

Anlage D

## **TARIF für Vertragsfachärzte für Radiologie**

**Gültig ab 1. Juli 2019**

### **A) Allgemeine Bestimmungen**

(Diese gelten, sofern unter B, C und D nicht hievon abweichende Bestimmungen festgelegt sind.)

Sämtliche Leistungen können nur auf Grund der auf bestimmte Untersuchungen bzw. Behandlungen lautenden Zuweisung einer/eines Vertragsärztin/Vertragsarztes bzw. einer Vertragsarztgruppenpraxis für Allgemeinmedizin oder einer/eines allgemeinen Vertragsärztin/Vertragsfacharztes bzw. Vertragsfacharztgruppenpraxis (einer kasseneigenen Einrichtung) verrechnet werden. Der Untersuchungs- bzw. Behandlungszweck ist zu präzisieren. Leistungen, die von der/vom zuweisenden Ärztin/Arzt bzw. der Gruppenpraxis nicht beantragt wurden, können nur unter den im Tarif angegebenen Bedingungen verrechnet werden.

Mit den Tarifsätzen sind auch die ärztliche Untersuchung, Begutachtung und Befund abgegolten.

Die Befunde sind der/dem zuweisenden Ärztin/Arzt bzw. der Gruppenpraxis zu übermitteln. Die Röntgen- bzw. Ultraschall-Aufnahmen sollen der/dem Patientin/Patienten zwecks Vorlage bei der/beim zuweisenden Ärztin/Arzt bzw. der Gruppenpraxis ausgefolgt werden.

Mit den Tarifsätzen sind auch sämtliche Unkosten einschließlich der Kosten aller benötigten Filme, Chemikalien u. Ä. abgegolten; die erforderlichen Kontrastmittel können mit dem übrigen Ordinationsbedarf angefordert werden.

### **B) Diagnostik**

Die erbrachten Leistungen sind unter Angabe der im Punkt 3. Organtarif angegebenen Pos. Ziffern bzw. unter Angabe der untersuchten Organe unter Hinzufügung der jeweiligen Untersuchungsdaten auf dem hierfür bestimmten Raum der Zuweisung zu verrechnen.

Lediglich in jenen Ausnahmefällen, in denen im Organtarif keine entsprechende Pos. Ziffer für den zu untersuchenden Körperteil vorhanden ist, sind die erbrachten Leistungen unter Angabe der unter Punkt 2. Unkosten angeführten Pos. Ziffern oder unter Angabe von Art und Anzahl der Durchleuchtungen, Aufnahmen, Zuschläge etc. sowie des jeweiligen Untersuchungsdatums auf der Zuweisung zu verzeichnen.

Nur technisch einwandfreie Aufnahmen sind verrechenbar.

Die Vergütung von Röntgenuntersuchungen besteht aus Honorar und Unkosten. Mit den im Organtarif angeführten Tarifsätzen sind sämtliche pro Organ erbrachten Durchleuchtungen, Aufnahmen und eventuelle Zuschläge abgegolten.

**C) Leistungsvoraussetzung für Abrechnung der Pos. Ziff. 810  
„Mammographie inklusive Mammasonographie, beide Seiten“**

Die vereinbarten Leistungen können nur von jenen Vertragsfachärztinnen/-fachärzten für Radiologie erbracht werden, welche die unten angeführten Voraussetzungen erfüllen und auf Basis der maßgeblichen Zertifikate bzw. Nachweise nach Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse von der Kasse zur Abrechnung der Leistungen berechtigt wurden. Die Verrechnungsmöglichkeit der Leistungen beginnt bzw. endet jeweils zu einem Quartalsbeginn bzw. Quartalsende.

Die Vertragsfachärztinnen/-fachärzte für Radiologie werden über Beginn und Ende der Verrechnungsmöglichkeit von der Kasse informiert.

1. An standortbezogenen Voraussetzungen für die Leistungserbringung sind jedenfalls zu erfüllen:

- a) ausschließliche Verwendung von digitalen Geräten
- b) technische Qualitätssicherung gemäß Anhang 1 des Tarifs für Vertragsfachärztinnen/-fachärzte für Radiologie/Kompendium Mammographie Teil 1
- c) Erstellung von Mammographieaufnahmen von jährlich mindestens 2.000 Frauen pro Standort wobei an Standorten, die sich innerhalb eines von Kammer und Kasse im IVA genehmigten Gruppenpraxenverbundes befinden, eine Leistungserbringung auch im Falle einer Erstellung von Mammographieaufnahmen im Ausmaß von jährlich mindestens 1.500 Frauen zulässig ist, sofern alle Standorte der Vertragsfacharztgruppenpraxen sämtliche standortbezogenen Voraussetzungen (ausgenommenen der 2.000 Mammographieaufnahmen/Standort) erfüllen und innerhalb des Gruppenpraxenverbundes jährlich zumindest 4.000 Mammographieaufnahmen durchgeführt werden. Sofern der Gruppenpraxenverbund über drei Standorte verfügt, ist eine Durchführung von zumindest 6.000 Mammographieaufnahmen innerhalb des Gruppenpraxenverbundes erforderlich, etc.

Für neue Programmstandorte – das sind Standorte, die nach dem 1. Oktober 2012 mit der Durchführung von Mammographien begonnen haben – gilt folgende Sonderregelung:

Ein neuer Standort muss in den ersten 24 Monaten der Teilnahme am Brustkrebs-Früherkennungs- Programm die erforderlichen Mindestfrequenzen nachweisen. Alle anderen Anforderungen sind vor Programmteilnahme sowie vor der Erteilung der Verrechnungsbefugnis für die Pos. Ziff. 810 zu erfüllen.

Im Einzelfall kann im Einvernehmen zwischen Hauptverband und Bundeskurie niedergelassene Ärzte (BKNÄ) aus einem anerkannten wichtigen Grund von der Anforderung der Mindestfrequenzen dauerhaft (z.B. regionale Versorgungsrelevanz) abgewichen werden.

Von der Anforderung der Mindestfrequenzen kann befristet für eine zwischen Hauptverband und Bundeskurie niedergelassene Ärzte (BKNÄ) festgelegte Dauer bei außerordentlichen Umständen (z.B. Ordinationsschließung auf Grund von Umbau, Naturkatastrophen, Karenz, längerfristige Erkrankung) abgewichen werden.

- d) Absolvierung von regelmäßigen Fortbildungen der nichtärztlichen Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, die die Mammographie durchführen (Punkt 10.).

2. An persönlichen Voraussetzungen für die Leistungserbringung sind jedenfalls zu erfüllen:

- a) Befundung von Mammographieaufnahmen von jährlich mindestens 2.000 Frauen pro Vertragsfachärztin/Vertragsfacharzt für Radiologie. Es zählen sowohl Erst- und Zweitbefundungen sowie kurative Mammographien.

Bei Krankheit, Karenz oder einem anderen einvernehmlich von Hauptverband und Bundeskurie niedergelassene Ärzte (BKNÄ) im Einzelfall anerkannten Grund erstreckt sich der Fristenlauf im Ausmaß der Absenz, maximal aber um sechs Monate. Wenn eine Vertragsfachärztin/ein Vertragsfacharzt für Radiologie eine längere Karenz in Anspruch nimmt, kann sie/er mit einer Fallsammlungsprüfung wieder einsteigen. Neueinsteiger/innen betreffend die Leistungserbringung dürfen eine Mindestfrequenz von 2.000 Befundungen sukzessive binnen der ersten 24 Monate nachweisen.

Neueinsteiger/innen, die als Erstbefunderinnen/Erstbefunder tätig sein wollen und keinen Nachweis über 2.000 Befundungen von Mammographieaufnahmen erbringen können, können diese Voraussetzung durch den Nachweis des Absolvierens eines Intensivbefundertrainings gemäß der nachfolgenden Bestimmung in den dem Beginn der Teilnahme am Brustkrebs-Früherkennungs-Programm vorgegangenen 24 Kalendermonaten erfüllen.

Können die personenbezogenen Mindestfrequenzen darüber hinaus während der Teilnahme am Brustkrebs-Früherkennungs-Programm nicht erreicht werden, ist diese Voraussetzung auch erfüllt, wenn ein Intensivbefundertraining einschließlich persönlicher Befundung von 500 Mammographien absolviert wird, wobei aber mindestens 1.500 Befundungen vorliegen müssen. Die Bestätigung der Absolvierung des Intensivbefundertrainings muss bis 31. Juli des auf das Kalenderjahr, in dem die personenbezogene Mindestfrequenz nicht erreicht wurde, folgenden Kalenderjahrs an die Akademie der Ärzte GesmbH übermittelt werden. Während des Zeitraums bleiben das ÖÄK-Zertifikat und die Programmteilnahme/Verrechnungsvoraussetzung aufrecht.

Die Festlegung der Kriterien für das Intensivbefundertraining sowie die Approbation von Anbieterinnen/Anbietern derartiger Trainings obliegt der Zertifikatskommission, wobei die vom Hauptverband genannten Mitglieder der Zertifikatskommission nicht überstimmt werden dürfen.

b) Absolvierung von Weiterbildungskursen vor Beginn der Leistungserbringung inkl. erfolgreicher Absolvierung einer Fallsammlungsprüfung, kontinuierliche Aufrechterhaltung der fachlichen Qualifikation sowie die laufende Fortbildung.

3. Der Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Punkt 2a und b ist die Basis für das ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik gemäß Anhang 2 des Tarifs für Vertragsfachärztinnen/-fachärzte für Radiologie/Kompendium Mammographie Teil 2. Ein gültiges ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik ist Voraussetzung für die Leistungserbringung.

4. Die Zertifizierung der technischen Voraussetzungen (Punkt 1b) erfolgt durch die ÖÄK/ÖQMed gemäß Anhang 1 des Tarifs für Vertragsfachärztinnen/-fachärzte für Radiologie/Kompendium Mammographie Teil 1 durch Beauftragung einer auf dem Gebiet der Medizinphysik qualifizierten Einrichtung oder Person.

5. Die Nachweise der Mindestfrequenzen gemäß Punkt 1c und Punkt 2a erfolgen bei Beginn der Leistungserbringung durch Selbstangaben der Vertragsfachärztin/des Vertragsfacharztes für Radiologie die durch Stichproben überprüft werden können. Sobald der Koordinierungsstelle des Mammographie-Vorsorgeprogramms Daten im Programm zur Verfügung stehen, sind diese zur Feststellung der jährlichen Mindestfrequenzen heranzuziehen. Ab diesem Zeitpunkt ist das nächste volle Kalenderjahr maßgeblich.
6. Die Prüfung der persönlichen Voraussetzungen gemäß Punkt 2a und b, die Ausstellung von diesbezüglichen Zertifikaten sowie deren Aufrechterhaltung erfolgt durch die ÖÄK/Österreichische Akademie der Ärzte.
7. Die Nachweise über die Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Punkt 5 - 7, 9, 10 und 12 werden in eine Datenbank (Register), welche gemäß 2. ZP VU-GV eingerichtet wird, eingespeist und stehen der SV und der ÖÄK, zur Verfügung.
8. Die/der im Falle einer Vertretung tätig werdende Fachärztin/-arzt für Radiologie hat die Qualitätskriterien und Qualifikationsanforderungen gemäß der Punkte 2 und 3 zu erfüllen.
9. Die leistungserbringenden Vertragsfachärztinnen/-fachärzte für Radiologie sind verpflichtet, mit der Erstellung von Mammographien ausschließlich berufsrechtlich qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu beauftragen. Diese haben regelmäßig an internen und mindestens alle drei Jahre an anerkannten Fortbildungsmaßnahmen teilzunehmen. Die Zertifikate über diese Fortbildungsmaßnahmen sind vor Beginn der Leistungserbringung von der Vertragsfachärztin bzw. vom Vertragsfacharzt für Radiologie nachzuweisen.
10. Stellt sich heraus, dass Voraussetzungen gemäß diesen Bestimmungen nicht oder nicht mehr vorliegen, endet die Programmteilnahme bzw. die Verrechenbarkeit der Leistungen nach Mitteilung durch die zuständige Kasse mit Ende des darauffolgenden Quartals.
11. Weiterbildung vor Leistungserbringung und laufende Fortbildung: Die Weiterbildung vor Leistungserbringung, die erfolgreiche Absolvierung der Fallsammlung sowie die laufende Fortbildung werden nach Maßgabe der Punkte 2 und 3 durch die ÖÄK als „ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik“ gemäß „Kompendium Mammographie, Teil 2“ geregelt.
- 11a. Für die ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik gemäß 2. Zusatzprotokoll zum VU-Gesamtvertrag wird eine Zertifikatskommission bei der Österreichischen Ärztekammer eingerichtet, die aus

drei Radiologinnen/Radiologen, die durch die Bundeskurie niedergelassene Ärzte (BKNÄ) sowie zwei Radiologinnen/Radiologen, von denen jeweils einer/eine vom Hauptverband und einer/eine von der Koordinierungsstelle aus dem Kreis der regionalverantwortlichen Radiologinnen/Radiologen nominiert werden, besteht.

12. Kammer und Kasse werden im Einvernehmen über die Aufnahme von Vertragsfachärztinnen/-fachärzten für Radiologie in das Brustkrebs-Früherkennungs-Programm entscheiden.
13. Jenen Vertragsfachärztinnen/-fachärzten, denen eine Abrechnung der Pos. Ziff. 810 mangels Vorliegen der standortbezogenen und/oder personenbezogenen Voraussetzungen nicht mehr möglich ist, wurde eine bis 31. Dezember 2014 befristete Verrechnungsberechtigung eingeräumt. Diese Berechtigung ist nicht verlängerbar.

**Die Verrechenbarkeit der kurativen Mammographie/Pos. Ziff. 810 ist ausschließlich unter folgenden Voraussetzungen zulässig:**

Für die Mammographie bei Krankheitsverdacht gilt die Indikationsliste „Indikationen für die diagnostische Mammographie (bei Frauen) – gültige Liste ab 01.07.2014, Stand 21.05.2014 (Anhang 1).

Zukünftige zwischen Österreichischer Ärztekammer und Hauptverband vereinbarte Änderungen der Indikationsliste werden auf [www.hauptverband.at](http://www.hauptverband.at) und [www.aerztekammer.at](http://www.aerztekammer.at) veröffentlicht und treten mit dem Datum der Veröffentlichung in Kraft, es sei denn, es wurde ein anderer Zeitpunkt des Inkrafttretens vereinbart.

**Dokumentation**

1. Das Befundungsergebnis der Brustuntersuchungen (Befund der Mammographie, Mammasonographie) ist unveränderbar elektronisch unter Angabe von Zeit, Ort und Befunderin/Befunder zu erfassen und für eine unabhängige Auswertung elektronisch zur Verfügung zu stellen. Die Datenübermittlung erfolgt regelmäßig, jedenfalls aber als Paket einmal monatlich.
2. Das Datenflussmodell *gemäß* Anhang 4 des Tarifs für Vertragsfachärztinnen/-fachärzte für Radiologie „*Kompendium Mammographie*“, Teil 4 wurde einvernehmlich zwischen SV und ÖÄK erarbeitet. Änderungen sind einvernehmlich festzulegen. Das Modell hat unter anderem folgende Datenflüsse zu beinhalten bzw. nachstehenden Grundsätzen zu folgen:

- (a) Datenübermittlung von der Untersuchungseinheit an das Pseudonymisierungsservice, welches für das BKFP verwendet wird, erfolgt über das e-Card-System;
  - (b) Pseudonymisierung der Patientinnen-Daten erfolgt durch das Pseudonymisierungsservice des BKFP;
  - (c) Die Daten werden vom Pseudonymisierungsservice an die Datenhaltestelle des BKFP weitergeleitet und dort gespeichert;
  - (d) Medizinische Daten werden in der Datenhaltestelle des BKFP nur in solcher Form gehalten, dass ein Rückschluss auf eine konkrete Patientin (z.B. über Name, Adresse, SV-Nummer) nicht mehr möglich ist.
  - (e) Die Übermittlung der für die Abrechnung notwendigen organisatorischen Daten an die Kasse muss gesichert sein.
3. Die Erfüllung der Datenübermittlungs- und Dokumentationsverpflichtungen ist Voraussetzung für die Honorierung der Leistungen.
4. Ersucht eine Patientin im Rahmen einer kurativen Mammographie eine – wie im Brustkrebs-Früherkennungs-Programm vorgesehene ausschließlich indirekt personenbezogene – Datenweitergabe an die Datenhaltung und Evaluierung ihrer Daten nicht vorzunehmen, erfolgt aus abrechnungstechnischen Gründen eine Leermeldung.

## **Evaluierung**

Die Befundungsergebnisse aller Brustuntersuchungen werden gemeinsam mit dem BKFP gemäß den jeweils geltenden Bestimmungen für Evaluierung und Qualitätssicherung des Programms evaluiert. Die medizinische Evaluierung wird durch die medizinische Evaluierungsstelle des BKFP durchgeführt.

Die gemäß Anlage D zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 gültige Honorarregelung für Vertragsfachärztinnen/-fachärzte für Radiologie für den kurativen Bereich wird um folgende Anhänge ergänzt:

Angang 1: „Indikationen für die diagnostische Mammographie (bei Frauen) – gültige Liste ab 01.07.2014, Stand 21.05.2014“

Anhang 2: „Technische Qualitätssicherung im österreichischen Brustkrebsfrüherkennungsprogramm“

Anhang 3: „ÖÄK – Zertifikatsrichtlinie Mammadiagnostik

Anhang 4: „Datenflussdokumentation Kurative MAM“

## 1.Honorar

Das Honorar, sofern im Tarif nicht anders angegeben, gebührt für jede röntgendiagnostische Leistung (Röntgendurchleuchtungsuntersuchung bzw. Röntgenaufnahme), ausgenommen:

Bei geteilten Aufnahmen gebührt der entsprechende Honorartarif zweimal, der Unkostentarif einmal entsprechend dem verwendeten Filmformat. Auf der Zuweisung ist dies entsprechend zu vermerken (z.B. Pos. Ziff. 27 oder 24/30 geteilt).

	<b>Tarif / EUR</b>
Honorar	5,80

## 2. Unkosten

### Durchleuchtungen

<b>Pos. Ziff.</b>		<b>Tarif / EUR</b>
18	Durchleuchtung ohne KM	4,19
19	Durchleuchtung mit KM	4,92
20	Durchleuchtung mit Dickdarmkontrasteinlauf (DKE)	7,61

### Aufnahmen

<b>Pos. Ziff.</b>	<b>Filmformat</b>	<b>Tarif / EUR</b>
21	je 3 Zahnfilme	2,56
22	9/12	4,19
23	13/18	5,13
24	18/24	6,18
27	24/30	7,68
28	20/40	8,60
29	30/40	9,92
31	35/43	11,30

### Zuschläge zu den Unkostensätzen für Aufnahmen

66	Zuschlag für retrograde Untersuchungen	5,25
67	Zuschlag für i. v. Untersuchungen oder Infusionsuntersuchungen	5,25
71	Zuschlag für Arthrographie	5,25

### 3. Organtarif

Pos. Ziff.	Organ	Honorar + Unkosten EUR
<b>Schädel</b>		
100	Schädel	27,41
101	Schädel nach Trauma (inkl. evtl. Zusatzaufnahmen bzw. Schädelbasis)	51,69
103	Schädelbasis (kann in begründeten Fällen vom Radiologen zusätzlich zur Pos. Ziff. 100 verrechnet werden, aber höchstens in 10 % aller auf Schädel lautenden Zuweisungen)	13,47
110	Gesichtsschädel	24,27
111	Nasennebenhöhlen (NNH)	35,32
112	Nasenbeine	19,48
113	Ober- bzw. Unterkiefer, je Seite	23,19
115	bde. Kiefergelenke	44,25
116	1 Kiefergelenk (inkl. Vergleich)	23,32
121	Zahnstatus	33,69
122	Zähne, 1-3 benachbarte	8,52
123	Zahnpanoramaröntgen (nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 121 verrechenbar)	28,99
<b>Wirbelsäule, Knöcherner Thorax (ohne Schultergürtel)</b>		
200	WS Ganzaufnahme stehend, ap und seitl.	84,23
201	WS Ganzaufnahme stehend, ap oder seitl.	43,85
210	HWS	32,59
211	HWS + Funktionsaufnahme	55,62
212	Foramina Intervertebralia	24,27
220	BWS	28,69
230	LWS-Kreuzbein	31,21
231	Kreuz- und Steißbein	27,41
240	Rippen - bds. nach Unfall	63,74
241	Rippen - eine Seite nach Unfall	34,04
243	Rippen - eine Seite	29,69
250	Sternum	27,41
<b>Schulter- und Beckengürtel, Extremitäten</b>		
310	bde. Schultergelenke	48,56
311	1 Schultergelenk (inkl. Vergleich)	25,73
312	Scapula bds.	51,69
313	Scapula eins. (inkl. Vergleich)	27,29
314	Clavicula bds.	24,27

<b>Pos. Ziff.</b>	<b>Organ</b>	<b>Honorar + Unkosten EUR</b>
315	Clavicula eins. (inkl. Vergleich)	13,62
316	bde. Sternoclaviculargelenke	23,19
317	1 Sternoclaviculargelenk (inkl. Vergleich)	13,06
318	bde. Oberarme (ohne Gel.)	51,57
319	1 Oberarm (ohne Gel.) (inkl. Vergleich)	27,41
320	bde. Ellbogengelenke	46,39
321	1 Ellbogengelenk (inkl. Vergleich)	24,40
322	bde. Unterarme (ohne Gel.)	51,57
323	1 Unterarm (ohne Gel.) (inkl. Vergleich)	27,41
330	bde. Hände	48,56
331	1 Hand (inkl. Vergleich)	25,73
332	bde. Handwurzeln	44,21
333	1 Handwurzel (inkl. Vergleich)	23,32
334	bde. Handgelenke + dist. UA	48,56
335	1 Handgel. + dist. UA (inkl. Vergleich)	25,73
336	1 Finger od. 1 Zehe bds.	33,67
337	1 Finger od. 1 Zehe eins. (inkl. Vergleich)	18,04
339	Naviculare-Serie nach Trauma	33,15
340	Beckenübersicht ab 7. LJ. (einschl. Hüftgelenke ap.)	17,16
341	Becken, bis 2. LJ.	17,78
342	Becken, 3. - 6. LJ.	19,34
344	Sacroiliacalgelenke	24,27
350	bde. Hüftgelenke ap/axial	54,82
351	1 Hüftgelenk ap/axial (inkl. Vergleich)	29,23
353	Hüftgelenk ax (bei Becken)	13,72
355	Hüfte faux profil	13,72
357	Hüftgelenk bei Endoprothese (vom Radiologen zusätzlich zu Pos. Ziff. 340 verrechenbar)	28,35
358	bde. Oberschenkel (ohne Gelenke)	58,60
359	1 Oberschenkel (ohne Gelenk) (inkl. Vergleich)	31,35
360	bde. Kniegelenke	48,56
361	1 Kniegelenk (inkl. Vergleich)	25,73
362	bde. Kniegelenke + ax Patella	70,69
363	1 Kniegelenk. + ax Patella (inkl. Vergleich)	36,80
364	bde. Kniegelenke stehend	27,60
365	Tunnelaufnahme (Knie)	12,16
367	Defilee/Seite (30°, 60°, 90°)	33,15
368	bde. Unterschenkel (ohne Gelenke)	55,08
369	1 Unterschenkel (ohne Gelenk) (inkl. Vergleich)	29,17

<b>Pos. Ziff.</b>	<b>Organ</b>	<b>Honorar + Unkosten EUR</b>
370	bde. Füße (ohne Sprunggel.)	75,99
371	1 Fuß (ohne Sprunggel.) (inkl. Vergleich)	41,18
372	bde. Sprunggelenke	48,56
373	1 Sprunggelenk (inkl. Vergleich)	25,73
374	bde. Vorfüße	46,39
375	1 Vorfuß (inkl. Vergleich)	24,66
376	bde. Calcanei ap oder ax	22,10
377	1 Calcaneus ap oder ax (inkl. Vergleich)	12,26
380	Untere Extremitäten Ganzaufnahme stehend ap	42,13
390	Tomo Skelett/Ebene (max. 2)	77,54
<b>Halsorgane, Herz und Lunge</b>		
400	Herz-Lunge, ab 9. LJ	43,56
401	Herz-Lunge, bis 8. LJ	37,96
410	Halsorgane	35,77
<b>Magen- Darmtrakt</b>		
500	Abdomen, nativ (Inkl. Aufnahme im Liegen)	43,52
510	Oesophagus	39,22
511	Schluckakt	35,15
520	Magen-Duodenum (Doppelkontrast)	83,44
530	Dünndarmpassage	74,52
540	(Dick-)Darmpassage (max. 2)	26,86
541	frakt. Dickdarmpassage (nur als Ersatz für Irrigoskopie, falls diese aus med. Gründen nicht durchführbar ist)	84,67
560	Irrigoskopie (Doppelkontrast)	100,11
<b>Harntrakt</b>		
700	Harntrakt, nativ liegend oder stehend	17,07
710	i. v. Pyelographie (inkl. 1 Nativ-, 1 Schicht-, 1 Kompressions-, 1 Postmiktionsaufnahme und 1 Aufnahme in Bauchlage)	95,35
711	stehende Aufnahme bei ivP ODER (max. 2) Spätaufnahmen (zus. zu Pos. Ziff. 710 oder 720 verrechenbar)	17,28
712	Cystographie nach ivP	36,43
713	MCU (Miktions-Cysto-Urethrographie)	57,40
720	Inf.-Pyelographie (inkl. 1 Nativ-, 1 Schicht-, 1 Kompressions-, 1 Postmiktionsaufnahme und 1 Aufnahme in Bauchlage)	106,37
730	Urethrographie retrograd	67,20
731	Retrogr. Cystographie inkl. Nativaufnahme + Refluxprüfung	85,55

<b>Pos. Ziff.</b>	<b>Organ</b>	<b>Honorar + Unkosten EUR</b>
732	Retrogr. Pyelogr. /Seite (einschl. Nativaufnahme)	54,46
790	Tomo beide Nieren (ohne KM nativ)	54,82
791	Tomo beide Nieren inkl. i. v. P. (Pos. Ziff. 710)	140,63
<b>Spezialuntersuchungen (ohne Tomographie)</b>		
810	Mammographie inklusive Mammasonographie, beide Seiten Nur gemäß den in Punkt C) - Leistungsvoraussetzung für Abrechnung der Pos. Ziff. 810 - festgelegten Voraussetzungen verrechenbar	96,25
811	Mammographie nach Ablatio	44,54
815	Densitometrie nach Dexa-Methode Verrechenbar nur von Vertragsfachärzten für Radiologie, die über einen Ausbildungsnachweis verfügen und die nach Maßgabe der Erfordernisse für die Versorgung der Versicherten von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer zur Abrechnung dieser Position berechtigt worden sind	33,12
820	Phlebogr./obere Ex/Seite	73,00
821	Phlebogr./untere Ex/Seite	120,04
830	Arthrographie-Knie/Seite	33,12
832	Sialographie inkl. Nativaufnahme	38,57
833	Hystero-Salpingographie inkl. gynäkologischer Untersuchung	98,30
840	Fremdkörperlokalisation	35,98
841	Augenfremdkörper	33,15

Die Indikation für die Durchführung der Pos. Ziff. 103, 339, 357 und 711 kann auch durch den Radiologen selbst bestimmt werden.

## C) Therapie

Die erbrachten Leistungen sind unter Angabe der im Tarif angeführten Positionsziffern unter Hinzufügung der Behandlungs(Untersuchungs)daten und der behandelten Körperstelle auf dem hierfür bestimmten Raum der Zuweisung zu verrechnen. Bei den Pos. Ziff. 75, 76 und 77 ist überdies die Anzahl der Felder sowie die Anzahl der Sitzungen pro Feld zu vermerken.

Die Vergütung für strahlentherapeutische Leistungen besteht aus Honorar und Unkosten.

<b>Pos. Ziff.</b>	<b>Organ</b>	<b>Honorar + Unkosten EUR</b>
<b>Tiefentherapie</b>		
wird nur honoriert bei malignen Erkrankungen (Malignome, maligne Systemerkrankungen, Metastasen u.Ä.),ausgenommen oberflächliche maligne Erkrankungen der Haut. Bei Mammanachbestrahlung sind höchstens 3 Felder verrechenbar.		
75	Konventionelle Stehfeldbestrahlung (Richtzahl 200 rad Oberflächendosis) pro Feld und Sitzung	5,21
76	Konventionelle Siebbestrahlung (Richtzahl 600 rad Oberflächendosis) pro Feld und Sitzung	6,62
<b>Oberflächentherapie</b>		
wird nur honoriert bei malignen Erkrankungen der Haut, Haemangiomen, Warzen, Ekzembestrahlungen u. Ä. Bei Warzen sind höchstens 3, sonst höchstens 8 Sitzungen pro Stelle verrechenbar.		
77	pro Feld und Sitzung	10,43
<b>Entzündungstherapie und jede andere konventionelle Strahlentherapie</b> sofern sie nicht unter Pos. Ziff. 75, 76, 77, 79 oder 80 fällt.		
78	pro Organ und Serie	57,71
<b>Diverse Bestrahlungen</b>		
79	Kastrationsbestrahlung beider Ovarien, pro Serie	97,32
80	Bestrahlung beider Mammae bei Hormonbehandlung der Prostata, pro Serie	97,32
<b>Konsultationen</b>		
81	Untersuchung und Beratung, sofern aus medizinischen Gründen keine therapeutische Leistung erfolgt	6,91
82	Untersuchung durch den Radiologen nach abgeschlossener Tiefentherapie oder Bestrahlung von malignen Erkrankungen der Haut oder von Haemangiomen in gesonderter Sitzung, höchstens 1 mal verrechenbar	6,91

## **D) Ultraschalldiagnostik** (Sonographie)

Leistungen der Ultraschalldiagnostik (Sonographie) werden nur jenen Vertragsärztinnen/-Vertragsfachärzten für Radiologie honoriert, die eine entsprechende besondere Ausbildung nachweisen und von der Wiener Gebietskrankenkasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Leistungen ermächtigt wurden. Das verwendete Gerät ist der Kasse zu melden.

Die Verrechnung ist nur möglich, wenn die/der zuweisende Ärztin/Arzt ausdrücklich Ultraschalldiagnostik (Sonographie) beantragt hat und nur für die in der Zuweisung bestimmten Organe. Die Verrechnung hat unter Angabe der im Tarif angeführten Positionsziffern und der untersuchten Region unter Hinzufügung des Untersuchungsdatums auf dem hierfür bestimmten Raum der Zuweisung zu erfolgen.

Die Untersuchungen sind mittels Polaroidfilmen oder gleichartiger Abbildungssysteme zu dokumentieren.

Die Kosten der Dokumentation sind mit den angeführten Tarifen abgegolten.

Ultraschalluntersuchungen nach Doppler dürfen nicht verrechnet werden.

Die Vergütung für sonographische Leistungen besteht aus Honorar und Unkosten.

<b>Pos. Ziff.</b>	<b>Organ</b>	<b>Honorar + Unkosten EUR</b>
259	Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 8. und 12. SSW im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammes	22,89
266	Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 18. und 22. SSW im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammes	22,89
267	Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34. SSW im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammes	22,89
281	Erste Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte in der 1. LW im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammes	29,07
282	Zweite Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte zwischen der 6. und 8. LW im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammes	29,07
931	Sonographie des Oberbauches, mindestens 4 Organe (z.B. Gallenblase, Leber, Gallenwege, Pankreas)	38,51
940	Sonographie von Nieren und Retroperitoneum	25,40

Pos. Ziff.	Organ	Honorar + Unkosten EUR
950	Sonographie der Schwangerschaft Die Pos. Ziff. 950 ist nur bei nachstehend angeführten Indikationen verrechenbar:  -Blutungen in der Schwangerschaft -Verdacht auf missed Abortion -Verdacht auf intrauterinen Fruchttod -Missverhältnis Schwangerenbecken- Leibesfrucht -Verdacht auf atypische, praenatale Kindeslage Die Indikation muss vom zuweisenden Arzt auf der Zuweisung angegeben werden.	25,40
951	Sonographie von Tumoren im Unterbauch	25,40
<b>Small parts</b>		
960	Schilddrüse und Nebenschilddrüse	25,04
961	Sonographie des Skrotalinhaltes	25,04
962	Halsweichteile (z.B. Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speicheldrüsen, Kieferwinkel, Raumforderungen) nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 963 verrechenbar	36,97
963	Oberflächliche Raumforderungen (nur verrechenbar bei Zysten, Tumore, Hämatome, Lymphknoten, Aneurysma, Bakercyste)  Bei onkologischen Patientinnen/Patienten maximal viermal pro Tag verrechenbar, wobei für die Erstverrechnung EUR 20,00 und für die weiteren Verrechnungen auf Grund der nur einmal anfallenden Unkostenbeiträge EUR 8,00 honoriert werden..	20,00
964	Kindliche Hüfte (beide Seiten)	30,80
965	Endovaginale bzw. transrectale Sonographie	27,72
966	Sonographische Untersuchung der Mamma, je Seite Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 809 und 810 verrechenbar.	13,08
967	Sonographie eines großen Gelenkes (Schulter, Ellenbogen, Handgelenk, Hüftgelenk, Kniegelenk, Sprunggelenk)	21,57
970	Duplexsonographie des Carotisvertebralisarteriensystems	45,04