

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 Vertragsfacharztgruppenpraxen 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:

- a) Bei geteilten Aufnahmen gebührt der entsprechende Honorartarif zweimal, der Unkostentarif einmal entsprechend dem verwendeten Filmformat. Auf der Zuweisung ist dies entsprechend zu vermerken (zB Pos. Ziff. 27 oder 24/30 geteilt).
- b) Für Aufnahmen des Formates 20/96 oder 30/90 wird der entsprechende Honorartarif dreimal vergütet.

	Tarif / EUR
Honorar	5,52

2. Unkosten

Durchleuchtungen

Pos.Ziff.		Tarif / EUR
18	Durchleuchtung ohne KM	4,00
19	Durchleuchtung mit KM	4,70
20	Durchleuchtung mit Dickdarmkontrasteinlauf (DKE)	7,25

Aufnahmen

Pos. Ziff.	Filmformat	Tarif / EUR	Pos.Ziff.	Filmformat	Tarif / EUR
21	je 3 Zahnfilme	2,44			
22	9/12	4,00	28	20/40	8,20
23	13/18	4,88	29	30/40	9,45
24	18/24	5,89	30	35/35	9,45
25	15/40	6,57	31	35/43	10,76
26	18/35	6,88	32	20/96	22,27
27	24/30	7,32	33	30/90	22,90

Zuschläge zu den Unkostensätzen für Aufnahmen

Pos.Ziff.		Tarif / EUR
66	Zuschlag für retrograde Untersuchungen	5,00
67	Zuschlag für i. v. Untersuchungen oder Infusionsuntersuchungen	5,00
71	Zuschlag für Arthrographie	5,00

3. Organtarif

Pos. Ziff.	Organ	Honorar + Unkosten EUR
Schädel		
100	Schädel	26,12
101	Schädel nach Trauma (inkl. evtl. Zusatzaufnahmen bzw. Schädelbasis)	49,26
103	Schädelbasis (kann in begründeten Fällen von der Vertragsfacharztgruppenpraxis für Radiologie zusätzlich zur Pos. Ziff. 100 verrechnet werden, aber höchstens in 10 % aller auf Schädel lautenden Zuweisungen)	12,84
110	Gesichtsschädel	23,14
111	Nasennebenhöhlen (NNH)	33,65
112	Nasenbeine	18,57
113	Oberkiefer/Seite	22,10
114	Unterkiefer/Seite	22,10
115	bde. Kiefergelenke	42,17
116	1 Kiefergelenk (inkl. Vergleich)	22,22
121	Zahnstatus	32,11
122	Zähne, 1-3 benachbarte	8,12
123	Zahnpanoramarentgen (nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 121 verrechenbar)	27,63
Wirbelsäule, Knöcherner Thorax (ohne Schultergürtel)		
200	WS Ganzaufnahme stehend, ap und seitl.	80,28
201	WS Ganzaufnahme stehend, ap oder seitl.	41,79
210	HWS	31,06
211	HWS + Funktionsaufnahme	53,01
212	Foramina Intervertebralia	23,14
220	BWS	27,34
230	LWS-Kreuzbein	29,75
231	Kreuz- und Steißbein	26,12
240	Rippen - bds. nach Unfall	60,74
241	Rippen - eine Seite nach Unfall	32,44
243	Rippen - eine Seite	28,30
250	Sternum	26,12

Pos. Ziff.	Organ	Honorar + Unkosten EUR
Schulter- und Beckengürtel, Extremitäten		
310	bde. Schultergelenke	46,28
311	1 Schultergelenk (inkl. Vergleich)	24,53
312	Scapula bds.	49,26
313	Scapula eins. (inkl. Vergleich)	26,01
314	Clavicula bds.	23,14
315	Clavicula eins. (inkl. Vergleich)	12,98
316	bde. Sternoclaviculargelenke	22,10
317	1 Sternoclaviculargelenk (inkl. Vergleich)	12,45
318	bde. Oberarme (ohne Gel.)	49,14
319	1 Oberarm (ohne Gel.) (inkl. Vergleich)	26,12
320	bde. Ellbogengelenke	44,21
321	1 Ellbogengelenk (inkl. Vergleich)	23,25
322	bde. Unterarme (ohne Gel.)	49,14
323	1 Unterarm (ohne Gel.) (inkl. Vergleich)	26,12
330	bde. Hände	46,28
331	1 Hand (inkl. Vergleich)	24,53
332	bde. Handwurzeln	42,13
333	1 Handwurzel (inkl. Vergleich)	22,22
334	bde. Handgel. + dist. UA	46,28
335	1 Handgel. + dist. UA (inkl. Vergleich)	24,53
336	1 Finger od. 1 Zehe bds.	32,09
337	1 Finger od. 1 Zehe eins. (inkl. Vergleich)	17,19
339	Naviculare-Serie nach Trauma	31,60
340	Beckenübersicht ab 7. Lj. (einschl. Hüftgelenke ap.)	16,35
341	Becken, bis 2. Lj.	16,95
342	Becken, 3. - 6. Lj.	18,43
344	Sacroiliacalgelenke	23,14
350	bde. Hüftgelenke ap/axial	52,24
351	1 Hüftgel. ap/axial (inkl. Vergleich)	27,85
353	Hüftgel. ax (bei Becken)	13,08
355	Hüfte faux profil	13,08
357	Hüftgel. bei Endoprothese (vom Radiologen zusätzlich zu Pos. Ziff. 340 verrechenbar)	27,02
358	bde. Oberschenkel (ohne Gelenke)	55,85
359	1 Oberschenkel (ohne Gelenk) (inkl. Vergleich)	29,87

Pos. Ziff.	Organ	Honorar + Unkosten EUR
360	bde. Kniegelenke	46,28
361	1 Kniegelenk (inkl. Vergleich)	24,53
362	bde. Kniegel. + ax Patella	67,37
363	1 Kniegel. + ax Patella (inkl. Vergleich)	35,07
364	bde. Kniegel. stehend	26,30
365	Tunnelaufnahme (Knie)	11,59
367	Defilee/Seite (30°, 60°, 90°)	31,60
368	bde. Unterschenkel (ohne Gelenke)	52,50
369	1 Unterschenkel (ohne Gelenk) (inkl. Vergleich)	27,80
370	bde. Füße (ohne Sprunggel.)	72,43
371	1 Fuß (ohne Sprunggel.) (inkl. Vergleich)	39,25
372	bde. Sprunggelenke	46,28
373	1 Sprunggelenk (inkl. Vergleich)	24,53
374	bde. Vorfüße	44,21
375	1 Vorfuß (inkl. Vergleich)	23,50
376	bde. Calcanei ap oder ax	21,06
377	1 Calcaneus ap oder ax (inkl. Vergleich)	11,69
380	Untere Extremitäten Ganzaufnahme stehend ap	40,14
390	Tomo Skelett/Ebene (max. 2)	73,91
Halsorgane, Herz und Lunge		
400	Herz-Lunge, ab 9. Lj	41,52
401	Herz-Lunge, bis 8. Lj	36,17
410	Halsorgane	34,10
Magen-Darmtrakt		
500	Abdomen, nativ (inkl. Aufnahme im Liegen)	41,48
510	Oesophagus	37,38
511	Schluckakt	33,50
520	Magen-Duodenum (Doppelkontrast)	79,52
530	Dünndarmpassage	71,01
540	(Dick-)Darmpassage (max. 2)	25,60
541	frakt. Dickdarmpassage (nur als Ersatz für Irrigoskopie, falls diese aus med. Gründen nicht durchführbar ist)	80,69
560	Irrigoskopie (Doppelkontrast)	95,40

Pos. Ziff.	Organ	Honorar + Unkosten EUR
Harntrakt		
700	Harntrakt, nativ liegend	16,27
701	Harntrakt, nativ stehend	16,47
702	Harnblase, Nativaufnahme	11,59
710	i. v. Pyelographie (inkl. 1 Nativ-, 1 Schicht-, 1 Kompressions-, 1 Postmiktionsaufnahme und 1 Aufnahme in Bauchlage)	90,87
711	stehende Aufnahme bei ivP ODER (max. 2) Spätaufnahmen (zus. zu Pos. Ziff. 710 oder 720 verrechenbar)	16,47
712	Cystographie nach ivP	34,72
713	MCU (Miktions-Cysto-Urethrographie)	54,71
720	Inf.-Pyelographie (inkl. 1 Nativ-, 1 Schicht-, 1 Kompressions-, 1 Postmiktionsaufnahme und 1 Aufnahme in Bauchlage)	101,37
730	Urethrographie retrograd	64,04
731	Retrogr. Cystographie inkl. Nativaufnahme + Refluxprüfung	81,53
732	Retrogr. Pyelogr. /Seite (einschl. Nativaufnahme)	51,90
790	Tomo beide Nieren (ohne KM nativ)	52,24
791	Tomo beide Nieren inkl. i. v. P. (Pos. Ziff. 710)	134,03

Pos. Ziff.	Organ	Honorar + Unkosten EUR
Spezialuntersuchungen (ohne Tomographie)		
810	Mammographie inklusive Mammasonographie, beide Seiten Nur gemäß den in Punkt C) - Leistungsvoraussetzungen für Abrechnung der Pos. Ziff 810 - festgelegten Voraussetzungen verrechenbar	92,00
811	Mammographie nach Ablatio	42,45
812	Galaktographie	28,30
813	Pneumozystographie	28,30
815	Densitometrie nach Dexa-Methode Verrechenbar nur von Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie, deren Gesellschafter über einen Ausbildungsnachweis verfügt und die nach Maßgabe der Erfordernisse für die Versorgung der Versicherten von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Wien zur Abrechnung dieser Position berechtigt worden ist.	31,57
820	Phlebogr./obere Ex/Seite	69,56
821	Phlebogr./untere Ex/Seite	114,39
830	Arthrographie-Knie/Seite	84,95
831	Fistelfüllung	51,72
832	Sialographie inkl. Nativaufnahme	36,76
833	Hystero-Salpingographie	50,22
840	Fremdkörperlokalisierung	34,28
841	Augenfremdkörper	31,60

Die Indikation für die Durchführung der Pos.Ziff. 103, 339, 357 und 711 kann auch durch die Vertragsfacharztgruppenpraxis für Radiologie 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.

Pos. Ziff.	Organ	Honorar + Unkosten EUR
Tiefentherapie 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	4,96
76	Konventionelle Siebbestrahlung (Richtzahl 600 rad Oberflächendosis) pro Feld und Sitzung	6,30
Oberflächentherapie 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	9,93
Entzündungstherapie und jede andere konventionelle Strahlentherapie sofern sie nicht unter Pos. Ziff. 75, 76, 77, 79 oder 80 fällt.		
78	pro Organ und Serie	55,00
Diverse Bestrahlungen		
79	Kastrationsbestrahlung beider Ovarien, pro Serie	92,75
80	Bestrahlung beider Mammae bei Hormonbehandlung der Prostata, pro Serie	92,75
Konsultationen		
81	Untersuchung und Beratung, sofern aus medizinischen Gründen keine therapeutische Leistung erfolgt	6,59
82	Untersuchung durch den Gesellschafter der Vertragsfacharztgruppenpraxis für Radiologie nach abgeschlossener Tiefentherapie oder Bestrahlung von malignen Erkrankungen der Haut oder von Haemangiomen in gesonderter Sitzung, höchstens 1mal verrechenbar	6,59

D) Ultraschalldiagnostik

(Sonographie)

Leistungen der Ultraschalldiagnostik (Sonographie) werden nur jenen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie honoriert, deren Gesellschafter eine entsprechende besondere Ausbildung nachweisen und von der Kasse 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 der zuweisende Arzt bzw. die Gruppenpraxis 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.

Pos. Ziff.	Organ	Honorar + Unkosten EUR
259	Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 8. und 12. SSW im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammes	22,89
266	Erste sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 18. und 22. SSW im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammes	22,89
267	Zweite 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

Pos. Ziff.	Organ	Honorar + Unkosten EUR
931	Sonographie des Oberbauches, mindestens 4 Organe (zB Gallenblase, Leber, Gallenwege, Pankreas)	37,18
932	Sonographie von Gallenblase, Leber und Gallenwegen	20,07
933	Sonographie von Leber, Pankreas und Milz	24,53
940	Sonographie von Nieren und Retroperitoneum	24,53
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.	24,53
951	Sonographie von Tumoren im Unterbauch Pos. Ziff. 932 und Pos. Ziff. 933 können nicht miteinander verrechnet werden. Wird die Untersuchung von einem oder mehreren unter Pos. Ziff. 932 in Kombination mit einem oder mehreren unter Pos. Ziff. 933 fallenden Organen beantragt und durchgeführt, ist an Stelle der Einzelposition die entsprechende Sammelposition (Pos. Ziff. 931) zu vergüten. In diesem Falle sind mindestens 4 Organe auch tatsächlich zu untersuchen.	24,53

Pos. Ziff.	Organ	Honorar + Unkosten EUR
Small parts		
960	Schilddrüse und Nebenschilddrüse	24,17
961	Sonographie des Skrotalinhaltes	24,17
962	Halsweichteile (zB Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speicheldrüsen, Kieferwinkel, Raumforderungen) nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 963 verrechenbar	35,69
963	Oberflächliche Raumforderungen (nur verrechenbar bei Zysten, Tumore, Hämatome, Lymphknoten, Aneurysma, Bakercyste)	11,16
	Bei onkologischen Patienten kann das Honorar maximal 4mal pro Tag verrechnet werden. Die Unkosten können jedenfalls nur einmal in Rechnung gestellt werden.	
964	Kindliche Hüfte (beide Seiten)	29,74
965	Endovaginale bzw. transrectale Sonographie	26,76
966	Sonographische Untersuchung der Mamma, je Seite	12,63
	Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 809 und 810 verrechenbar.	
967	Sonographie der Weichteile der Schultern	20,82
970	Duplexsonographie des Carotisvertebralisarteriensystems	43,49

Anlage D

TARIF

für fachgleiche Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie

Gültig ab 01. Oktober 2016

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 eines Vertragsarztes bzw. einer Vertragsarztgruppenpraxis für Allgemeinmedizin oder eines allgemeinen Vertragsfacharztes bzw. Vertragsfacharztgruppenpraxis (einer kasseneigenen Einrichtung) verrechnet werden. Der Untersuchungs- bzw. Behandlungszweck ist zu präzisieren. Leistungen, die vom zuweisenden 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 dem zuweisenden Arzt bzw. der Gruppenpraxis zu übermitteln. Die Röntgen- bzw. Ultraschall-Aufnahmen sollen dem Patienten zwecks Vorlage beim zuweisenden 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 Gesellschafterinnen/Gesellschaftern der Vertragsfacharztgruppenpraxen 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 Gesellschafter/innen der Vertragsfacharztgruppenpraxen 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 Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie/Kompodium 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 Gesellschafter/innen der Vertragsfacharztgruppenpraxen 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 Gesellschafter/innen der fachgleichen Vertragsfacharztgruppenpraxen 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 Gesellschafterin/des Gesellschafters einer Vertragsfacharztgruppenpraxis 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 Gesellschafter/innen der Vertragsfacharztgruppenpraxen 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 Vertragsfacharztgruppenpraxis 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 Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie in das Brustkrebs-Früherkennungs- Programm entscheiden.

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 und 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 Vertragsfacharztgruppenpraxen 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 Vertragsfacharztgruppenpraxen 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:

- a) Bei geteilten Aufnahmen gebührt der entsprechende Honorartarif zweimal, der Unkostentarif einmal entsprechend dem verwendeten Filmformat. Auf der Zuweisung ist dies entsprechend zu vermerken (zB Pos. Ziff. 27 oder 24/30 geteilt).
- b) Für Aufnahmen des Formates 20/96 oder 30/90 wird der entsprechende Honorartarif dreimal vergütet.

	Tarif / EUR
Honorar	5,61

2. Unkosten

Durchleuchtungen

Pos.Ziff.		Tarif / EUR
18	Durchleuchtung ohne KM	4,06
19	Durchleuchtung mit KM	4,77
20	Durchleuchtung mit Dickdarmkontrasteinlauf (DKE)	7,36

Aufnahmen

Pos. Ziff.	Filmformat	Tarif / EUR	Pos.Ziff.	Filmformat	Tarif / EUR
21	je 3 Zahnfilme	2,48			
22	9/12	4,06	28	20/40	8,33
23	13/18	4,96	29	30/40	9,60
24	18/24	5,98	30	35/35	9,60
25	15/40	6,67	31	35/43	10,93
26	18/35	6,99	32	20/96	22,62
27	24/30	7,43	33	30/90	23,26

Zuschläge zu den Unkostensätzen für Aufnahmen

Pos.Ziff.		Tarif / EUR
66	Zuschlag für retrograde Untersuchungen	5,08
67	Zuschlag für i. v. Untersuchungen oder Infusionsuntersuchungen	5,08
71	Zuschlag für Arthrographie	5,08

3. Organtarif

Pos. Ziff.	Organ	Honorar + Unkosten EUR
Schädel		
100	Schädel	26,53
101	Schädel nach Trauma (inkl. evtl. Zusatzaufnahmen bzw. Schädelbasis)	50,03
103	Schädelbasis (kann in begründeten Fällen von der Vertragsfacharztgruppenpraxis für Radiologie zusätzlich zur Pos. Ziff. 100 verrechnet werden, aber höchstens in 10 % aller auf Schädel lautenden Zuweisungen)	13,04
110	Gesichtsschädel	23,50
111	Nasennebenhöhlen (NNH)	34,18
112	Nasenbeine	18,86
113	Oberkiefer/Seite	22,45
114	Unterkiefer/Seite	22,45
115	bde. Kiefergelenke	42,83
116	1 Kiefergelenk (inkl. Vergleich)	22,57
121	Zahnstatus	32,61
122	Zähne, 1-3 benachbarte	8,25
123	Zahnpanoramaröntgen (nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 121 verrechenbar)	28,06
Wirbelsäule, Knöcherner Thorax (ohne Schultergürtel)		
200	WS Ganzaufnahme stehend, ap und seitl.	81,53
201	WS Ganzaufnahme stehend, ap oder seitl.	42,44
210	HWS	31,55
211	HWS + Funktionsaufnahme	53,84
212	Foramina Intervertebralia	23,50
220	BWS	27,77
230	LWS-Kreuzbein	30,21
231	Kreuz- und Steißbein	26,53
240	Rippen - bds. nach Unfall	61,69
241	Rippen - eine Seite nach Unfall	32,95
243	Rippen - eine Seite	28,74
250	Sternum	26,53

Pos. Ziff.	Organ	Honorar + Unkosten EUR
Schulter- und Beckengürtel, Extremitäten		
310	bde. Schultergelenke	47,00
311	1 Schultergelenk (inkl. Vergleich)	24,91
312	Scapula bds.	50,03
313	Scapula eins. (inkl. Vergleich)	26,42
314	Clavicula bds.	23,50
315	Clavicula eins. (inkl. Vergleich)	13,18
316	bde. Sternoclaviculargelenke	22,45
317	1 Sternoclaviculargelenk (inkl. Vergleich)	12,64
318	bde. Oberarme (ohne Gel.)	49,91
319	1 Oberarm (ohne Gel.) (inkl. Vergleich)	26,53
320	bde. Ellbogengelenke	44,90
321	1 Ellbogengelenk (inkl. Vergleich)	23,61
322	bde. Unterarme (ohne Gel.)	49,91
323	1 Unterarm (ohne Gel.) (inkl. Vergleich)	26,53
330	bde. Hände	47,00
331	1 Hand (inkl. Vergleich)	24,91
332	bde. Handwurzeln	42,79
333	1 Handwurzel (inkl. Vergleich)	22,57
334	bde. Handgel. + dist. UA	47,00
335	1 Handgel. + dist. UA (inkl. Vergleich)	24,91
336	1 Finger od. 1 Zehe bds.	32,59
337	1 Finger od. 1 Zehe eins. (inkl. Vergleich)	17,46
339	Naviculare-Serie nach Trauma	32,09
340	Beckenübersicht ab 7. Lj. (einschl. Hüftgelenke ap.)	16,61
341	Becken, bis 2. Lj.	17,21
342	Becken, 3. - 6. Lj.	18,72
344	Sacroiliacalgelenke	23,50
350	bde. Hüftgelenke ap/axial	53,06
351	1 Hüftgel. ap/axial (inkl. Vergleich)	28,29
353	Hüftgel. ax (bei Becken)	13,28
355	Hüfte faux profil	13,28
357	Hüftgel. bei Endoprothese (vom Radiologen zusätzlich zu Pos. Ziff. 340 verrechenbar)	27,44
358	bde. Oberschenkel (ohne Gelenke)	56,72
359	1 Oberschenkel (ohne Gelenk) (inkl. Vergleich)	30,34

Pos. Ziff.	Organ	Honorar + Unkosten EUR
360	bde. Kniegelenke	47,00
361	1 Kniegelenk (inkl. Vergleich)	24,91
362	bde. Kniegel. + ax Patella	68,42
363	1 Kniegel. + ax Patella (inkl. Vergleich)	35,62
364	bde. Kniegel. stehend	26,71
365	Tunnelaufnahme (Knie)	11,77
367	Defilee/Seite (30°, 60°, 90°)	32,09
368	bde. Unterschenkel (ohne Gelenke)	53,32
369	1 Unterschenkel (ohne Gelenk) (inkl. Vergleich)	28,23
370	bde. Füße (ohne Sprunggel.)	73,56
371	1 Fuß (ohne Sprunggel.) (inkl. Vergleich)	39,86
372	bde. Sprunggelenke	47,00
373	1 Sprunggelenk (inkl. Vergleich)	24,91
374	bde. Vorfüße	44,90
375	1 Vorfuß (inkl. Vergleich)	23,87
376	bde. Calcanei ap oder ax	21,39
377	1 Calcaneus ap oder ax (inkl. Vergleich)	11,87
380	Untere Extremitäten Ganzaufnahme stehend ap	40,77
390	Tomo Skelett/Ebene (max. 2)	75,06
Halsorgane, Herz und Lunge		
400	Herz-Lunge, ab 9. Lj	42,17
401	Herz-Lunge, bis 8. Lj	36,74
410	Halsorgane	34,63
Magen-Darmtrakt		
500	Abdomen, nativ (inkl. Aufnahme im Liegen)	42,13
510	Oesophagus	37,96
511	Schluckakt	34,02
520	Magen-Duodenum (Doppelkontrast)	80,76
530	Dünndarmpassage	72,12
540	(Dick-)Darmpassage (max. 2)	26,00
541	frakt. Dickdarmpassage (nur als Ersatz für Irrigoskopie, falls diese aus med. Gründen nicht durchführbar ist)	81,95
560	Irrigoskopie (Doppelkontrast)	96,89

Pos. Ziff.	Organ	Honorar + Unkosten EUR
Harntrakt		
700	Harntrakt, nativ liegend	16,52
701	Harntrakt, nativ stehend	16,73
702	Harnblase, Nativaufnahme	11,77
710	i. v. Pyelographie (inkl. 1 Nativ-, 1 Schicht-, 1 Kompressions-, 1 Postmiktionsaufnahme und 1 Aufnahme in Bauchlage)	92,29
711	stehende Aufnahme bei ivP ODER (max. 2) Spätaufnahmen (zus. zu Pos. Ziff. 710 oder 720 verrechenbar)	16,73
712	Cystographie nach ivP	35,26
713	MCU (Miktions-Cysto-Urethrographie)	55,56
720	Inf.-Pyelographie (inkl. 1 Nativ-, 1 Schicht-, 1 Kompressions-, 1 Postmiktionsaufnahme und 1 Aufnahme in Bauchlage)	102,95
730	Urethrographie retrograd	65,04
731	Retrogr. Cystographie inkl. Nativaufnahme + Refluxprüfung	82,80
732	Retrogr. Pyelogr. /Seite (einschl. Nativaufnahme)	52,71
790	Tomo beide Nieren (ohne KM nativ)	53,06
791	Tomo beide Nieren inkl. i. v. P. (Pos. Ziff. 710)	136,12

Pos. Ziff.	Organ	Honorar + Unkosten EUR
Spezialuntersuchungen (ohne Tomographie)		
810	Mammographie inklusive Mammasonographie, beide Seiten Nur gemäß den in Punkt C) - Leistungsvoraussetzungen für Abrechnung der Pos. Ziff 810 - festgelegten Voraussetzungen verrechenbar	93,00
811	Mammographie nach Ablatio	43,11
812	Galaktographie	28,74
813	Pneumozystographie	28,74
815	Densitometrie nach Dexa-Methode Verrechenbar nur von Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie, deren Gesellschafter über einen Ausbildungsnachweis verfügt und die nach Maßgabe der Erfordernisse für die Versorgung der Versicherten von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Wien zur Abrechnung dieser Position berechtigt worden ist.	32,06
820	Phlebogr./obere Ex/Seite	70,65
821	Phlebogr./untere Ex/Seite	116,18
830	Arthrographie-Knie/Seite	86,28
831	Fistelfüllung	52,53
832	Sialographie inkl. Nativaufnahme	37,33
833	Hystero-Salpingographie	51,00
840	Fremdkörperlokalisierung	34,82
841	Augenfremdkörper	32,09

Die Indikation für die Durchführung der Pos.Ziff. 103, 339, 357 und 711 kann auch durch die Vertragsfacharztgruppenpraxis für Radiologie 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.

Pos. Ziff.	Organ	Honorar + Unkosten EUR
Tiefentherapie 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	5,04
76	Konventionelle Siebbestrahlung (Richtzahl 600 rad Oberflächendosis) pro Feld und Sitzung	6,40
Oberflächentherapie 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	10,09
Entzündungstherapie und jede andere konventionelle Strahlentherapie sofern sie nicht unter Pos. Ziff. 75, 76, 77, 79 oder 80 fällt.		
78	pro Organ und Serie	55,86
Diverse Bestrahlungen		
79	Kastrationsbestrahlung beider Ovarien, pro Serie	94,20
80	Bestrahlung beider Mammae bei Hormonbehandlung der Prostata, pro Serie	94,20
Konsultationen		
81	Untersuchung und Beratung, sofern aus medizinischen Gründen keine therapeutische Leistung erfolgt	6,69
82	Untersuchung durch den Gesellschafter der Vertragsfacharztgruppenpraxis für Radiologie nach abgeschlossener Tiefentherapie oder Bestrahlung von malignen Erkrankungen der Haut oder von Haemangiomen in gesonderter Sitzung, höchstens 1mal verrechenbar	6,69

D) Ultraschalldiagnostik

(Sonographie)

Leistungen der Ultraschalldiagnostik (Sonographie) werden nur jenen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie honoriert, deren Gesellschafter eine entsprechende besondere Ausbildung nachweisen und von der Kasse 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 der zuweisende Arzt bzw. die Gruppenpraxis 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.

Pos. Ziff.	Organ	Honorar + Unkosten EUR
259	Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 8. und 12. SSW im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammes	22,89
266	Erste sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 18. und 22. SSW im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammes	22,89
267	Zweite 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

Pos. Ziff.	Organ	Honorar + Unkosten EUR
931	Sonographie des Oberbauches, mindestens 4 Organe (zB Gallenblase, Leber, Gallenwege, Pankreas)	37,76
932	Sonographie von Gallenblase, Leber und Gallenwegen	20,38
933	Sonographie von Leber, Pankreas und Milz	24,91
940	Sonographie von Nieren und Retroperitoneum	24,91
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.	24,91
951	Sonographie von Tumoren im Unterbauch Pos. Ziff. 932 und Pos. Ziff. 933 können nicht miteinander verrechnet werden. Wird die Untersuchung von einem oder mehreren unter Pos. Ziff. 932 in Kombination mit einem oder mehreren unter Pos. Ziff. 933 fallenden Organen beantragt und durchgeführt, ist an Stelle der Einzelposition die entsprechende Sammelposition (Pos. Ziff. 931) zu vergüten. In diesem Falle sind mindestens 4 Organe auch tatsächlich zu untersuchen.	24,91

Pos. Ziff.	Organ	Honorar + Unkosten EUR
Small parts		
960	Schilddrüse und Nebenschilddrüse	24,55
961	Sonographie des Skrotalinhaltes	24,55
962	Halsweichteile (zB Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speicheldrüsen, Kieferwinkel, Raumforderungen) nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 963 verrechenbar	36,25
963	Oberflächliche Raumforderungen (nur verrechenbar bei Zysten, Tumore, Hämatome, Lymphknoten, Aneurysma, Bakercyste)	11,33
	Bei onkologischen Patienten kann das Honorar maximal 4mal pro Tag verrechnet werden. Die Unkosten können jedenfalls nur einmal in Rechnung gestellt werden.	
964	Kindliche Hüfte (beide Seiten)	30,20
965	Endovaginale bzw. transrectale Sonographie	27,18
966	Sonographische Untersuchung der Mamma, je Seite	12,83
	Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 809 und 810 verrechenbar.	
967	Sonographie der Weichteile der Schultern	21,15
970	Duplexsonographie des Carotisvertebralisarteriensystems	44,17

Anlage D

TARIF
für fachgleiche Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie
Gültig ab 01. Juli 2017

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 eines Vertragsarztes bzw. einer Vertragsarztgruppenpraxis für Allgemeinmedizin oder eines allgemeinen Vertragsfacharztes bzw. Vertragsfacharztgruppenpraxis (einer kasseneigenen Einrichtung) verrechnet werden. Der Untersuchungs- bzw. Behandlungszweck ist zu präzisieren. Leistungen, die vom zuweisenden 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 dem zuweisenden Arzt bzw. der Gruppenpraxis zu übermitteln. Die Röntgen- bzw. Ultraschall-Aufnahmen sollen dem Patienten zwecks Vorlage beim zuweisenden 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 Gesellschafterinnen/Gesellschaftern der Vertragsfacharztgruppenpraxen 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 Gesellschafter/innen der Vertragsfacharztgruppenpraxen 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 Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie/Kompodium 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 Mammographiefraufnahmen 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 Gesellschafter/innen der Vertragsfacharztgruppenpraxen 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 Gesellschafter/innen der fachgleichen Vertragsfacharztgruppenpraxen 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 Gesellschafterin/des Gesellschafters einer Vertragsfacharztgruppenpraxis 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 Gesellschafter/innen der Vertragsfacharztgruppenpraxen 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 Vertragsfacharztgruppenpraxis 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 Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie in das Brustkrebs-Früherkennungs- Programm entscheiden.

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 und 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 Vertragsfacharztgruppenpraxen 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 Vertragsfacharztgruppenpraxen 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:

- a) Bei geteilten Aufnahmen gebührt der entsprechende Honorartarif zweimal, der Unkostentarif einmal entsprechend dem verwendeten Filmformat. Auf der Zuweisung ist dies entsprechend zu vermerken (zB Pos. Ziff. 27 oder 24/30 geteilt).
- b) Für Aufnahmen des Formates 20/96 oder 30/90 wird der entsprechende Honorartarif dreimal vergütet.

	Tarif / EUR
Honorar	5,72

2. Unkosten

Durchleuchtungen

Pos.Ziff.		Tarif / EUR
18	Durchleuchtung ohne KM	4,14
19	Durchleuchtung mit KM	4,86
20	Durchleuchtung mit Dickdarmkontrasteinlauf (DKE)	7,51

Aufnahmen

Pos. Ziff.	Filmformat	Tarif / EUR	Pos.Ziff.	Filmformat	Tarif / EUR
21	je 3 Zahnfilme	2,53			
22	9/12	4,14	28	20/40	8,49
23	13/18	5,06	29	30/40	9,79
24	18/24	6,10	30	35/35	9,79
25	15/40	6,80	31	35/43	11,15
26	18/35	7,13	32	20/96	23,07
27	24/30	7,58	33	30/90	23,72

Zuschläge zu den Unkostensätzen für Aufnahmen

Pos.Ziff.		Tarif / EUR
66	Zuschlag für retrograde Untersuchungen	5,18
67	Zuschlag für i. v. Untersuchungen oder Infusionsuntersuchungen	5,18
71	Zuschlag für Arthrographie	5,18

3. Organtarif

Pos. Ziff.	Organ	Honorar + Unkosten EUR
Schädel		
100	Schädel	27,05
101	Schädel nach Trauma (inkl. evtl. Zusatzaufnahmen bzw. Schädelbasis)	51,02
103	Schädelbasis (kann in begründeten Fällen von der Vertragsfacharztgruppenpraxis für Radiologie zusätzlich zur Pos. Ziff. 100 verrechnet werden, aber höchstens in 10 % aller auf Schädel lautenden Zuweisungen)	13,30
110	Gesichtsschädel	23,96
111	Nasennebenhöhlen (NNH)	34,86
112	Nasenbeine	19,23
113	Oberkiefer/Seite	22,89
114	Unterkiefer/Seite	22,89
115	bde. Kiefergelenke	43,68
116	1 Kiefergelenk (inkl. Vergleich)	23,02
121	Zahnstatus	33,25
122	Zähne, 1-3 benachbarte	8,41
123	Zahnpanoramaraöntgen (nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 121 verrechenbar)	28,61
Wirbelsäule, Knöcherner Thorax (ohne Schultergürtel)		
200	WS Ganzaufnahme stehend, ap und seitl.	83,14
201	WS Ganzaufnahme stehend, ap oder seitl.	43,28
210	HWS	32,17
211	HWS + Funktionsaufnahme	54,90
212	Foramina Intervertebralia	23,96
220	BWS	28,32
230	LWS-Kreuzbein	30,81
231	Kreuz- und Steißbein	27,05
240	Rippen - bds. nach Unfall	62,91
241	Rippen - eine Seite nach Unfall	33,60
243	Rippen - eine Seite	29,31
250	Sternum	27,05

Pos. Ziff.	Organ	Honorar + Unkosten EUR
Schulter- und Beckengürtel, Extremitäten		
310	bde. Schultergelenke	47,93
311	1 Schultergelenk (inkl. Vergleich)	25,40
312	Scapula bds.	51,02
313	Scapula eins. (inkl. Vergleich)	26,94
314	Clavicula bds.	23,96
315	Clavicula eins. (inkl. Vergleich)	13,44
316	bde. Sternoclaviculargelenke	22,89
317	1 Sternoclaviculargelenk (inkl. Vergleich)	12,89
318	bde. Oberarme (ohne Gel.)	50,90
319	1 Oberarm (ohne Gel.) (inkl. Vergleich)	27,05
320	bde. Ellbogengelenke	45,79
321	1 Ellbogengelenk (inkl. Vergleich)	24,08
322	bde. Unterarme (ohne Gel.)	50,90
323	1 Unterarm (ohne Gel.) (inkl. Vergleich)	27,05
330	bde. Hände	47,93
331	1 Hand (inkl. Vergleich)	25,40
332	bde. Handwurzeln	43,64
333	1 Handwurzel (inkl. Vergleich)	23,02
334	bde. Handgel. + dist. UA	47,93
335	1 Handgel. + dist. UA (inkl. Vergleich)	25,40
336	1 Finger od. 1 Zehe bds.	33,23
337	1 Finger od. 1 Zehe eins. (inkl. Vergleich)	17,81
339	Naviculare-Serie nach Trauma	32,72
340	Beckenübersicht ab 7. Lj. (einschl. Hüftgelenke ap.)	16,94
341	Becken, bis 2. Lj.	17,55
342	Becken, 3. - 6. Lj.	19,09
344	Sacroiliacalgelenke	23,96
350	bde. Hüftgelenke ap/axial	54,11
351	1 Hüftgel. ap/axial (inkl. Vergleich)	28,85
353	Hüftgel. ax (bei Becken)	13,54
355	Hüfte faux profil	13,54
357	Hüftgel. bei Endoprothese (vom Radiologen zusätzlich zu Pos. Ziff. 340 verrechenbar)	27,98
358	bde. Oberschenkel (ohne Gelenke)	57,84
359	1 Oberschenkel (ohne Gelenk) (inkl. Vergleich)	30,94

Pos. Ziff.	Organ	Honorar + Unkosten EUR
360	bde. Kniegelenke	47,93
361	1 Kniegelenk (inkl. Vergleich)	25,40
362	bde. Kniegel. + ax Patella	69,77
363	1 Kniegel. + ax Patella (inkl. Vergleich)	36,32
364	bde. Kniegel. stehend	27,24
365	Tunnelaufnahme (Knie)	12,00
367	Defilee/Seite (30°, 60°, 90°)	32,72
368	bde. Unterschenkel (ohne Gelenke)	54,37
369	1 Unterschenkel (ohne Gelenk) (inkl. Vergleich)	28,79
370	bde. Füße (ohne Sprunggel.)	75,01
371	1 Fuß (ohne Sprunggel.) (inkl. Vergleich)	40,65
372	bde. Sprunggelenke	47,93
373	1 Sprunggelenk (inkl. Vergleich)	25,40
374	bde. Vorfüße	45,79
375	1 Vorfuß (inkl. Vergleich)	24,34
376	bde. Calcanei ap oder ax	21,81
377	1 Calcaneus ap oder ax (inkl. Vergleich)	12,10
380	Untere Extremitäten Ganzaufnahme stehend ap	41,58
390	Tomo Skelett/Ebene (max. 2)	76,54
Halsorgane, Herz und Lunge		
400	Herz-Lunge, ab 9. Lj	43,00
401	Herz-Lunge, bis 8. Lj	37,47
410	Halsorgane	35,31
Magen-Darmtrakt		
500	Abdomen, nativ (inkl. Aufnahme im Liegen)	42,96
510	Oesophagus	38,71
511	Schluckakt	34,69
520	Magen-Duodenum (Doppelkontrast)	82,36
530	Dünndarmpassage	73,55
540	(Dick-)Darmpassage (max. 2)	26,51
541	frakt. Dickdarmpassage (nur als Ersatz für Irrigoskopie, falls diese aus med. Gründen nicht durchführbar ist)	83,57
560	Irrigoskopie (Doppelkontrast)	98,81

Pos. Ziff.	Organ	Honorar + Unkosten EUR
Harntrakt		
700	Harntrakt, nativ liegend	16,85
701	Harntrakt, nativ stehend	17,06
702	Harnblase, Nativaufnahme	12,00
710	i. v. Pyelographie (inkl. 1 Nativ-, 1 Schicht-, 1 Kompressions-, 1 Postmiktionsaufnahme und 1 Aufnahme in Bauchlage)	94,11
711	stehende Aufnahme bei ivP ODER (max. 2) Spätaufnahmen (zus. zu Pos. Ziff. 710 oder 720 verrechenbar)	17,06
712	Cystographie nach ivP	35,96
713	MCU (Miktions-Cysto-Urethrographie)	56,66
720	Inf.-Pyelographie (inkl. 1 Nativ-, 1 Schicht-, 1 Kompressions-, 1 Postmiktionsaufnahme und 1 Aufnahme in Bauchlage)	104,99
730	Urethrographie retrograd	66,33
731	Retrogr. Cystographie inkl. Nativaufnahme + Refluxprüfung	84,44
732	Retrogr. Pyelogr. /Seite (einschl. Nativaufnahme)	53,75
790	Tomo beide Nieren (ohne KM nativ)	54,11
791	Tomo beide Nieren inkl. i. v. P. (Pos. Ziff. 710)	138,81

Pos. Ziff.	Organ	Honorar + Unkosten EUR
Spezialuntersuchungen (ohne Tomographie)		
810	Mammographie inklusive Mammasonographie, beide Seiten Nur gemäß den in Punkt C) - Leistungsvoraussetzungen für Abrechnung der Pos. Ziff 810 - festgelegten Voraussetzungen verrechenbar	95,00
811	Mammographie nach Ablatio	43,96
812	Galaktographie	29,31
813	Pneumozystographie	29,31
815	Densitometrie nach Dexa-Methode Verrechenbar nur von Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie, deren Gesellschafter über einen Ausbildungsnachweis verfügt und die nach Maßgabe der Erfordernisse für die Versorgung der Versicherten von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Wien zur Abrechnung dieser Position berechtigt worden ist.	32,69
820	Phlebogr./obere Ex/Seite	72,05
821	Phlebogr./untere Ex/Seite	118,48
830	Arthrographie-Knie/Seite	87,99
831	Fistelfüllung	53,57
832	Sialographie inkl. Nativaufnahme	38,07
833	Hystero-Salpingographie	52,01
840	Fremdkörperlokalisierung	35,51
841	Augenfremdkörper	32,72

Die Indikation für die Durchführung der Pos.Ziff. 103, 339, 357 und 711 kann auch durch die Vertragsfacharztgruppenpraxis für Radiologie 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.

Pos. Ziff.	Organ	Honorar + Unkosten EUR
Tiefentherapie 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	5,14
76	Konventionelle Siebbestrahlung (Richtzahl 600 rad Oberflächendosis) pro Feld und Sitzung	6,53
Oberflächentherapie 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	10,29
Entzündungstherapie und jede andere konventionelle Strahlentherapie sofern sie nicht unter Pos. Ziff. 75, 76, 77, 79 oder 80 fällt.		
78	pro Organ und Serie	56,96
Diverse Bestrahlungen		
79	Kastrationsbestrahlung beider Ovarien, pro Serie	96,06
80	Bestrahlung beider Mammae bei Hormonbehandlung der Prostata, pro Serie	96,06
Konsultationen		
81	Untersuchung und Beratung, sofern aus medizinischen Gründen keine therapeutische Leistung erfolgt	6,82
82	Untersuchung durch den Gesellschafter der Vertragsfacharztgruppenpraxis für Radiologie nach abgeschlossener Tiefentherapie oder Bestrahlung von malignen Erkrankungen der Haut oder von Haemangiomen in gesonderter Sitzung, höchstens 1mal verrechenbar	6,82

D) Ultraschalldiagnostik

(Sonographie)

Leistungen der Ultraschalldiagnostik (Sonographie) werden nur jenen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie honoriert, deren Gesellschafter eine entsprechende besondere Ausbildung nachweisen und von der Kasse 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 der zuweisende Arzt bzw. die Gruppenpraxis 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.

Pos. Ziff.	Organ	Honorar + Unkosten EUR
259	Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 8. und 12. SSW im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammes	22,89
266	Erste sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 18. und 22. SSW im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammes	22,89
267	Zweite 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

Pos. Ziff.	Organ	Honorar + Unkosten EUR
931	Sonographie des Oberbauches, mindestens 4 Organe (zB Gallenblase, Leber, Gallenwege, Pankreas)	38,51
932	Sonographie von Gallenblase, Leber und Gallenwegen	20,78
933	Sonographie von Leber, Pankreas und Milz	25,40
940	Sonographie von Nieren und Retroperitoneum	25,40
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 Pos. Ziff. 932 und Pos. Ziff. 933 können nicht miteinander verrechnet werden. Wird die Untersuchung von einem oder mehreren unter Pos. Ziff. 932 in Kombination mit einem oder mehreren unter Pos. Ziff. 933 fallenden Organen beantragt und durchgeführt, ist an Stelle der Einzelposition die entsprechende Sammelposition (Pos. Ziff. 931) zu vergüten. In diesem Falle sind mindestens 4 Organe auch tatsächlich zu untersuchen.	25,40

Pos. Ziff.	Organ	Honorar + Unkosten EUR
Small parts		
960	Schilddrüse und Nebenschilddrüse	25,04
961	Sonographie des Skrotalinhaltes	25,04
962	Halsweichteile (zB 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)	11,55
	Bei onkologischen Patienten kann das Honorar maximal 4mal pro Tag verrechnet werden. Die Unkosten können jedenfalls nur einmal in Rechnung gestellt werden.	
964	Kindliche Hüfte (beide Seiten)	30,80
965	Endovaginale bzw. transrectale Sonographie	27,72
966	Sonographische Untersuchung der Mamma, je Seite	13,08
	Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 809 und 810 verrechenbar.	
967	Sonographie der Weichteile der Schultern	21,57
970	Duplexsonographie des Carotisvertebralisarteriensystems	45,04

I.

Abschluss und Laufdauer der Sonderverrechnungsvereinbarungen

- (1) Die im Rahmen dieses Zusatzprotokolls festgelegten Regelungen zur Durchführung der Komplexen Entstauungstherapie (KPE) durch Sonderverrechnungsvereinbarungen für Vertragsfacharztgruppenpraxen für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation werden unter Berücksichtigung der bestehenden gesamtvertraglichen Bestimmungen unbefristet vereinbart.
- (2) Die Sonderverrechnungsvereinbarungen werden auf Basis von schriftlich an die WGKK gestellten Anträgen durch die Vertragsfacharztgruppenpraxen für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation jeweils zu Beginn eines Quartals abgeschlossen.

II.

Allgemeine Bestimmungen

- (1) Eine Verrechnung der Einzelleistungspositionen zur „Komplexen Entstauungstherapie“ (KE10, KE25, KE40 und KE55) ist nur zur Behandlung von nachweislich gesicherten primären oder sekundären Lymphödemen (z.B. auch Mischödeme mit gesicherter Lymphödemenkomponente) zulässig. Für diese Feststellung ist eine umfassende Diagnostik bzw. Differentialdiagnostik im Rahmen eines ärztlichen Assessments erforderlich. Für die Behandlung mit „Komplexer Entstauungstherapie“ sind daher die ärztliche Begutachtung der Patientinnen und Patienten sowie eine detaillierte ärztliche Vorgabe inkl. notwendiger Verordnung für Bandagiermaterial/Bandagiersets vor der Behandlung erforderlich.
- (2) Eine Kompressionsbehandlung hat grundsätzlich immer Teil der umfassenden Behandlung der komplexen Entstauungstherapie zu sein. Ausnahmen von einer Kompressionstherapie bestehen nur für nachweislich gesicherte Lymphödeme, die nicht an den Extremitäten lokalisiert sind und eine Kompressionsbandagierung nicht möglich ist. Darunter fallen folgende Regionen: Lymphödeme im Hals- oder Gesichtsbereich nach Neck Dissection und Lymphödeme im Vulva-oder Scrotalbereich.
- (3) Die „Komplexe Entstauungstherapie“ hat tunlichst täglich zu erfolgen, bis keine weitere Umfangreduktion mehr erreicht werden kann (gemäß Messprotokoll). Bis zur Ausfertigung der Kompressionsbestrumpfung hat die erhaltende Entstauungstherapie nach Erfordernis zu erfolgen, um die Therapieergebnisse gemäß Messprotokoll zu gewährleisten, z.B. Kompressionsbandagierung jeden 2. Tag.

- (4) Nach einer durchgeführten „Komplexen Entstauungstherapie“ hat ein Assessment zur Endbegutachtung inkl. notwendiger Verordnung für eine nach Maß angefertigte (flachgestrickte) Kompressionsbestrumpfung zu erfolgen.
- (5) Die Behandlungsserien für „Komplexe Entstauungstherapie“ sind nach klinischer Erfordernis durchzuführen (einmal bis mehrmals pro Jahr möglich).

III.

Tarifierung

- (1) Die komplexe Entstauungstherapie wird innerhalb der gemäß V. Zusatzprotokoll zum Gruppenpraxengesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 vereinbarten individuellen Honorarsumme, jedoch außerhalb des darin enthaltenen Tarifikatalogs verrechnet.
- (2) Grundlage der Honorierung der von Vertragsfacharztgruppenpraxen für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation erbrachten Leistungen der KPE ab 1. Oktober 2015 sind die Tarife laut Anlage I – Leistungskatalog der Sonderverrechnungsvereinbarung – aufgelisteten Leistungen.
- (3) Die Tarife der in Anlage I unter KE10, KE25, KE40, KE55 und KEM angeführten Leistungen werden jeweils per 1. Jänner eines Jahres um den VPI des jeweiligen Vorjahres angehoben. Die Tarifierung der Positionsnummern KEA15, KEA30, KEA45, und KEA60 erfolgt gemäß den jeweils für die allgemeinen Vertragsfacharztgruppenpraxen gültigen Bewertungen, allerdings erfolgt die Bewertung anstelle der Punktwerte in Euro-Beträgen.

IV.

Bewilligungspflicht

- (1) Für alle während der Laufzeit dieser Sonderverrechnungsvereinbarung von Vertragsfacharztgruppenpraxen für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation erbrachten Behandlungen aus dem Bereich der KPE ist keine vorherige Bewilligung durch den Medizinischen Dienst der Wiener Gebietskrankenkasse erforderlich.
- (2) Seitens der WGKK werden ab 1. April 2015 keine Behandlungen der KPE bzw. der Lymphdrainage mehr bewilligt.

V.

Bewertung im Hinblick auf die Regelungen betreffend Abschläge/Zuschläge Bewegungstherapie gemäß Punktation vom 9. Dezember 2013

Einzelleistungen aus dem Bereich der KPE werden als "neutrale" Leistungen gewertet, daher beeinflussen sie den jährlich als Richtwert festgelegten Anteil an Bewegungstherapie in keiner Weise.

VI.

Allgemeine Qualitätskriterien

Bezüglich der in den Anlage II zum V. Zusatzprotokoll vom 1. Jänner 2011 aufgelisteten allgemeinen Qualitätskriterien wird vereinbart, dass das Vorliegen einer Zusatzvereinbarung zur KPE als 2 Punkte bei den Kriterien gemäß Punkt II. Bauliche Qualitätskriterien gilt.

VII.

Kündigungsbestimmungen

Die jeweiligen Sonderverrechnungsvereinbarungen gemäß diesem Zusatzprotokoll können durch die Vertragsfacharztgruppenpraxen für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation jeweils binnen einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende ohne Angabe von Gründen gekündigt werden.

VIII.

Behandlungsqualität für Patientinnen/Patienten

Um die für die optimale Durchführung der KPE erforderlichen Qualitätskriterien ausnahmslos einhalten zu können, ist bei erhöhtem Patientenaufkommen eine Ablehnung zur Übernahme neuer KPE-Patientinnen/Patienten durch Vertragsfacharztgruppenpraxen für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation mit Sonderverrechnungsvereinbarung für KPE zulässig. Auf Rückfrage der WGKK hat die Vertragsfacharztgruppenpraxis dieser genaue Angaben über die Ablehnung zu übermitteln, wobei Kapazitätsgründe angeführt werden können.

IX.

Verordnung von Bandagiermaterial/Bandagiersets und Kompressionsstrümpfen

Vertragsfacharztgruppenpraxen für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation, die mit einer Sonderverrechnungsvereinbarung zur Verrechnung von Leistungen der KPE berechtigt sind, sind zur Verordnung von Bandagiermaterial/Bandagiersets und Kompressionsstrümpfen zur Kompressionsbehandlung mittels Verordnungsschein berechtigt.

X.

Privatleistungen

- (1) Bei Patientinnen/Patienten, bei denen kein primäres oder sekundäres Lymphödem vorliegt, kann die Technik der Lymphmassage – nicht kurativ – als Privatleistung angeboten werden.

Die Patientinnen/Patienten sind vor Durchführung der Behandlung nachweislich zu informieren, dass keine Kostenerstattung oder Kostenzuschuss seitens der WGKK erfolgt. Auf der Honorarnote an die Patientin/den Patienten ist diese Leistung als: "Anwendung von Lymphmassagetechniken – nicht kurativ" anzuführen.

- (2) Die bei Vorliegen eines primären oder sekundären Lymphödems anzuwendende Therapie wird als KPE (Komplexe Entstauungstherapie) bezeichnet und darf für Patientinnen/Patienten, die die Vertragsfacharztgruppenpraxis als Kassenpatientinnen/-patienten in Anspruch nehmen, ausnahmslos nicht als Privatleistung angeboten werden. Ein Zuwiderhandeln gegen diese Bestimmung stellt einen schwerwiegenden Vertragsverstoß dar.

Anlagen :

Anlage I – TARIF

TARIF**gültig ab 1. Oktober 2015****Allgemeine Bestimmungen¹**

Die Komplexe Entstauungstherapie zur Behandlung von nachweislich gesicherten primären oder sekundären Lymphödemen (z.B. auch Mischödem mit gesicherter Lymphödemkomponente) beinhaltet je nach Erfordernis die Kompressionsbandagierung mit Kurzzugbandagen inkl. der Schulung der Patientinnen/Patienten zur Selbstbandagierung, die manuelle Lymphdrainage und/oder die apparative Lymphdrainage sowie etwaige zusätzliche Therapiemaßnahmen. Der Assessmentbogen ÖDEM-ASSESSMENT sowie ein anzulegendes und täglich weiterzuführendes Messprotokoll sind durchzuführen. Wurden der Assessmentbogen und/oder das Messprotokoll im Einzelfall nicht erstellt, ist dies der WGKK zu begründen. Eine Verrechenbarkeit dieser Leistungen (Pos. Ziff. KEM, KEA15, KEA30, KEA45 und KEA60) ist in diesem Fall ausgeschlossen.

Bei Verrechnung der Leistungen ÖDEM-ASSESSMENT oder Messprotokoll sind diese Dokumentationsunterlagen auf Verlangen der Wiener Gebietskrankenkasse zu übermitteln.

Die von der WGKK erarbeiteten Formularmuster sind nicht obligatorisch in allen Feldern auszufüllen.

Die Pos. Ziff. KE10, KE25, KE40, KE55, KEM, KEA15, KEA30, KEA45 und KEA60 können nur von Vertragsfacharztgruppenpraxen für Physikalische Medizin und Rehabilitation verrechnet werden, die mittels Sonderverrechnungsvereinbarung von der Wiener Gebietskrankenkasse ausdrücklich zur Durchführung dieser Leistung ermächtigt wurden.

¹ Es herrscht Einvernehmen, dass diese im Einzelfall an Angehörige nichtärztlicher Gesundheitsberufe delegierten ärztlichen Handlungen auch von der Ärztin/vom Arzt selbst erbracht und abgerechnet werden können, und alle angeführten Leistungen optional zu verstehen sind.

Leistungskatalog

Pos.	Bezeichnung	Zeit	Therapeut	Betrag €
KE10	Komplexe Entstauungstherapie zur Behandlung von nachweislich gesicherten primären oder sekundären Lymphödemen Ist je Extremität bzw. Region gemäß II Absatz 2 einmal pro Tag und Patient verrechenbar; bei Verrechnung von mehreren Extremitäten sind diese bei der Abrechnung anzugeben.	10	MM, HM, MTF, PT	8,36
KE25	Komplexe Entstauungstherapie zur Behandlung von nachweislich gesicherten primären oder sekundären Lymphödemen Ist je Extremität bzw. Region gemäß II Absatz 2 einmal pro Tag und Patient verrechenbar; bei Verrechnung von mehreren Extremitäten sind diese bei der Abrechnung anzugeben.	25	MM, HM, MTF, PT	20,91
KE40	Komplexe Entstauungstherapie zur Behandlung von nachweislich gesicherten primären oder sekundären Lymphödemen Ist je Extremität bzw. Region gemäß II Absatz 2 einmal pro Tag und Patient verrechenbar; bei Verrechnung von mehreren Extremitäten sind diese bei der Abrechnung anzugeben.	40	MM, HM, MTF, PT	33,45
KE55	Komplexe Entstauungstherapie zur Behandlung von nachweislich gesicherten primären oder sekundären ausgeprägten Lymphödemen Ist je Extremität Region gemäß II Absatz 2 einmal pro Tag und Patient verrechenbar; bei Verrechnung von mehreren Extremitäten sind diese bei der Abrechnung anzugeben.	55	MM, HM, MTF, PT	46,00
KEM	Messprotokoll Die Position kann nur in Zusammenhang mit der Durchführung der Pos. Ziff. KE10, KE25, KE40 und KE55 einmal pro Tag verrechnet werden.		MM, HM, MTF, PT	4,00

Pos.	Bezeichnung	Zeit	Betrag €
KEA15	<p>Ärztliches Assessment für KPE</p> <p>Die Position ist einmal vor Beginn einer Komplexen Entstauungstherapie im Rahmen der Erstdiagnostik bzw. zur Diagnostik bei Folgetherapien/Neubestrumpfung bzw. im Zuge einer Endkontrolle zur Feststellung des Behandlungserfolges verrechenbar. Die Position ist nicht am selben Tag mit den Positionen A15, A30, A45 oder A60 gemäß Anlage I zum V Zusatzprotokoll zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 verrechenbar.</p>	15	19,80
KEA30	<p>Ärztliches Assessment für KPE</p> <p>Die Position ist einmal vor Beginn einer Komplexen Entstauungstherapie im Rahmen der Erstdiagnostik bzw. zur Diagnostik bei Folgetherapien/Neubestrumpfung bzw. im Zuge einer Endkontrolle zur Feststellung des Behandlungserfolges verrechenbar. Die Position ist nicht am selben Tag mit den Positionen A15, A30, A45 oder A60 gemäß Anlage I zum V Zusatzprotokoll zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 verrechenbar.</p>	30	39,60
KEA45	<p>Ärztliches Assessment für KPE</p> <p>Die Position ist einmal vor Beginn einer Komplexen Entstauungstherapie im Rahmen der Erstdiagnostik verrechenbar. Die Position ist nicht am selben Tag mit den Positionen A15, A30, A45 oder A60 gemäß Anlage I zum V Zusatzprotokoll zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 verrechenbar.</p>	45	59,40
KEA60	<p>Ärztliches Assessment für KPE</p> <p>Die Position ist einmal vor Beginn einer Komplexen Entstauungstherapie im Rahmen der Erstdiagnostik verrechenbar. Die Position ist nicht am selben Tag mit den Positionen A15, A30, A45 oder A60 gemäß Anlage I zum V Zusatzprotokoll zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 verrechenbar.</p>	60	79,20

Abkürzungsschlüssel für die Bezeichnung der Berufsqualifikation:

PT	- Physiotherapeutin/Physiotherapeut
MTF	- Medizinisch-Technischer Fachdienst ²
MM	- Medizinische Masseurin/Medizinischer Masseur
HM	- Heilmasseurin/Heilmasseur

² Sowie allfällige Nachfolgeberufe, die anlässlich von allf. Novellierungen des MAB oder vergleichbarer Gesetze geschaffen oder berechtigt werden.

