Textgegenüberstellung

Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom [...] über die Festsetzung der Sondergebühren in der Sonderklasse der Landeskrankenanstalten ~~2025~~2024 (Sondergebührenverordnung ~~2025~~2024)

Auf Grund der §§ 75, 76 und 79 des Stmk. Krankenanstaltengesetzes 2012, LGBl. Nr. 111/2012, zuletzt in der Fassung LGBl. Nr. 20/2022, wird verordnet:

Inhaltsverzeichnis

1. Abschnitt Allgemeines

- § 1 Sondergebühren
- § 2 Vorschreibung der Sondergebühren
- § 3 Ermäßigungen

2. Abschnitt Anstaltsgebühren

- § 4 Zweck, Zusammensetzung und Höhe der Anstaltsgebühren

3. Abschnitt Arztgebühren

- § 5 Zweck und Zusammensetzung der Arztgebühren
- § 6 Tagesgebühr
- § 7 Labor- und Pathologiepauschale
- § 8 Gebühren für operative Eingriffe
- § 9 Entbindungspauschale Gynäkologie und Anästhesiologie
- § 10 Konsiliargebühr
- § 11 Herzpauschale
- § 12 Bildgebende Diagnostik
- § 13 Nuklearmedizinische Leistungen
- § 14 Strahlentherapeutische Leistungen
- § 15 Besondere diagnostische und therapeutische Leistungen
- § 16 Pauschalabgeltung für Katarakt-Operationen
- § 17 Extrakorporale hochenergetische orthopädische Stoßwellentherapien
- § 18 Pauschale für Aufenthalte auf Intensivstationen/-einheiten
- § 19 Pauschale für hyperbare Oxygenierung in der Überdruckkammer

4. Abschnitt Pauschalabgeltung für Anstalts- und Arztgebühren

- § 20 Pauschalabgeltung für Behandlungen auf ausgewählten Organisationseinheiten
- § 21 Pauschalabgeltung für Coloskopie sowie Doppelballonenteroskopie
- § 22 Pauschalabgeltung für stationär durchgeführte Tumornachsorgen

5. Abschnitt Hebammengebühr

- § 23 Höhe der Hebammengebühr

6. Abschnitt Schlussbestimmungen

- § 24 Inkrafttreten
- § 25 Außerkrafttreten

Anlage 1
Anlage 2

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

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.

§ 3

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.

2. Abschnitt Anstaltsgebühren

§ 4

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 Pflage-tag für
1. das Landeskrankenhaus - Universitätsklinikum Graz ~~6,7257,683~~ % der täglichen Pflage-gebühr;
 2. die Landeskrankenhäuser Hochsteiermark, Graz II ausgenommen die Abteilungen für Psychiatrie, Oststeiermark und Murtal ~~7,5867,887~~ % der täglichen Pflage-gebühr;
 3. die Abteilungen für Psychiatrie des Landeskrankenhauses Graz II ~~7,9378,200~~ % der täglichen Pflage-gebühr;
 4. die übrigen Landeskrankenhäuser ~~6,9197,194~~ % der täglichen Pflage-gebühr;
 5. die dem Landeskrankenhaus - Universitätsklinikum Graz sowie dem Landeskrankenhaus Hochsteiermark angegliederten Bereiche der Sonderkrankenanstalt Theresienhof Frohnleiten ~~7,8877,586~~ % der täglichen Pflage-gebühr des Landeskrankenhauses Hochsteiermark.
- (4) Bei elektronischer Datenkommunikation für den Austausch der Aufnahmeanzeige/Kostenübernahmeerklärung (EDI-KOST) ist pro Pflage-tag als Pauschalabgeltung ein Betrag von 1,33 Euro zu verrechnen. Bei elektronischer Abrechnung (EDI-LEIST) ist pro Pflage-tag 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 zu verrechnen.
- (5) Der Basisbetrag der Strukturpauschale beträgt ~~607,00592,80~~ Euro. Die Strukturpauschale ist pro Fall je nach Aufenthaltsdauer (SKL-Pflage-tage) zu verrechnen und beträgt für:

Aufenthaltsdauer	Prozentsatz vom Basisbetrag	gerundeter Betrag in Euro
1 Pflage-tag	50	303,50296,40
2 Pflage-tage	50	303,50296,40
3 Pflage-tage	75	455,30444,60
4 Pflage-tage	75	455,30444,60
5 Pflage-tage	90	546,30533,50
6 Pflage-tage	90	546,30533,50
7 Pflage-tage	100	607,00592,80
8 Pflage-tage	100	607,00592,80
9 Pflage-tage	100	607,00592,80
10 Pflage-tage	110	667,70652,10
11 Pflage-tage	110	667,70652,10
12 Pflage-tage	120	728,40711,40
13 Pflage-tage	120	728,40711,40
14 Pflage-tage	130	789,10770,60
mehr als 14 Pflage-tage	130	789,10770,60

3. Abschnitt Arztgebühren

§ 5

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 (§ 6) und einer Labor- und Pathologiepauschale (§ 7) sowie je nach erbrachten ärztlichen Leistungen zusätzlich aus:

1. Gebühren für operative Eingriffe nach Operationsgruppen (§ 8),
2. Entbindungspauschale Gynäkologie und Anästhesiologie (§ 9),
3. einer Konsiliargebühr (§ 10),
4. einer Herzpauschale (§ 11),
5. Gebühren für bildgebende Diagnostik (§ 12),
6. einer Pauschale für nuklearmedizinische Leistungen (§ 13),
7. Gebühren für strahlentherapeutische Leistungen (§ 14),
8. Gebühren für besondere diagnostische und therapeutische Leistungen (§ 15),
9. einer Pauschalabgeltung für Katarakt-Operationen (§ 16),
10. einer Pauschale für extrakorporale hochenergetische orthopädische Stoßwellentherapie (§ 17),
11. Pauschale für Aufenthalte auf Intensivstationen/-einheiten (§ 18),
12. Pauschale für hyperbare Oxygenierung in der Überdruckkammer (§ 19).

§ 6

Tagesgebühr

(1) Für Leistungen in der Sonderklasse ist eine Tagesgebühr zu verrechnen. Die jeweilige Tagesgebühr richtet sich nach der Dauer des Krankenhausaufenthaltes und beträgt:

Aufenthaltsdauer	Betrag in Euro
für den 1. bis 10. Tag je	26,60 25,60
für den 11. bis 20. Tag je	21,30 20,50
für den 21. bis 30. Tag je	18,70 18,00
ab dem 31. Tag je	13,30 12,80

(2) An der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde und der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendchirurgie des Landeskrankenhauses – Universitätsklinikum Graz sowie der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde des Landeskrankenhauses Hochsteiermark, Standort Leoben, ist ein Zuschlag von 50 % zu den in Abs. 1 angeführten Tagesgebühren zu leisten.

(3) Wenn ärztliche Leistungen nach Anlage 1 erbracht werden, sind diese nach Operationsgruppen zu berechnen und neben der Tagesgebühr abzugelten.

§ 7

Labor- und Pathologiepauschale

Die Labor- und Pathologiepauschale beträgt je Fall 163,20~~158,60~~ Euro.

§ 8

Gebühren für operative Eingriffe

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

Operationsgruppe	Betrag in Euro
------------------	----------------

Operationsgruppe	Betrag in Euro
Gruppe 1	69,20 66,60
Gruppe 2	138,20 133,00
Gruppe 3	255,30 245,70
Gruppe 4	532,00 512,00
Gruppe 5	878,10 845,10
Gruppe 6	1 218,40 1 172,70
Gruppe 7	1 894,20 1 823,10
Gruppe 8	2 974,30 2 862,70

(2) Die Verrechnung mehrerer Operationsleistungen während eines ununterbrochenen Krankenhausaufenthaltes ist mit der Maßgabe zulässig, dass

1. bei einem Behandlungsfall von einer oder mehreren medizinischen Organisationseinheiten mehrere Operationsleistungen erbracht werden. Hier sind für die behandelnden Organisationseinheiten grundsätzlich maximal zwei Operationsleistungen pro behandelnder medizinischer Organisationseinheit zu verrechnen;
2. bei einem Behandlungsfall mehrere Operationsleistungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten und damit in mehreren Eingriffen erbracht werden. Hier sind für jeden dieser Eingriffe je medizinischer Organisationseinheit maximal zwei Operationsleistungen zu verrechnen (maximal zwei Operationsleistungen pro behandelnder medizinischer Organisationseinheit und Eingriff).

Werden innerhalb eines Eingriffs von einer Organisationseinheit zwei Operationsleistungen verrechnet, ist die höhere Operationsgruppe zu 100 % und die zweite zu 85 % zu verrechnen.

(3) Für unaufschiebbare operative Eingriffe, die zu den nachstehend angeführten Zeiten durchgeführt werden müssen, ist ein Zuschlag von 50 % zur jeweils verrechneten Arztgebühr für die Operationsleistungen gemäß Anlage 1 zu verrechnen, 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.

(4) Bei der Durchführung von Narkosen bei operativen Eingriffen 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 zu leisten. Werden von einer oder mehreren medizinischen Organisationseinheiten mehrere Operationsleistungen durchgeführt, errechnet sich der Anästhesiezuschlag von der jeweils höchsten Operationsgruppe je operativen Eingriff.

(5) Für eine Regional-/Lokalanästhesie ist eine pauschale Arztgebühr in der Höhe von ~~105,10~~~~101,60~~ Euro zu verrechnen.

(6) Eingriffe und Leistungen, die der unmittelbaren Vorbereitung der Operation und der Schmerzbetäubung dienen, dürfen nicht gesondert verrechnet werden.

(7) Sollten zahn- und kieferärztliche Eingriffe auf einer derartigen Fachabteilung nicht nach Anlage 1 zu verrechnen sein, sind diese nach Anlage 2 abzugelten.

§ 9

Entbindungspauschale Gynäkologie und Anästhesiologie

Bei jeder Entbindung unabhängig von der Art sind für die Abgeltung aller mit der Entbindung in Zusammenhang stehenden operativen Eingriffe (inkl. Standby-Leistung der Gynäkologie) folgende pauschale Arztgebühren zu verrechnen:

1. Entbindungspauschale – Gynäkologie: ~~541,30~~~~523,50~~ Euro und
2. Entbindungspauschale – Anästhesiologie: ~~311,10~~~~300,90~~ Euro.

§ 10

Konsiliargebühr

(1) Jede im Interesse der Patientin/des Patienten erforderliche Konsiliartätigkeit durch eine/einen nicht der Organisationseinheit 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 ~~47,60~~~~46,00~~ Euro.

(2) Zahn- und kieferärztliche Leistungen sind nach den Ansätzen der Anlage 1 und 2 zu vergüten.

§ 11

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 ~~1 256,00~~~~1 214,70~~ Euro zu verrechnen.

§ 12

Bildgebende Diagnostik

Die Arztgebühren für Leistungen der bildgebenden Diagnostik werden in folgende Tarifgruppen eingeteilt und sind gesondert nach Anlage 3 zu verrechnen:

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

§ 13

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 ~~201,30~~~~195,60~~ Euro (Nuklearmedizinpauschale) zu verrechnen.

§ 14

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	1 467,50 1 419,20
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 	3 297,80 3 189,40
3. Intraoperative Strahlentherapie (IORT)	IORT mit Elektronen an einem dediziertem Gerät oder am Linearbeschleuniger	1 566,40 1 514,90

(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 ~~89,00~~~~86,10~~ Euro gesondert zu verrechnen, wenn keine der in Abs. 1 genannten Tarifgruppen zur Abrechnung gelangt. Diese Arztgebühr ist maximal drei Mal pro Fall und Aufenthalt zu verrechnen.

(4) Für stereotaktische Einzelbestrahlungen mit dem Linearbeschleuniger ist zusätzlich zur jeweiligen Tarifgruppe pro Indikation eine pauschale Arztgebühr in Höhe von ~~1 855,10~~^{1 794,10} 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 ~~2 318,80~~^{2 242,60} Euro innerhalb eines Zeitraumes von drei Monaten ab Beginn dieser Leistung 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	43,50 ^{42,10}
2. 24-Stunden-Blutdruck-Monitoring	37,90 ^{36,70}
3. Langzeit-EEG oder Brain Mapping mit EEG oder evozierte Potenziale	119,10 ^{115,20}
4. Oxycardiorespirographie	93,70 ^{90,60}
5. Flusszytometrie je Patientin/Patient (Blutprobe)	9,60 ^{9,30}
6. Elektromyographie (EMG)	119,10 ^{115,20}
7. Intrakranielle Druckmessung (durch die Fontanelle)	93,70 ^{90,60}
8. Diagnostischer Links und/oder Rechtsherzkatheter	704,40 ^{681,20}
9. Elektrophysiologische Untersuchung bei Herzrhythmusstörungen (EPU)	704,40 ^{681,20}
10. Herzkatheter inklusive Ballondilatation oder Stentimplantation	1 261,40 ^{1 219,90}
11. Rechtsherzkatheter mit mechanischer Intervention (Herzklappensprengung)	1 261,40 ^{1 219,90}
12. Rechts- und Linksherzkatheter mit mechanischer Intervention (Herzklappensprengung)	1 261,40 ^{1 219,90}
13. Elektrophysiologische Untersuchung bei Herzrhythmusstörungen und Ablation	1 261,40 ^{1 219,90}
14. Herzkatheter inklusive Ballondilatation und Stentimplantation	1 408,10 ^{1 361,80}
15. Verschluss eines offenen Foramen oval	1 408,10 ^{1 361,80}
16.1 Endoskopische Leistungen diagnostisch – Gruppe 1 (Cystoskopie und Blasenmanometrie, Hysteroskopie, obere Luftwege, Nasennebenhöhlen, Bronchoskopie/EBUS ohne PE, Ösophagogastroduodenoskopie/EUS ohne PE, Rektoskopie/Anoskopie)	161,80 ^{156,50}
16.2. Endoskopische Leistungen diagnostisch – Gruppe 2 (Bronchoskopie/EBUS mit PE, Ösophagogastroduodenoskopie/EUS mit PE, Coloskopie mit/ohne PE, ERCP)	423,70 ^{409,80}
17.1. Peritonealdialyse (je Sitzung)	681,70 ^{659,30}
17.2. Hämodialyse (je Sitzung)	1 451,20 ^{1 403,50}
17.3. Photopherese (je Sitzung)	736,70 ^{712,50}
18. Narkose bei besonderen diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen	280,50 ^{271,30}

(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 gemäß § 18 Abs. 2 festgelegte Arztgebühr 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 gemäß § 18 Abs. 1 festgelegte Arztgebühr zu verrechnen.

§ 16

Pauschalabgeltung für Katarakt-Operationen

(1) Die pauschalen Arztgebühren sind für nachfolgende Leistungen gesondert zu verrechnen und betragen für:

Leistung	Betrag in Euro
1. Katarakt-Operation	1 176,30 137,60
2. Katarakt-Operation – Anästhesiepauschale	564,70 546,10
3. Intravitreale operative Medikamentengaben (IVOM), ausschließlich in Verbindung mit einer Katarakt-Operation	173,20 167,50

(2) Als Zusatzeingriff bei Katarakt-Operationen gemäß Abs. 1 ist die Operationsleistung A315 nach Anlage 1 gesondert zu verrechnen.

§ 17

Extrakorporale hochenergetische orthopädische Stoßwellentherapien

Für extrakorporale hochenergetische orthopädische Stoßwellentherapien (ESWT) sind folgende pauschale Arztgebühren zu verrechnen:

1. ESWT – Pauschale: ~~268,70~~ 259,90 Euro und
2. ESWT – Anästhesiepauschale: ~~129,00~~ 124,80 Euro.

§ 18

Pauschale für Aufenthalte auf Intensivstationen/-einheiten

(1) Für Aufenthalte auf Intensivstationen/-einheiten bzw. Stroke units, die im LKF-Abrechnungssystem anerkannt sind, ist als Arztgebühr für die Intensivbehandlung ein Betrag in der Höhe von ~~714,30~~ 690,80 Euro einmal pro Fall zu verrechnen.

(2) Für Aufenthalte in speziellen Funktionsbereichen mit Intensiv- bzw. Funktionsbetten gemäß LKF-Abrechnungssystem ist als Arztgebühr für die Erbringung von intensivmedizinischen Leistungen ein Betrag in der Höhe von ~~561,70~~ 543,20 Euro einmal pro Fall zu verrechnen. Folgende intensivmedizinischen Leistungen sind davon umfasst:

1. Exakte Flüssigkeitsbilanzierung bei akuter Pankreatitis
2. Überwachung der Herz- Kreislauffunktionen im Rahmen von
 - a) Akuten Herzrhythmusstörungen
 - b) Akutem Myokardinfarkt
 - c) Akute Herzinsuffizienz in den Stadien NYHA III und NYHA IV
 - d) Hypertone Krise (RR syst.: ab 220) mit/ohne Linksherzinsuffizienz
3. Alt-Insulin-Applikationen als Dauertropf über Infusionenpumpen im Rahmen entgleister diab. Situation (K+>5; BZ ab 400 mg/dl)
4. Hochdosis-Chemotherapien auf Isolierstationen bei Hämato-onkologischen Patientinnen/Patienten (alle Leukämien, hochmaligne Lymphome) und hochmalignen Karzinomen
5. Therapien bei unmittelbar knochenmarktransplantierten Patientinnen/Patienten (KMT-Zentren)
6. Akuttherapie nach Schlaganfällen
7. Therapien in fortgeschrittenen Stadien von Parkinsonsyndromen (akinetische Krise), bei multipler Sklerose (Myelitis mit hohem Querschnitt, beatmet), bei Polyneuropathien (Guillain-Barré Syndrom, Atemlähmung) und bei beatmeten Apallikern
8. Therapien bei AIDS-Patientinnen/Patienten im präfinalen Stadium mit absehbarer vitaler Bedrohlichkeit und Komplikationen (wie z. B. Pneumonien, Meningitiden, Kaposi-Syndrom)
9. Liegendes Schleusensystem nach Interventionen an Coronararterien oder peripheren Arterien
10. Überwachung nach interventionellen Eingriffen an peripheren Arterien bzw. dem Coronarsystem
11. Überwachung nicht lysierbarer PAE-Patientinnen/Patienten ab Grosser-Stadium III

§ 19

Pauschale für hyperbare Oxygenierung in der Überdruckkammer

Für die Durchführung von hyperbaren Oxygenierungen in der Überdruckkammer während eines stationären Aufenthaltes ist eine pauschale Arztgebühr in der Höhe von ~~675,00~~~~652,80~~ Euro einmal pro Fall zu verrechnen.

4. Abschnitt

Pauschalabgeltung für Anstalts- und Arztgebühren

§ 20

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),
- Remobilisation und Nachsorge (RNS)
- Neuro-Rehab C sowie
- Palliativmedizin.

(2) Für die Behandlung auf den in Abs. 1 genannten Einheiten werden die pauschalierten Anstaltsgebühren, welche die Gebühren nach § 4 Abs. 2 Z 1 und 3 ersetzen, und die pauschalierten Arztgebühren, welche die Gebühren nach § 5 Abs. 2 ersetzen, mit folgenden Beträgen festgesetzt:

Leistung	Anstaltsgebühr in Euro	Arztgebühr in Euro
1. Akutgeriatrie und Remobilisation, Neuro-Rehab C sowie Palliativmedizin		
a) Zweibettzimmer	99,20 96,40	65,20 63,10
b) Einbettzimmer	188,50 183,20	65,20 63,10
2. Remobilisation und Nachsorge		
a) Zweibettzimmer	64,80 63,00	41,30 39,90
b) Einbettzimmer	123,30 119,80	41,30 39,90

(3) Die jeweiligen Pauschalbeträge nach Abs. 2 sind insgesamt pro Patientin/Patient und Kalenderjahr für maximal 28 Aufenthaltstage zu verrechnen. Ausgenommen davon sind Aufenthalte auf Einheiten für Akutgeriatrie und Remobilisation und/oder Remobilisation und Nachsorge, hier sind insgesamt nur 28 Aufenthaltstage pro Kalenderjahr pro Patientin/Patient zu verrechnen. Bei Voraufhalten in einer vergleichbaren Einrichtung einer Krankenanstalt eines anderen Rechtsträgers ist der Pauschalbetrag für den Aufenthalt noch für weitere 14 Aufenthaltstage zu verrechnen.

§ 21

Pauschalabgeltung für Coloskopie sowie Doppelballonenteroskopie

(1) Die pauschalierte Anstaltsgebühr für Coloskopien sowie Doppelballonenteroskopien, die die Gebühren nach § 4 Abs. 2 Z 1 und 3 ersetzt, und die pauschalierte Arztgebühr, welche die Gebühren nach § 5 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	161,10 156,60	164,10 158,70
Gruppe II: 1. Coloskopien mit Eingriffen mittels Schlinge	321,60 312,50	327,40 316,60

Gruppe	Anstaltsgebühr in Euro	Arztgebühr in Euro
2. Aborale Doppelballonenteroskopie		
Gruppe III: 1. zweitägiger (voll)stationärer Aufenthalt von Gruppe I oder Gruppe II beim Risikopatient bei der Risikopatientin/beim Risikopatienten aufgrund von Risikokriterien 2. Orale und aborale Doppelballonenteroskopie	402,40 391,10	409,70 396,20
Gruppe IV: 1. Doppelballonenteroskopie mit therapeutischer Intervention	443,30 430,80	451,10 436,30

(2) Bei Durchführung einer Doppelballonenteroskopie bei Patientinnen/Patienten mit Risikoprofil kann die Pauschalabgeltung für die Anstaltsgebühr nach Abs. 1 um die jeweils für einen Pflegeatag berechnete Grundgebühr nach § 4 Abs. 3 und die Strukturpauschale nach § 4 Abs. 5 erhöht werden.

§ 22

Pauschalabgeltung für stationär durchgeführte Tumornachsorgen

(1) Die pauschalierte Anstaltsgebühr für stationär durchgeführte Tumornachsorgen ersetzt die Gebühren nach § 4 Abs. 2 Z 1 bis 3 und beträgt ~~619,80~~**602,30** Euro.

(2) Die für diese Leistung zu verrechnende pauschalierte Arztgebühr ersetzt die Gebühren nach § 5 Abs. 2 und beträgt ~~980,90~~**948,60** 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

§ 23

Höhe der Hebammengebühr

Für die Begleitung bei der Geburt während eines stationären Aufenthaltes durch eine in der Anstalt angestellte Hebamme ist eine pauschale Hebammengebühr in Höhe von ~~37,90~~**36,50** Euro zu verrechnen. Diese pauschale Hebammengebühr kommt zur Gänze der Hebamme zu.

6. Abschnitt

Schlussbestimmungen

§ 24

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt mit 1. Jänner ~~2025~~**2024** in Kraft.

§ 25

Außerkräftreten

Mit Inkrafttreten dieser Verordnung tritt die Sondergebührenverordnung ~~2023~~2024, LGBL. Nr. ~~31/2024~~~~98/2022~~, außer Kraft.

Anlage 1

Anlage 2

Arztgebühren für Sonderleistungen auf dem Gebiet der Zahnheilkunde

A) konservierend:	Betrag in Euro
1. Einfache Zahnextraktion mit Anästhesie	20,40 19,70
2. Einfache Zahnextraktion ohne Anästhesie	12,70 12,30
3. Nachblutung mit Naht (Blutstillung durch Naht)	38,60 37,30
4. Taschenabtragung, Blutstillung durch Tampon plus Injektion	28,70 27,80
5. eine Ordination – Zahnsteinentfernung bis zu drei Sitzungen plus Spray, Stomatitisbehandlung pro Sitzung, Profundusbehandlung, ein bis drei Behandlungen von Mundkrankheiten, Ligatur gelockerter Zähne	18,10 17,50
6. Vitalitätsprüfung, Nachbehandlung, Ätzen von Zahnhälsen, Einschleifen des Gebisses bis zu drei Sitzungen, Abnahme festsitzender techn. Arbeiten, Behebung von Druckstellen u. dgl.	10,00 9,70
7. Wiedereinzementierung von technischen Arbeiten sowie Zementfüllung	28,20 27,30
8. Lachgasnarkose (Äther, Chlor-Ä. usw.)	38,60 37,30
9. Dolor-post-Behandlung mit Anästhesie pro Sitzung	16,00 15,50
10. Behandlung einer Nachblutung mit Platte und Medikament	110,00 106,40
11. Injektionsserienbehandlung des Kiefergelenkes	77,00 74,50
12. Kiefergelenksschiene im Ober- und Unterkiefer (je Kiefer)	154,00 148,90
13. Einflächefüllung (Amalgan, Silikat, Kunststoff einschließlich Unterlage)	18,90 18,30
14. Zweiflächenfüllung	27,00 26,10
15. Dreiflächenfüllung (MOD)	63,40 61,30
16. Exstirpation einkanalig	39,50 38,20
17. Exstirpation zweikanalig	58,50 56,60
18. Exstirpation dreikanalig	104,70 101,30
19. Unvollständige Wurzelbehandlung pro Sitzung, nur bis zu zwei Sitzungen	16,00 15,50
20. Stiftaufbau	36,00 34,80

B) Prothetik:	Betrag in Euro
1. Zahnprothese: je Zahn und Klammer	24,60 23,80
2. Plattenzuschlag für Zahnprothesen	131,30 127,00
3. zusätzlicher Plattenzuschlag bei ein bis fünf Zähnen	50,70 49,00
4. zusätzlicher Plattenzuschlag bei sechs bis acht Zähnen	24,60 23,80
5. zusätzlicher Plattenzuschlag bei neun bis elf Zähnen	18,60 18,00
6. kein Plattenzuschlag bei 12 bis 14 Zähnen	0,00
7. Bruch, Sprung, Wiederbefestigung, je Zahn oder Klammer	47,40 45,80
8. Ersatz eines gebrochenen Zahnes, einer Klammer, Anbringung eines Saugers, Erweiterung der Platte um einen Zahn	50,70 49,00
9. Zwei Leistungen der beiden vorgenannten Arbeiten oder Erweiterung der	68,30 66,10

B) Prothetik:	Betrag in Euro
Platte um zwei Zähne	
10. Mehr als zwei Leistungen der obgenannten Arbeiten oder Erweiterung der Platte um drei Zähne oder partielle Unterfütterung der Platte	81,40 78,70
11. Totale Unterfütterung eines totalen Zahnersatzstückes	131,30 127,00
12. Inlay, einflächig	59,80 57,80
13. Inlay, zweiflächig	76,60 74,10
14. Inlay, dreiflächig	99,30 96,00
15. Krone, gestanzt, Branddeckel, Kunststoff	88,10 85,20
16. Krone: Vollgußkrone	108,90 105,30
17. Krone: Richmond-, Jacket-, facettierte Krone	335,40 324,40
18. Brückenglied: voll	88,60 85,70
19. Brückenglied: facettiert	96,30 93,10
20. Teleskopbrücke o. Prothese, pro Stelle (Modellguss)	219,60 212,40
21. Stahlguss skelett	349,00 337,50
22. Stahlgussplatte, Skelett aus Edelmetall, fortlaufende Klammer oder Stahlbügel, einfacher Guss	203,00 196,30
23. Einbau von Gelenken oder Druckklammern	70,20 67,90
24. Geschiebe mit oder ohne Feder, je Stück	35,70 34,50
25. Obturator: voll, für Cysten	65,10 63,00
26. Obturator: hohl und geteilt, für Resektionskloß	437,50 423,10
27. Obturator: hohl	263,20 254,50
28. Gesichtsprothese: groß (Ohr, Nase, Wange usw.)	437,30 422,90
29. Gesichtsprothese: mittel	327,30 316,50
30. Gesichtsprothese: einfach	219,10 211,90
31. Gerüstimplantate für Stahl oder Pfeiler	349,00 337,50
32. Halteelement (Pfeiler, Haken, Gewinde usw.), je Stelle	61,30 59,30
33. Kieferbruchschiene: gegossen, pro Stelle und Band	65,60 63,40
34. Kieferbruchschiene: aus Kunststoff, pro Stelle und Klammer	24,60 23,80
35. Bänderschienen, pro Stelle und Band	35,20 34,00
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	35,20 34,00
37. Schiefe Ebene	88,10 85,20
38. Schutzbrille	82,50 79,80
39. Kinnkappe	84,10 81,30
40. Aktivator zur Dehnbehandlung von Kieferklemmen	196,00 189,60
41. Resektionsgelenk für Resektionsprothese	174,80 169,10
Werden Leistungen in mehreren Sitzungen erbracht, so gelten die Gebühren für die ganze Behandlungsdauer (z.B. Gesichtsprothese).	

Anlage 3

Arztgebühren für bildgebende Diagnostik

Tarifgruppen	Betrag in Euro
1. Tarifgruppe I: Konventionelles Röntgen, Durchleuchtung ohne Kontrastmittel	
a) Konventionelles Röntgen (außer Thorax-Röntgen und	17,50 17,00

Tarifgruppen	Betrag in Euro
Mammographie)	
b) Durchleuchtung ohne Kontrastmittel, Thorax-Röntgen	35,80 34,80
c) Mammographie	53,50 52,00
2. Tarifgruppe II: Durchleuchtung mit Kontrastmittel	109,60 106,50
3. Tarifgruppe III: Ultraschall/Sonographie	
a) US/Sono ohne Doppler	56,10 54,50
b) US/Sono mit Doppler	136,30 132,50
4. Tarifgruppe IV: Computer-Tomographie (CT)	157,50 153,10
5. Tarifgruppe V: Magnetresonanz-Tomographie (MR)	157,50 153,10

(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 Körpervenvenen
 - 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 Anlage 1 verrechnet werden. Ist zusätzlich zur Untersuchung der oben angeführten Verrechnungsregionen (Z 1 bis 9) eine gezielte Intervention erforderlich, kann die hierfür entsprechende Operationsgruppe nach Anlage 1 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 Anlage 1 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 Anlage 1 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 Anlage 1 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 Anlage 1 gesondert verrechnet werden.