

Textgegenüberstellung

Verordnung über die Festsetzung der Ambulanzgebühren der Landeskrankenanstalten

[...]

§ 4

Besondere Regelungen für Anhang A

Für die allgemeinen ambulatorischen Leistungen aus Anhang A gelten nachstehende besondere Regelungen:

1. Mit der Ambulanzgebühr für die Erstuntersuchung (Pos. Nr. ~~4~~106) ist die erste persönliche Untersuchung durch die Ärztin/den Arzt und die Erstellung des Befundes pro Krankheitsfall abgegolten. Hierbei ist es unerheblich, über welchen Zeitraum sich die Erstuntersuchung erstreckt. Alle mit der Erstuntersuchung verbundenen Nebenleistungen sind dann zusätzlich zu verrechnen, wenn die übrigen Positionen dieses Anhangs eine gesonderte Verrechnung zulassen.
2. Die Ambulanzgebühr für Eingriffe (Pos. Nr. ~~2~~105) ist das Entgelt für den Eingriff selbst und die damit verbundenen notwendigen Nebenleistungen, soweit der Tarif hierfür nicht eine eigene Abgeltung vorsieht. Die zusätzliche Verrechnung von Leistungen nach Pos. Nr. ~~423~~110 ist nicht möglich. Als Eingriff haben alle Leistungen zu gelten, die nach der medizinischen Lehre üblicherweise als solche bezeichnet werden.
3. Die Ambulanzgebühr für die Anästhesie (Pos. Nr. ~~3~~103) ist sowohl für die Allgemeinnarkose als auch für die Lokalanästhesie zu verrechnen.
4. Als Sitzung im Sinne der Pos. Nr. ~~2 und 3~~ 103 und 105 gilt die nicht unterbrochene Behandlung ohne Rücksicht darauf, wie viele Eingriffe in der Sitzung vorgenommen werden.
- ~~5. Die Ambulanzgebühr (Grundgebühr und Sachaufwand) für die zytologischen Untersuchungen (Pos. Nr. 5) ist für alle Untersuchungen zu verrechnen, die in der Anstalt vorgenommen werden.~~
- ~~6. Muss das Untersuchungsmaterial bei der Pos. Nr. 5 an eine Untersuchungsanstalt weitergeleitet werden, so ist der hierfür der Krankenanstalt in Rechnung gestellte Betrag in voller Höhe einschließlich der Abgeltung des Manipulationsaufwandes der Patientin/dem Patienten vorzuschreiben.~~
- ~~7~~5. Neben der EEG-Untersuchung oder EMG-Untersuchung (Pos. Nr. ~~7~~117) kann die Ambulanzgebühr für Erstuntersuchungen (Pos. Nr. ~~4~~106) oder die Ambulanzgebühr für Eingriffe (Pos. Nr. ~~2~~105) nicht verrechnet werden.
- ~~8~~6. Als sonstige ambulatorische Leistungen (Pos. Nr. ~~423~~110) gelten alle Leistungen, die nicht schon mit der Ambulanzgebühr der vorhergehenden Positionen zu verrechnen sind.
- ~~9~~7. Die Ambulanzgebühr ist grundsätzlich von jeder Abteilung (Ambulanz) des Krankenhauses zu verrechnen, an welcher die Leistung erbracht wurde. Bei Inanspruchnahme mehrerer Abteilungen (Ambulanzen) des gleichen Krankenhauses kann die Ambulanzgebühr der Pos. Nr. ~~4~~106 nur von jener Abteilung (Ambulanz) verrechnet werden, an welcher der Befund erstellt wurde. Werden Leistungen der Pos. Nr. ~~423~~110 an einem Tag an mehreren Abteilungen (Ambulanzen) erbracht, so kann die Ambulanzgebühr der betreffenden Positionen nur einmal von jener Abteilung (Ambulanz) verrechnet werden, an welcher die erste Leistung vorgenommen wurde.
- ~~10~~8. Die Kosten für den Herzschrittmacher und die dazugehörenden Schrittmacherelektroden sind in Pos. Nr. ~~86~~301 nicht enthalten; diese werden inklusive der Gemeinkostenzuschläge gesondert in Rechnung gestellt.
- ~~11~~9. Die Kosten für die Schulung von Dialysepatientinnen/-patienten sind in den Pos. Nr. ~~30 und 31~~ 703 und 704 nicht enthalten; diese sind zu den Selbstkosten gesondert in Rechnung zu stellen:

Patientenschulung INDIAL je Patientin/Patient	€	81,07
Peritonealdialyses Schulung je Patientin/Patient	€	629,13

- ~~12~~10. Die Ultraschalldiagnostik von Organen (Pos. Nr. ~~40 lit. b~~124) ist auch dann nur einmal zu verrechnen, wenn im Rahmen einer Diagnostik mehr als ein Organ betrachtet wird.

- ~~13~~11. Die Kosten für den Loop-Recorder sind in der Pos. Nr. ~~128~~302 nicht enthalten; diese werden zum Einstandspreis plus einem Neuntel des Einstandspreises gesondert in Rechnung gestellt.
- ~~14~~12. Die Kosten für erforderliche Implantate bzw. Expander sind in der Pos. Nr. ~~144~~306 nicht enthalten; diese werden zum Einstandspreis plus einem Neuntel des Einstandspreises gesondert in Rechnung gestellt.
- ~~15~~13. Die Kosten für zusätzlich erforderliche Blutkonserven bzw. besonders teure Medikamente, welche durch die bestehenden Tarifpositionen dieses Kataloges nicht abgedeckt werden können, sind zum Einstandspreis/zu den Selbstkosten plus einem Neuntel des jeweiligen Einstandspreises/der jeweiligen Selbstkosten vorzuschreiben.
- ~~16~~14. Die Gebühr für die Tauchtauglichkeitsprüfung (Pos. Nr. ~~19 lit. i des Anhanges A~~130 lit. h) versteht sich exklusive Vorbefunde; darüber hinaus ist auch die Probekompression (Pos. Nr. ~~19 lit. j des Anhanges A~~130 lit. i) darin nicht enthalten.
- ~~17~~15. Der sich aus dem Einsatz nachstehender höherwertiger Materialien ergebende Mehraufwand ist in den Leistungspositionen des Anhanges A nicht abgegolten und wird in Form von Pauschalbeträgen gesondert in Rechnung gestellt:

Unterarmgips Kunststoff	€	19,00
Ellbogengips Kunststoff	€	24,00
Oberarmgips Kunststoff	€	24,00
Unterschenkelgips Kunststoff	€	36,00
Oberschenkelgips Kunststoff	€	39,00
Gipshülse Kunststoff	€	39,00
Softcaststiefel mit Longette	€	34,00
Geisha-Schuh Kunststoff	€	32,00

[...]

§ 8

Besondere Regelungen für Anhang D

Für medizinisch-diagnostische Laboruntersuchungen aus Anhang D gelten folgende besondere Bedingungen:

1. Als Laboruntersuchungen gelten alle Untersuchungen, bei denen das Untersuchungsmaterial in der Anstalt selbst untersucht wird.
2. Sofern im Anhang D nicht gesondert angeführt, gelten die Tarife unabhängig von den verwendeten Materialien.
3. Sofern im Anhang D nicht gesondert angeführt, erfolgt die Verrechnung von labordiagnostischen Funktionstests, Tagesprofilen, Verlauftests und dergleichen je Einzeluntersuchung.
4. Bei der Verrechnung von „Laboruntersuchungen im Harn (Leistungen der Kat. 027) ist die Leistung Kreatinin unabhängig von der Art der Gewinnung bzw. der Sammlung gesondert zu verrechnen.
5. Muss das Untersuchungsmaterial für zytologische Untersuchungen (Leistung der Kat. 320, UKat. 01) an eine Untersuchungsanstalt weitergeleitet werden, so ist der hierfür der Krankenanstalt in Rechnung gestellte Betrag in voller Höhe einschließlich der Abgeltung des Manipulationsaufwandes der Patientin/dem Patienten vorzuschreiben.

[...]

§ 10a

Inkrafttreten von Novellen

[...]

(6) In der Fassung der Verordnung LGBl. Nr. 125/2016 tritt der Anhang A mit **1. Dezember 2016** in Kraft.

(7) In der Fassung der Verordnung LGBl. Nr. [...] treten § 4, § 8 Z 5 sowie die Anhänge A, B und D mit **1. August 2020** in Kraft.

[...]