

Entwurf
Abteilung 8 – Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement

**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. 87/2013, wird verordnet:

Die Verordnung über die Festsetzung der Sondergebühren in der Sonderklasse der Landeskrankenanstalten, LGBl. Nr. 19/2013, zuletzt in der Fassung LGBl. Nr. 3/2014, wird wie folgt geändert:

1. Im Inhaltsverzeichnis lautet der Eintrag zu § 9 „Radiologische Leistungen/bildgebende Diagnostik, strahlentherapeutische Leistungen, Leistungen mit radioaktiven Stoffen“.

2. § 1 Abs. 1 lautet:

„(1) Patientinnen/Patienten, welche über eigenen Wunsch in die Sonderklasse in den allgemeinen Landeskrankenanstalten in der Steiermark aufgenommen werden, haben neben den Pflegegebühren und den Zuschlägen hierzu auch Sondergebühren zu entrichten.“

3. § 3 Abs. 2 lautet:

„(2) Die Grundgebühr beträgt pro Pflegeetag für

1. das Landeskrankenhaus - Universitätsklinikum Graz 10,500 % der täglichen Pflegegebühr;
2. die Landeskrankenhäuser Hochsteiermark, Graz Süd-West, Feldbach-Fürstenfeld und Judenburg-Knittelfeld 11,954 % der täglichen Pflegegebühr;
3. die übrigen Landeskrankenhäuser 10,901 % der täglichen Pflegegebühr;
4. die dem Landeskrankenhaus - Universitätsklinikum Graz sowie dem Landeskrankenhaus Hochsteiermark angegliederten Bereiche der Sonderkrankenanstalt Theresienhof Frohnleiten 11,954 % der täglichen Pflegegebühr des Landeskrankenhauses Hochsteiermark.“

4. § 3 Abs. 6 lautet:

„(6) Der Basisbetrag der Strukturpauschale beträgt 457,20 Euro. Die Strukturpauschale ist pro Fall je nach Aufenthaltsdauer (SKL-Pflege tage) zu verrechnen und beträgt für:

Aufenthaltsdauer	Prozentsatz vom Basisbetrag	gerundeter Betrag in Euro
1 Pflege tag	50	228,60
2 Pflege tage	50	228,60
3 Pflege tage	75	342,90
4 Pflege tage	75	342,90
5 Pflege tage	90	411,50
6 Pflege tage	90	411,50
7 Pflege tage	100	457,20

8 Pflegetage	100	457,20
9 Pflegetage	100	457,20
10 Pflegetage	110	503,00
11 Pflegetage	110	503,00
12 Pflegetage	120	548,70
13 Pflegetage	120	548,70
14 Pflegetage	130	594,40
mehr als 14 Pflegetage	130	594,40“

5. § 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	33,20
Gruppe II	63,70
Gruppe III	117,20
Gruppe IV	246,60
Gruppe V	406,00
Gruppe VI	
a)	565,60
b)	728,40
Gruppe VII	877,80
Gruppe VIII	
a)	1 160,40
b)	1 596,20“

6. Nach § 5 Abs. 7 wird folgender Abs. 7a eingefügt:

„(7a) Für extrakorporale hochenergetische orthopädische Stoßwellentherapien (ESWT) ist neben der Tagesgebühr eine pauschale Arztgebühr in der Höhe von 181,90 Euro zu verrechnen.“

7. § 5 Abs. 8 und 9 lauten:

„(8) Bei der Durchführung von Narkosen durch eine Fachärztin/Facharzt für Anästhesiologie oder durch eine Ärztin/einen Arzt, die/der unter Aufsicht und Anleitung einer Fachärztin/eines Facharztes für Anästhesiologie steht, ist ein Zuschlag von 48 % zu der nach den jeweiligen Operationsgruppen verrechneten Arztgebühr bzw. des in Abs. 7a genannten Pauschalbetrages zu leisten. Wenn jedoch mehrere Eingriffe, die unter einer einzigen Vorbereitung und Schmerzbetäubung durchgeführt wurden, einzeln verrechnet werden (Abs. 3), ist der Anästhesiezuschlag nur von der Arztgebühr der höchsten verrechneten Operationsgruppe bzw. des in Abs. 7a genannten Pauschalbetrages zu berechnen.

(9) Alle weiteren Leistungen auf den operativen Abteilungen - ausgenommen die in den §§ 8, 9 und 10 genannten Leistungen sowie Leistungen, für welche die Labor- und Pathologiepauschale verrechnet wird - 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	20,00
für den 11. bis 20. Tag je	16,30
für den 21. bis 30. Tag je	13,80
ab dem 31. Tag je	10,20

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.“

8. § 5 Abs. 11 entfällt.

9. § 6 Abs. 2 und 3 lauten:

„(2) Leistungen auf den nicht operativen Abteilungen - ausgenommen die in den §§ 8, 9 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	31,10
für den 11. bis 20. Tag je	25,00
ab dem 21. Tag je	15,70

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 832,20 Euro.“

10. § 7 Abs. 1 lautet:

„(1) Das Labor-/Pathologiepauschale beträgt je Fall 126,90 Euro.

11. § 8 Abs. 1 lautet:

„(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 31,50 Euro.“

12. Die Überschrift zu § 9 lautet:

„§ 9

Radiologische Leistungen/bildgebende Diagnostik, strahlentherapeutische Leistungen, Leistungen mit radioaktiven Stoffen“

13. § 9 Abs. 2 lautet:

„(2) Die auf die Arztgebühren entfallenden Anteile an den strahlentherapeutischen Leistungen werden im Anhang B angeführt, wobei der Geldwert der einzelnen Punkte für die strahlentherapeutischen Leistungen 0,1111 Euro beträgt. Werden derartige Leistungen nicht von einer Fachärztin/einem Facharzt (Fachärztin/Facharzt für Radiologie, Fachärztin/Facharzt für Medizinische Radiologie - Diagnostik, Fachärztin/Facharzt für Strahlentherapie - Radioonkologie) erbracht, so verringert sich die zu verrechnende Arztgebühr um 10 Prozent.“

14. § 9 Abs. 5 und 6 lauten:

„(5) Für stereotaktische Einzeitbestrahlungen mit dem Linearbeschleuniger ist pro Indikation eine pauschale Arztgebühr in Höhe von 1 256,00 Euro innerhalb eines Zeitraumes von drei Monaten ab Beginn dieser Leistung zu verrechnen.

(6) Für stereotaktische hypofraktionierte Bestrahlungen mit dem Linearbeschleuniger ist pro Indikation eine pauschale Arztgebühr in Höhe von 1 569,90 Euro innerhalb eines Zeitraumes von drei Monaten ab Beginn dieser Leistung zu verrechnen.“

15. § 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	28,90
2. 24-Stunden-Blutdruck-Monitoring	25,20
3. Langzeit-EEG oder Brain Mapping mit EEG oder evozierte Potenziale	78,90
4. Oxycardiorespirographie	62,20
5. Flusszytometrie je Patientin/Patient (Blutprobe)	6,40
6. Elektromyographie (EMG)	78,90
7. Intrakranielle Druckmessung (durch die Fontanelle)	62,20
8. Diagnostischer Links und/oder Rechtsherzkatheter	466,70
9. Elektrophysiologische Untersuchung bei Herzrhythmusstörungen (EPU)	466,70
10. Herzkatheter inklusive Ballondilatation oder Stentimplantation	835,90
11. Rechtsherzkatheter mit mechanischer Intervention (Herzklappensprengung)	835,90
12. Rechts- und Linksherzkatheter mit mechanischer Intervention (Herzklappensprengung)	835,90
13. Elektrophysiologische Untersuchung bei Herzrhythmusstörungen und Ablation	835,90
14. Herzkatheter inklusive Ballondilatation und Stentimplantation	933,00
15. Verschluss eines offenen Foramen oval	933,00

Bei den Tarifpositionen 10. sowie 14. ist für jedes weitere Gefäß ein Zuschlag von 50 % der jeweils festgelegten Arztgebühr zu verrechnen. Für die zusätzliche Durchführung von intravasculären Ultraschalluntersuchungen (IVUS) im Rahmen von Herzkatheteruntersuchungen/-eingriffen nach den Tarifpositionen 8. bis 15. kann ein Zuschlag von 75 % der unter 8. festgelegten Arztgebühr verrechnet werden.“

16. Der Text des bisherigen § 15a erhält die Absatzbezeichnung „(1)“. Dem Abs. 1 wird folgender Abs. 2 angefügt:

„(2) In der Fassung der Verordnung LGBI. Nr.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 sowie die Anhänge A, C, D und E mit 1.Jänner 2015 in Kraft; gleichzeitig tritt § 5 Abs. 11 außer Kraft.“

17. In Anhang A Gruppe IV entfallen folgende Pos. Nr.:

- „130 Photodynamische Therapie (PDT) ohne Injektion
- 131 Injektion ohne PDT, operativ
- 132 PDT mit Injektion, operativ“

18. Anhang C lautet:

„Anhang C

Arztgebühren für diagnostische und therapeutische Leistungen mit radioaktiven Stoffen

1. Diagnostik mit radioaktiven Stoffen:

Gruppe 00.00: pro Untersuchung € 20,10

- 01.01 T-3-Test
- 01.02 T-4-Test
- 01.03 Radiojod-PBI
- 01.04 ETR
- 01.05 Schillingtest (Radiocobalt-Vitamin-B12-Absorption)
- 03.99 In-vitro-Radioaktivitätsbestimmung eine Probe

<u>Gruppe 10.00: pro Untersuchung</u>	€ 37,20
11. Szintigraphische Untersuchungen:	
11.01 Schilddrüsen-Szintigraphie	
11.02 Herz-Mediastinal-Szintigraphie	
11.03 Nierenszintigraphie	
11.98 Szintigraphie kleiner Organe mit einem Szintigramm	
11.99 Sequenzszintigraphie jeder Region	
12. In-vivo-Radioaktivitätsbestimmungen:	
12.01 CCT (zerebraler Zirkulationstest)	
12.02 RJT (Radiojodaufnahmetest der Schilddrüse, gewöhnlich oder nach Suppression oder nach Stimulation)	
12.03 Herz-Minutenvolumsbestimmung	
12.04 Herz-Kreislaufzeitbestimmung	
12.99 In-vivo-Radioaktivitätsbestimmung mit max. 20 Min. Messzeit	
13. In-vitro-Radioaktivitätsbestimmungen:	
13.01 Hippuran-Clearance (Einzelinjektion-Aktivitätsabfall-Methode)	
13.02 EDTA-Clearance (Einzelinjektion-Aktivitätsabfall-Methode)	
13.03 Blutvolumsbestimmung (Cr-51-Methode oder vergleichbare Bestimmung)	
13.04 Plasmavolumsbestimmung (J-131-Serum-Albumin-Methode oder vergleichbare Bestimmung)	
13.05 Gordontest	
13.99 In-vitro-Radioaktivitätsbestimmungen mit 2 bis 4 Proben	
14. Funktionssequenzszintigraphie:	
14.99 Funktionssequenzszintigraphie jede Region, bis zu 20 Min. Messzeit	
<u>Gruppe 20.00: pro Untersuchung</u>	€ 76,90
21. Szintigraphische Untersuchungen	
21.01 Gehirnszintigramm mit max. 3 Szintigrammen	
21.02 Lungenszintigraphie	
21.03 Leberszintigraphie	
21.04 Milzsintigraphie	
21.05 Plazentaszintigraphie	
21.06 Knochenszintigraphie: Schädel	
21.07 Knochenszintigraphie: Extremitäten	
21.08 Lymphszintigraphie	
21.09 Myeloszintigraphie	
21.10 Suchszintigraphie des Ober- oder Unterkörpers	
21.98 Szintigraphie aller Organe mit zwei Szintigrammen	
21.99 Sequenzszintigraphie, jede Region, 20 bis 60 Min. Messzeit	
22. In-vivo-Radioaktivitätsbestimmungen:	
22.01 Radio-Jod-Wash-Out-Test (mit Perchlorat)	
22.02 Knochen-Aufnahmemessung	
22.03 Lunge, Ventilationstest	
22.04 Milzfunktionsmessung	
22.05 Renogramm mit Hippuran (oder andere tubulär ausgeschiedene Radiopharmazeutika)	
22.06 Renogramm mit Diatrizoat (oder andere glomerulär ausgeschiedene Radiopharmazeutika)	
22.07 Chlormerodrin-Akkumulationstest	

22.99 In-vivo-Radioaktivitätsbestimmungen, länger als 20 Min. Messzeit

23. In-vitro-Radioaktivitätsbestimmungen

23.01 Effektiver renaler Plasmadurchfluß (Dauerinfusion-Gleichgewichts-Methode)

23.02 Glomeruläre Filtrationsrate (Dauerinfusion-Gleichgewichts-Methode)

23.03 Leber-Kolloid-Clearance

23.04 Hepatocelluläre Clearance

23.05 Körperwasser

23.06 Gastrointestinaler Blutverlust

23.99 In-vitro-Radioaktivitätsbestimmung mit 5 bis 10 Proben

24. Kombinierte Funktionsuntersuchungen

24.01 Schilling-Test mit Organaktivitätsmessung

24.02 Schilddrüsen-Kombination (Radio-Jod-Aufnahmetest, proteingebundenes Plasmadio-Jod und Scan zusammen)

24.03 Chlormerodrin-Akkumulationstest, kombiniert mit Nierenscan

24.04 Funktionssequenzszintigraphie der Nieren mit Hippuran

24.99 Funktionssequenzszintigraphie, jede Region, bis zu 60 Min. Messzeit

Gruppe 30.00: pro Untersuchung

€ 127,40

31. Szintigraphische Untersuchungen

31.01 Gehirnszintigraphie mit 4 oder mehr Szintigrammen

31.02 Pankreasszintigraphie

31.03 Knochenszintigraphie: Becken und ganze WS

31.04 Ganzkörpersuchszintigraphie

31.05 Cysternoszintigraphie

31.06 Parathyreoideaszintigraphie

31.98 Szintigraphie aller übrigen Organe mit mehr als 2 Szintigrammen

31.99 Serienschintigraphische Untersuchung, jede Region, mindestens 24 Stunden

32. In-vivo-Funktionsmessungen

32.99 In-vivo-Funktionsmessungen, bei außerordentlichem Aufwand, mit Begründung

33. In-vitro-Radioaktivitätsbestimmungen

33.99 In-vitro-Radioaktivitätsbestimmung mit außerordentlichem Aufwand (mehr als 10 Proben), mit Begründung

34. Kombinierte Funktionsuntersuchungen

34.01 Erythrokinetik: Blutvolumen, Erythrocyten-Überlebens-HWZ, Organaktivitätsmessung

34.02 Ferrokinetik: Plasmaeisenhalbwertszeit, Plasmaeisenumsatz, Erythrozyten-Eisen-Uttilisation, Organaktivitätsmessung

34.99 Funktionssequenzszintigraphie jede Region, mehr als 60 Min. Messzeit

2. Lokalisation und Dosisbestimmung

Lokalisation und Dosimetrie; pro erforderlicher Dosisbestimmung, einmal pro Serie

a) ohne Computerberechnung € 67,30

b) mit Computerberechnung € 101,30

3. Lokalbehandlung mit umschlossenen radioaktiven Stoffen

1. Kontaktbehandlung klein, bis zu 2 Träger einschließlich Verband und Moulage usw. € 8,70

2. Kontaktbehandlung groß, 3 bis 10 Flächenträger € 17,10

3. Innenbehandlung (Carcinome der Gebärmutter, der Kieferhöhlen, der € 30,70

Rachenorgane, der Speiseröhre, des Mastdarmes, der Blase usw.)		
4. Punkturen einschließlich Narkose, Anästhesie, Verband, Tamponade usw., 1 bis 5 Nadeln, Seeds oder vergleichbare Träger	€	15,90
5. Punkturen einschließlich Narkose, Anästhesie, Verband, Tamponade usw., 6 bis 10 Nadeln, Seeds oder vergleichbare Träger	€	30,70
6. Punkturen einschließlich Narkose, Anästhesie, Verband, Tamponade usw., über 10 Nadeln, Seeds oder vergleichbare Träger	€	40,30
7. Elektrokoagulation klein, ohne Anästhesie	€	6,90
8. Elektrokoagulation groß, mit Lokalanästhesie oder Narkose	€	15,90
9. Ärztliche Kontrolluntersuchung	€	5,60“

19. Anhang D lautet:

„Anhang D

Arztgebühren für Sonderleistungen auf dem Gebiete der Zahnheilkunde

A) konservierend:

1. Einfache Zahnextraktion mit Anästhesie	€	13,60
2. Einfache Zahnextraktion ohne Anästhesie	€	8,50
3. Nachblutung mit Naht (Blutstillung durch Naht)	€	25,50
4. Taschenabtragung, Blutstillung durch Tampon plus Injektion	€	19,10
5. eine Ordination – Zahnsteinentfernung bis zu drei Sitzungen plus Spray, Stomatitisbehandlung pro Sitzung, Profundusbehandlung, 1 bis 3 Behandlungen von Mundkrankheiten, Ligatur gelockerter Zähne	€	11,90
6. Vitalitätsprüfung, Nachbehandlung, Ätzen von Zahnhälsen, Einschleifen des Gebisses bis zu 3 Sitzungen, Abnahme festsitzender techn. Arbeiten, Behebung von Druckstellen u. dgl.	€	6,70
7. Wiedereinzementierung von technischen Arbeiten sowie Zementfüllung	€	18,70
8. Lachgasnarkose (Äther, Chlor-Ä. usw.)	€	25,50
9. Dolor-post-Behandlung mit Anästhesie pro Sitzung	€	10,70
10. Behandlung einer Nachblutung mit Platte und Medikament	€	72,90
11. Injektionsserienbehandlung des Kiefergelenkes	€	51,10
12. Kiefergelenksschiene im Ober- und Unterkiefer (je Kiefer)	€	102,10
13. Einflächenfüllung (Amalgan, Silikat, Kunststoff einschließlich Unterlage)	€	12,50
14. Zweiflächenfüllung	€	17,80
15. Dreiflächenfüllung (MOD)	€	42,10
16. Exstirpation einkanalig	€	26,20
17. Exstirpation zweikanalig	€	38,90
18. Exstirpation dreikanalig	€	69,50
19. Unvollständige Wurzelbehandlung pro Sitzung, nur bis zu 2 Sitzungen	€	10,70
20. Stiftaufbau	€	23,90

B) Prothetik

1. Zahnprothese: je Zahn und Klammer	€	16,30
2. Plattenzuschlag für Zahnprothesen	€	87,00
3. zusätzlicher Plattenzuschlag bei 1 bis 5 Zähnen	€	33,60
4. zusätzlicher Plattenzuschlag bei 6 bis 8 Zähnen	€	16,30
5. zusätzlicher Plattenzuschlag bei 9 bis 11 Zähnen	€	12,20
6. kein Plattenzuschlag bei 12 bis 14 Zähnen		
7. Bruch, Sprung, Wiederbefestigung, je Zahn oder Klammer	€	31,30
8. Ersatz eines gebrochenen Zahnes, einer Klammer, Anbringung eines Saugers, Erweiterung der Platte um einen Zahn	€	33,60
9. Zwei Leistungen der beiden vorgenannten Arbeiten oder Erweiterung der Platte	€	

um 2 Zähne		45,30
10. Mehr als 2 Leistungen der obgenannten Arbeiten oder Erweiterung der Platte um 3 Zähne oder partielle Unterfütterung der Platte	€	54,00
11. Totale Unterfütterung eines totalen Zahnersatzstückes	€	87,10
12. Inlay, einflächig	€	39,60
13. Inlay, zweiflächig	€	50,70
14. Inlay, dreiflächig	€	65,80
15. Krone, gestanzt, Branddeckel, Kunststoff	€	58,30
16. Krone: Vollgußkrone	€	72,20
17. Krone: Richmond-, Jacket-, facettierte Krone	€	222,20
18. Brückenglied: voll	€	58,60
19. Brückenglied: facettiert	€	63,80
20. Teleskopbrücke o. Prothese, pro Stelle (Modellguss)	€	145,40
21. Stahlguss skelett	€	231,20
22. Stahlgussplatte, Skelett aus Edelmetall, fortlaufende Klammer oder Stahlbügel, einfacher Guss	€	134,70
23. Einbau von Gelenken oder Druckklammern	€	46,60
24. Geschiebe mit oder ohne Feder, je Stück	€	23,70
25. Obturator: voll, für Cysten	€	43,20
26. Obturator: hohl und geteilt, für Resektionskloß	€	289,90
27. Obturator: hohl	€	174,30
28. Gesichtsprothese: groß (Ohr, Nase, Wange usw.)	€	289,70
29. Gesichtsprothese: mittel	€	216,80
30. Gesichtsprothese: einfach	€	145,30
31. Gerüstimplantate für Stahl oder Pfeiler	€	231,20
32. Halteelement (Pfeiler, Haken, Gewinde usw.), je Stelle	€	40,60
33. Kieferbruchschiene: gegossen, pro Stelle und Band	€	43,40
34. Kieferbruchschiene: aus Kunststoff, pro Stelle und Klammer	€	16,30
35. Bänderschienen, pro Stelle und Band	€	23,40
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	€	23,40
37. Schiefe Ebene	€	58,30
38. Schutzbrille	€	54,80
39. Kinnkappe	€	55,70
40. Aktivator zur Dehnbehandlung von Kieferklemmen	€	129,90
41. Resektionsgelenk für Resektionsprothese	€	115,80

Werden Leistungen in mehreren Sitzungen erbracht, so gelten die Gebühren für die ganze Behandlungsdauer (z. B. Gesichtsprothese).“

20. Anhang E lautet:

„Anhang E

Arztgebühren für bildgebende Diagnostik

1. <u>Tarifgruppe I: Konventionelles Röntgen, Durchleuchtung ohne Kontrastmittel</u>		
a) Konventionelles Röntgen (außer Thorax-Röntgen und Mammographie)	€	13,10
b) Durchleuchtung ohne Kontrastmittel, Thorax-Röntgen	€	26,30
c) Mammographie	€	39,40
2. <u>Tarifgruppe II: Durchleuchtung mit Kontrastmittel</u>	€	80,80
3. <u>Tarifgruppe III: Ultraschall/Sonographie</u>		

a) US/Sono ohne Doppler	€	41,40
b) US/Sono mit Doppler	€	100,50
4. <u>Tarifgruppe IV: Computer-Tomographie (CT)</u>	€	116,20
5. <u>Tarifgruppe V: Magnetresonanz-Tomographie (MR)</u>	€	116,20

(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:

Landeshauptmann Voves