

## Textgegenüberstellung

### Sondergebührenverordnung 2019

Auf Grund der §§ 75, 76 und 79 des Steiermärkischen Krankenanstaltengesetzes 2012, LGBl. Nr. 111/2012, zuletzt in der Fassung LGBl. Nr. ~~102/2019~~35/2020 wird verordnet:

#### § 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 Pflegetag für
  1. das Landeskrankenhaus - Universitätsklinikum Graz ~~8,886~~8,262 % der täglichen Pflegegebühr;
  2. die Landeskrankenhäuser Hochsteiermark, Graz II ausgenommen die Abteilungen für Psychiatrie, Feldbach-Fürstenfeld und Murtal ~~9,838~~9,496 % der täglichen Pflegegebühr;
  3. die Abteilungen für Psychiatrie des Landeskrankenhauses Graz II ~~9,653~~9,689 % der täglichen Pflegegebühr;
  4. die übrigen Landeskrankenhäuser ~~8,972~~8,661 % der täglichen Pflegegebühr;
  5. die dem Landeskrankenhaus - Universitätsklinikum Graz sowie dem Landeskrankenhaus Hochsteiermark angegliederten Bereiche der Sonderkrankenanstalt Theresienhof Frohnleiten ~~9,838~~9,496 % der täglichen Pflegegebühr des Landeskrankenhauses Hochsteiermark.
- (4) Bei elektronischer Datenkommunikation für den Austausch der Aufnahmeanzeige/Kostenübernahmeerklärung (EDI-KOST) ist pro Pflegetag als Pauschalabgeltung ein Betrag von 1,33 Euro zu verrechnen. Bei elektronischer Abrechnung (EDI-LEIST) ist pro Pflegetag als Pauschalabgeltung ein Betrag von 1,33 Euro zu verrechnen. Wird eine Patientin/ein Patient transferiert, ist für den Transfer tag die EDI-KOST und EDI-LEIST Pauschale nur durch die übernehmende Krankenanstalt verrechenbar.
- (5) Der Basisbetrag der Strukturpauschale beträgt ~~509,90~~516,50 Euro. Die Strukturpauschale ist pro Fall je nach Aufenthaltsdauer (SKL-Pflege tage) zu verrechnen und beträgt für:

Aufenthaltsdauer	Prozentsatz vom Basisbetrag	gerundeter Betrag in Euro
1 Pflege tag	50	<del>255,00</del> 258,30
2 Pflege tage	50	<del>255,00</del> 258,30
3 Pflege tage	75	<del>382,50</del> 387,50
4 Pflege tage	75	<del>382,50</del> 387,50
5 Pflege tage	90	<del>459,00</del> 465,00
6 Pflege tage	90	<del>459,00</del> 465,00
7 Pflege tage	100	<del>509,90</del> 516,50
8 Pflege tage	100	<del>509,90</del> 516,50
9 Pflege tage	100	<del>509,90</del> 516,50
10 Pflege tage	110	<del>561,10</del> 568,40
11 Pflege tage	110	<del>561,10</del> 568,40
12 Pflege tage	120	<del>612,00</del> 620,00
13 Pflege tage	120	<del>612,00</del> 620,00
14 Pflege tage	130	<del>663,00</del> 671,60
mehr als 14 Pflege tage	130	<del>663,00</del> 671,60

[...]

#### § 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> 23,90	für den 1. bis 10. Tag je	<del>36,30</del> 37,40
für den 11. bis 20. Tag je	<del>19,00</del> 19,60	für den 11. bis 20. Tag je	<del>29,10</del> 29,90
für den 21. bis 30. Tag je	<del>16,00</del> 16,50	ab dem 21. Tag je	<del>18,20</del> 18,70
ab dem 31. Tag je	<del>11,80</del> 12,10		

[...]

#### § 5

##### Labor- und Pathologiepauschale

Die Labor- und Pathologiepauschale beträgt je Fall ~~137,00~~139,30 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> 41,10
Gruppe II	<del>74,20</del> 78,90
Gruppe III	<del>136,40</del> 145,10
Gruppe IV	<del>287,10</del> 305,50
Gruppe V	<del>472,70</del> 503,00
Gruppe VIa	<del>658,60</del> 700,80
Gruppe VIb	<del>848,00</del> 902,30
Gruppe VII	<del>1022,00</del> 1 087,40
Gruppe VIIa	<del>1350,90</del> 1 437,40
Gruppe VIIb	<del>1858,40</del> 1 977,30

[...]

#### § 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~~37,80 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 ~~968,90~~997,00 Euro zu verrechnen.

[...]

## § 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 ~~163,00~~167,70 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>1132,10</del> 1 164,90
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>2544,10</del> 2 617,90
3. Intraoperative Strahlentherapie (IORT)	IORT mit Elektronen an einem dediziertem Gerät oder am Linearbeschleuniger	<del>1208,50</del> 1 243,50

(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 ~~68,70~~70,70 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 ~~1431,10~~1 472,60 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 ~~1788,90~~1 840,80 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 ~~207,40~~213,40 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 ~~133,70~~137,60 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> 34,60
2. 24-Stunden-Blutdruck-Monitoring	<del>29,30</del> 30,10
3. Langzeit-EEG oder Brain Mapping mit EEG oder evozierte Potenziale	<del>91,90</del> 94,60
4. Oxycardiorespirographie	<del>72,30</del> 74,40
5. Flusszytometrie je Patientin/Patient (Blutprobe)	<del>7,40</del> 7,60
6. Elektromyographie (EMG)	<del>91,90</del> 94,60
7. Intrakranielle Druckmessung (durch die Fontanelle)	<del>72,30</del> 74,40
8. Diagnostischer Links und/oder Rechtsherzkatheter	<del>543,30</del> 559,10
9. Elektrophysiologische Untersuchung bei Herzrhythmusstörungen (EPU)	<del>543,30</del> 559,10
10. Herzkatheter inklusive Ballondilatation oder Stentimplantation	<del>973,10</del> 1 001,30
11. Rechtsherzkatheter mit mechanischer Intervention (Herzklappensprengung)	<del>973,10</del> 1 001,30
12. Rechts- und Linksherzkatheter mit mechanischer Intervention (Herzklappensprengung)	<del>973,10</del> 1 001,30
13. Elektrophysiologische Untersuchung bei Herzrhythmusstörungen und Ablation	<del>973,10</del> 1 001,30
14. Herzkatheter inklusive Ballondilatation und Stentimplantation	<del>1 086,20</del> 1 117,70
15. Verschluss eines offenen Foramen oval	<del>1 086,20</del> 1 117,70

[...]

## § 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:

- Akutgeriatrie 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. Zweibettzimmer: ~~80,50~~81,90 Euro und
2. Einbettzimmer: ~~153,20~~155,80 Euro.

(3) Die pauschalierte Arztgebühr ersetzt die Gebühren nach § 3 Abs. 2 und beträgt ~~50,30~~51,80 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 in Euro	Arztgebühr in Euro
Gruppe I: 1. Diagnostische Coloskopie inkl. Eingriffe mittels Biopsiezange 2. Orale Doppelballonenteroskopie	<del>131,00</del> 133,20	<del>126,50</del> 130,20
Gruppe II: 1. Coloskopien mit Eingriffen mittels Schlinge 2. Aborale Doppelballonenteroskopie	<del>261,40</del> 265,80	<del>252,50</del> 259,80
Gruppe III:	<del>327,10</del> 332,70	<del>316,00</del> 325,20

Gruppe	Anstaltsgebühr in Euro	Arztgebühr in Euro
1. zweitägiger (voll)stationärer Aufenthalt von Gruppe I oder Gruppe II beim Risikopatient aufgrund von Risikokriterien 2. Orale und aborale Doppelballonenteroskopie		
Gruppe IV: 1. Doppelballonenteroskopie mit therapeutischer Intervention	<del>360,30</del> 366,40	<del>348,10</del> 358,20

(2) Bei Durchführung einer Doppelballonenteroskopie bei Patientinnen/Patienten mit Risikoprofil kann die Pauschalabgeltung für die Anstaltsgebühr nach Abs. 1 um die jeweils für einen Pflage-tag 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~~512,20 Euro.

(2) Die für diese Leistung zu verrechnende pauschalierte Arztgebühr ersetzt die Gebühren nach § 3 Abs. 2 und beträgt ~~756,70~~778,60 Euro.

[...]

### § 19

#### Höhe der Hebammengebühr

Die Hebammengebühr für eine in der Anstalt angestellte Hebamme beträgt ~~29,10~~29,90 Euro und kommt zur Gänze der Hebamme zu.

[...]

### § 22a

#### Inkrafttreten von Novellen

(1) In der Fassung der Verordnung LGBl. Nr. 13/2020 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.

(2) In der Fassung der Verordnung LGBl. Nr. [...] treten § 2 Abs. 3 und 5, § 4 Abs. 1, § 5, § 6 Abs. 1, § 8 Abs. 1, § 9, § 11 Abs. 2, § 12 Abs. 1 und Abs. 3 bis 5, § 13, § 14, § 15 Abs. 1, § 16 Abs. 2 und 3, § 17 Abs.1, § 18 Abs. 1 und 2, § 19 sowie die Anhänge B und C mit **1. Jänner 2021** in Kraft.

[...]

## Anhang B

### Arztgebühren für Sonderleistungen auf dem Gebiet der Zahnheilkunde

A) konservierend:	Betrag in Euro
1. Einfache Zahnextraktion mit Anästhesie	16,20 <del>15,70</del>
2. Einfache Zahnextraktion ohne Anästhesie	10,20 <del>9,90</del>
3. Nachblutung mit Naht (Blutstillung durch Naht)	30,60 <del>29,70</del>
4. Taschenabtragung, Blutstillung durch Tampon plus Injektion	22,80 <del>22,20</del>
5. eine Ordination – Zahnsteinentfernung bis zu drei Sitzungen plus Spray, Stomatitisbehandlung pro Sitzung, Profundusbehandlung, ein bis drei Behandlungen von Mundkrankheiten, Ligatur gelockerter Zähne	14,40 <del>14,00</del>
6. Vitalitätsprüfung, Nachbehandlung, Ätzen von Zahnhälsen, Einschleifen des Gebisses bis zu drei Sitzungen, Abnahme festsitzender techn. Arbeiten, Behebung von Druckstellen u. dgl.	8,00 <del>7,80</del>
7. Wiedereinzementierung von technischen Arbeiten sowie Zementfüllung	22,40 <del>21,80</del>
8. Lachgasnarkose (Äther, Chlor-Ä. usw.)	30,60 <del>29,70</del>
9. Dolor-post-Behandlung mit Anästhesie pro Sitzung	12,70 <del>12,30</del>
10. Behandlung einer Nachblutung mit Platte und Medikament	87,30 <del>84,80</del>
11. Injektionsserienbehandlung des Kiefergelenkes	61,20 <del>59,50</del>
12. Kiefergelenksschiene im Ober- und Unterkiefer (je Kiefer)	122,30 <del>118,90</del>
13. Einflächefüllung (Amalgan, Silikat, Kunststoff einschließlich Unterlage)	15,00 <del>14,60</del>
14. Zweiflächenfüllung	21,40 <del>20,80</del>
15. Dreiflächenfüllung (MOD)	50,30 <del>48,90</del>
16. Exstirpation einkanalig	31,40 <del>30,50</del>
17. Exstirpation zweikanalig	46,50 <del>45,20</del>
18. Exstirpation dreikanalig	83,20 <del>80,90</del>
19. Unvollständige Wurzelbehandlung pro Sitzung, nur bis zu zwei Sitzungen	12,70 <del>12,30</del>
20. Stiftaufbau	28,60 <del>27,80</del>

B) Prothetik:	Betrag in Euro
1. Zahnprothese: je Zahn und Klammer	19,60 <del>19,00</del>
2. Plattenzuschlag für Zahnprothesen	104,30 <del>101,40</del>
3. zusätzlicher Plattenzuschlag bei ein bis fünf Zähnen	40,20 <del>39,10</del>
4. zusätzlicher Plattenzuschlag bei sechs bis acht Zähnen	19,60 <del>19,00</del>
5. zusätzlicher Plattenzuschlag bei neun bis elf Zähnen	14,70 <del>14,30</del>
6. kein Plattenzuschlag bei 12 bis 14 Zähnen	0,00 <del>0,00</del>
7. Bruch, Sprung, Wiederbefestigung, je Zahn oder Klammer	37,60 <del>36,50</del>
8. Ersatz eines gebrochenen Zahnes, einer Klammer, Anbringung eines Saugers, Erweiterung der Platte um einen Zahn	40,20 <del>39,10</del>
9. Zwei Leistungen der beiden vorgenannten Arbeiten oder Erweiterung der Platte um zwei Zähne	54,20 <del>52,70</del>
10. Mehr als zwei Leistungen der obgenannten Arbeiten oder Erweiterung der Platte um drei Zähne oder partielle Unterfütterung der Platte	64,70 <del>62,90</del>
11. Totale Unterfütterung eines totalen Zahnersatzstückes	104,30 <del>101,40</del>
12. Inlay, einflächig	47,40 <del>46,10</del>
13. Inlay, zweiflächig	60,80 <del>59,10</del>
14. Inlay, dreiflächig	78,80 <del>76,60</del>
15. Krone, gestanzt, Branddeckel, Kunststoff	70,00 <del>68,00</del>
16. Krone: Vollgußkrone	86,40 <del>84,00</del>

17. Krone: Richmond-, Jacket-, facettierte Krone	266,20 <del>258,70</del>
18. Brückenglied: voll	70,30 <del>68,30</del>
19. Brückenglied: facettiert	76,50 <del>74,30</del>
20. Teleskopbrücke o. Prothese, pro Stelle (Modellguss)	174,30 <del>169,40</del>
21. Stahlguss skelett	277,00 <del>269,20</del>
22. Stahlgussplatte, Skelett aus Edelmetall, fortlaufende Klammer oder Stahlbügel, einfacher Guss	161,20 <del>156,70</del>
23. Einbau von Gelenken oder Druckklammern	55,80 <del>54,20</del>
24. Geschiebe mit oder ohne Feder, je Stück	28,40 <del>27,60</del>
25. Obturator: voll, für Cysten	51,70 <del>50,20</del>
26. Obturator: hohl und geteilt, für Resektionskloß	347,30 <del>337,50</del>
27. Obturator: hohl	208,90 <del>203,00</del>
28. Gesichtsprothese: groß (Ohr, Nase, Wange usw.)	347,10 <del>337,30</del>
29. Gesichtsprothese: mittel	259,70 <del>252,40</del>
30. Gesichtsprothese: einfach	174,00 <del>169,10</del>
31. Gerüstimplantate für Stahl oder Pfeiler	277,00 <del>269,20</del>
32. Halteelement (Pfeiler, Haken, Gewinde usw.), je Stelle	48,70 <del>47,30</del>
33. Kieferbruchschiene: gegossen, pro Stelle und Band	52,00 <del>50,50</del>
34. Kieferbruchschiene: aus Kunststoff, pro Stelle und Klammer	19,60 <del>19,00</del>
35. Bänderschienen, pro Stelle und Band	27,90 <del>27,10</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	27,90 <del>27,10</del>
37. Schiefe Ebene	70,00 <del>68,00</del>
38. Schutzbrille	65,50 <del>63,70</del>
39. Kinnkappe	66,80 <del>64,90</del>
40. Aktivator zur Dehnbehandlung von Kieferklemmen	155,70 <del>151,30</del>
41. Resektionsgelenk für Resektionsprothese	138,70 <del>134,80</del>
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)	14,60 <del>14,20</del>
b) Durchleuchtung ohne Kontrastmittel, Thorax-Röntgen	29,70 <del>28,90</del>
c) Mammographie	44,50 <del>43,20</del>
2. Tarifgruppe II: Durchleuchtung mit Kontrastmittel	91,10 <del>88,50</del>
3. Tarifgruppe III: Ultraschall/Sonographie	
a) US/Sono ohne Doppler	46,60 <del>45,30</del>
b) US/Sono mit Doppler	113,30 <del>110,10</del>
4. Tarifgruppe IV: Computer- Tomographie (CT)	131,00 <del>127,30</del>
5. Tarifgruppe V: Magnetresonanz-Tomographie (MR)	131,00 <del>127,30</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 Körpervenien
  - 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.“