

## Textgegenüberstellung

### **Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom ~~[...], 21. März 2019 ... mit der die Verordnung über die Festsetzung der Sondergebühren in der Sonderklasse der Landeskrankenanstalten 2019 (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. ~~63/2018~~102/2019 wird verordnet:

#### Inhaltsverzeichnis

##### **1. Abschnitt Allgemeines**

§ 1 Sondergebühren

##### **2. Abschnitt Anstaltsgebühren**

§ 2 Zweck, Zusammensetzung und Höhe der Anstaltsgebühren

##### **3. Abschnitt Arztgebühren**

§ 3 Zweck und Zusammensetzung der Arztgebühren

§ 4 Tagesgebühr

§ 5 Labor- und Pathologiepauschale

§ 6 Gebühren für operative Eingriffe

§ 7 Zu- und Abschläge zu Gebühren für operative Eingriffe

§ 8 Konsiliargebühr

§ 9 Herzpauschale

§ 10 Bildgebende Diagnostik

§ 11 Nuklearmedizinische Leistungen

§ 12 Strahlentherapeutische Leistungen

§ 13 Extrakorporale hochenergetische orthopädische Stoßwellentherapien

§ 14 Pauschalabgeltung für intravitreale operative Medikamentengaben

§ 15 Besondere diagnostische und therapeutische Leistungen

##### **4. Abschnitt Pauschalabgeltung für Anstalts- und Arztgebühren**

§ 16 Pauschalabgeltung für Behandlungen auf ausgewählten Organisationseinheiten

§ 17 Pauschalabgeltung für Coloskopie sowie Doppelballonenteroskopie

§ 18 Pauschalabgeltung für stationär durchgeführte Tumornachsorgen

##### **5. Abschnitt Hebammengebühr**

§ 19 Höhe der Hebammengebühr

##### **6. Abschnitt Schlussbestimmungen**

§ 20 Vorschreibung der Sondergebühren

§ 21 Ermäßigungen

§ 22 Inkrafttreten

§ 22a Inkrafttreten von Novellen

§ 23 Außerkrafttreten

## 1. Abschnitt Allgemeines

### § 1

#### Sondergebühren

(1) Patientinnen/Patienten, welche gemäß § 66 Abs. 3 Stmk. Krankenanstaltengesetz 2012 (StKAG) in die Sonderklasse in den allgemeinen Landeskrankenanstalten aufgenommen werden, haben neben den Pflegegebühren und den Zuschlägen hierzu auch Sondergebühren zu entrichten. Diese setzen sich zusammen aus:

1. Anstaltsgebühren,
2. Arztgebühren und
3. einer allfälligen Hebammengebühr.

(2) Für die Sicherstellung der Sondergebühren sind von der Person, welche die Aufnahme in die Sonderklasse verlangt, vorzulegen:

1. eine schriftliche Verpflichtungserklärung über die Tragung der Sondergebühren und
2. eine Vorauszahlung der Sondergebühren in der Höhe der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer, höchstens jedoch für 30 Tage, oder
3. eine verbindliche Kostenübernahmeerklärung seitens eines mit der öffentlichen Krankenanstalt direkt verrechnenden Kostenträgers (Privatversicherung, Zuschusskasse u.a.).

(3) Anlässlich der Aufnahme in die Sonderklasse ist die in Anstaltspflege genommene Person oder die/der Zahlungspflichtige auf die Bestimmungen über die Einhebung der Sondergebühren und die Aufnahmebedingungen ausdrücklich aufmerksam zu machen.

(4) Die Bestimmungen über die Sondergebühren sind in der jeweiligen Krankenanstalt zur Einsichtnahme aufzulegen.

## 2. Abschnitt Anstaltsgebühren

### § 2

#### Zweck, Zusammensetzung und Höhe der Anstaltsgebühren

(1) Mit den Anstaltsgebühren wird der Sach- und Personalaufwand in der Sonderklasse abgegolten.

(2) Die Anstaltsgebühren bestehen aus einer

1. Grundgebühr (Abs. 3),
2. Pauschalabgeltung für elektronische Datenkommunikation und elektronische Abrechnung (Abs. 4),
3. Strukturpauschale (Abs. 5) sowie
4. allfälligen Gebühren für zahn- und kieferchirurgische Leistungen.

(3) Die Grundgebühr beträgt pro Pflageitag für

1. das Landeskrankenhaus - Universitätsklinikum Graz ~~9,250~~8,886 % der täglichen Pflegegebühr;
2. die Landeskranken Häuser Hochsteiermark, Graz II ausgenommen die Abteilungen für Psychiatrie, Feldbach-Fürstenfeld und Murtal ~~10,2959~~8,838 % der täglichen Pflegegebühr;
3. die Abteilungen für Psychiatrie des Landeskrankenhauses Graz II ~~10,661~~9,653 % der täglichen Pflegegebühr;
4. die übrigen Landeskranken Häuser ~~9,388~~8,972 % der täglichen Pflegegebühr;
5. die dem Landeskrankenhaus - Universitätsklinikum Graz sowie dem Landeskrankenhaus Hochsteiermark angegliederten Bereiche der Sonderkrankenanstalt Theresienhof Frohnleiten ~~10,2959~~8,838 % der täglichen Pflegegebühr des Landeskrankenhauses Hochsteiermark.

(4) Bei elektronischer Datenkommunikation für den Austausch der Aufnahmeanzeige/Kostenübernahmeerklärung (EDI-KOST) ist pro Pflageitag als Pauschalabgeltung ein Betrag von 1,33 Euro zu verrechnen. Bei elektronischer Abrechnung (EDI-LEIST) ist pro Pflageitag als Pauschalabgeltung ein Betrag von 1,33 Euro zu verrechnen. Wird eine Patientin/ein Patient transferiert, ist für den Transfertag die EDI-KOST und EDI-LEIST Pauschale nur durch die übernehmende Krankenanstalt verrechenbar.

(5) Der Basisbetrag der Strukturpauschale beträgt ~~502,40~~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 Pflegetag	50	<del>255,00</del> 251,20
2 Pflegetage	50	<del>255,00</del> 251,20
3 Pflegetage	75	<del>382,50</del> 376,80
4 Pflegetage	75	<del>382,50</del> 376,80
5 Pflegetage	90	<del>459,00</del> 452,20
6 Pflegetage	90	<del>459,00</del> 452,20
7 Pflegetage	100	<del>509,90</del> 502,40
8 Pflegetage	100	<del>509,90</del> 502,40
9 Pflegetage	100	<del>509,90</del> 502,40
10 Pflegetage	110	<del>561,10</del> 552,80
11 Pflegetage	110	<del>561,10</del> 552,80
12 Pflegetage	120	<del>612,00</del> 603,00
13 Pflegetage	120	<del>612,00</del> 603,00
14 Pflegetage	130	<del>663,00</del> 653,20
mehr als 14 Pflegetage	130	<del>663,00</del> 653,20

### 3. Abschnitt Arztgebühren

#### § 3

#### Zweck und Zusammensetzung der Arztgebühren

(1) 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 zu entrichten.

(2) Die Arztgebühren bestehen aus einer Tagesgebühr (§ 4) und einer Labor- und Pathologiepauschale (§ 5) sowie je nach erbrachten ärztlichen Leistungen zusätzlich aus:

1. Gebühren für operative Eingriffe nach Operationsgruppen (§ 6),
2. Zuschlägen zu Gebühren für operative Eingriffe (§ 7),
3. einer Konsiliargebühr (§ 8),
4. einer Herzpauschale (§ 9),
5. Gebühren für bildgebende Diagnostik (§ 10),
6. einer Pauschale für nuklearmedizinische Leistungen (§ 11),
7. Gebühren für strahlentherapeutische Leistungen (§ 12),
8. einer Pauschale für extrakorporale hochenergetische orthopädische Stoßwellentherapie (§ 13),
9. einer Pauschale für intravitreale operative Medikamentengaben (§ 14),
10. Gebühren für besondere diagnostische und therapeutische Leistungen (§ 15).

#### § 4

#### Tagesgebühr

(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	<del>23,20</del> 22,40	für den 1. bis 10. Tag je	<del>36,30</del> 35,00
für den 11. bis 20. Tag je	<del>19,00</del> 18,30	für den 11. bis 20. Tag je	<del>29,10</del> 28,10
für den 21. bis 30. Tag je	<del>16,00</del> 15,40	ab dem 21. Tag je	<del>18,20</del> 17,60
ab dem 31. Tag je	<del>11,80</del> 11,40		

(2) 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 den in Abs. 1 angeführten Tagesgebühren zu leisten.

(3) Wenn eine Patientin/ein Patient in einer radiologischen Organisationseinheit stationär untergebracht ist, sind die Tagesgebühren der nicht-operativen Abteilungen zu verrechnen.

(4) Wenn ärztliche Leistungen nach Anhang A erbracht werden, sind diese nach Operationsgruppen zu berechnen und neben der jeweiligen Tagesgebühr abzugelten.

## § 5

### Labor- und Pathologiepauschale

Die Labor- und Pathologiepauschale beträgt je Fall ~~134,30~~137,00 Euro.

## § 6

### Gebühren für operative Eingriffe

(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	<del>38,60</del> <u>37,30</u>
Gruppe II	<del>74,20</del> <u>71,60</u>
Gruppe III	<del>136,40</del> <u>131,70</u>
Gruppe IV	<del>287,10</del> <u>277,10</u>
Gruppe V	<del>472,70</del> <u>456,30</u>
Gruppe VIa	<del>658,60</del> <u>635,70</u>
Gruppe VIb	<del>848,00</del> <u>818,50</u>
Gruppe VII	<del>1 022,00</del> <u>986,50</u>
Gruppe VIIa	<del>1 350,90</del> <u>1 304,00</u>
Gruppe VIIb	<del>1 858,40</del> <u>1 793,80</u>

(2) Im Einzelfall kann bei besonderer Schwierigkeit des Eingriffes ausnahmsweise die Arztgebühr der nächsthöheren Gruppe verrechnet werden; dies ist bei der Vorschreibung 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

1. die Höherreihung auf Grund eines der nachstehend angeführten Eingriffe vorzunehmen wäre:
  - a) Eingriffe der Operationsgruppe I Z 3, 22, 25, 29, 30, 34, 38, 39, 45, 46, 47, 49;
  - b) Eingriffe der Operationsgruppe II Z 6, 7, 8, 11, 19, 22, 28, 34, 36, 41, 42, 53, 55, 56, 58, 60, 63, 66, 72, 74 oder
2. die Eingriffe an beiden Augen erfolgten oder
3. mit der Höherreihung die Arztgebühr der Operationsgruppe VIII zu verrechnen wäre.

In diesen Fällen (Z 1 bis 3) ist trotz der Durchführung mehrerer Eingriffe unter einer einzigen Vorbereitung und Schmerzbetäubung eine Höherreihung unzulässig und 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) Sollten zahn- und kieferärztliche Eingriffe auf einer derartigen Fachabteilung nicht nach Anhang A verrechenbar sein, sind diese nach Anhang B abzugelten.

(6) Wird bei Geburten ein operativer Eingriff notwendig, ist die Arztgebühr nach der entsprechenden Gruppe zu verrechnen.

## § 7

### Zu- und Abschläge zu Gebühren für operative Eingriffe

(1) 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

1. Werktagen von 19 Uhr bis 24 Uhr und von 0 Uhr bis 7 Uhr (Nachtzuschlag),
2. Samstagen von 13 Uhr bis 24 Uhr,
3. Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen von 0 Uhr bis 24 Uhr.

(2) Bei der Durchführung von Narkosen durch eine Fachärztin/einen Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin oder durch eine Ärztin/einen Arzt, die/der unter Aufsicht und Anleitung einer Fachärztin/eines Facharztes für Anästhesiologie und Intensivmedizin steht, ist ein Zuschlag von 48 % zu der nach den jeweiligen Operationsgruppen verrechneten Arztgebühr bzw. des Pauschalbetrages für ESWT nach § 13 zu leisten. Wenn jedoch mehrere Eingriffe, die unter einer einzigen Vorbereitung und Schmerzbetäubung durchgeführt wurden, einzeln verrechnet werden (§ 6 Abs. 3), ist der Anästhesiezuschlag nur von der Arztgebühr der höchsten verrechneten Operationsgruppe bzw. des Pauschalbetrages für ESWT nach § 13 zu berechnen.

(3) Für den im Anhang A unter Operationsgruppe V Z 111 angeführten operativen Eingriff ist ein Zuschlag von 10 % der in § 6 Abs. 1 festgelegten Arztgebühr für die Operationsgruppe V zu verrechnen.

(4) Die im Anhang A unter Operationsgruppe V Z 42b angeführten intensivtherapeutischen Leistungen sind mit 50 % der unter § 6 Abs. 1 festgelegten Arztgebühr für die Operationsgruppe V zu berechnen.

## § 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 ~~36,70~~35,40 Euro.

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

## § 9

### Herzpauschale

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 eine Herzpauschale in der Höhe von ~~935,20~~968,90 Euro zu verrechnen.

## § 10

### Bildgebende Diagnostik

Die Arztgebühren für Leistungen der bildgebenden Diagnostik werden in folgende Tarifgruppen eingeteilt und sind gesondert nach Anhang C zu verrechnen:

1. Konventionelles Röntgen, Durchleuchtung ohne Kontrastmittel
2. Durchleuchtung mit Kontrastmittel
3. Ultraschall/Sonographie
4. Computer-Tomographie
5. Magnetresonanz-Tomographie.

## § 11

### 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 ~~159,80~~163,00 Euro (Nuklearmedizinpauschale) zu verrechnen.

## § 12

**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	Betrag in Euro
1. Strahlentherapie Standard	3D-konformale Planung mit konventioneller Bestrahlung (konformale Strahlenfelder, FIF) am Linearbeschleuniger inklusive Bildgebung	<del>1.092,80</del> <u>1.132,10</u>
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>	<del>2.455,70</del> <u>2.544,10</u>
3. Intraoperative Strahlentherapie (IORT)	IORT mit Elektronen an einem dediziertem Gerät oder am Linearbeschleuniger	<del>1.166,50</del> <u>1.208,50</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 ~~66,30~~ 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 ~~1.381,40~~ 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 ~~1.726,70~~ 1.788,90 Euro innerhalb eines Zeitraumes von drei Monaten ab Beginn dieser Leistung zu verrechnen.

## § 13

**Extrakorporale hochenergetische orthopädische Stoßwellentherapien**

Für extrakorporale hochenergetische orthopädische Stoßwellentherapien (ESWT) ist eine pauschale Arztgebühr in der Höhe von ~~200,20~~ 207,40 Euro zu verrechnen.

## § 14

**Pauschalabgeltung für intravitreale operative Medikamentengaben**

Ausschließlich in Verbindung mit einer Katarakt-Operation ist eine pauschale Arztgebühr für intravitreale operative Medikamentengaben (IVOM) in der Höhe von ~~129,10~~ 133,70 Euro zu verrechnen.

## § 15

**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	<del>33,60</del> <u>32,40</u>
2. 24-Stunden-Blutdruck-Monitoring	<del>29,30</del> <u>28,30</u>
3. Langzeit-EEG oder Brain Mapping mit EEG oder evozierte Potenziale	<del>91,90</del> <u>88,70</u>
4. Oxycardiorespirographie	<del>72,30</del> <u>69,80</u>
5. Flusszytometrie je Patientin/Patient (Blutprobe)	<del>7,40</del> <u>7,10</u>

Leistung	Betrag in Euro
6. Elektromyographie (EMG)	<u>91,9088,70</u>
7. Intrakranielle Druckmessung (durch die Fontanelle)	<u>72,3069,80</u>
8. Diagnostischer Links und/oder Rechtsherzkatheter	<u>543,30524,40</u>
9. Elektrophysiologische Untersuchung bei Herzrhythmusstörungen (EPU)	<u>543,30524,40</u>
10. Herzkatheter inklusive Ballondilatation oder Stentimplantation	<u>973,10939,30</u>
11. Rechtsherzkatheter mit mechanischer Intervention (Herzklappensprengung)	<u>973,10939,30</u>
12. Rechts- und Linksherzkatheter mit mechanischer Intervention (Herzklappensprengung)	<u>973,10939,30</u>
13. Elektrophysiologische Untersuchung bei Herzrhythmusstörungen und Ablation	<u>973,10939,30</u>
	<u>1 086,201 048,5</u>
14. Herzkatheter inklusive Ballondilatation und Stentimplantation	0
	<u>1 086,201 048,5</u>
15. Verschluss eines offenen Foramen oval	0

(2) Bei den Tarifpositionen 10. und 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 Herzkathederuntersuchungen bzw. –eingriffen nach den Tarifpositionen 8. bis 15. kann ein Zuschlag von 75 % der unter 8. festgelegten Arztgebühr verrechnet werden.

(3) Zusätzlich ist bei den Tarifpositionen 8. bis 15. des Abs. 1 jeweils die im Anhang A unter Operationsgruppe V Z 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 Operationsgruppe V Z 42 festgelegte Arztgebühr zu 100 % zu verrechnen.

#### 4. Abschnitt

#### Pauschalabgeltung für Anstalts- und Arztgebühren

##### § 16

##### Pauschalabgeltung für Behandlungen auf ausgewählten Organisationseinheiten

(1) Für Behandlungen auf folgenden sanitätsbehördlich genehmigten Einheiten kann pro Aufenthaltstag eine pauschalierte Anstalts- und Arztgebühr verrechnet werden:

- Akuteriatrie und Remobilisation (AG/R Einheiten),
- Neuro-Rehab C sowie
- Palliativmedizin.

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

1. ~~Zwei~~Mehrbettzimmer: 80,50 79,30 Euro und
2. Einbettzimmer: 153,20 150,90 Euro.

(3) Die pauschalierte Arztgebühr ersetzt die Gebühren nach § 3 Abs. 2 und beträgt 48,60 50,30 Euro.

(4) Die Pauschalbeträge nach Abs. 2 und 3 sind insgesamt pro Patientin/Patient und Kalenderjahr für maximal 28 Aufenthaltstage verrechenbar. Bei Voraufhalten in einer vergleichbaren Einrichtung einer Krankenanstalt eines anderen Rechtsträgers ist der Pauschalbetrag für den Aufenthalt noch für weitere 14 Aufenthaltstage verrechenbar.

##### § 17

##### Pauschalabgeltung für Coloskopie sowie Doppelballonenteroskopie

(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	Arztgebühr
--------	----------------	------------

	in Euro	in Euro
Gruppe I: 1. Diagnostische Coloskopie inkl. Eingriffe mittels Biopsiezange 2. Orale Doppelballonenteroskopie	<del>129,10</del> <u>131,00</u>	<del>122,10</del> <u>126,50</u>
Gruppe II: 1. Coloskopien mit Eingriffen mittels Schlinge 2. Aborale Doppelballonenteroskopie	<del>257,50</del> <u>261,40</u>	<del>243,70</del> <u>252,20</u>
Gruppe III: 1. zweitägiger (voll)stationärer Aufenthalt von Gruppe I oder Gruppe II beim Risikopatient aufgrund von Risikokriterien 2. Orale und aborale Doppelballonenteroskopie	<del>322,30</del> <u>327,10</u>	<del>305,00</del> <u>316,00</u>
Gruppe IV: 1. Doppelballonenteroskopie mit therapeutischer Intervention	<del>355,00</del> <u>360,30</u>	<del>336,00</del> <u>348,10</u>

(2) Bei Durchführung einer Doppelballonenteroskopie bei Patientinnen/Patienten mit Risikoprofil kann die Pauschalabgeltung für die Anstaltsgebühr nach Abs. 1 um die jeweils für einen Pflgetag berechnete Grundgebühr nach § 2 Abs. 3 und die Strukturpauschale nach § 2 Abs. 5 erhöht werden.

### § 18

#### Pauschalabgeltung für stationär durchgeführte Tumornachsorgen

(1) Die pauschalierte Anstaltsgebühr für stationär durchgeführte Tumornachsorgen ersetzt die Gebühren nach § 2 Abs. 2 Z 1 bis 3 und beträgt ~~503,60~~496,20 Euro.

(2) Die für diese Leistung zu verrechnende pauschalierte Arztgebühr ersetzt die Gebühren nach § 3 Abs. 2 und beträgt ~~730,40~~756,70 Euro.

(3) Die Pauschalen nach Abs. 1 und 2 sind 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. Abschnitt

#### Hebammengebühr

### § 19

#### Höhe der Hebammengebühr

Die Hebammengebühr für eine in der Anstalt angestellte Hebamme beträgt ~~28,10~~29,10 Euro und kommt zur Gänze der Hebamme zu.

## **6. Abschnitt** **Schlussbestimmungen**

### **§ 20**

#### **Vorschreibung der Sondergebühren**

(1) Die Vorschreibung der Sondergebühren (Anstaltsgebühren, Arztgebühren bzw. allfällige Hebammengebühren) hat durch den Rechtsträger der Krankenanstalt entsprechend der zum Zeitpunkt der Aufnahme der Patientin/des Patienten geltenden Tarife zu erfolgen. Zu diesem Zweck haben die Abteilungs-, Instituts-, Laboratoriums- und Departmentleitungen sowie die Leitungen von Fachschwerpunkten dem Rechtsträger der Krankenanstalt die erforderlichen Unterlagen rechtzeitig zu übergeben.

(2) Im Interesse einer Vereinfachung der EDV-unterstützten Abrechnung ist der Rechtsträger der Landeskrankenanstalten ermächtigt, anstelle der in dieser Verordnung festgesetzten Tarife, die gem. § 79 StKAG auf volle 10 Cent gerundet sind, die als Grundlage für die Rundung kostendeckend ermittelten Tarife zu verrechnen.

(3) Die Bestimmungen über besondere Honorare nach dem Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) in der Sonderklasse werden durch die vorstehende Regelung nicht berührt.

(4) Für die Einbringung von Einwendungen gegen die Vorschreibung der Sondergebühren durch die Zahlungspflichtige/den Zahlungspflichtigen gelten die Bestimmungen des § 85 StKAG.

### **§ 21**

#### **Ermäßigungen**

Dem Rechtsträger der Landeskrankenanstalten bleibt die Möglichkeit gewahrt, Trägern der privaten Krankenversicherung, welche für eine entsprechend große Zahl von Krankenhausfällen die Kosten in voller Höhe übernehmen und direkt verrechnen, Ermäßigungen bis höchstens 10 % und Trägern der privaten Krankenversicherung, welche für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Rechtsträgers die Kosten in voller Höhe übernehmen und direkt verrechnen, Ermäßigungen bis höchstens 50 % zu gewähren.

### **§ 22**

#### **Inkrafttreten**

Diese Verordnung tritt mit 1. Jänner 2019 in Kraft.

### **§ 22a**

#### **Inkrafttreten von Novellen**

(1) In der Fassung der Verordnung LGBl. Nr. [...] treten die Änderungen 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.

### **§ 23**

#### **Außerkräfttreten**

Mit Inkrafttreten dieser Verordnung tritt die Verordnung über die Festsetzung der Sondergebühren in der Sonderklasse der Landeskrankenanstalten, LGBl. Nr. 19/2013, zuletzt in der Fassung LGBl. Nr. 19/2018, außer Kraft.

Für die Steiermärkische Landesregierung:

**Anhang A (operative Eingriffe)****Anhang B (Arztgebühren für Sonderleistungen auf dem Gebiet der Zahnheilkunde)****Anhang C (Arztgebühren für bildgebende Diagnostik)****Anhang B****Arztgebühren für Sonderleistungen auf dem Gebiet der Zahnheilkunde**

A) konservierend:	Betrag in Euro
1. Einfache Zahnextraktion mit Anästhesie	<del>15.7015,20</del>
2. Einfache Zahnextraktion ohne Anästhesie	<del>9.909,60</del>
3. Nachblutung mit Naht (Blutstillung durch Naht)	<del>29.7028,70</del>
4. Taschenabtragung, Blutstillung durch Tampon plus Injektion	<del>22.2021,40</del>
5. eine Ordination – Zahnsteinentfernung bis zu drei Sitzungen plus Spray, Stomatitisbehandlung pro Sitzung, Profundusbehandlung, ein bis drei Behandlungen von Mundkrankheiten, Ligatur gelockerter Zähne	<del>14.0013,50</del>
6. Vitalitätsprüfung, Nachbehandlung, Ätzen von Zahnhälsen, Einschleifen des Gebisses bis zu drei Sitzungen, Abnahme festsitzender techn. Arbeiten, Behebung von Druckstellen u. dgl.	<del>7.807,50</del>
7. Wiedereinzementierung von technischen Arbeiten sowie Zementfüllung	<del>21.8021,00</del>
8. Lachgasnarkose (Äther, Chlor-Ä. usw.)	<del>29.7028,70</del>
9. Dolor-post-Behandlung mit Anästhesie pro Sitzung	<del>12.3011,90</del>
10. Behandlung einer Nachblutung mit Platte und Medikament	<del>84.8081,90</del>
11. Injektionsserienbehandlung des Kiefergelenkes	<del>59.5057,40</del>
12. Kiefergelenksschiene im Ober- und Unterkiefer (je Kiefer)	<del>118.90114,80</del>
13. Einflächenerfüllung (Amalgan, Silikat, Kunststoff einschließlich Unterlage)	<del>14.6014,10</del>
14. Zweiflächenfüllung	<del>20.8020,10</del>
15. Dreiflächenfüllung (MOD)	<del>48.9047,20</del>
16. Exstirpation einkanalig	<del>30.5029,40</del>
17. Exstirpation zweikanalig	<del>45.2043,60</del>
18. Exstirpation dreikanalig	<del>80.9078,10</del>
19. Unvollständige Wurzelbehandlung pro Sitzung, nur bis zu zwei Sitzungen	<del>12.3011,90</del>
20. Stiftaufbau	<del>27.8026,80</del>

B) Prothetik:	Betrag in Euro
1. Zahnprothese: je Zahn und Klammer	<del>19.0018,30</del>
2. Plattenzuschlag für Zahnprothesen	<del>101.4097,90</del>
3. zusätzlicher Plattenzuschlag bei ein bis fünf Zähnen	<del>39.1037,70</del>
4. zusätzlicher Plattenzuschlag bei sechs bis acht Zähnen	<del>19.0018,30</del>
5. zusätzlicher Plattenzuschlag bei neun bis elf Zähnen	<del>14.3013,80</del>
6. kein Plattenzuschlag bei 12 bis 14 Zähnen	0,00
7. Bruch, Sprung, Wiederbefestigung, je Zahn oder Klammer	<del>36.5035,20</del>
8. Ersatz eines gebrochenen Zahnes, einer Klammer, Anbringung eines Saugers, Erweiterung der Platte um einen Zahn	<del>39.1037,70</del>
9. Zwei Leistungen der beiden vorgenannten Arbeiten oder Erweiterung der Platte um zwei Zähne	<del>52.7050,90</del>
10. Mehr als zwei Leistungen der obgenannten Arbeiten oder Erweiterung der Platte um drei Zähne oder partielle Unterfütterung der Platte	<del>62.9060,70</del>
11. Totale Unterfütterung eines totalen Zahnersatzstückes	<del>101.4097,90</del>
12. Inlay, einflächig	<del>46.1044,50</del>
13. Inlay, zweiflächig	<del>59.1057,00</del>

14. Inlay, dreiflächig	76.6073,90
15. Krone, gestantzt, Branddeckel, Kunststoff	68.0065,60
16. Krone: Vollgußkrone	84.0081,10
17. Krone: Richmond-, Jacket-, facettierte Krone	258.70249,70
18. Brückenglied: voll	68.3065,90
19. Brückenglied: facettiert	74.3071,70
20. Teleskopbrücke o. Prothese, pro Stelle (Modellguss)	169.40163,50
21. Stahlguss skelett	269.20259,80
22. Stahlgussplatte, Skelett aus Edelmetall, fortlaufende Klammer oder Stahlbügel, einfacher Guss	156.70151,30
23. Einbau von Gelenken oder Druckklammern	54.2052,30
24. Geschiebe mit oder ohne Feder, je Stück	27.6026,60
25. Obturator: voll, für Cysten	50.2048,50
26. Obturator: hohl und geteilt, für Resektionskloß	337.50325,80
27. Obturator: hohl	203.00195,90
28. Gesichtsprothese: groß (Ohr, Nase, Wange usw.)	337.30325,60
29. Gesichtsprothese: mittel	252.40243,60
30. Gesichtsprothese: einfach	169.10163,20
31. Gerüstimplantate für Stahl oder Pfeiler	269.20259,80
32. Halteelement (Pfeiler, Haken, Gewinde usw.), je Stelle	47.3045,70
33. Kieferbruchschiene: gegossen, pro Stelle und Band	50.5048,70
34. Kieferbruchschiene: aus Kunststoff, pro Stelle und Klammer	19.0018,30
35. Bänderschienen, pro Stelle und Band	27.1026,20
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	27.1026,20
37. Schiefe Ebene	68.0065,60
38. Schutzbrille	63.7061,50
39. Kinnkappe	64.9062,60
40. Aktivator zur Dehnbehandlung von Kieferklemmen	151.30146,00
41. Resektionsgelenk für Resektionsprothese	134.80130,10
Werden Leistungen in mehreren Sitzungen erbracht, so gelten die Gebühren für die ganze Behandlungsdauer (z.B. Gesichtsprothese).	

### 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)	14.2013,90
b) Durchleuchtung ohne Kontrastmittel, Thorax-Röntgen	28.9028,20
c) Mammographie	43.2042,10
2. Tarifgruppe II: Durchleuchtung mit Kontrastmittel	88.5086,30
3. Tarifgruppe III: Ultraschall/Sonographie	
a) US/Sono ohne Doppler	45.3044,20
b) US/Sono mit Doppler	110.10107,40
4. Tarifgruppe IV :Computer- Tomographie (CT)	127.30124,20
5. Tarifgruppe V: Magnetresonanztomographie (MR)	127.30124,20

(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 Körpervenen
  - 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 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 (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.

## Anhang B

### Arztgebühren für Sonderleistungen auf dem Gebiet der Zahnheilkunde

A) konservierend:	Betrag in Euro
1. Einfache Zahnextraktion mit Anästhesie	<u>15,7015,20</u>
2. Einfache Zahnextraktion ohne Anästhesie	<u>9,909,60</u>
3. Nachblutung mit Naht (Blutstillung durch Naht)	<u>29,7028,70</u>
4. Taschenabtragung, Blutstillung durch Tampon plus Injektion	<u>22,2021,40</u>
5. eine Ordination – Zahnsteinentfernung bis zu drei Sitzungen plus Spray, Stomatitisbehandlung pro Sitzung, Profundusbehandlung, ein bis drei Behandlungen von Mundkrankheiten, Ligatur gelockerter Zähne	<u>14,0013,50</u>
6. Vitalitätsprüfung, Nachbehandlung, Ätzen von Zahnhälsen, Einschleifen des Gebisses bis zu drei Sitzungen, Abnahme festsitzender techn. Arbeiten, Behebung von Druckstellen u. dgl.	<u>7,807,50</u>
7. Wiedereinzementierung von technischen Arbeiten sowie Zementfüllung	<u>21,8021,00</u>
8. Lachgasnarkose (Äther, Chlor-Ä. usw.)	<u>29,7028,70</u>
9. Dolor-post-Behandlung mit Anästhesie pro Sitzung	<u>12,3011,90</u>
10. Behandlung einer Nachblutung mit Platte und Medikament	<u>84,8081,90</u>
11. Injektionsserienbehandlung des Kiefergelenkes	<u>59,5057,40</u>
12. Kiefergelenksschiene im Ober- und Unterkiefer (je Kiefer)	<u>118,90114,80</u>
13. Einflächenfüllung (Amalgan, Silikat, Kunststoff einschließlich Unterlage)	<u>14,6014,10</u>
14. Zweiflächenfüllung	<u>20,8020,10</u>
15. Dreiflächenfüllung (MOD)	<u>48,9047,20</u>
16. Exstirpation einkanalg	<u>30,4029,40</u>
17. Exstirpation zweikanalg	<u>45,2043,60</u>
18. Exstirpation dreikanalg	<u>80,9078,10</u>
19. Unvollständige Wurzelbehandlung pro Sitzung, nur bis zu zwei Sitzungen	<u>12,3011,90</u>
20. Stiftaufbau	<u>27,8026,80</u>

B) Prothetik:	Betrag in Euro
1. Zahnprothese: je Zahn und Klammer	<u>19,0018,30</u>
2. Plattenzuschlag für Zahnprothesen	<u>101,4097,90</u>
3. zusätzlicher Plattenzuschlag bei ein bis fünf Zähnen	<u>39,1037,70</u>
4. zusätzlicher Plattenzuschlag bei sechs bis acht Zähnen	<u>19,0018,30</u>
5. zusätzlicher Plattenzuschlag bei neun bis elf Zähnen	<u>14,3013,80</u>
6. kein Plattenzuschlag bei 12 bis 14 Zähnen	0,00
7. Bruch, Sprung, Wiederbefestigung, je Zahn oder Klammer	<u>36,5035,20</u>
8. Ersatz eines gebrochenen Zahnes, einer Klammer, Anbringung eines Saugers, Erweiterung der Platte um einen Zahn	<u>39,1037,70</u>
9. Zwei Leistungen der beiden vorgenannten Arbeiten oder Erweiterung der Platte um zwei Zähne	<u>52,7050,90</u>
10. Mehr als zwei Leistungen der obgenannten Arbeiten oder Erweiterung der Platte um drei Zähne oder partielle Unterfütterung der Platte	<u>62,9060,70</u>
11. Totale Unterfütterung eines totalen Zahnersatzstückes	<u>101,4097,90</u>
12. Inlay, einflächig	<u>46,1044,50</u>
13. Inlay, zweiflächig	<u>59,1057,00</u>
14. Inlay, dreiflächig	<u>76,6073,90</u>
15. Krone, gestantzt, Branddeckel, Kunststoff	<u>68,0065,60</u>
16. Krone: Vollgußkrone	<u>84,0081,10</u>
17. Krone: Richmond-, Jacket-, facettierte Krone	<u>258,70249,70</u>

B) Prothetik:	Betrag in Euro
18. Brückenglied: voll	<u>68,30</u> <del>65,90</del>
19. Brückenglied: facettiert	<u>74,30</u> <del>71,70</del>
20. Teleskopbrücke o. Prothese, pro Stelle (Modellguss)	<u>169,40</u> <del>163,50</del>
21. Stahlguss skelett	<u>269,20</u> <del>259,80</del>
22. Stahlgussplatte, Skelett aus Edelmetall, fortlaufende Klammer oder Stahlbügel, einfacher Guss	<u>156,70</u> <del>151,30</del>
23. Einbau von Gelenken oder Druckklammern	<u>54,20</u> <del>52,30</del>
24. Geschiebe mit oder ohne Feder, je Stück	<u>27,60</u> <del>26,60</del>
25. Obturator: voll, für Cysten	<u>50,20</u> <del>48,50</del>
26. Obturator: hohl und geteilt, für Resektionskloß	<u>337,50</u> <del>325,80</del>
27. Obturator: hohl	<u>203,00</u> <del>195,90</del>
28. Gesichtsprothese: groß (Ohr, Nase, Wange usw.)	<u>337,30</u> <del>325,60</del>
29. Gesichtsprothese: mittel	<u>252,40</u> <del>243,60</del>
30. Gesichtsprothese: einfach	<u>169,10</u> <del>163,20</del>
31. Gerüstimplantate für Stahl oder Pfeiler	<u>269,20</u> <del>259,80</del>
32. Halteelement (Pfeiler, Haken, Gewinde usw.), je Stelle	<u>47,30</u> <del>45,70</del>
33. Kieferbruchschiene: gegossen, pro Stelle und Band	<u>50,50</u> <del>48,70</del>
34. Kieferbruchschiene: aus Kunststoff, pro Stelle und Klammer	<u>19,00</u> <del>18,30</del>
35. Bänderschienen, pro Stelle und Band	<u>27,10</u> <del>26,20</del>
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	<u>26,20</u> <del>27,10</del>
37. Schiefe Ebene	<u>68,00</u> <del>65,60</del>
38. Schutzbrille	<u>63,70</u> <del>61,50</del>
39. Kinnkappe	<u>64,90</u> <del>62,60</del>
40. Aktivator zur Dehnbehandlung von Kieferklemmen	<u>151,30</u> <del>146,00</del>
41. Resektionsgelenk für Resektionsprothese	<u>134,80</u> <del>130,10</del>
Werden Leistungen in mehreren Sitzungen erbracht, so gelten die Gebühren für die ganze Behandlungsdauer (z.B. Gesichtsprothese).	

### Arztgebühren für bildgebende Diagnostik

Tarifgruppen	Betrag in Euro
1. Tarifgruppe I: Konventionelles Röntgen, Durchleuchtung ohne Kontrastmittel	
a) Konventionelles Röntgen (außer Thorax-Röntgen und Mammographie)	<u>14,20</u> <del>13,90</del>
b) Durchleuchtung ohne Kontrastmittel, Thorax-Röntgen	<u>28,90</u> <del>28,20</del>
c) Mammographie	<u>43,20</u> <del>42,10</del>
2. Tarifgruppe II: Durchleuchtung mit Kontrastmittel	<u>88,50</u> <del>86,30</del>
3. Tarifgruppe III: Ultraschall/Sonographie	
a) US/Sono ohne Doppler	<u>45,30</u> <del>44,20</del>
b) US/Sono mit Doppler	<u>110,10</u> <del>107,40</del>
4. Tarifgruppe IV: Computer-Tomographie (CT)	<u>127,30</u> <del>124,20</del>
5. Tarifgruppe V: Magnetresonanz-Tomographie (MR)	<u>127,30</u> <del>124,20</del>

(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 Körpervenien
  - 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.