

TARIF für fachgleiche Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie

Gültig ab 1. Jänner 2022

A) Allgemeine Bestimmungen

(Diese gelten, sofern unter B, C und D nicht hiervon 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 Bestimmungen dazu bleiben unverändert gültig.

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).

	Tarif / EUR
Honorar	6,04

2. Unkosten

Durchleuchtungen

Pos. Ziff.		Tarif / EUR
18	Durchleuchtung ohne KM	4,37
19	Durchleuchtung mit KM	5,13
20	Durchleuchtung mit Dickdarmkontrasteinlauf (DKE)	7,93

Aufnahmen

Pos. Ziff.	Filmformat	Tarif / EUR
21	je 3 Zahnfilme	2,67
22	9/12	4,37
23	13/18	5,34
24	18/24	6,44
27	24/30	8,00
28	20/40	8,96
29	30/40	10,34
31	35/43	11,77

Zuschläge zu den Unkostensätzen für Aufnahmen

66	Zuschlag für retrograde Untersuchungen	5,47
67	Zuschlag für i. v. Untersuchungen oder Infusionsuntersuchungen	5,47
71	Zuschlag für Arthrographie	5,47

3. Organtarif

Pos. Ziff.	Organ	Honorar + Unkosten EUR
Schädel		
100	Schädel	28,56
101	Schädel nach Trauma (inkl. evtl. Zusatzaufnahmen bzw. Schädelbasis)	53,86
103	Schädelbasis (kann in begründeten Fällen vom Radiologen zusätzlich zur Pos. Ziff. 100 verrechnet werden, aber höchstens in 10 % aller auf Schädel lautenden Zuweisungen)	14,04
110	Gesichtsschädel	25,30
111	Nasennebenhöhlen (NNH)	36,80
112	Nasenbeine	20,30
113	Ober- bzw. Unterkiefer je Seite	24,17
115	beide Kiefergelenke	46,11
116	1 Kiefergelenk (inkl. Vergleich)	24,30
121	Zahnstatus	35,11
122	Zähne, 1-3 benachbarte	8,88
123	Zahnpanoramaröntgen (nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 121 verrechenbar)	30,21
Wirbelsäule, Knöcherner Thorax (ohne Schultergürtel)		
200	WS Ganzaufnahme stehend, ap und seidl.	95,00
201	WS Ganzaufnahme stehend, ap oder seidl.	50,00
210	HWS	33,96
211	HWS + Funktionsaufnahme	57,96
212	Foramina Intervertebralia	25,30
220	BWS	29,90
230	LWS-Kreuzbein	32,52
231	Kreuz- und Steißbein	28,56
240	Rippen - bds. nach Unfall	66,43
241	Rippen - eine Seite nach Unfall	35,47
243	Rippen - eine Seite	30,94
250	Sternum	28,56
Schulter- und Beckengürtel, Extremitäten		
310	beide Schultergelenke	50,60
311	1 Schultergelenk (inkl. Vergleich)	26,82
312	Scapula bds.	53,86
313	Scapula eins. (inkl. Vergleich)	28,44
314	Clavicula bds.	25,30
315	Clavicula eins. (inkl. Vergleich)	14,19

Pos. Ziff.	Organ	Honorar + Unkosten EUR
316	beide. Sternoclaviculargelenke	24,17
317	1 Sternoclaviculargelenk (inkl. Vergleich)	13,61
318	beide Oberarme (ohne Gel.)	53,74
319	1 Oberarm (ohne Gel.) (inkl. Vergleich)	28,56
320	beide Ellbogengelenke	48,34
321	1 Ellbogengelenk (inkl. Vergleich)	25,43
322	beide Unterarme (ohne Gel.)	53,74
323	1 Unterarm (ohne Gel.) (inkl. Vergleich)	28,56
330	beide Hände	50,60
331	1 Hand (inkl. Vergleich)	26,82
332	beide Handwurzeln	46,07
333	1 Handwurzel (inkl. Vergleich)	24,30
334	beide Handgelenke + dist. UA	50,60
335	1 Handgel. + dist. UA (inkl. Vergleich)	26,82
336	1 Finger od. 1 Zehe bds.	35,09
337	1 Finger od. 1 Zehe eins. (inkl. Vergleich)	18,80
339	Naviculare-Serie nach Trauma	34,54
340	Beckenübersicht ab 7. LJ. (einschl. Hüftgelenke ap.)	17,88
341	Becken, bis 2. LJ.	18,53
342	Becken, 3. - 6. LJ.	20,15
344	Sacroiliacalgelenke	25,30
350	beide Hüftgelenke ap/axial	57,13
351	1 Hüftgelenk ap/axial (inkl. Vergleich)	30,46
353	Hüftgelenk ax (bei Becken)	14,29
355	Hüfte faux profil	14,29
357	Hüftgelenk bei Endoprothese (vom Radiologen zusätzlich zu Pos. Ziff. 340 verrechenbar)	29,54
358	beide Oberschenkel (ohne Gelenke)	61,06
359	1 Oberschenkel (ohne Gelenk) (inkl. Vergleich)	32,67
360	beide Kniegelenke	50,60
361	1 Kniegelenk (inkl. Vergleich)	26,82
362	beide Kniegelenke + ax Patella	73,66
363	1 Kniegelenk. + ax Patella (inkl. Vergleich)	38,35
364	beide Kniegelenke stehend	28,76
365	Tunnelaufnahme (Knie)	12,67
367	Defilee/Seite (30°, 60°, 90°)	34,54
368	beide Unterschenkel (ohne Gelenke)	57,39
369	1 Unterschenkel (ohne Gelenk) (inkl. Vergleich)	30,39
370	beide Füße (ohne Sprunggel.)	79,19

Pos. Ziff.	Organ	Honorar + Unkosten EUR
371	1 Fuß (ohne Sprunggel.) (inkl. Vergleich)	42,92
372	beide Sprunggelenke	50,60
373	1 Sprunggelenk (inkl. Vergleich)	26,82
374	beide Vorfüße	48,34
375	1 Vorfuß (inkl. Vergleich)	25,70
376	beide Calcanei ap oder ax	23,03
377	1 Calcaneus ap oder ax (inkl. Vergleich)	12,77
380	Untere Extremitäten Ganzaufnahme stehend ap	47,00
390	Tomo Skelett/Ebene (max. 2)	80,80
Halsorgane, Herz und Lunge		
400	Herz-Lunge, ab 9. LJ	45,39
401	Herz-Lunge, bis 8. LJ	39,56
410	Halsorgane	37,28
Magen- Darmtrakt		
500	Abdomen, nativ (Inkl. Aufnahme im Liegen)	45,35
510	Oesophagus	40,87
511	Schluckakt	36,63
520	Magen-Duodenum (Doppelkontrast)	86,95
530	Dünndarmpassage	77,66
540	(Dick-)Darmpassage (max. 2)	27,99
541	frakt. Dickdarmpassage (nur als Ersatz für Irrigoskopie, falls diese aus med. Gründen nicht durchführbar ist)	88,23
560	Irrigoskopie (Doppelkontrast)	104,32
Harntrakt		
700	Harntrakt, nativ liegend oder stehend	17,79
710	i. v. Pyelographie (inkl. 1 Nativ-, 1 Schicht-, 1 Kompressions-, 1 Postmiktionsaufnahme und 1 Aufnahme in Bauchlage)	99,37
711	stehende Aufnahme bei ivP ODER (max. 2) Spätaufnahmen (zus. zu Pos. Ziff. 710 oder 720 verrechenbar)	18,01
712	Cystographie nach ivP	37,97
713	MCU (Miktions-Cysto-Urethrographie)	59,82
720	Inf.-Pyelographie (inkl. 1 Nativ-, 1 Schicht-, 1 Kompressions-, 1 Postmiktionsaufnahme und 1 Aufnahme in Bauchlage)	110,84
730	Urethrographie retrograd	70,03
731	Retrogr. Cystographie inkl. Nativaufnahme + Refluxprüfung	89,15
732	Retrogr. Pyelogr. /Seite (einschl. Nativaufnahme)	56,75

Pos. Ziff.	Organ	Honorar + Unkosten EUR
790	Tomo beide Nieren (ohne KM nativ)	57,13
791	Tomo beide Nieren inkl. i. v. P. (Pos. Ziff. 710)	146,55
Spezialuntersuchungen (ohne Tomographie)		
810	Mammographie inklusive Mammasonographie, beide Seiten Nur gemäß den in Punkt C) - Leistungsvoraussetzung für Abrechnung der Pos. Ziff. 810 - festgelegten Voraussetzungen verrechenbar	98,93
811	Mammographie nach Ablatio	46,41
815	Densitometrie nach DEXA-Methode Verrechenbar nur von Vertragsfachärztinnen/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	34,51
820	Phlebographie/obere Ex/Seite	76,07
821	Phlebographie/untere Ex/Seite	125,09
830	Arthrographie-Knie/Seite	92,89
832	Sialographie inkl. Nativaufnahme	40,19
833	Hystero-Salpingographie inkl. gynäkologischer Untersuchung	102,44
840	Fremdkörperlokalisation	37,49
841	Augenfremdkörper	34,54

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.

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	5,43
76	Konventionelle Siebbestrahlung (Richtzahl 600 rad Oberflächendosis) pro Feld und Sitzung	6,89
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	10,87
Entzündungstherapie und jede andere konventionelle Strahlentherapie sofern sie nicht unter Pos. Ziff. 75, 76, 77, 79 oder 80 fällt.		
78	pro Organ und Serie	65,00
Diverse Bestrahlungen		
79	Kastrationsbestrahlung beider Ovarien, pro Serie	101,41
80	Bestrahlung beider Mammae bei Hormonbehandlung der Prostata, pro Serie	101,41
Konsultationen		
81	Untersuchung und Beratung, sofern aus medizinischen Gründen keine therapeutische Leistung erfolgt	7,20
82	Untersuchung durch die/den Radiologin/Radiologen nach abgeschlossener Tiefentherapie oder Bestrahlung von malignen Erkrankungen der Haut oder von Haemangiomen in gesonderter Sitzung, höchstens 1 mal verrechenbar	7,20

D) Ultraschalldiagnostik (Sonographie)

Leistungen der Ultraschalldiagnostik (Sonographie) werden nur jenen Gesellschafterinnen/-Gesellschaftern der Vertragsfacharztgruppenpraxis für Radiologie honoriert, die eine entsprechende besondere Ausbildung nachweisen und von der Österreichischen Gesundheitskasse 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.

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	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
950	Sonographie der Schwangerschaft Die Pos. Ziff. 950 ist nur bei nachstehend angeführten Indikationen verrechenbar:	25,40
	-Blutungen in der Schwangerschaft	
	-Verdacht auf missed Abortion	
	-Verdacht auf intrauterinen Fruchttod	
	-Missverhältnis Schwangerenbecken-Leibesfrucht	
	-Verdacht auf atypische, praenatale Kindeslage	
	Die Indikation muss von der/vom zuweisenden Ärztin/Arzt auf der Zuweisung angegeben werden.	

Pos. Ziff.	Organ	Honorar + Unkosten EUR
951	Sonographie von Tumoren im Unterbauch	25,40
Small parts		
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, Ellbogen, Handgelenk, Hüftgelenk, Kniegelenk, Sprunggelenk)	30,00
970	Duplexsonographie des Carotisvertebralisarteriensystems	45,04