

## Begutachtungsentwurf

### **Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom [...], mit der die Sondergebührenverordnung 2019 geändert wird**

Auf Grund der §§ 75, 76 und 79 des Steiermärkischen Krankenanstaltengesetzes 2012, LGBl. Nr. 111/2012, zuletzt in der Fassung LGBl. Nr. 102/2019, wird verordnet:

Die Sondergebührenverordnung 2019, LGBl. Nr. 28/2019, wird wie folgt geändert:

1. Im Inhaltsverzeichnis wird nach dem Eintrag „§ 22 Inkrafttreten“ die Zeile „§ 22a Inkrafttreten von Novellen“ eingefügt.

2. § 2 Abs. 3 lautet:

- „(3) Die Grundgebühr beträgt pro Pflgetag für
1. das Landeskrankenhaus - Universitätsklinikum Graz 8,886 % der täglichen Pflegegebühr;
  2. die Landeskrankenhäuser Hochsteiermark, Graz II ausgenommen die Abteilungen für Psychiatrie, Feldbach-Fürstenfeld und Murtal 9,838 % der täglichen Pflegegebühr;
  3. die Abteilungen für Psychiatrie des Landeskrankenhauses Graz II 9,653 % der täglichen Pflegegebühr;
  4. die übrigen Landeskrankenhäuser 8,972 % der täglichen Pflegegebühr;
  5. die dem Landeskrankenhaus - Universitätsklinikum Graz sowie dem Landeskrankenhaus Hochsteiermark angegliederten Bereiche der Sonderkrankenanstalt Theresienhof Frohnleiten 9,838 % der täglichen Pflegegebühr des Landeskrankenhauses Hochsteiermark.“

3. § 2 Abs. 5 lautet:

„(5) Der Basisbetrag der Strukturpauschale beträgt 509,90 Euro. Die Strukturpauschale ist pro Fall je nach Aufenthaltsdauer (SKL-Pflegetage) zu verrechnen und beträgt für:

Aufenthaltsdauer	Prozentsatz vom Basisbetrag	gerundeter Betrag in Euro
1 Pflgetag	50	255,00
2 Pflgetage	50	255,00
3 Pflgetage	75	382,50
4 Pflgetage	75	382,50
5 Pflgetage	90	459,00
6 Pflgetage	90	459,00
7 Pflgetage	100	509,90
8 Pflgetage	100	509,90
9 Pflgetage	100	509,90
10 Pflgetage	110	561,10
11 Pflgetage	110	561,10
12 Pflgetage	120	612,00
13 Pflgetage	120	612,00
14 Pflgetage	130	663,00
mehr als 14 Pflgetage	130	663,00“

4. § 4 Abs. 1 lautet:

„(1) Für Leistungen in der Sonderklasse ist eine Tagesgebühr zu verrechnen, wobei für operative und nicht-operative Abteilungen gesonderte Gebühren zu veranschlagen sind. Die jeweilige Tagesgebühr richtet sich nach der Dauer des Krankenhausaufenthaltes und beträgt:

Operative Abteilung		Nicht-operative Abteilung	
Aufenthaltsdauer	Betrag in Euro	Aufenthaltsdauer	Betrag in Euro
für den 1. bis 10. Tag je	23,20	für den 1. bis 10. Tag je	36,30
für den 11. bis 20. Tag je	19,00	für den 11. bis 20. Tag je	29,10
für den 21. bis 30. Tag je	16,00	ab dem 21. Tag je	18,20
ab dem 31. Tag je	11,80		“

5. In § 5 wird die Zahl „134,30“ durch die Zahl „137,00“ ersetzt.

6. § 6 Abs. 1 lautet:

„(1) Die Arztgebühren für operative Eingriffe werden in Gruppen eingeteilt, wobei die Gruppenzugehörigkeit eines Eingriffes aus Anhang A ersichtlich ist. Sie betragen in den einzelnen Operationsgruppen:

Operationsgruppe	Betrag in Euro
Gruppe I	38,60
Gruppe II	74,20
Gruppe III	136,40
Gruppe IV	287,10
Gruppe V	472,70
Gruppe VIa	658,60
Gruppe VIb	848,00
Gruppe VII	1022,00
Gruppe VIIa	1350,90
Gruppe VIIb	1858,40“

7. In § 8 Abs. 1 wird die Zahl „35,40“ durch die Zahl „36,70“ ersetzt.

8. In § 9 wird die Zahl „935,20“ durch die Zahl „968,90“ ersetzt.

9. In § 11 Abs. 2 wird die Zahl „159,80“ durch die Zahl „163,00“ ersetzt.

10. § 12 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	Betrag in Euro
1. Strahlentherapie Standard	3D-konformale Planung mit konventioneller Bestrahlung (konformale Strahlenfelder, FIF) am Linearbeschleuniger inklusive Bildgebung	1132,10
2. Strahlentherapie Spezialtechniken	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Intensitätsmodulierte Bestrahlung (IMRT, VMAT) Adaptive Bestrahlungen, Gating, Tracking, inklusive Bildgebung</li> <li>– Brachytherapie</li> <li>– stereotaktische Bestrahlungen (nur wenn konventionell dosiert)</li> <li>– Ganzkörperbestrahlungen</li> <li>– Ganzhautbestrahlungen</li> </ul>	2544,10
3. Intraoperative Strahlentherapie (IORT)	IORT mit Elektronen an einem dediziertem Gerät oder am Linearbeschleuniger	1208,50“

11. § 12 Abs. 3 bis 5 lauten:

„(3) Für die Leistung „Bestrahlung Röntgentherapie“ ist eine Arztgebühr in Höhe von 68,70 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 1 431,10 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 1 788,90 Euro innerhalb eines Zeitraumes von drei Monaten ab Beginn dieser Leistung zu verrechnen.“

12. In § 13 wird die Zahl „200,20“ durch die Zahl „207,40“ ersetzt.

13. In § 14 wird die Zahl „129,10“ durch die Zahl „133,70“ ersetzt.

14. § 15 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	33,60
2. 24-Stunden-Blutdruck-Monitoring	29,30
3. Langzeit-EEG oder Brain Mapping mit EEG oder evozierte Potenziale	91,90
4. Oxycardiorespirographie	72,30
5. Flusszytometrie je Patientin/Patient (Blutprobe)	7,40
6. Elektromyographie (EMG)	91,90
7. Intrakranielle Druckmessung (durch die Fontanelle)	72,30
8. Diagnostischer Links und/oder Rechtsherzkatheter	543,30
9. Elektrophysiologische Untersuchung bei Herzrhythmusstörungen (EPU)	543,30
10. Herzkatheter inklusive Ballondilatation oder Stentimplantation	973,10
11. Rechtsherzkatheter mit mechanischer Intervention (Herzklappensprengung)	973,10
12. Rechts- und Linksherzkatheter mit mechanischer Intervention (Herzklappensprengung)	973,10
13. Elektrophysiologische Untersuchung bei Herzrhythmusstörungen und Ablation	973,10
14. Herzkatheter inklusive Ballondilatation und Stentimplantation	1 086,20
15. Verschluss eines offenen Foramen oval	1 086,20“

15. § 16 Abs. 2 und 3 lauten:

„(2) Die pauschalierte Anstaltsgebühr ersetzt die Gebühren nach § 2 Abs. 2 Z 1 und 3 und beträgt für

1. Zweibettzimmer: 80,50 Euro und
2. Einbettzimmer: 153,20 Euro.

(3) Die pauschalierte Arztgebühr ersetzt die Gebühren nach § 3 Abs. 2 und beträgt 50,30 Euro.“

16. § 17 Abs. 1 lautet:

„(1) Die pauschalierte Anstaltsgebühr für Coloskopien sowie Doppelballonenteroskopien, die grundsätzlich die Gebühren nach § 2 Abs. 2 Z 1 und 3 ersetzt, und die pauschalierte Arztgebühr, welche die Gebühren nach § 3 Abs. 2 ersetzt, werden in vier Gruppen eingeteilt. Die Pauschalgebühren für die einzelnen Gruppen betragen:

Gruppe	Anstaltsgebühr in Euro	Arztgebühr in Euro
Gruppe I: 1. Diagnostische Coloskopie inkl. Eingriffe mittels Biopsiezange	131,00	126,50

2. Orale Doppelballonenteroskopie		
Gruppe II: 1. Coloskopien mit Eingriffen mittels Schlinge 2. Aborale Doppelballonenteroskopie	261,40	252,50
Gruppe III: 1. zweitägiger (voll)stationärer Aufenthalt von Gruppe I oder Gruppe II beim Risikopatient aufgrund von Risikokriterien 2. Orale und aborale Doppelballonenteroskopie	327,10	316,00
Gruppe IV: 1. Doppelballonenteroskopie mit therapeutischer Intervention	360,30	348,10“

17. In § 18 Abs. 1 wird die Zahl „496,20“ durch die Zahl „503,60“ ersetzt.

18. In § 18 Abs. 2 wird die Zahl „730,40“ durch die Zahl „756,70“ ersetzt.

19. In § 19 wird die Zahl „28,10“ durch die Zahl „29,10“ ersetzt.

20. Nach § 22 wird folgender § 22a samt Überschrift eingefügt:

**„§ 22a**

**Inkrafttreten von Novellen**

In der Fassung der Verordnung LGBl. Nr. [...] treten die Änderung des Inhaltsverzeichnisses, § 2 Abs. 3 und 5, § 4 Abs. 1, § 5, § 6 Abs. 1, § 8 Abs. 1, § 9, § 11 Abs. 2, § 12 Abs. 1 und 3 bis 5, § 13, § 14, § 15 Abs. 1, § 16 Abs. 2 und 3, § 17 Abs. 1, § 18 Abs. 1 und 2, § 19, § 22a samt Überschrift sowie die Anhänge B und C mit 1. Jänner 2020 in Kraft.“

21. Anhang B lautet:

**„Anhang B**

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

A) konservierend:	Betrag in Euro
1. Einfache Zahnextraktion mit Anästhesie	15,70
2. Einfache Zahnextraktion ohne Anästhesie	9,90
3. Nachblutung mit Naht (Blutstillung durch Naht)	29,70
4. Taschenabtragung, Blutstillung durch Tampon plus Injektion	22,20
5. eine Ordination – Zahnsteinentfernung bis zu drei Sitzungen plus Spray, Stomatitisbehandlung pro Sitzung, Profundusbehandlung, ein bis drei Behandlungen von Mundkrankheiten, Ligatur gelockerter Zähne	14,00
6. Vitalitätsprüfung, Nachbehandlung, Ätzen von Zahnhälsen, Einschleifen des Gebisses bis zu drei Sitzungen, Abnahme festsitzender techn. Arbeiten, Behebung von Druckstellen u. dgl.	7,80
7. Wiedereinzementierung von technischen Arbeiten sowie Zementfüllung	21,80
8. Lachgasnarkose (Äther, Chlor-Ä. usw.)	29,70
9. Dolor-post-Behandlung mit Anästhesie pro Sitzung	12,30
10. Behandlung einer Nachblutung mit Platte und Medikament	84,80
11. Injektionsserienbehandlung des Kiefergelenkes	59,50
12. Kiefergelenksschiene im Ober- und Unterkiefer (je Kiefer)	118,90
13. Einflächenfüllung (Amalgan, Silikat, Kunststoff einschließlich Unterlage)	14,60
14. Zweiflächenfüllung	20,80
15. Dreiflächenfüllung (MOD)	48,90
16. Exstirpation einkanalig	30,50
17. Exstirpation zweikanalig	45,20

18. Exstirpation dreikanalig	80,90
19. Unvollständige Wurzelbehandlung pro Sitzung, nur bis zu zwei Sitzungen	12,30
20. Stiftaufbau	27,80

B) Prothetik:	Betrag in Euro
1. Zahnprothese: je Zahn und Klammer	19,00
2. Plattenzuschlag für Zahnprothesen	101,40
3. zusätzlicher Plattenzuschlag bei ein bis fünf Zähnen	39,10
4. zusätzlicher Plattenzuschlag bei sechs bis acht Zähnen	19,00
5. zusätzlicher Plattenzuschlag bei neun bis elf Zähnen	14,30
6. kein Plattenzuschlag bei 12 bis 14 Zähnen	0,00
7. Bruch, Sprung, Wiederbefestigung, je Zahn oder Klammer	36,50
8. Ersatz eines gebrochenen Zahnes, einer Klammer, Anbringung eines Saugers, Erweiterung der Platte um einen Zahn	39,10
9. Zwei Leistungen der beiden vorgenannten Arbeiten oder Erweiterung der Platte um zwei Zähne	52,70
10. Mehr als zwei Leistungen der obgenannten Arbeiten oder Erweiterung der Platte um drei Zähne oder partielle Unterfütterung der Platte	62,90
11. Totale Unterfütterung eines totalen Zahnersatzstückes	101,40
12. Inlay, einflächig	46,10
13. Inlay, zweiflächig	59,10
14. Inlay, dreiflächig	76,60
15. Krone, gestantzt, Branddeckel, Kunststoff	68,0
16. Krone: Vollgußkrone	84,00
17. Krone: Richmond-, Jacket-, facettierte Krone	258,70
18. Brückenglied: voll	68,30
19. Brückenglied: facettiert	74,30
20. Teleskopbrücke o. Prothese, pro Stelle (Modellguss)	169,40
21. Stahlguss skelett	269,20
22. Stahlgussplatte, Skelett aus Edelmetall, fortlaufende Klammer oder Stahlbügel, einfacher Guss	156,70
23. Einbau von Gelenken oder Druckklammern	54,20
24. Geschiebe mit oder ohne Feder, je Stück	27,60
25. Obturator: voll, für Cysten	50,20
26. Obturator: hohl und geteilt, für Resektionskloß	337,50
27. Obturator: hohl	203,00
28. Gesichtsprothese: groß (Ohr, Nase, Wange usw.)	337,30
29. Gesichtsprothese: mittel	252,40
30. Gesichtsprothese: einfach	169,10
31. Gerüstimplantate für Stahl oder Pfeiler	269,20
32. Halteelement (Pfeiler, Haken, Gewinde usw.), je Stelle	47,30
33. Kieferbruchschiene: gegossen, pro Stelle und Band	50,50
34. Kieferbruchschiene: aus Kunststoff, pro Stelle und Klammer	19,00
35. Bänderschiene, pro Stelle und Band	27,10
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	27,10
37. Schiefe Ebene	68,00
38. Schutzbrille	63,70
39. Kinnkappe	64,90

40. Aktivator zur Dehnbehandlung von Kieferklemmen	151,30
41. Resektionsgelenk für Resektionsprothese	134,80
Werden Leistungen in mehreren Sitzungen erbracht, so gelten die Gebühren für die ganze Behandlungsdauer (z. B. Gesichtsprothese).	„

22. Anhang C lautet:

„Anhang C

### Arztgebühren für bildgebende Diagnostik

Tarifgruppen	Betrag in Euro
1. Tarifgruppe I: Konventionelles Röntgen, Durchleuchtung ohne Kontrastmittel	
a) Konventionelles Röntgen (außer Thorax-Röntgen und Mammographie)	14,20
b) Durchleuchtung ohne Kontrastmittel, Thorax-Röntgen	28,90
c) Mammographie	43,20
2. Tarifgruppe II: Durchleuchtung mit Kontrastmittel	88,50
3. Tarifgruppe III: Ultraschall/Sonographie	
a) US/Sono ohne Doppler	45,30
b) US/Sono mit Doppler	110,10
4. Tarifgruppe IV: Computer-Tomographie (CT)	127,30
5. Tarifgruppe V: Magnetresonanztomographie (MR)	127,30

(1) Die Tarifgruppe I lit. a 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 Tarifgruppe I lit. b 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 Tarifgruppe I lit. c ist pro Fall und Aufenthalt maximal zwei Mal verrechenbar.

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

(5) Die Tarifgruppe III lit. a und lit. b 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 (ein 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 Z 1 bis 8 abgedeckt)

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

(6) Die Tarifgruppe IV ist pro Fall und Aufenthalt maximal vier 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 Z 1 bis 10 angeführt).

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

(7) Die Tarifgruppe V ist pro Fall und Aufenthalt maximal vier 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 (ein Gelenk)
  - b) Mamma
13. Sonstige (soweit nicht unter Verrechnungsregion Z 1 bis 12 angeführt)

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

Für die Steiermärkische Landesregierung: