

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. 35/2020, wird verordnet:

Die Sondergebührenverordnung 2019, LGBl. Nr. 28/2019, zuletzt in der Fassung LGBl. Nr. 13/2020, wird wie folgt geändert:

1. § 2 Abs. 3 lautet:

„(3) Die Grundgebühr beträgt pro Pflgetag für

1. das Landeskrankenhaus - Universitätsklinikum Graz 8,262 % der täglichen Pflegegebühr;
2. die Landeskrankenhäuser Hochsteiermark, Graz II ausgenommen die Abteilungen für Psychiatrie, Feldbach-Fürstenfeld und Murtal 9,496 % der täglichen Pflegegebühr;
3. die Abteilungen für Psychiatrie des Landeskrankenhauses Graz II 9,689 % der täglichen Pflegegebühr;
4. die übrigen Landeskrankenhäuser 8,661 % der täglichen Pflegegebühr;
5. die dem Landeskrankenhaus - Universitätsklinikum Graz sowie dem Landeskrankenhaus Hochsteiermark angegliederten Bereiche der Sonderkrankenanstalt Theresienhof Frohnleiten 9,496 % der täglichen Pflegegebühr des Landeskrankenhauses Hochsteiermark.“

2. § 2 Abs. 5 lautet:

„(5) Der Basisbetrag der Strukturpauschale beträgt 516,50 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 | 258,30 |
| 2 Pflgetage | 50 | 258,30 |
| 3 Pflgetage | 75 | 387,50 |
| 4 Pflgetage | 75 | 387,50 |
| 5 Pflgetage | 90 | 465,00 |
| 6 Pflgetage | 90 | 465,00 |
| 7 Pflgetage | 100 | 516,50 |
| 8 Pflgetage | 100 | 516,50 |
| 9 Pflgetage | 100 | 516,50 |
| 10 Pflgetage | 110 | 568,40 |
| 11 Pflgetage | 110 | 568,40 |
| 12 Pflgetage | 120 | 620,00 |
| 13 Pflgetage | 120 | 620,00 |
| 14 Pflgetage | 130 | 671,60 |
| mehr als 14 Pflgetage | 130 | 671,60“ |

3. § 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 | 23,90 | für den 1. bis 10. Tag je | 37,40 |
| für den 11. bis 20. Tag je | 19,60 | für den 11. bis 20. Tag je | 29,90 |
| für den 21. bis 30. Tag je | 16,50 | ab dem 21. Tag je | 18,70 |
| ab dem 31. Tag je | 12,10 | | “ |

4. In § 5 wird die Zahl „137,00“ durch die Zahl „139,30“ ersetzt.

5. § 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 | 41,10 |
| Gruppe II | 78,90 |
| Gruppe III | 145,10 |
| Gruppe IV | 305,50 |
| Gruppe V | 503,00 |
| Gruppe VIa | 700,80 |
| Gruppe VIb | 902,30 |
| Gruppe VII | 1 087,40 |
| Gruppe VIIa | 1 437,40 |
| Gruppe VIIb | 1 977,30” |

6. In § 8 Abs. 1 wird die Zahl „36,70“ durch die Zahl „37,80“ ersetzt.

7. In § 9 wird die Zahl „968,90“ durch die Zahl „997,00“ ersetzt.

8. In § 11 Abs. 2 wird die Zahl „163,00“ durch die Zahl „167,70“ ersetzt.

9. § 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 | 1 164,90 |
| 2. Strahlentherapie Spezialtechniken | <ul style="list-style-type: none"> – Intensitätsmodulierte Bestrahlung (IMRT, VMAT) Adaptive Bestrahlungen, Gating, Tracking, inklusive Bildgebung – Brachytherapie – stereotaktische Bestrahlungen (nur wenn konventionell dosiert) – Ganzkörperbestrahlungen – Ganzhautbestrahlungen | 2 617,90 |
| 3. Intraoperative Strahlentherapie (IORT) | IORT mit Elektronen an einem dediziertem Gerät oder am Linearbeschleuniger | 1 243,50“ |

10. § 12 Abs. 3 bis 5 lauten:

„(3) Für die Leistung „Bestrahlung Röntgentherapie“ ist eine Arztgebühr in Höhe von 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 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 1 840,80 Euro innerhalb eines Zeitraumes von drei Monaten ab Beginn dieser Leistung zu verrechnen.“

11. In § 13 wird die Zahl „207,40“ durch die Zahl „213,40“ ersetzt.

12. In § 14 wird die Zahl „133,70“ durch die Zahl „137,60“ ersetzt.

13. § 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 | 34,60 |
| 2. 24-Stunden-Blutdruck-Monitoring | 30,10 |
| 3. Langzeit-EEG oder Brain Mapping mit EEG oder evozierte Potenziale | 94,60 |
| 4. Oxycardiorespirographie | 74,40 |
| 5. Flusszytometrie je Patientin/Patient (Blutprobe) | 7,60 |
| 6. Elektromyographie (EMG) | 94,60 |
| 7. Intrakranielle Druckmessung (durch die Fontanelle) | 74,40 |
| 8. Diagnostischer Links und/oder Rechtsherzkatheter | 559,10 |
| 9. Elektrophysiologische Untersuchung bei Herzrhythmusstörungen (EPU) | 559,10 |
| 10. Herzkatheter inklusive Ballondilatation oder Stentimplantation | 1 001,30 |
| 11. Rechtsherzkatheter mit mechanischer Intervention (Herzklappensprengung) | 1 001,30 |
| 12. Rechts- und Linksherzkatheter mit mechanischer Intervention (Herzklappensprengung) | 1 001,30 |
| 13. Elektrophysiologische Untersuchung bei Herzrhythmusstörungen und Ablation | 1 001,30 |
| 14. Herzkatheter inklusive Ballondilatation und Stentimplantation | 1 117,70 |
| 15. Verschluss eines offenen Foramen oval | 1 117,70“ |

14. § 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: 81,90 Euro und
2. Einbettzimmer: 155,80 Euro.

(3) Die pauschalierte Arztgebühr ersetzt die Gebühren nach § 3 Abs. 2 und beträgt 51,80 Euro.“

15. § 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 | 133,20 | 130,20 |

| | | |
|---|--------|---------|
| 2. Orale Doppelballonenteroskopie | | |
| Gruppe II: 1. Coloskopien mit Eingriffen mittels Schlinge 2. Aborale Doppelballonenteroskopie | 265,80 | 259,80 |
| Gruppe III: 1. zweitägiger (voll)stationärer Aufenthalt von Gruppe I oder Gruppe II beim Risikopatient aufgrund von Risikokriterien 2. Orale und aborale Doppelballonenteroskopie | 332,70 | 325,20 |
| Gruppe IV: 1. Doppelballonenteroskopie mit therapeutischer Intervention | 366,40 | 358,20" |

16. In § 18 Abs. 1 wird die Zahl „503,60“ durch die Zahl „512,20“ ersetzt.

17. In § 18 Abs. 2 wird die Zahl „756,70“ durch die Zahl „778,60“ ersetzt.

18. In § 19 wird die Zahl „29,10“ durch die Zahl „29,90“ ersetzt.

19. Der Text des § 22a erhält die Absatzbezeichnung „(1)“. Dem Abs. 1 wird folgender Abs. 2 angefügt:

„(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.“

20. Die Anhänge B und C werden neu erlassen.

Für die Steiermärkische Landesregierung: