

Textgegenüberstellung

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

Inhaltsverzeichnis

1. Abschnitt Allgemeines

§ 1 Sondergebühren

2. Abschnitt Anstaltsgebühren

§ 2 Zweck der Anstaltsgebühren

§ 3 Höhe der Anstaltsgebühren

3. Abschnitt Arztgebühren

§ 4 Zweck der Arztgebühren

§ 5 Operative Eingriffe

§ 6 Nicht operative Abteilungen

§ 7 Labor- und Pathologiepauschale

§ 8 Konsiliargebühr

§ 9 Bildgebende Diagnostik

§ 9a Nuklearmedizinische Leistungen

§ 9b Strahlentherapeutische Leistungen

§ 10 Besondere diagnostische und therapeutische Leistungen

§ 11 Pauschalabgeltung für Coloskopie sowie Doppelballonenteroskopie

§ 11a Pauschalabgeltung für stationär durchgeführte Tumornachsorgen

4. Abschnitt Hebammengebühr

§ 12 Höhe der Hebammengebühr

5. Abschnitt Schlussbestimmungen

§ 13 Verfahrensbestimmungen

§ 14 Anhänge

§ 15 Inkrafttreten

§ 15a Inkrafttreten von Novellen

§ 16 Außerkrafttreten

.....

§ 3

Höhe der Anstaltsgebühren

(1) Die Anstaltsgebühren bestehen aus

1. einer Grundgebühr (Abs. 2),
2. den Gebühren für zahn- und kieferchirurgische Leistungen,
3. der Pauschalabgeltung für elektronische Datenkommunikation und elektronische Abrechnung (Abs. 3),
4. einer Pauschalabgeltung für Aufenthalte auf einer Einheit für Akutgeriatrie und Remobilisation oder für Aufenthalte auf einer Einheit für Neuro-Rehab C oder für Aufenthalte auf einer Einheit für Palliativmedizin (Abs. 4),
5. einer Pauschalabgeltung für Coloskopien sowie Doppelballonenteroskopien (Abs. 5)₁ sowie
6. einer Strukturpauschale pro Fall und Aufenthaltsdauer (SKL Pflage tage) (Abs. 6)₂ sowie
7. einer Pauschalabgeltung für stationär durchgeführte Tumornachsorgen.

(2) Die Grundgebühr beträgt pro Pflageetage für

1. das Landeskrankenhaus - Universitätsklinikum Graz ~~9,332~~ 9,117 % der täglichen Pflegegebühr;
2. die Landeskrankenhäuser Hochsteiermark, Graz Süd-West ausgenommen die Abteilungen für Psychiatrie, Feldbach-Fürstfeld und ~~Judenburg-KnittelfeldMurtal~~ 10,648-10,348 % der täglichen Pflegegebühr;
3. die Abteilungen für Psychiatrie des Landeskrankenhauses Graz Süd-West 10,920-11,041 % der täglichen Pflegegebühr;
4. die übrigen Landeskrankenhäuser 9,710-9,437 % der täglichen Pflegegebühr;
5. die dem Landeskrankenhaus - Universitätsklinikum Graz sowie dem Landeskrankenhaus Hochsteiermark angegliederten Bereiche der Sonderkrankenanstalt Theresienhof Frohnleiten 10,648-10,348 % der täglichen Pflegegebühr des Landeskrankenhauses Hochsteiermark.

(3) Bei elektronischer Datenkommunikation für den Austausch der Aufnahmeanzeige/Kostenübernahmeerklärung (EDI-KOST) kann pro Pflageetage als Pauschalabgeltung ein Betrag von 1,33 Euro verrechnet werden. Bei elektronischer Abrechnung (EDI-LEIST) kann pro Pflageetage als Pauschalabgeltung ein Betrag von 1,33 Euro verrechnet werden. Wird eine Patientin/ein Patient transferiert, ist für den Transferetage das EDI-KOST und EDI-LEIST Pauschale nur durch die übernehmende Krankenanstalt verrechenbar.

(4) Für Behandlungen auf sanitätsbehördlich genehmigten Einheiten für

- Akutgeriatrie und Remobilisation (AG/REM Einheiten),
- Neuro-Rehab C sowie
- Palliativmedizin

kann pro Aufenthaltstage eine Pauschale von ~~75,50-77,70~~ Euro für Mehrbettzimmer und ~~143,60~~147,80 Euro für Einbettzimmer verrechnet werden. Der Pauschalbetrag ist insgesamt pro Patientin/Patient und Kalenderjahr für maximal 28 Aufenthaltstage verrechenbar. Bei Voraufenthalt in einer vergleichbaren Einrichtung einer Krankenanstalt eines anderen Rechtsträgers ist der Pauschalbetrag für den Aufenthalt noch für weitere 14 Aufenthaltstage verrechenbar. Die Pauschalabgeltung ersetzt grundsätzlich die Gebühr nach Abs. 1 Z.1 und 6.

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

Gruppe I:		€
		122,78 <u>126,40</u>
	a1) Diagnostische Coloskopie inkl. Eingriffe mittels Biopsiezange	
	a2) Orale Doppelballonenteroskopie	
Gruppe II:		€
		245,00 <u>252,20</u>
	b1) Coloskopien mit Eingriffen mittels Schlinge	
	b2) Aborale Doppelballonenteroskopie	
Gruppe III:		€
		306,67 <u>315,70</u>
	c1) 2-tägiger (voll)stationärer Aufenthalt von Gruppe I oder Gruppe II	
	beim Risikopatient aufgrund von Risikokriterien	
	c2) Orale und aborale Doppelballonenteroskopie	
Gruppe IV:		€
		337,78 <u>347,70</u>
	Doppelballonenteroskopie mit therapeutischer Intervention	

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

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

Aufenthaltsdauer	Prozentsatz vom Basisbetrag	gerundeter Betrag in Euro
1 Pflageetage	50	240,40 <u>247,50</u>
2 Pflageetage	50	240,40 <u>247,50</u>

Aufenthaltsdauer	Prozentsatz vom Basisbetrag	gerundeter Betrag in Euro
3 Pflgetage	75	<u>360,60371,20</u>
4 Pflgetage	75	<u>360,60371,20</u>
5 Pflgetage	90	<u>432,70445,50</u>
6 Pflgetage	90	<u>432,70445,50</u>
7 Pflgetage	100	<u>480,80495,00</u>
8 Pflgetage	100	<u>480,80495,00</u>
9 Pflgetage	100	<u>480,80495,00</u>
10 Pflgetage	110	<u>529,00544,60</u>
11 Pflgetage	110	<u>529,00544,60</u>
12 Pflgetage	120	<u>577,10594,10</u>
13 Pflgetage	120	<u>577,10594,10</u>
14 Pflgetage	130	<u>625,10643,50</u>
mehr als 14 Pflgetage	130	<u>625,10643,50</u>

(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)

....

§ 5

Operative Eingriffe

(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	<u>35,0036,00</u>
Gruppe II	<u>67,1069,10</u>
Gruppe III	<u>123,50127,10</u>
Gruppe IV	<u>259,80267,50</u>
Gruppe V	<u>427,80440,40</u>
Gruppe VI	
a)	<u>596,00613,60</u>
b)	<u>767,50790,10</u>
Gruppe VII	<u>924,90952,20</u>
Gruppe VIII	
a)	<u>1 222,601 258,70</u>
b)	<u>1 681,901 731,50</u>

....

(7a) Für extrakorporale hochenergetische orthopädische Stoßwellentherapien (ESWT) ist neben der Tagesgebühr eine pauschale Arztgebühr in der Höhe von ~~187,70~~193,20 Euro zu verrechnen.

(7b) Ausschließlich in Verbindung mit einer Katarakt-Operation ist für intravitreale operative Medikamentenabgaben (IVOM) eine pauschale Arztgebühr in der Höhe von ~~121,00~~124,60 Euro zu verrechnen.

...

(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	21,00 <u>21,60</u>
für den 11. bis 20. Tag je	17,20 <u>17,70</u>
für den 21. bis 30. Tag je	14,50 <u>14,90</u>
ab dem 31. Tag je	10,70 <u>11,00</u>

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.

.....

§ 6

Nicht operative Abteilungen

(1) Wenn ärztliche Leistungen nach Anhang A durchgeführt werden, sind diese nach Operationsgruppen zu berechnen.

(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	32,80 <u>33,80</u>
für den 11. bis 20. Tag je	26,30 <u>27,10</u>
ab dem 21. Tag je	16,50 <u>17,00</u>

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.

(3) Für die besonderen Leistungen bei der Untersuchung und Behandlung von Patientinnen/Patienten mit angeborenen oder erworbenen Herzdefekten, die einer operativen Behandlung mit der Herz-Lungen-Maschine unterzogen werden, ist neben der Tagesgebühr ein Pauschalbetrag (Herzpauschale) zu verrechnen. Diese Herzpauschale beträgt ~~876,80~~902,70 Euro.

(4) Für Behandlungen auf sanitätsbehördlich genehmigten Einheiten für

- Akutgeriatrie und Remobilisation (AG/REM Einheiten),
- Neuro-Rehab C sowie
- Palliativmedizin

kann pro Aufenthaltstag eine weitere Gebühr in Höhe von ~~45,60~~46,90 Euro verrechnet werden. Diese Gebühr ist insgesamt pro Patientin/Patient und Kalenderjahr für maximal 28 Aufenthaltstage verrechenbar. Bei Voraufenthalt in einer vergleichbaren Einrichtung einer Krankenanstalt eines anderen Rechtsträgers ist der Pauschalbetrag für den Aufenthalt noch für weitere 14 Aufenthaltstage verrechenbar.

§ 7

Labor- und Pathologiepauschale

(1) Das Labor-/Pathologiepauschale beträgt je Fall ~~129,50~~131,70 Euro.

(2) Ausgenommen von der Pauschalverrechnung nach Abs. 1 sind jene Fälle, welche bereits pauschal nach § 3 Abs. 4 und 5, § 6 Abs. 4 oder nach § 11 abgegolten werden.

§ 8

Konsiliargebühr

(1) Jede im Interesse der Patientin/des Patienten erforderliche Konsiliartätigkeit durch eine/einen nicht der Krankenabteilung angehörigen Ärztin/Arzt ist, soweit sie nicht als Fremdleistung durch die Strukturpauschale abgegolten ist, durch eine Konsiliargebühr abzugelten. Diese beträgt für allgemein beratende Konsilien pro Konsilium ~~33,20~~34,20 Euro.

(2) Zahn- und kieferärztliche Verrichtungen sind nach den Ansätzen der Anhänge A und D zu vergüten.

....

§ 9a

Nuklearmedizinische Leistungen

(1) Die Arztgebühr für nuklearmedizinische Leistungen, das sind diagnostische und therapeutische Leistungen mit radioaktiven Stoffen, ist gesondert zu verrechnen.

(2) Wird im Rahmen eines Falles und Aufenthaltes zumindest eine nuklearmedizinische Leistung erbracht, ist ein Pauschalbetrag von ~~154,10~~156,70 Euro (Nuklearmedizinpauschale) zu verrechnen.

§ 9b

Strahlentherapeutische Leistungen

(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	1-024,60 <u>1.054,80</u>
2. Strahlentherapie Spezialtechniken	- Intensitätsmodulierte Bestrahlung (IMRT, VMAT) Adaptive Bestrahlungen, Gating, Tracking, inklusive Bildgebung - Brachytherapie - stereotaktische Bestrahlungen (nur wenn konventionell dosiert) - Ganzkörperbestrahlungen - Ganzhautbestrahlungen	2-302,50 <u>2.370,40</u>
3. Intraoperative Strahlentherapie (IORT)	IORT mit Elektronen an einem dediziertem Gerät oder am Linearbeschleuniger	1-093,70 <u>1.126,00</u>

(2) Pro Fall und Aufenthalt kann nur eine Tarifgruppe verrechnet werden. Werden Leistungen aus unterschiedlichen Tarifgruppen erbracht, ist die jeweils höchste Arztgebühr abzurechnen.

(3) Für die Leistung „Bestrahlung Röntgentherapie“ ist eine Arztgebühr in Höhe von ~~62,18~~64,00 Euro gesondert zu verrechnen, wenn keine der in Absatz 1 genannten Tarifgruppen zur Abrechnung gelangt. Diese Arztgebühr ist maximal drei Mal pro Fall und Aufenthalt verrechenbar.

(4) Für stereotaktische Einzeitbestrahlungen mit dem Linearbeschleuniger ist zusätzlich zur jeweiligen Tarifgruppe pro Indikation eine pauschale Arztgebühr in Höhe von ~~1-295,20~~1.333,40 Euro innerhalb eines Zeitraumes von drei Monaten ab Beginn dieser Leistung zu verrechnen.

(5) Für stereotaktische hypofraktionierte Bestrahlungen mit dem Linearbeschleuniger ist zusätzlich zur jeweiligen Tarifgruppe pro Indikation eine pauschale Arztgebühr in Höhe von ~~1-618,90~~1.666,70 Euro innerhalb eines Zeitraumes von drei Monaten ab Beginn dieser Leistung zu verrechnen.

§ 10

Besondere diagnostische und therapeutische Leistungen

(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	30,40 31,30
2. 24-Stunden-Blutdruck-Monitoring	26,50 27,30
3. Langzeit-EEG oder Brain Mapping mit EEG oder evozierte Potenziale	83,10 85,60
4. Oxycardiorespirographie	65,50 67,40
5. Flusszytometrie je Patientin/Patient (Blutprobe)	6,70 6,90
6. Elektromyographie (EMG)	83,10 85,60
7. Intrakranielle Druckmessung (durch die Fontanelle)	65,50 67,40
8. Diagnostischer Links und/oder Rechtsherzkatheter	491,70 506,20
9. Elektrophysiologische Untersuchung bei Herzrhythmusstörungen (EPU)	491,70 506,20
10. Herzkatheter inklusive Ballondilatation oder Stentimplantation	880,70 906,70
11. Rechtsherzkatheter mit mechanischer Intervention (Herzklappensprengung)	880,70 906,70
12. Rechts- und Linksherzkatheter mit mechanischer Intervention (Herzklappensprengung)	880,70 906,70
13. Elektrophysiologische Untersuchung bei Herzrhythmusstörungen und Ablation	880,70 906,70
14. Herzkatheter inklusive Ballondilatation und Stentimplantation	983,10 1.012,10
15. Verschluss eines offenen Foramen oval	983,10 1.012,10

.....

§ 11

Pauschalabgeltung für Coloskopie sowie Doppelballonenteroskopie

Die Arztgebühr als Pauschalabgeltung für Coloskopien sowie Doppelballonenteroskopien beträgt:

Gruppe I:	€
	114,51 117,90
a1) Diagnostische Coloskopie inklusive Eingriffe mittels Biopsiezange	
a2) Orale Doppelballonenteroskopie	
Gruppe II:	€
	228,50 235,20
b1) Coloskopien mit Eingriffen mittels Schlinge	
b2) Aborale Doppelballonenteroskopie	
Gruppe III:	€
	286,01 294,40
c1) 2-tägiger (voll)stationärer Aufenthalt von Gruppe I oder Gruppe II beim Risikopatient aufgrund von Risikokriterien	
c2) Orale und aborale Doppelballonenteroskopie	
Gruppe IV:	€
	315,03 324,30
Doppelballonenteroskopie mit therapeutischer Intervention	

§ 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.

4. Abschnitt Hebammengebühr

§ 12

Höhe der Hebammengebühr

Die Hebammengebühr für eine in der Anstalt angestellte Hebamme beträgt ~~26,30~~27,10 Euro und kommt zur Gänze der Hebamme zu.

....

§ 15

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt mit 1. Jänner 2013 in Kraft.

§ 15a

Inkrafttreten von Novellen

(1) Die Änderungen des Inhaltsverzeichnisses, des § 3 Abs. 2 und 6, des § 5 Abs. 1 und 9, des § 6 Abs. 2 und 3, des § 9, des § 10, des § 14 sowie der Anhänge B, C und E sowie der Entfall des Anhangs F durch die Novelle LGBl. Nr. 3/2014 treten mit **1. Jänner 2014** in Kraft.

(2) In der Fassung der Verordnung LGBl. Nr. 4/2015 treten das Inhaltsverzeichnis, § 1 Abs. 1, § 3 Abs. 2 und 6, § 5 Abs. 1, 7a, 8 und 9, § 6 Abs. 2 und 3, § 7 Abs. 1, § 8 Abs. 1, die Überschrift zu § 9, § 9 Abs. 2, 5 und 6, § 10 Abs. 1, § 13 Abs. 5 sowie die Anhänge A, C, D und E mit **1. Jänner 2015** in Kraft; gleichzeitig tritt § 5 Abs. 11 außer Kraft.

(3) In der Fassung der Verordnung LGBl. Nr. 9/2016 treten § 3 Abs. 2 und 6, § 5 Abs. 1, 7a, 7b und 9, § 6 Abs. 2 und 3, § 7 Abs. 1, § 8 Abs. 1, § 9 Abs. 2, 5 und 6, § 10 Abs. 1 sowie die Anhänge C, D und E mit **1. Jänner 2016** in Kraft.

(4) In der Fassung der Verordnung LGBl. Nr. 21/2017 treten die Änderungen des Inhaltsverzeichnisses, § 3 Abs. 2, 4 und 6, § 5 Abs. 1, 9 und 9a, § 6 Abs. 2, 3 und 4, § 7 Abs. 1, § 8 Abs. 1, § 9, § 9a, § 9b, § 10 Abs. 1, § 14, die Anhänge D und E sowie der Entfall der Anhänge B und C mit **1. Jänner 2017** in Kraft.

(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 der Anlage A sowie die Anhänge D und E mit 1. Jänner 2018 in Kraft.

.....

Anhang A

Operative Eingriffe

.....
Gruppe III
Pos. Nr.
(Pos. 1–119)

118 ~~Endosonographie~~Endosonographie (EUS), Endobronchialer Ultraschall (EUBUS)

.....

Anhang D

Arztgebühren für Sonderleistungen auf dem Gebiet der Zahnheilkunde

A) konservierend:	Betrag in Euro
-------------------	----------------

1. Einfache Zahnextraktion mit Anästhesie	<u>14,3014,70</u>
2. Einfache Zahnextraktion ohne Anästhesie	<u>9,009,30</u>
3. Nachblutung mit Naht (Blutstillung durch Naht)	<u>26,9027,70</u>
4. Taschenabtragung, Blutstillung durch Tampon plus Injektion	<u>20,1020,70</u>
5. eine Ordination – Zahnsteinentfernung bis zu drei Sitzungen plus Spray, Stomatitisbehandlung pro Sitzung, Profundusbehandlung, 1 bis 3 Behandlungen von Mundkrankheiten, Ligatur gelockerter Zähne	<u>12,6013,00</u>
6. Vitalitätsprüfung, Nachbehandlung, Ätzen von Zahnhälsen, Einschleifen des Gebisses bis zu 3 Sitzungen, Abnahme festsitzender techn. Arbeiten, Behebung von Druckstellen u. dgl.	<u>7,007,20</u>
7. Wiedereinzementierung von technischen Arbeiten sowie Zementfüllung	<u>19,7020,30</u>
8. Lachgasnarkose (Äther, Chlor-Ä. usw.)	<u>26,9027,70</u>
9. Dolor-post-Behandlung mit Anästhesie pro Sitzung	<u>11,2011,50</u>
10. Behandlung einer Nachblutung mit Platte und Medikament	<u>76,8079,10</u>
11. Injektionsserienbehandlung des Kiefergelenkes	<u>53,8055,40</u>
12. Kiefergelenksschiene im Ober- und Unterkiefer (je Kiefer)	<u>107,60110,80</u>
13. Einflächenfüllung (Amalgan, Silikat, Kunststoff einschließlich Unterlage)	<u>13,2013,60</u>
14. Zweiflächenfüllung	<u>18,8019,40</u>
15. Dreiflächenfüllung (MOD)	<u>44,3045,60</u>
16. Exstirpation einkanalg	<u>27,6028,40</u>
17. Exstirpation zweikanalg	<u>40,9042,10</u>
18. Exstirpation dreikanalg	<u>73,2075,40</u>
19. Unvollständige Wurzelbehandlung pro Sitzung, nur bis zu 2 Sitzungen	<u>11,2011,50</u>
20. Stiftaufbau	<u>25,2025,90</u>

B) Prothetik:	Betrag in Euro
1. Zahnprothese: je Zahn und Klammer	<u>17,2017,70</u>
2. Plattenzuschlag für Zahnprothesen	<u>91,8094,50</u>
3. zusätzlicher Plattenzuschlag bei 1 bis 5 Zähnen	<u>35,4036,40</u>
4. zusätzlicher Plattenzuschlag bei 6 bis 8 Zähnen	<u>17,2017,70</u>
5. zusätzlicher Plattenzuschlag bei 9 bis 11 Zähnen	<u>12,9013,30</u>
6. kein Plattenzuschlag bei 12 bis 14 Zähnen	
7. Bruch, Sprung, Wiederbefestigung, je Zahn oder Klammer	<u>33,0034,00</u>
8. Ersatz eines gebrochenen Zahnes, einer Klammer, Anbringung eines Saugers, Erweiterung der Platte um einen Zahn	<u>35,4036,40</u>
9. Zwei Leistungen der beiden vorgenannten Arbeiten oder Erweiterung der Platte um 2 Zähne	<u>47,7049,10</u>
10. Mehr als 2 Leistungen der obgenannten Arbeiten oder Erweiterung der Platte um 3 Zähne oder partielle Unterfütterung der Platte	<u>56,9058,60</u>
11. Totale Unterfütterung eines totalen Zahnersatzstückes	<u>91,8094,50</u>
12. Inlay, einflächig	<u>41,8043,00</u>
13. Inlay, zweiflächig	<u>53,4055,00</u>
14. Inlay, dreiflächig	<u>69,3071,30</u>
15. Krone, gestantzt, Branddeckel, Kunststoff	<u>61,5063,30</u>
16. Krone: Vollgußkrone	<u>76,1078,30</u>
17. Krone: Richmond-, Jacket-, facettierte Krone	<u>234,10241,00</u>
18. Brückenglied: voll	<u>61,8063,60</u>
19. Brückenglied: facettiert	<u>67,2069,20</u>
20. Teleskopbrücke o. Prothese, pro Stelle (Modellguss)	<u>153,30157,80</u>
21. Stahlguss skelett	<u>243,60250,80</u>

22. Stahlgussplatte, Skelett aus Edelmetall, fortlaufende Klammer oder Stahlbügel, einfacher Guss	141,80 <u>146,00</u>
23. Einbau von Gelenken oder Druckklammern	49,10 <u>50,50</u>
24. Geschiebe mit oder ohne Feder, je Stück	25,00 <u>25,70</u>
25. Obturator: voll, für Cysten	45,50 <u>46,80</u>
26. Obturator: hohl und geteilt, für Resektionskloß	305,50 <u>314,50</u>
27. Obturator: hohl	183,70 <u>189,10</u>
28. Gesichtsprothese: groß (Ohr, Nase, Wange usw.)	305,30 <u>314,30</u>
29. Gesichtsprothese: mittel	228,40 <u>235,10</u>
30. Gesichtsprothese: einfach	153,00 <u>157,50</u>
31. Gerüstimplantate für Stahl oder Pfeiler	243,60 <u>250,80</u>
32. Halteelement (Pfeiler, Haken, Gewinde usw.), je Stelle	42,80 <u>44,10</u>
33. Kieferbruchschiene: gegossen, pro Stelle und Band	45,70 <u>47,00</u>
34. Kieferbruchschiene: aus Kunststoff, pro Stelle und Klammer	17,20 <u>17,70</u>
35. Bänderschienen, pro Stelle und Band	24,60 <u>25,30</u>
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	24,60 <u>25,30</u>
37. Schiefe Ebene	61,50 <u>63,30</u>
38. Schutzbrille	57,70 <u>59,40</u>
39. Kinnkappe	58,70 <u>60,40</u>
40. Aktivator zur Dehnbehandlung von Kieferklemmen	136,90 <u>140,90</u>
41. Resektionsgelenk für Resektionsprothese	122,00 <u>125,60</u>
Werden Leistungen in mehreren Sitzungen erbracht, so gelten die Gebühren für die ganze Behandlungsdauer (z. B. Gesichtsprothese).	

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)	13,30 <u>13,60</u>
b) Durchleuchtung ohne Kontrastmittel, Thorax-Röntgen	26,90 <u>27,50</u>
c) Mammographie	40,20 <u>41,10</u>
2. Tarifgruppe II: Durchleuchtung mit Kontrastmittel	82,40 <u>84,20</u>
3. Tarifgruppe III: Ultraschall/Sonographie	
a) US/Sono ohne Doppler	42,20 <u>43,10</u>
b) US/Sono mit Doppler	102,50 <u>104,80</u>
4. Tarifgruppe IV: Computer-Tomographie (CT)	118,60 <u>121,20</u>
5. Tarifgruppe V: Magnetresonanz-Tomographie (MR)	118,60 <u>121,20</u>

(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 Körpervenen
 - 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 Körpervenen
 - 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.