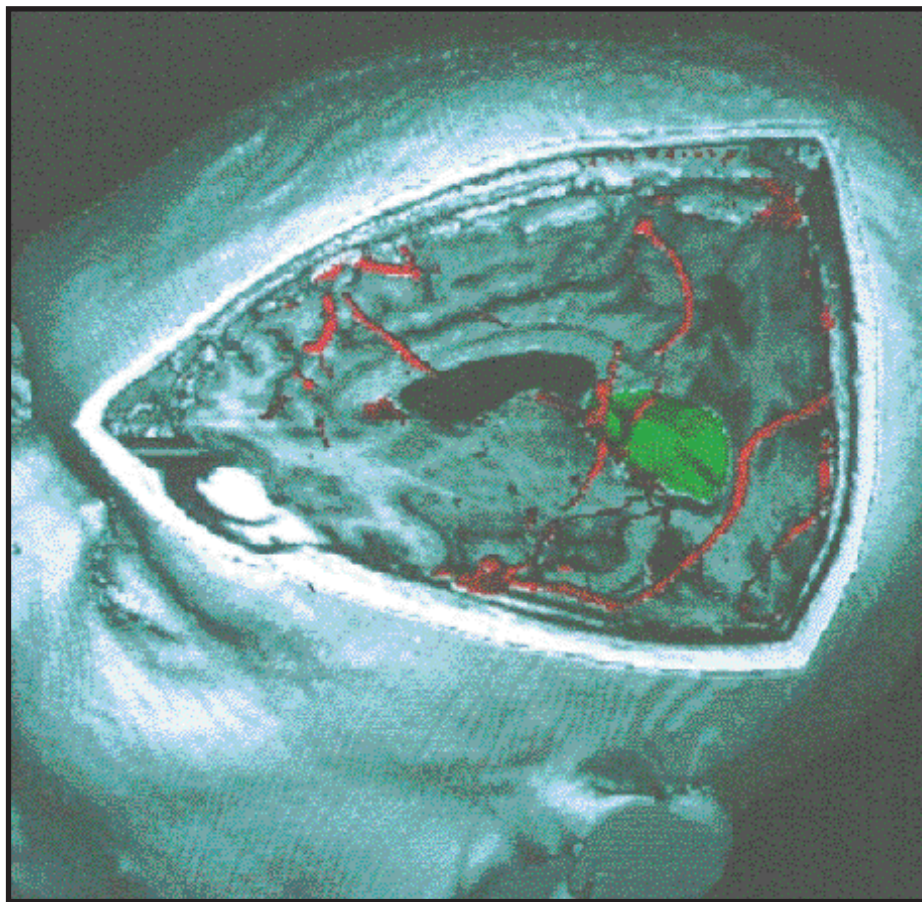
Kopfschmerzen gehören zu den häufigsten Symptomen, die einen Patienten zum Arzt führen. Es bestehen verständlicherweise große Streubreiten bezüglich der Intensität der Schmerzen, in der Frequenz und natürlich auch bei der potentiellen Gefährlichkeit (von Katerkopfschmerz bis zur Subarachnoidalblutung).



von Univ.-Prof. Dr. Peter Wessely, Neurologische Universitätsklinik, AKH Wien

Die Untersuchungserfordernisse etwa in Hinblick auf technische Zusatzbefunde haben differenzierte Erfordernisse. Man unterscheidet zwischen primären und sekundären Kopfschmerzen, wobei sich in umfangreichen Statistiken zeigt, daß die primären Kopfschmerzen überwiegen. Primäre Kopfschmerzen sind solche, bei denen keine grobmorphologische strukturelle Läsion als Ursache nachgewiesen werden kann. Dazu gehört die Migräne mit heftigen, meist halbseitigen Kopfschmerzattacken und begleitenden Symptomen, wie beispielsweise Übelkeit, sowie der episodische bzw. chronische Spannungskopfschmerz mit dem mehr druckartigen Schmerzcharakter ohne maßgebliche Begleitsymptome.

Demnach wird für Migräne und den Spannungskopfschmerz bei routinemäßigem Verlauf der Erkrankung und Beginn in der Kindheit bzw. im jüngeren Erwachsenenalter keine weitere spezielle technische Diagnostik erforderlich sein. Dennoch sollte jeder Patient mit einem chronifizierten Kopfschmerz einmal einer überblicksmäßigen Ausschlussdiagnostik bezüglich eines intrakraniellen latenten Herdbefundes (im Einvernehmen zwischen Patient und Arzt) zu einem Neuroimaging zugewiesen werden können. Eine diesbezügliche Indikation kann auch



3D-Darstellung eines Hirntumors (grün) und der großen Hirngefäße (rot) im MRT

eine Tumorphobie darstellen, die in einem ausführlichen psychotherapeutisch orientierten Gespräch nicht aufgelöst werden kann. Man sollte es jedoch bei einer einmaligen Untersuchung bewenden lassen.

CT als Überblicks-Screening

Für das Überblicks-Screening eignet sich am besten die Computertomographie, die zunächst ohne Kontrastmittel erfolgen sollte. Bei Patienten mit Kopfschmerzbeginn nach dem 40. Lebensjahr, Verlaufsauffälligkeiten, besonders heftiger Ausprägung oder nicht eindeutig zurechenbaren Begleitsymptomen (z.B. Differentialdiagnose: Aura einer Migräne oder TIA) sollten weitere Untersuchungen folgen: je nach Erfordernis in erster Linie Computertomogramm mit Kontrastmittel und/oder Magnetresonanztomographie, des weiteren auch EEG, Dopplersonographie, Isotopenverfahren (SPECT), aber auch Blut- u. Liquoruntersuchungen etc.

Die zweite Gruppe der sekundären, grob organisch bedingten, also symptomatischer Kopfschmerzen wird zwar seltener beobachtet, ist aber in der diagnostischen Zuordnung und Durchuntersuchung wesentlich aufwendiger. Der Kopfschmerz ist dabei meist nicht so charakteristisch, daß man ohne weitere Detailkenntnisse oder Befundergebnisse auf die Ursache rückschließen könnte.

SAB immer möglich

Im Rahmen dieses Artikels ist es nicht möglich, alle in Frage kommenden Ätiologien zu diskutieren, stattdessen können nur einige Aspekte angerissen werden. Ein akuter erstmalig aufgetretener (und fakultativ rezidivierender) Kopfschmerz in heftiger Intensität, muß raschest mit einem bildgebenden Verfahren (am günstigsten zunächst CT) abgeklärt werden. Differentialdiagnostisch ist dabei an einen akuten Infekt mit meningealer Beteiligung (begleitend meist Fieber) oder akut

erhöhten Hirndruck bei Raumforderung in der hinteren Schädelgrube (häufig Erbrechen, Stauungspapillen) bzw. die Manifestation eines Hydrocephalus zu denken. Die akute Subarachnoidalblutung (SAB; besonders heftig, peitschenschlagartig, vielfach ohne Bewußtseinstörung oder fokaler Neurologie) ist in jedem Lebensalter möglich und kann sich auch ohne vorausgehende körperliche Belastung manifestieren. Der Verdacht auf eine SAB macht nicht nur eine Spitalweisung erforderlich, sondern auch die rascheste Durchführung einer Computertomographie, welche in einem sehr hohen Prozentsatz den Nachweis einer Blutung erlaubt (in Zweifelsfällen ▶)

Wichtige Fachbegriffe

TOF-MRA

Time-of-flight-MRA - Einstromangiographie: Nur Protonen des frisch in das Untersuchungsvolumen einströmenden Blutes ergeben ein Signal. Stationäres Gewebe imponiert nahezu signallos.

PC-MRA

Phasenkontrast-MR-Angiographie: Hierbei ist die Phasenverschiebung der Magnetisierung bewegter Spinensembles von entscheidender Bedeutung. Die Phasenverschiebung ist abhängig von der Geschwindigkeit dieser Spins.

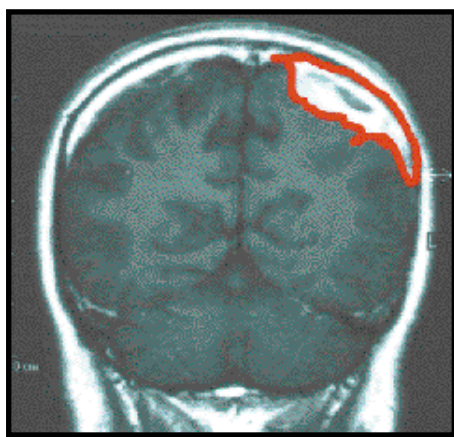
KM-MRA

Kontrastmittelverstärkte MR-Angiographie: Sie nutzt die Relaxationszeit- (T1) Verkürzung des Blutes durch gadoliniumhaltige KM aus. Der Vorteil gegenüber der Einstromtechnik ist die Darstellung eines relativ großen Bereiches, da es bei der KM-MRA zu keinen Sättigungseffekten kommt.

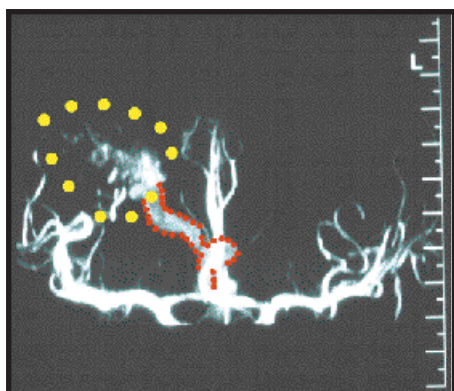
MIP

Maximum intensity Projektion: Im Gegensatz zur herkömmlichen Angiographie, bei der nur jeweils pro Serie ein Bild erzeugt wird, wird bei der MRA ein 3D-Datensatz angelegt, welcher im nachhinein die Bildberechnung aus verschiedenen Blickwinkeln erlaubt, ohne daß hierzu eine neuerliche Untersuchungsserie notwendig wäre.

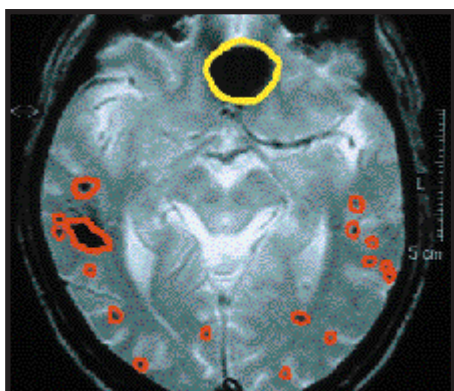
(jk)



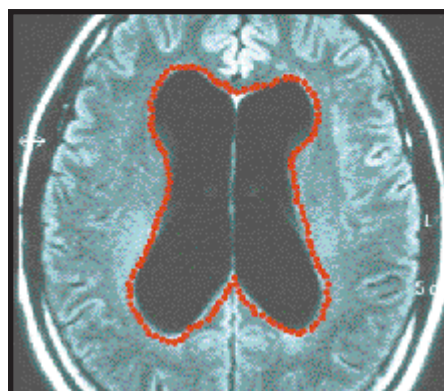
MRT: chronisches subdurales Hämatom (rot)



MR-Angiographie: AV-Malformation re. (gelb) mit breiter, atypischer Drainagevene (rot)



MRT bei alter Subarachnoidalblutung: Depots von Bluteisen (rot)



Hydrocephalus (ausgeweitete Seitenventrikel rot umrandet)

Die Bedeutung der CT und MRT für die Diagnostik von Wirbelsäulenerkrankungen

►Lumbalpunktion). Wenn sich im bildgebenden Verfahren Hinweise auf eine lokalisierte Blutungsquelle ergeben, kann in einem weiteren Schritt eine gezielte CT-Angiographie (Malformation?) angeschlossen werden, eventuell um weitere, stumme Aneurysmen zu entdecken, eine MRT-Überblicksangiographie bzw. eine digitale Subtraktionsangiographie des gesamten cerebralen Gefäßgebietes.

Im höheren Lebensalter ist vor allem an die Erstmanifestation eines intrakraniellen Tumors (neurologische Ausfälle?)

oder eine intracerebrale Blutung (RR?) zu denken.

Dauerkopfschmerz

Die häufigsten Ursachen eines Dauerkopfschmerzes, abgesehen von Prozessen in Nebenhöhlen, Kiefer-, Augen- und HWS-Bereich, sind Raumforderungen, eventuell - insbesondere auch nach einem banalen Trauma - eine intrakranielle raumfordernde Blutung (chronisches Subduralhämatom), manchmal auch ein entzündlicher Gefäßprozeß.

Die Computertomographie wird demnach in den meisten Fällen zur Abklärung symptomatischer Kopfschmerzen das maßgeblichste und bereits im Vorfeld einzusetzende Diagnosehilfsmittel sein und man wird dabei mit hoher Trefferwahrscheinlichkeit zumindest die potentiell gefährlichsten Ursachen nachweisen können. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis ist günstig.

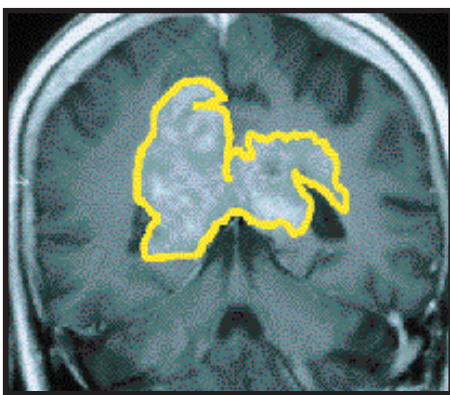
MRT in der Akutdiagnostik

In der Akutdiagnostik sollte die Magnetresonanztomographie speziellen

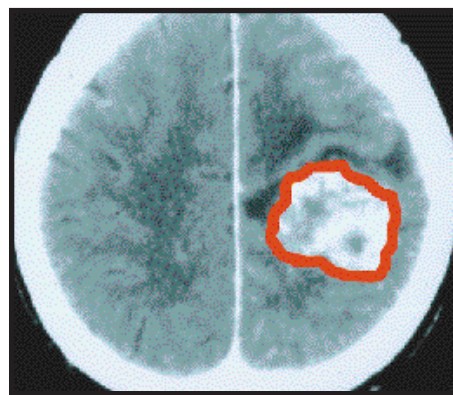
Indikationen vorbehalten sein, insbesondere beim Verdacht auf eine Sinus-Venenthrombose, auf Prozesse im Hirnstammbereich und auf entzündlich-autoimmunologische Gefäßerkrankungen bzw. immer dann, wenn sich aus dem klinischen Verlauf aus anderweitiger Diagnostik oder präoperativ eine entsprechende Notwendigkeit ergibt.

Erwähnenswert ist, daß man in den MRT-Untersuchungen (insbesondere bei T2-Gewichtung) bei Migränepatienten routinemäßig kleine hyperdense Areale finden kann, die klinisch unbedeutend sind, meist wieder remittieren (und manchmal zu differentialdiagnostischen Komplikationen führen können).

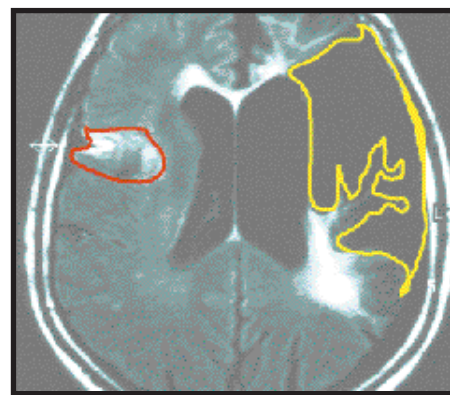
Zusammenfassend sind weitere technische Durchuntersuchungen mit CT und eventuell MRT abgesehen von den Fällen eine eindeutigen symptomatischen Kopfschmerzes dann ratsam, wenn zentralneurologische Ausfälle oder ein organisches Psychosyndrom vorliegen. Gleiches gilt bei Änderung der Bewußtseinslage, Nackensteifigkeit und Fieber, sowie bei besonderer Heftigkeit des Kopfschmerzes oder Änderung eines vorbestehenden Kopfschmerztypus.



MRT: Bösartiger, die Mittellinie überschreitender Hirntumor (Glioblastom, gelb umrandet)



CT: gutartiger Tumor (Meningeom, gelb umrandet)



MRT: Alter (gelb) und frischer (rot) Infarkt

PORTRAIT

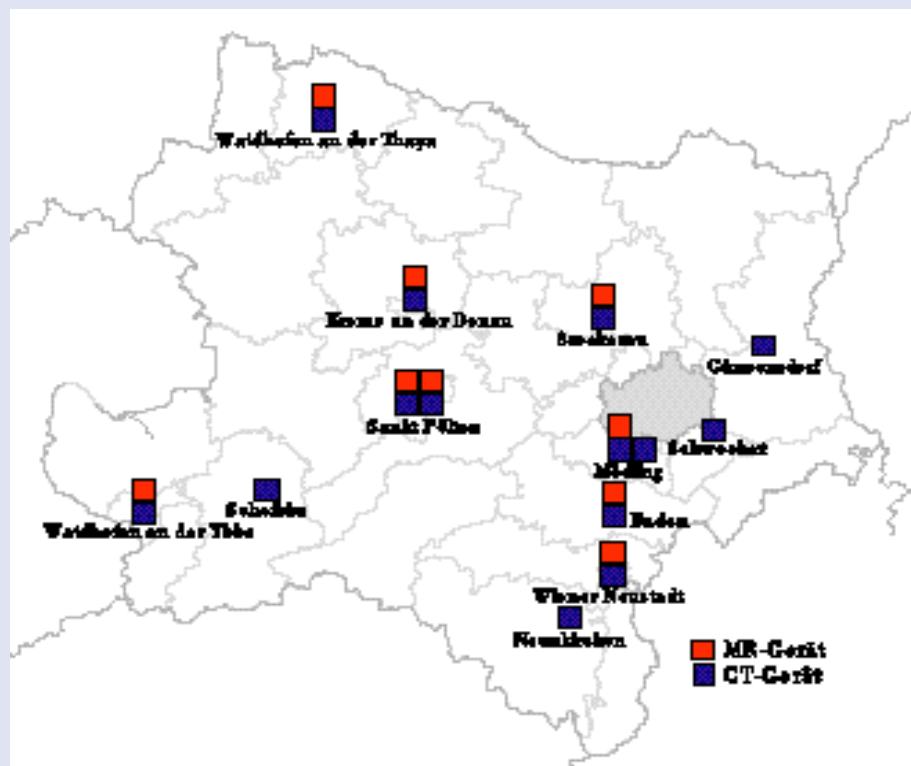
Der VBDO in Niederösterreich

Private Betreiber sind in Niederösterreich seit 1989 im Bereich der CT-Diagnostik und seit 1992 in der MR-Diagnostik tätig. Sie waren damit unter den ersten Anbietern derartiger Untersuchungen in Österreich. Um Jahre früher als durch die öffentliche Hand konnte so in Niederösterreich eine flächendeckende Versorgung durch private Hand erreicht werden.

Heute besteht in Niederösterreich ein lückenloses flächendeckendes Angebot des geographisch sehr ausgedehnten Bundeslandes mit 1,7 Millionen Einwohnern durch 15 Diagnostik Institute, die neun MRT- und 14 CT-Geräte betreiben. Kassenverträge bestehen dabei für zehn Computertomographen und sieben Magnetresonanztomographen. Alle diese Geräte werden von Mitgliedern des VBDO betrieben, der in Niederösterreich durch Univ.-Doz. Dr. Franz Frühwald aus St. Pölten und Primar Dr. Klaus Pflanzner aus Stockerau repräsentiert wird.

Spiral-CT ist Standard

Technisch ist die Spiral-CT durchgehend Standard; die Feldstärken der MRT-Geräte mit Kassenvertrag liegen bei 1,5 Tesla (ein Gerät), 1 Tesla (vier Geräte) und 0,5 Tesla (zwei Geräte). Es dokumentiert sich darin ein klarer Trend zu Systemen mit hohen Feldstärken, die – bestückt mit leistungsstarken Gradientensystemen – eine exzellente Bildqualität bieten. Dieses Angebot privater Be-



Der niederösterreichischen Bevölkerung steht ein regional ausgewogenes, umfangreiches Angebot zur Verfügung. Nennenswerte Wartezeiten sind die Ausnahme.

treiber, das sich naturgemäß vor allem an die extramural zu versorgende Bevölkerung richtet, wird ergänzt durch 16 CT- und sechs MRT-Geräte in öffentlichen Krankenanstalten. Damit steht der niederösterreichischen Bevölkerung ein regional ausgewogenes und umfangreiches Angebot zur Verfügung, das im Bedarfsfall den Einsatz beider Methoden ohne nennenswerte Wartezeiten erlaubt.

Gutes Verhältnis zur NÖ GKK

Zur Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse, die traditionell auch für die sogenannten "kleinen" Kassen in Niederösterreich die Verträge abschließt, besteht ein gutes und korrektes Verhältnis. In beiderseitigem Bewußtsein, daß die Versorgung der niederösterreichischen Patienten nur gemeinsam störungsfrei bewerkstelligt werden kann, ist es bisher gelungen, tragfähige Kompromisse in den Kassenvertragsverhandlungen zu erreichen, wenn auch manchmal die eine oder andere Seite damit nicht restlos glücklich war. Manche Härten des Vertragstextes konnten mit einer verständnisvollen Interpretation durch das Kassenmanagement bewältigt werden. Außerdem wurde in Zusammenarbeit mit der NÖ GKK auch eine Erweiterung der vorgesehenen Planstellen im Rahmen des ÖBIG-Großgeräteplans erreicht und in der Folge Verträge mit zusätzlichen Instituten zur Deckung des wachsenden Bedarfs – vor allem im MRT-Bereich – abgeschlossen. (ff)

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; Cartoon: Eugen Kment, 1060 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.