

Entwurf  
Abteilung 8, FAGP/Stand: 22.01.2018

**Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom ..., mit der die Verordnung über die Festsetzung der Sondergebühren in der Sonderklasse der Landeskrankenanstalten geändert wird**

Auf Grund der §§ 75, 76 und 79 des Steiermärkischen Krankenanstaltengesetzes 2012, LGBl. Nr. 111/2012, zuletzt in der Fassung LGBl. Nr. 3/2018, wird verordnet:

Die Verordnung über die Festsetzung der Sondergebühren in der Sonderklasse der Landeskrankenanstalten, LGBl. Nr. 19/2013, zuletzt in der Fassung LGBl. Nr. 21/2017, wird wie folgt geändert:

1. *Im Inhaltsverzeichnis wird nach dem Eintrag „§ 11 Pauschalabgeltung für Coloskopie sowie Doppelballonenteroskopie“ die Zeile „§ 11a Pauschalabgeltung für stationär durchgeführte Tumornachsorgen“ eingefügt.*

2. *In § 3 Abs. 1 Z 5 wird das Wort „sowie“ durch einen Beistrich ersetzt, in Z 6 wird der Punkt durch das Wort „sowie“ ersetzt und folgende Z 7 angefügt:*

„7. Einer Pauschalabgeltung für stationär durchgeführte Tumornachsorgen.“

3. *§ 3 Abs. 2 lautet:*

„(2) Die Grundgebühr beträgt pro Pflorgetag für

1. das Landeskrankenhaus - Universitätsklinikum Graz 9,117 % der täglichen Pflegegebühr;
2. die Landeskrankenhäuser Hochsteiermark, Graz Süd-West ausgenommen die Abteilungen für Psychiatrie, Feldbach-Fürstenfeld und Murtal 10,348 % der täglichen Pflegegebühr;
3. die Abteilungen für Psychiatrie des Landeskrankenhauses Graz Süd-West 11,041 % der täglichen Pflegegebühr;
4. die übrigen Landeskrankenhäuser 9,437 % der täglichen Pflegegebühr;
5. die dem Landeskrankenhaus - Universitätsklinikum Graz sowie dem Landeskrankenhaus Hochsteiermark angegliederten Bereiche der Sonderkrankenanstalt Theresienhof Frohnleiten 10,348 % der täglichen Pflegegebühr des Landeskrankenhauses Hochsteiermark.“

4. *In § 3 Abs. 4 werden die Zahl „75,50“ durch die Zahl „77,70“ und die Zahl „143,60“ durch die Zahl „147,80“ ersetzt.*

5. *§ 3 Abs. 5 lautet:*

„(5) Die Pauschalabgeltung für Coloskopien sowie Doppelballonenteroskopien ersetzt grundsätzlich die Gebühr nach Abs. 1 Z.1 und 6 und beträgt:

Gruppe I:		€ 126,40
	a1)	Diagnostische Coloskopie inkl. Eingriffe mittels Biopsiezange
	a2)	Orale Doppelballonenteroskopie
Gruppe II:		€ 252,20
	b1)	Coloskopien mit Eingriffen mittels Schlinge

Gruppe III:	b2) Aborale Doppelballonenteroskopie	€ 315,70
	c1) 2-tägiger (voll)stationärer Aufenthalt von Gruppe I oder Gruppe II beim Risikopatient aufgrund von Risikokriterien	
Gruppe IV:	c2) Orale und aborale Doppelballonenteroskopie	
	Doppelballonenteroskopie mit therapeutischer Intervention	€ 347,70

Bei Durchführung einer Doppelballonenteroskopie bei Patientinnen/Patienten mit Risikoprofil kann die Pauschalabgeltung um die jeweils für einen Pflage tag berechnete Grundgebühr nach Abs. 2, das Strukturpauschale nach Abs. 6 und den entsprechenden Zuschlag zu den Pflagegebühren der Allgemeinen Gebührenklasse für die Sonderklasse in den Landeskrankenanstalten erhöht werden.“

6. § 3 Abs. 6 lautet:

„(6) Der Basisbetrag der Strukturpauschale beträgt 480,80 Euro. Die Strukturpauschale ist pro Fall je nach Aufenthaltsdauer (SKL-Pflage tage) zu verrechnen und beträgt für:

Aufenthaltsdauer	Prozentsatz vom Basisbetrag	gerundeter Betrag in Euro
1 Pflage tag	50	247,50
2 Pflage tage	50	247,50
3 Pflage tage	75	371,20
4 Pflage tage	75	371,20
5 Pflage tage	90	445,50
6 Pflage tage	90	445,50
7 Pflage tage	100	495,00
8 Pflage tage	100	495,00
9 Pflage tage	100	495,00
10 Pflage tage	110	544,60
11 Pflage tage	110	544,60
12 Pflage tage	120	594,10
13 Pflage tage	120	594,10
14 Pflage tage	130	643,50
mehr als 14 Pflage tage	130	643,50“

7. Nach § 3 Abs. 6 wird folgender Abs. 7 angefügt:

„(7) Die Pauschalabgeltung für stationär durchgeführte Tumornachsorgen beträgt 486,00 Euro und ersetzt die Gebühren nach Abs. 1 Z 1, 3 und 6. Sie ist pro Patientin/Patienten und Tumorentität zu verrechnen, wenn

1. die Nachsorgeuntersuchungen innerhalb von 24 Monaten nach Auftreten und/oder Operation des Primärkarzinoms bzw. eines Rezidivs bei maximal drei Aufenthalten stationär durchgeführt werden und
2. folgende Tumorentitäten vorliegen:
  - colorektales Karzinom
  - Ösophaguskarzinom
  - Magenkarzinom
  - Leberkarzinom (primäre Tumore, Metastasen)
  - Pankreaskarzinom
  - Gastrointestinaler Stromatumor (GIST)
  - Gallenblasenkarzinom (inkl. Gallengänge)“

8. § 5 Abs. 1 lautet:

„(1) Die operativen Eingriffe werden in acht Gruppen eingeteilt; die Gruppenzugehörigkeit eines Eingriffes ist aus Anhang A ersichtlich. Die Arztgebühr für die Eingriffe in den einzelnen OP-Gruppen beträgt:

Gruppe	Betrag in Euro
Gruppe I	36,00
Gruppe II	69,10
Gruppe III	127,10
Gruppe IV	267,50
Gruppe V	440,40
Gruppe VI	
a)	613,60
b)	790,10
Gruppe VII	952,20
Gruppe VIII	
a)	1 258,70
b)	1 731,50 <sup>c</sup>

9. In § 5 Abs. 7a wird die Zahl „187,70“ durch die Zahl „193,20“ ersetzt.

10. In § 5 Abs. 7b wird die Zahl „121,00“ durch die Zahl „124,60“ ersetzt.

11. § 5 Abs. 9 lautet:

„(9) Alle weiteren Leistungen auf den operativen Abteilungen – ausgenommen die in den §§ 8, 9, 9a, 9b und 10 genannten Leistungen sowie die Labor- und Pathologiepauschale – werden durch eine Tagesgebühr abgegolten. Diese Tagesgebühr richtet sich nach der Dauer des Krankenhausaufenthaltes und beträgt in der Sonderklasse:

Aufenthaltsdauer	Betrag in Euro
für den 1. bis 10. Tag je	21,60
für den 11. bis 20. Tag je	17,70
für den 21. bis 30. Tag je	14,90
ab dem 31. Tag je	11,00

An der Universitäts-Kinderklinik und der Universitätsklinik für Kinderchirurgie des Landeskrankenhauses – Universitätsklinikum Graz sowie der Kinderabteilung des Landeskrankenhauses Hochsteiermark, Standort Leoben, ist ein Zuschlag von 50 % zu allen angeführten Tagesgebühren zu leisten.“

12. § 6 Abs. 2 lautet:

„(2) Leistungen auf den nicht operativen Abteilungen – ausgenommen die in den §§ 8, 9, 9a, 9b und 10 genannten Leistungen sowie Labor- und Pathologiepauschale – werden durch eine Tagesgebühr abgegolten. Diese Tagesgebühr richtet sich nach der Dauer des Krankenhausaufenthaltes und beträgt in der Sonderklasse:

Aufenthaltsdauer	Betrag in Euro
für den 1. bis 10. Tag je	33,80
für den 11. bis 20. Tag je	27,10
ab dem 21. Tag je	17,00

An der Universitäts-Kinderklinik und der Universitätsklinik für Kinderchirurgie des Landeskrankenhauses – Universitätsklinikum Graz sowie der Kinderabteilung des Landeskrankenhauses Hochsteiermark, Standort Leoben, ist ein Zuschlag von 50 % zu allen angeführten Tagesgebühren zu leisten.“

13. In § 6 Abs. 3 wird die Zahl „876,80“ durch die Zahl „902,70“ ersetzt.

14. In § 6 Abs. 4 wird die Zahl „45,60“ durch die Zahl „46,90“ ersetzt.

15. § 7 Abs. 1 lautet:

„(1) Das Labor-/Pathologiepauschale beträgt je Fall 131,70 Euro.“

16. In § 8 Abs. 1 wird die Zahl „33,20“ durch die Zahl „34,20“ ersetzt.

17. In § 9a Abs. 2 wird die Zahl „154,10“ durch die Zahl „156,70“ ersetzt.

18. § 9b Abs. 1 lautet:

„(1) Arztgebühren für strahlentherapeutische Leistungen und stereotaktische Bestrahlungen mit dem Linearbeschleuniger sind gesondert zu verrechnen. Sie werden in folgende Tarifgruppen eingeteilt:

Tarifgruppen	Beschreibung	Arztgebühr in Euro
1. Strahlentherapie Standard	3D-konformale Planung mit konventioneller Bestrahlung (konformale Strahlenfelder, FIF) am Linearbeschleuniger inklusive Bildgebung	1 054,80
2. Strahlentherapie Spezialtechniken	- Intensitätsmodulierte Bestrahlung (IMRT, VMAT) Adaptive Bestrahlungen, Gating, Tracking, inklusive Bildgebung - Brachytherapie - stereotaktische Bestrahlungen (nur wenn konventionell dosiert) - Ganzkörperbestrahlungen - Ganzhautbestrahlungen	2 370,40
3. Intraoperative Strahlentherapie (IORT)	IORT mit Elektronen an einem dediziertem Gerät oder am Linearbeschleuniger	1 126,00“

19. In § 9b Abs. 3 wird die Zahl „62,18“ durch die Zahl „64,00“ ersetzt.

20. In § 9b Abs. 4 wird die Zahl „1 295,20“ durch die Zahl „1 333,40“ ersetzt.

21. In § 9b Abs. 5 wird die Zahl „1 618,90“ durch die Zahl „1 666,70“ ersetzt.

22. § 10 Abs. 1 lautet:

„(1) Die Arztgebühren sind für nachfolgende besondere diagnostische und therapeutische Leistungen gesondert zu verrechnen und betragen für:

Leistung	Betrag in Euro
1. Langzeit-EKG-Verfahren	31,30
2. 24-Stunden-Blutdruck-Monitoring	27,30
3. Langzeit-EEG oder Brain Mapping mit EEG oder evozierte Potenziale	85,60
4. Oxycardiorespirographie	67,40
5. Flusszytometrie je Patientin/Patient (Blutprobe)	6,90
6. Elektromyographie (EMG)	85,60
7. Intrakranielle Druckmessung (durch die Fontanelle)	67,40
8. Diagnostischer Links und/oder Rechtsherzkatheter	506,20
9. Elektrophysiologische Untersuchung bei Herzrhythmusstörungen (EPU)	506,20
10. Herzkatheter inklusive Ballondilatation oder Stentimplantation	906,70
11. Rechtsherzkatheter mit mechanischer Intervention (Herzklappensprengung)	906,70
12. Rechts- und Linksherzkatheter mit mechanischer Intervention (Herzklappensprengung)	906,70
13. Elektrophysiologische Untersuchung bei Herzrhythmusstörungen und Ablation	906,70
14. Herzkatheter inklusive Ballondilatation und Stentimplantation	1 012,10
15. Verschluss eines offenen Foramen oval	1 012,10“

23. § 11 lautet:

„Die Arztgebühr als Pauschalabgeltung für Coloskopien sowie Doppelballonenteroskopien beträgt:

Gruppe I:

€ 117,90

Gruppe II:	a1) Diagnostische Coloskopie inklusive Eingriffe mittels Biopsiezange a2) Orale Doppelballonenteroskopie	€ 235,20
Gruppe III:	b1) Coloskopien mit Eingriffen mittels Schlinge b2) Aborale Doppelballonenteroskopie	€ 294,40
Gruppe IV:	c1) 2-tägiger (voll)stationärer Aufenthalt von Gruppe I oder Gruppe II beim Risikopatient aufgrund von Risikokriterien c2) Orale und aborale Doppelballonenteroskopie Doppelballonenteroskopie mit therapeutischer Intervention“	€ 324,30

24. Nach § 11 wird folgender § 11a samt Überschrift eingefügt:

**„§ 11a**

**Pauschalabgeltung für stationär durchgeführte Tumornachsorgen**

Die Arztgebühr als Pauschalabgeltung für stationär durchgeführte Tumornachsorgen beträgt 705,00 Euro und ist pro Patientin/Patient und Tumorentität, sofern die Voraussetzungen des § 3 Abs. 7 Z 1 und 2 zutreffen, zu verrechnen.“

25. In § 12 wird die Zahl „26,30“ durch die Zahl „27,10“ ersetzt.

26. Nach § 15a Abs. 4 wird folgender Abs. 5 eingefügt:

„(5) In der Fassung der Verordnung LGBl. Nr. XXX/2018 treten die Änderungen des Inhaltsverzeichnisses, § 3 Abs. 1 Z 5, 6 und 7, § 3 Abs. 2, § 3 Abs. 4, 5, 6 und 7, § 5 Abs. 1, 7a, 7b und 9, § 6 Abs. 2, 3 und 4, § 7 Abs. 1, § 8 Abs. 1, § 9a Abs. 2, § 9b Abs. 1, 3, 4 und 5, § 10 Abs. 1, § 11, § 11a, § 12, Pos. Nr. 118 der Gruppe III der operativen Eingriffe des Anhangs A sowie die Anhänge D und E mit 1. Jänner 2018 in Kraft.“

27. In Anhang A wird die Bezeichnung der Pos. Nr. 118 der operativen Eingriffe, Gruppe III, „Endosonographie“ durch die Bezeichnung „Endosonographie (EUS), Endobronchialer Ultraschall (EUBUS)“ ersetzt.

28. Anhang D lautet:

**„Anhang D**

**Arztgebühren für Sonderleistungen auf dem Gebiet der Zahnheilkunde**

<b>A) konservierend:</b>	<b>Betrag in Euro</b>
1. Einfache Zahnextraktion mit Anästhesie	14,70
2. Einfache Zahnextraktion ohne Anästhesie	9,30
3. Nachblutung mit Naht (Blutstillung durch Naht)	27,70
4. Taschenabtragung, Blutstillung durch Tampon plus Injektion	20,70
5. eine Ordination – Zahnsteinentfernung bis zu drei Sitzungen plus Spray, Stomatitisbehandlung pro Sitzung, Profundusbehandlung, 1 bis 3 Behandlungen von Mundkrankheiten, Ligatur gelockerter Zähne	13,00
6. Vitalitätsprüfung, Nachbehandlung, Ätzen von Zahnhälsen, Einschleifen des Gebisses bis zu 3 Sitzungen, Abnahme festsitzender techn. Arbeiten, Behebung von Druckstellen u. dgl.	7,20
7. Wiedereinzementierung von technischen Arbeiten sowie Zementfüllung	20,30
8. Lachgasnarkose (Äther, Chlor-Ä. usw.)	27,70
9. Dolor-post-Behandlung mit Anästhesie pro Sitzung	11,50
10. Behandlung einer Nachblutung mit Platte und Medikament	79,10
11. Injektionsserienbehandlung des Kiefergelenkes	55,40
12. Kiefergelenksschiene im Ober- und Unterkiefer (je Kiefer)	110,80

13. Einflächenfüllung (Amalgan, Silikat, Kunststoff einschließlich Unterlage)	13,60
14. Zweiflächenfüllung	19,40
15. Dreiflächenfüllung (MOD)	45,60
16. Exstirpation einkanalg	28,40
17. Exstirpation zweikanalg	42,10
18. Exstirpation dreikanalg	75,40
19. Unvollständige Wurzelbehandlung pro Sitzung, nur bis zu 2 Sitzungen	11,50
20. Stiftaufbau	25,90

<b>B) Prothetik:</b>	<b>Betrag in Euro</b>
1. Zahnprothese: je Zahn und Klammer	17,70
2. Plattenzuschlag für Zahnprothesen	94,50
3. zusätzlicher Plattenzuschlag bei 1 bis 5 Zähnen	36,40
4. zusätzlicher Plattenzuschlag bei 6 bis 8 Zähnen	17,70
5. zusätzlicher Plattenzuschlag bei 9 bis 11 Zähnen	13,30
6. kein Plattenzuschlag bei 12 bis 14 Zähnen	
7. Bruch, Sprung, Wiederbefestigung, je Zahn oder Klammer	34,00
8. Ersatz eines gebrochenen Zahnes, einer Klammer, Anbringung eines Saugers, Erweiterung der Platte um einen Zahn	36,40
9. Zwei Leistungen der beiden vorgenannten Arbeiten oder Erweiterung der Platte um 2 Zähne	49,10
10. Mehr als 2 Leistungen der obgenannten Arbeiten oder Erweiterung der Platte um 3 Zähne oder partielle Unterfütterung der Platte	58,60
11. Totale Unterfütterung eines totalen Zahnersatzstückes	94,50
12. Inlay, einflächig	43,00
13. Inlay, zweiflächig	55,00
14. Inlay, dreiflächig	71,30
15. Krone, gestant, Branddeckel, Kunststoff	63,30
16. Krone: Vollgußkrone	78,30
17. Krone: Richmond-, Jacket-, facettierte Krone	241,00
18. Brückenglied: voll	63,60
19. Brückenglied: facettiert	69,20
20. Teleskopbrücke o. Prothese, pro Stelle (Modellguss)	157,80
21. Stahlguss skelett	250,80
22. Stahlgussplatte, Skelett aus Edelmetall, fortlaufende Klammer oder Stahlbügel, einfacher Guss	146,00
23. Einbau von Gelenken oder Druckklammern	50,50
24. Geschiebe mit oder ohne Feder, je Stück	25,70
25. Obturator: voll, für Cysten	46,80
26. Obturator: hohl und geteilt, für Resektionskloß	314,50
27. Obturator: hohl	189,10
28. Gesichtsprothese: groß (Ohr, Nase, Wange usw.)	314,30
29. Gesichtsprothese: mittel	235,10
30. Gesichtsprothese: einfach	157,50
31. Gerüstimplantate für Stahl oder Pfeiler	250,80
32. Halteelement (Pfeiler, Haken, Gewinde usw.), je Stelle	44,10
33. Kieferbruchschiene: gegossen, pro Stelle und Band	47,00
34. Kieferbruchschiene: aus Kunststoff, pro Stelle und Klammer	17,70
35. Bänderschienen, pro Stelle und Band	25,30

Die oben genannten Gebührensätze für technische Gold- und Stahlarbeiten verstehen sich ohne Kosten für das angewendete Edelmetall; diese sind gesondert in Rechnung zu stellen.	
36. Progenieschienen, pro Stelle	25,30
37. Schiefe Ebene	63,30
38. Schutzbrille	59,40
39. Kinnkappe	60,40
40. Aktivator zur Dehnbehandlung von Kieferklemmen	140,90
41. Resektionsgelenk für Resektionsprothese	125,60
Werden Leistungen in mehreren Sitzungen erbracht, so gelten die Gebühren für die ganze Behandlungsdauer (z. B. Gesichtsprothese).“	

29. Anhang E lautet:

„Anhang E

### Arztgebühren für bildgebende Diagnostik

	Betrag in Euro
1. Tarifgruppe I: Konventionelles Röntgen, Durchleuchtung ohne Kontrastmittel	
a) Konventionelles Röntgen (außer Thorax-Röntgen und Mammographie)	13,60
b) Durchleuchtung ohne Kontrastmittel, Thorax-Röntgen	27,50
c) Mammographie	41,10
2. Tarifgruppe II: Durchleuchtung mit Kontrastmittel	84,20
3. Tarifgruppe III: Ultraschall/Sonographie	
a) US/Sono ohne Doppler	43,10
b) US/Sono mit Doppler	104,80
4. Tarifgruppe IV: Computer-Tomographie (CT)	121,20
5. Tarifgruppe V: Magnetresonanztomographie (MR)	121,20

(1) Die Tarifposition Ia ist pro Fall und Aufenthalt maximal fünf Mal verrechenbar. Bei der Abrechnung sind die anatomischen Regionen je Untersuchung und Fall zu berücksichtigen (maximal einmal je anatomischer Region je Untersuchung).

(2) Die Tarifposition Ib ist pro Fall und Aufenthalt maximal drei Mal verrechenbar. Bei der Abrechnung sind die anatomischen Regionen je Untersuchung und Fall zu berücksichtigen (maximal einmal je anatomischer Region je Untersuchung).

(3) Die Tarifposition Ic ist pro Fall und Aufenthalt maximal zwei Mal verrechenbar.

(4) Die Tarifposition II ist pro Fall und Aufenthalt maximal zwei Mal verrechenbar.

(5) Die Tarifpositionen IIIa und IIIb sind pro Fall und Aufenthalt maximal vier Mal verrechenbar. Bei der Abrechnung sind folgende Verrechnungsregionen zu berücksichtigen, wobei die Untersuchung jeder dieser Verrechnungsregionen eine eigenständige Untersuchung darstellt und daher separat verrechenbar ist, sofern sie getrennt in einem Befund bzw. in getrennten Befunden dokumentiert ist:

1. Geburtshilflicher Fall
2. Oberbauch (Zwerchfell bis Beckenkamm inkl. Retroperitoneum)
3. Unterbauch/Becken (Beckenkamm bis –boden)
4. Blutgefäße Arterien Regionen
  - a) Aortenbogen bis Scheitel (inkl. hirnversorgende Arterien)
  - b) Aortenbogen bis Beckenboden
  - c) Periphere Arterien (z. B. Becken/Beinarterien je Arm/Bein)
5. Blutgefäße Venen Regionen
  - a) Zentrale große Körperven

- b) Periphere Venen (je Arm/Bein)
- 6. Andere Blutgefäße (Shunt, Bypass etc.)
- 7. Herz
- 8. Small Parts Sonographie
  - a) Weichteile (Muskel, Fettgewebe, Sehnen etc.)
  - b) Gelenk (1 Gelenk)
  - c) Mamma
  - d) Schilddrüse
  - e) Hoden
  - f) Haut, Tumore, Lymphknotenstationen
  - g) Axilla, Leiste
  - h) Appendix
  - i) Pleuralraum
- 9. Sonstige (soweit nicht durch die Verrechnungsregionen 1. bis 8. abgedeckt)

Ist zusätzlich zur Untersuchung der oben angeführten Verrechnungsregionen (1. bis 9.) eine gezielte Biopsie erforderlich, kann diese gesondert nach der OP Gruppe III/86 verrechnet werden. Ist zusätzlich zur Untersuchung der oben angeführten Verrechnungsregionen (1. bis 9.) eine gezielte Intervention erforderlich, kann die hierfür entsprechende OP Gruppe gesondert verrechnet werden.

(6) Die Tarifposition IV ist pro Fall und Aufenthalt maximal 4 Mal verrechenbar. Bei der Abrechnung von CT-Untersuchungen sind folgende Verrechnungsregionen zu berücksichtigen, wobei die Untersuchung jeder dieser Verrechnungsregionen eine eigenständige Untersuchung darstellt und daher separat verrechenbar ist, sofern sie getrennt in einem Befund bzw. in getrennten Befunden dokumentiert ist:

1. Schädel
  - a) Gehirnschädel
  - b) Gesichtsschädel
2. Hals
3. Thorax
4. Oberbauch (Zwerchfell bis Beckenkamm inkl. Retroperitoneum)
5. Unterbauch/Becken (Beckenkamm bis –boden)
6. Extremitäten (jeweils eine)
7. Wirbelsäule
  - a) HWS
  - b) BWS
  - c) LWS
8. Blutgefäße Arterien Regionen
  - a) Aortenbogen bis Scheitel (inkl. hirnversorgende Arterien)
  - b) Aortenbogen bis Beckenboden
  - c) Periphere Arterien (z. B. Becken/Beinarterien)
  - d) Koronararterien
9. Blutgefäße Venen Regionen
  - a) Zentrale große Körperven
  - b) Periphere Venen (je Arm/je Bein)
10. Herz
11. Sonstige (soweit nicht unter Verrechnungsregionen 1. bis 10. angeführt).

Bei der CT-Angiographie der Pulmonalarterien (Verrechnungsregion 8.b) ist die CT des Thorax inkludiert. Ist zusätzlich zu den Untersuchungen der oben angeführten Verrechnungsregionen (1 bis 11) eine gezielte Biopsie erforderlich, kann diese gesondert nach der OP Gruppe I/43 verrechnet werden. Ist zusätzlich zu den Untersuchungen der oben angeführten Verrechnungsregionen (1 bis 11) eine gezielte Intervention erforderlich, kann die hierfür entsprechende OP Gruppe gesondert verrechnet werden.

(7) Die Tarifposition V ist pro Fall und Aufenthalt maximal 4 Mal verrechenbar. Bei der Abrechnung von MRT-Untersuchungen sind folgende Verrechnungsregionen zu berücksichtigen, wobei die Untersuchung jeder dieser Verrechnungsregionen eine eigenständige Untersuchung darstellt und



daher separat verrechenbar ist, sofern sie getrennt in einem Befund bzw. in getrennten Befunden dokumentiert ist:

1. Schädel
  - a) Gehirnschädel
  - b) Gesichtsschädel
2. Hals
3. Thorax
4. Oberbauch (Zwerchfell bis Beckenkamm inkl. Retroperitoneum)
5. Unterbauch/Becken (Beckenkamm bis –boden)
6. Extremitäten (jeweils eine)
7. Wirbelsäule
  - a) HWS
  - b) BWS
  - c) LWS
8. Blutgefäße Arterien Regionen
  - a) Aortenbogen bis Scheitel (inkl. hirnversorgende Arterien)
  - b) Aortenbogen bis Beckenboden
  - c) Periphere Arterien (z. B. Becken/Beinarterien)
9. Blutgefäße Venen Regionen
  - a) Zentrale große Körperven
  - b) Periphere Venen (je Arm/je Bein)
10. Herz
  - a) Organ (inkl. Vitalität – late enhancement)
  - b) Funktion Perfusion, Stress
11. MRCP (Cholangiopankreatikographie)
12. Small Parts
  - a) Gelenke (1 Gelenk)
  - b) Mamma
13. Sonstige (soweit nicht unter Verrechnungsregion 1. bis 12. angeführt)

Ist zusätzlich zu den Untersuchungen oben angeführten Verrechnungsregionen (1 bis 13) eine gezielte Biopsie erforderlich, kann diese gesondert nach der OP Gruppe I/43 verrechnet werden. Ist zusätzlich zu den Untersuchungen der oben angeführten Verrechnungsregionen (1 bis 13) eine gezielte Intervention erforderlich, kann die hierfür entsprechende OP Gruppe gesondert verrechnet werden.“

Für die Steiermärkische Landesregierung: