

Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 31. Jänner 2013 über die Festsetzung der Sondergebühren in der Sonderklasse der Landeskrankenanstalten

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

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 Radiologische Leistungen/bildgebende Diagnostik, strahlentherapeutische Leistungen, diagnostische und therapeutische Leistungen mit radioaktiven Stoffen

§ 10 Besondere diagnostische und therapeutische Leistungen

§ 11 Pauschalabgeltung für Coloskopie sowie Doppelballonenteroskopie

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) sowie
6. einer Strukturpauschale pro Fall und Aufenthaltsdauer (SKL Pflegetage) (Abs. 6).

(2) Die Grundgebühr beträgt pro Pflege-tag für

1. das Landeskrankenhaus - Universitätsklinikum Graz ~~10,500 %~~ **9,787 %** der täglichen Pflegegebühr;
2. die Landeskrankenhäuser Hochsteiermark, Graz Süd-West, Feldbach-Fürstenfeld und Judenburg-Knittelfeld ~~11,954 %~~ **11,354 %** der täglichen Pflegegebühr;
3. die übrigen Landeskrankenhäuser ~~10,901 %~~ **10,353 %** der täglichen Pflegegebühr;
4. die dem Landeskrankenhaus - Universitätsklinikum Graz sowie dem Landeskrankenhaus Hochsteiermark angegliederten Bereiche der Sonderkrankeanstalt Theresienhof Frohnleiten ~~11,954 %~~ **11,354 %** der täglichen Pflegegebühr des Landeskrankenhauses Hochsteiermark.

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

(4) Für Behandlungen auf sanitätsbehördlich genehmigten Einheiten für

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

kann pro Aufenthaltstag eine Pauschale von 73,90 Euro für Mehrbettzimmer und 140,57 Euro für Einbettzimmer verrechnet werden. Der Pauschalbetrag ist insgesamt pro Patientin/Patient und Kalenderjahr für maximal 28 Aufenthaltstage verrechenbar. Bei Voraufenthalten in einer vergleichbaren Einrichtung einer Krankeanstalt 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 Doppelballonenteroskopien ersetzt grundsätzlich die Gebühr nach Abs. 1 Z.1 und 6 und beträgt:

Gruppe I:		€ 122,78
	a1) Diagnostische Coloskopie inkl. Eingriffe mittels Biopsiezange	
	a2) Orale Doppelballonenteroskopie	
Gruppe II:		€ 245,00
	b1) Coloskopien mit Eingriffen mittels Schlinge	
	b2) Aborale Doppelballonenteroskopie	
Gruppe III:		€ 306,67
	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
	Doppelballonenteroskopie mit therapeutischer Intervention	

Bei Durchführung einer Doppelballonenteroskopie bei Patientinnen/Patienten mit Risikoprofil kann die Pauschalabgeltung um die jeweils für einen Pflēgetag 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 Landeskrankenhäusern erhöht werden.

(6) Der Basisbetrag der Strukturpauschale beträgt ~~457,20 Euro~~ **470,90 Euro**. Die Strukturpauschale ist pro Fall je nach Aufenthaltsdauer (SKL-Pflēgetage) zu verrechnen und beträgt für:

Aufenthaltsdauer	Prozentsatz vom Basisbetrag	gerundeter Betrag in Euro
1 Pflēgetag	50	228,60 235,50
2 Pflēgetage	50	228,60 235,50
3 Pflēgetage	75	342,90 353,20
4 Pflēgetage	75	342,90 353,20
5 Pflēgetage	90	411,50 423,80
6 Pflēgetage	90	411,50 423,80
7 Pflēgetage	100	457,20 470,90
8 Pflēgetage	100	457,20 470,90
9 Pflēgetage	100	457,20 470,90
10 Pflēgetage	110	503,00 518,10

11 Pflage tage	110	503,00518,10
12 Pflage tage	120	548,70565,20
13 Pflage tage	120	548,70565,20
14 Pflage tage	130	594,40612,20
mehr als 14 Pflage tage	130	594,40612,20

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 3/2014, LGBl. Nr. 4/2015

3. Abschnitt Arztgebühren

§ 4

Zweck der Arztgebühren

Arztgebühren sind für die Erbringung ärztlicher Untersuchungen und Behandlungen in der Sonderklasse durch die Abteilungs-, Instituts-, Laboratoriums- und Departmentleiterinnen und -leiter sowie die anderen Ärztinnen/Ärzte des ärztlichen Dienstes und die Konsiliarärztinnen/Konsiliarärzte als Sondergebühren dem Rechtsträger der Krankenanstalt nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu entrichten.

§ 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	33,2034,30
Gruppe II	63,7065,70
Gruppe III	117,20121,00
Gruppe IV	246,60254,50
Gruppe V	406,00419,00
Gruppe VI	
a)	565,60583,70
b)	728,40751,70
Gruppe VII	877,80905,90
Gruppe VIII	
a)	1160,401 197,5 0
b)	1596,201 647,3 0

(2) Im Einzelfall kann bei besonderer Schwierigkeit des Eingriffes ausnahmsweise die Arztgebühr der nächsthöheren Gruppe verrechnet werden; dies ist bei der Verschreibung kurz zu begründen. Wegen besonderer Schwierigkeit eines Eingriffes der Gruppe VII oder VIII darf jedoch nicht die Arztgebühr der nächsthöheren Gruppe verrechnet werden.

(3) Die Verrechnung mehrerer Eingriffe während eines ununterbrochenen Krankenhausaufenthaltes ist zulässig. Wenn jedoch mehrere Eingriffe unter einer einzigen Vorbereitung und Schmerzbetäubung vorgenommen werden, sind diese Eingriffe nicht einzeln zu verrechnen, sondern ist die dem honorarmäßig höchstbewerteten Eingriff nächsthöhere Arztgebühr (nächst höhere Operationsgruppe) zu berechnen (Höherreihung der Arztgebühr). Eine solche Höherreihung der Arztgebühr darf jedoch nicht vorgenommen werden, wenn

- a) die Höherreihung auf Grund eines der nachstehend angeführten Eingriffe vorzunehmen wäre:
Eingriffe der Operationsgruppe I, Pos. Nr. 3, 22, 25, 29, 30, 34, 38, 39, 45, 46, 47, 49;
Eingriffe der Operationsgruppe II, Pos. Nr. 6, 7, 8, 11, 19, 22, 28, 34, 36, 41, 42, 53, 55, 56, 58, 60, 63, 66, 72, 74
oder

b) die Eingriffe an beiden Augen erfolgten oder

c) mit der Höherreihung die Arztgebühr der Operationsgruppe VIII zu verrechnen wäre.

In diesen Fällen (a bis c) ist trotz der Durchführung mehrerer Eingriffe unter einer einzigen Vorbereitung und Schmerzbetäubung eine Höherreihung unzulässig und ist daher die für die einzelnen Eingriffe festgesetzte Arztgebühr nebeneinander zu verrechnen (Summierung).

(4) Eingriffe und Leistungen, die der unmittelbaren Vorbereitung der Operation und der Schmerzbetäubung dienen, dürfen nicht gesondert verrechnet werden.

(5) Zahn- und kieferärztliche Eingriffe auf einer derartigen Fachabteilung sind, wenn die Eingriffe nicht nach Anhang A verrechenbar sind, nach Anhang D zu vergüten.

(6) Bei Geburten ist außer der Tagesgebühr, wenn in diesem Zusammenhang ein operativer Eingriff notwendig wird, die Arztgebühr nach der entsprechenden Gruppe zu verrechnen.

(7) Für unaufschiebbare Eingriffe, die zu den nachstehend angeführten Zeiten durchgeführt werden müssen, ist ein Zuschlag von 50 % zur jeweils verrechneten Arztgebühr zu berechnen, und zwar an Werktagen von 19 Uhr bis 24 Uhr und von 0 Uhr bis 7 Uhr (Nachtzuschlag), an Samstagen von 13 Uhr bis 24 Uhr, an Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen von 0 Uhr bis 24 Uhr.

(7a) Für extrakorporale hochenergetische orthopädische Stoßwellentherapien (ESWT) ist neben der Tagesgebühr eine pauschale Arztgebühr in der Höhe von ~~181,90 Euro~~ 187,70 Euro zu verrechnen.

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

(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 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	20,00 20,60
für den 11. bis 20. Tag je	16,30 16,80
für den 21. bis 30. Tag je	13,80 14,20
ab dem 31. Tag je	10,20 10,50

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.

(10) Die unter OP Gruppe V, Pos. Nr. 42 b angeführten intensivtherapeutischen Leistungen sind mit 50 % der unter § 5 Abs. 1 festgelegten Arztgebühr für die OP Gruppe V zu berechnen.

(11) (Anm.: entfallen)

(12) Für den unter OP Gruppe V, Pos. Nr. 111, angeführten operativen Eingriff im Anhang A ist ein Zuschlag von 10 % der unter Abs. 1 festgelegten Arztgebühr für die OP Gruppe V zu verrechnen.

Anm.: in der Fassung LGBI. Nr. 3/2014, LGBI. Nr. 4/2015

§ 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 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 32,10
für den 11. bis 20. Tag je	25,00 25,80
ab dem 21. Tag je	15,70 16,20

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.

(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~~ 858,80 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 44,65 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.

Anm.: in der Fassung LGBI. Nr. 3/2014, LGBI. Nr. 4/2015

§ 7

Labor- und Pathologiepauschale

(1) Das Labor-/Pathologiepauschale beträgt je Fall ~~126,90 Euro~~ 128,20 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.

Anm.: in der Fassung LGBI. Nr. 4/2015

§ 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 ~~31,50 Euro~~ 32,50 Euro.

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

Anm.: in der Fassung LGBI. Nr. 4/2015

§ 9

Radiologische Leistungen/bildgebende Diagnostik, strahlentherapeutische Leistungen, diagnostische und therapeutische Leistungen mit radioaktiven Stoffen

(1) Leistungen im Rahmen der bildgebenden Diagnostik (konventionelles Röntgen, Durchleuchtung mit/ohne Kontrastmittel, Ultraschall/Sonographie, Computer-Tomographie, Magnetresonanztomographie), Untersuchungen mit radioaktiven Stoffen, strahlentherapeutische Leistungen (Röntgenbestrahlungen, Bestrahlungen mit radioaktiven Stoffen sowie Elektronenbeschleunigern) sowie stereotaktische Bestrahlungen mit dem Linearbeschleuniger sind gesondert zu verrechnen.

(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 ~~0,111 Euro~~ 0,1122 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.

(3) Die diagnostischen und therapeutischen Leistungen mit radioaktiven Stoffen sind nach den im Anhang C enthaltenen Arztgebühren zu verrechnen.

(4) Die Leistungen der bildgebenden Diagnostik werden in folgende fünf Tarifgruppen eingeteilt:

1. konventionelles Röntgen, Durchleuchtung ohne Kontrastmittel;
2. Durchleuchtung mit Kontrastmittel;
3. Ultraschall/Sonographie;
4. Computer-Tomographie;
5. Magnetresonanztomographie.

Die für diese Tarifgruppen vorgesehenen Arztgebühren sind nach Anhang E zu verrechnen.

(5) Für stereotaktische Einzeitbestrahlungen mit dem Linearbeschleuniger ist pro Indikation eine pauschale Arztgebühr in Höhe von ~~1.256,00 Euro~~ 1.268,60 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~~ 1.585,60 Euro innerhalb eines Zeitraumes von drei Monaten ab Beginn dieser Leistung zu verrechnen.

(7) Soweit eine Patientin/ein Patient in einer Röntgenabteilung stationär untergebracht ist, sind für die Tagesgebühren die Ansätze der nichtoperativen Abteilungen in Anwendung zu bringen.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 3/2014, LGBl. Nr. 4/2015

§ 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	28,90 29,80
2. 24-Stunden-Blutdruck-Monitoring	25,20 26,00
3. Langzeit-EEG oder Brain Mapping mit EEG oder evozierte Potenziale	78,90 81,40
4. Oxycardiorespirographie	62,20 64,20
5. Flusszytometrie je Patientin/Patient (Blutprobe)	6,40 6,60
6. Elektromyographie (EMG)	78,90 81,40
7. Intrakranielle Druckmessung (durch die Fontanelle)	62,20 64,20
8. Diagnostischer Links und/oder Rechtsherzkatheter	466,70 481,60
9. Elektrophysiologische Untersuchung bei Herzrhythmusstörungen (EPU)	466,70 481,60
10. Herzkatheter inklusive Ballondilatation oder Stentimplantation	835,90 862,60
11. Rechtsherzkatheter mit mechanischer Intervention (Herzklappensprengung)	835,90 862,60
12. Rechts- und Linksherzkatheter mit mechanischer Intervention (Herzklappensprengung)	835,90 862,60
13. Elektrophysiologische Untersuchung bei Herzrhythmusstörungen und Ablation	835,90 862,60
14. Herzkatheter inklusive Ballondilatation und Stentimplantation	933,00 962,90
15. Verschluss eines offenen Foramen oval	933,00 962,90

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.

(2) Zusätzlich ist bei den Tarifpositionen 8. bis 15. des Abs. 1 jeweils die im Anhang A unter OP-Gr. V, Pos. Nr. 42 festgelegte Arztgebühr von 50 % zu verrechnen, wenn die Behandlung außerhalb einer Intensivbehandlungseinheit erfolgt, die im LKF-Abrechnungssystem anerkannt ist. Bei einer erforderlichen Behandlung in einer Intensivbehandlungseinheit, die im LKF Abrechnungssystem anerkannt ist, ist die unter OP Gr. V, Pos. Nr. 42 festgelegt Arztgebühr zu 100 % zu verrechnen.

Anm.: in der Fassung LGBL Nr. 3/2014, LGBL Nr. 4/2015

....

§ 14

Anhänge

Dieser Verordnung sind folgende Anhänge angeschlossen; diese bilden einen Teil der Verordnung:

Anhang A: Operative Eingriffe

Anhang B: Arztgebühren für strahlentherapeutische Leistungen

Anhang C: Arztgebühren für diagnostische und therapeutische Leistungen mit radioaktiven Stoffen

Anhang D: Arztgebühren für Sonderleistungen auf dem Gebiete der Zahnheilkunde

Anhang E: Arztgebühren für bildgebende Diagnostik

Anm.: in der Fassung LGBL Nr. 3/2014

§ 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.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.

§ 16

Außerkräfttreten

Mit Inkrafttreten dieser Verordnung tritt die Verordnung über die Festsetzung der Sondergebühren in der Sonderklasse der Landeskrankenanstalten, LGBL Nr. 36/2008, zuletzt in der Fassung LGBL Nr. 118/2011, außer Kraft.

Anhang C

Arztgebühren für diagnostische und therapeutische Leistungen mit radioaktiven Stoffen

1. Diagnostik mit radioaktiven Stoffen:

Gruppe 00.00: pro Untersuchung € ~~20,1020,~~
30

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

Gruppe 10.00: pro Untersuchung € ~~37,2037,~~
60

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

Gruppe 20.00: pro Untersuchung

€ ~~76,9077,~~
70

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 Plasmaradio-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~~12
8,70

- 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-Utilisation, 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~~68,00
- b) mit Computerberechnung € ~~101,30~~10,30

3. Lokalbehandlung mit umschlossenen radioaktiven Stoffen

- 1. Kontaktbehandlung klein, bis zu 2 Träger einschließlich Verband und Moulage usw. € ~~8,70~~8,80
- 2. Kontaktbehandlung groß, 3 bis 10 Flächenträger € ~~17,10~~17,30
- 3. Innenbehandlung (Carcinome der Gebärmutter, der Kieferhöhlen, der Rachenorgane, der Speiseröhre, des Mastdarmes, der Blase usw.) € ~~30,70~~31,00

4. Punkturen einschließlich Narkose, Anästhesie, Verband, Tamponade usw., 1 bis 5 Nadeln, Seeds oder vergleichbare Träger	€	15,90 16,10
5. Punkturen einschließlich Narkose, Anästhesie, Verband, Tamponade usw., 6 bis 10 Nadeln, Seeds oder vergleichbare Träger	€	30,70 31,00
6. Punkturen einschließlich Narkose, Anästhesie, Verband, Tamponade usw., über 10 Nadeln, Seeds oder vergleichbare Träger	€	40,30 40,70
7. Elektrokoagulation klein, ohne Anästhesie	€	6,90 7,00
8. Elektrokoagulation groß, mit Lokalanästhesie oder Narkose	€	15,90 16,10
9. Ärztliche Kontrolluntersuchung	€	5,60 5,70

Anm.: in der Fassung LGBI. Nr. 3/2014, LGBI. Nr. 4/2015

Anhang D

Arztgebühren für Sonderleistungen auf dem Gebiete der Zahnheilkunde

A) konservierend:

1. Einfache Zahnextraktion mit Anästhesie	€	13,60 14,00
2. Einfache Zahnextraktion ohne Anästhesie	€	8,50 8,80
3. Nachblutung mit Naht (Blutstillung durch Naht)	€	25,50 26,30
4. Taschenabtragung, Blutstillung durch Tampon plus Injektion	€	19,10 19,70
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 12,30
6. Vitalitätsprüfung, Nachbehandlung, Ätzen von Zahnhälsen, Einschleifen des Gebisses bis zu 3 Sitzungen, Abnahme festsitzender techn. Arbeiten, Behebung von Druckstellen u. dgl.	€	6,70 6,90
7. Wiedereinzementierung von technischen Arbeiten sowie Zementfüllung	€	18,70 19,30
8. Lachgasnarkose (Äther, Chlor-Ä. usw.)	€	25,50 26,30
9. Dolor-post-Behandlung mit Anästhesie pro Sitzung	€	10,70 11,00
10. Behandlung einer Nachblutung mit Platte und Medikament	€	72,90 75,20
11. Injektionsserienbehandlung des Kiefergelenkes	€	51,10 52,70
12. Kiefergelenksschiene im Ober- und Unterkiefer (je Kiefer)	€	102,10 105,40
13. Einflächenfüllung (Amalgan, Silikat, Kunststoff einschließlich Unterlage)	€	12,50 12,90
14. Zweiflächenfüllung	€	17,80 18,40
15. Dreiflächenfüllung (MOD)	€	42,10 43,40
16. Exstirpation einkanalig	€	26,20 27,00
17. Exstirpation zweikanalig	€	38,90 40,10
18. Exstirpation dreikanalig	€	69,50 71,70
19. Unvollständige Wurzelbehandlung pro Sitzung, nur bis zu 2 Sitzungen	€	10,70 11,00
20. Stiftaufbau	€	23,90 24,70

B) Prothetik

1. Zahnprothese: je Zahn und Klammer	€	16,30 16,80
2. Plattenzuschlag für Zahnprothesen	€	87,00 89,80
3. zusätzlicher Plattenzuschlag bei 1 bis 5 Zähnen	€	33,60 34,70
4. zusätzlicher Plattenzuschlag bei 6 bis 8 Zähnen	€	16,30 16,80
5. zusätzlicher Plattenzuschlag bei 9 bis 11 Zähnen	€	12,20 12,60
6. kein Plattenzuschlag bei 12 bis 14 Zähnen		
7. Bruch, Sprung, Wiederbefestigung, je Zahn oder Klammer	€	31,30 32,30
8. Ersatz eines gebrochenen Zahnes, einer Klammer, Anbringung eines Saugers, Erweiterung der Platte um einen Zahn	€	33,60 34,70
9. Zwei Leistungen der beiden vorgenannten Arbeiten oder Erweiterung der Platte um 2 Zähne	€	45,30 46,70
10. Mehr als 2 Leistungen der obgenannten Arbeiten oder Erweiterung der	€	

Platte um 3 Zähne oder partielle Unterfütterung der Platte	€	54,0055,70
11. Totale Unterfütterung eines totalen Zahnersatzstückes	€	87,1089,90
12. Inlay, einflächig	€	39,6040,90
13. Inlay, zweiflächig	€	50,7052,30
14. Inlay, dreiflächig	€	65,8067,90
15. Krone, gestanzt, Branddeckel, Kunststoff	€	58,3060,20
16. Krone: Vollgußkrone	€	72,2074,50
17. Krone: Richmond-, Jacket-, facettierte Krone	€	222,20229,30
18. Brückenglied: voll	€	58,6060,50
19. Brückenglied: facettiert	€	63,8065,80
20. Teleskopbrücke o. Prothese, pro Stelle (Modellguss)	€	145,40150,10
21. Stahlguss skelett	€	231,20238,60
22. Stahlgussplatte, Skelett aus Edelmetall, fortlaufende Klammer oder Stahlbügel, einfacher Guss	€	134,70138,90
23. Einbau von Gelenken oder Druckklammern	€	46,6048,10
24. Geschiebe mit oder ohne Feder, je Stück	€	23,7024,50
25. Obturator: voll, für Cysten	€	43,2044,60
26. Obturator: hohl und geteilt, für Resektionskloß	€	289,90299,20
27. Obturator: hohl	€	174,30179,90
28. Gesichtsprothese: groß (Ohr, Nase, Wange usw.)	€	289,70299,00
29. Gesichtsprothese: mittel	€	216,80223,70
30. Gesichtsprothese: einfach	€	145,30149,90
31. Gerüstimplantate für Stahl oder Pfeiler	€	231,20238,60
32. Halteelement (Pfeiler, Haken, Gewinde usw.), je Stelle	€	40,6041,90
33. Kieferbruchschiene: gegossen, pro Stelle und Band	€	43,4044,80
34. Kieferbruchschiene: aus Kunststoff, pro Stelle und Klammer	€	16,3016,80
35. Bänderschienen, pro Stelle und Band	€	23,4024,10
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	€	23,4024,10
37. Schiefe Ebene	€	58,3060,20
38. Schutzbrille	€	54,8056,50
39. Kinnkappe	€	55,7057,50
40. Aktivator zur Dehnbehandlung von Kieferklemmen	€	129,90134,10
41. Resektionsgelenk für Resektionsprothese	€	115,80119,50

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

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 4/2015

Anhang E

Arztgebühren für bildgebende Diagnostik

1. Tarifgruppe I: Konventionelles Röntgen, Durchleuchtung ohne Kontrastmittel	€	13,1013,20
a) Konventionelles Röntgen (außer Thorax-Röntgen und Mammographie)	€	26,3026,60
b) Durchleuchtung ohne Kontrastmittel, Thorax-Röntgen	€	39,4039,80
c) Mammographie	€	80,8081,60
2. Tarifgruppe II: Durchleuchtung mit Kontrastmittel	€	41,4041,80
3. Tarifgruppe III: Ultraschall/Sonographie	€	41,4041,80
a) US/Sono ohne Doppler	€	41,4041,80

b) US/Sono mit Doppler	€ 100,50 101,50
4. Tarifgruppe IV: Computer-Tomographie (CT)	€ 116,20 117,40
5. Tarifgruppe V: Magnetresonanztomographie (MR)	€ 116,20 117,40

(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

Anm.: in der Fassung LGBI. Nr. 3/2014, LGBI. Nr. 4/2015