

Begutachtungsentwurf

Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom [...] über die Festsetzung der Ambulanzgebühren der Landeskrankenanstalten (Steiermärkische Ambulanzgebührenverordnung 2026)

Auf Grund des § 79 in Verbindung mit § 75 Abs.1 und § 77 des Steiermärkischen Krankenanstaltengesetzes 2012, LGBl. Nr. 111/2012, zuletzt in der Fassung LGBl. Nr. 68/2025, wird verordnet:

§ 1

Ambulanzgebühren

(1) Ambulanzgebühren sind Sondergebühren für jede in der Krankenanstalt vorgenommene ambulante Untersuchung und Behandlung einschließlich der Blutabnahme nach straßenpolizeilichen Vorschriften.

(2) Die Ambulanzgebühren bestehen aus der Anstaltsgebühr und einer allfälligen Arztgebühr.

(3) Die Anstaltsgebühr ist dem Rechtsträger für den Personal- und Sachaufwand, welcher der Krankenanstalt aus der ambulanten Untersuchung und Behandlung erwächst, zu entrichten.

(4) Die Arztgebühr ist dem Rechtsträger für die Erbringung ambulanter ärztlicher Untersuchungen und Behandlungen durch die Abteilungs-, Instituts-, Laboratoriums- und Departmentleiter sowie die anderen Ärzte des ärztlichen Dienstes zu entrichten.

§ 2

Ambulatorische Leistungen

(1) Als ambulatorische Leistungen gelten:

1. Allgemeine ambulatorische Leistungen (Abs. 2)
2. Ambulatorische Radiologie- und Strahlenleistungen (Abs. 3)
3. Ambulatorische Zahnleistungen (Abs. 4)
4. Medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen (Abs. 5)

(2) Allgemeine ambulatorische Leistungen sind alle Untersuchungen und Behandlungen an oder für Personen, die nicht stationär in eine Landeskrankenanstalt aufgenommen sind. Für die einzelnen Leistungen sind die Tarife nach Anlage 1 zu verrechnen.

(3) Ambulatorische Radiologie- und Strahlenleistungen sind radiologische Leistungen (Angiographie, CT, MR, Durchleuchtung, interventionelle und konventionelle Radiologie, Sonographie) sowie strahlentherapeutische Leistungen (im Rahmen der Therapieplanung, Brachytherapie und Teletherapie), die an Personen, die nicht stationär in eine Landeskrankenanstalt aufgenommen sind, vorgenommen werden. Für die einzelnen Leistungen sind die Tarife nach Anlage 2 zu verrechnen.

(4) Ambulatorische Zahnleistungen sind konservierende, chirurgische, kieferorthopädische und prothetische Zahnleistungen, Parodontosebehandlungen sowie Reparatur- und Implantatleistungen an Personen, die nicht stationär in eine Landeskrankenanstalt aufgenommen sind. Für die einzelnen Leistungen sind die Tarife nach Anlage 3 zu verrechnen.

(5) Medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen sind alle medizinisch-diagnostischen Laborleistungen, die an oder für Personen, die nicht stationär in eine Landeskrankenanstalt aufgenommen sind, vorgenommen werden. Für die einzelnen Leistungen sind die Tarife nach Anlage 4 zu verrechnen.

§ 3

Geltungsbereich

Die in dieser Verordnung festgesetzten Ambulanzgebühren gelten für all jene Personen, für welche die Ambulanzgebühren nicht von einem gesetzlichen Sozialversicherungsträger oder der gesetzlichen Krankenanstaltenfinanzierung (Gesundheitsfonds) bezahlt werden (Selbstzahler).

§ 4

Besondere Regelungen für Anlage 1

Für die allgemeinen ambulatorischen Leistungen aus Anlage 1 gelten nachstehende besondere Regelungen:

1. Mit der Ambulanzgebühr für die Erstuntersuchung (Pos. Nr. 106) ist die erste persönliche Untersuchung durch 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 dieser Anlage eine gesonderte Verrechnung zulassen.
2. Die Ambulanzgebühr für Eingriffe (Pos. Nr. 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. 110 ist nicht möglich. Als Eingriff haben alle Leistungen zu gelten, die nach der medizinischen Lehre üblicherweise als solche bezeichnet werden.
3. Als Sitzung im Sinne der Pos. Nr. 103 lit. a und 105 gilt die nicht unterbrochene Behandlung ohne Rücksicht darauf, wie viele Eingriffe in der Sitzung vorgenommen werden.
4. Neben der EEG-Untersuchung oder EMG-Untersuchung (Pos. Nr. 117) kann die Ambulanzgebühr für Erstuntersuchungen (Pos. Nr. 106) oder die Ambulanzgebühr für Eingriffe (Pos. Nr. 105) nicht verrechnet werden.
5. Als sonstige ambulatorische Leistungen (Pos. Nr. 110) gelten alle Leistungen, die nicht schon mit der Ambulanzgebühr der vorhergehenden Positionen zu verrechnen sind.
6. Die Ambulanzgebühr ist grundsätzlich von jener 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. 106 nur von jener Abteilung (Ambulanz) verrechnet werden, an welcher der Befund erstellt wurde. Werden Leistungen der Pos. Nr. 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.
7. Die Kosten für den Herzschrittmacher und die dazugehörigen Schrittmacherelektroden sind in Pos. Nr. 301 nicht enthalten; diese werden inklusive der Gemeinkostenzuschläge gesondert in Rechnung gestellt.
8. Die Kosten für die Schulung von Dialysepatienten sind in den Pos. Nr. 703 und 704 nicht enthalten; diese sind zu den Selbstkosten gesondert in Rechnung zu stellen:

Patientenschulung INDIAL je Patient	€ 81,07
Peritonealdialyseschulung je Patient	€ 629,13
9. Die Kosten für den Loop-Recorder sind in der Pos. Nr. 302 nicht enthalten; diese werden zum Einstandspreis plus einem Neuntel des Einstandspreises gesondert in Rechnung gestellt.
10. Die Kosten für erforderliche Implantate bzw. Expander sind in der Pos. Nr. 306 nicht enthalten; diese werden zum Einstandspreis plus einem Neuntel des Einstandspreises gesondert in Rechnung gestellt.
11. 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.
12. Die Gebühr für die Tauchtauglichkeitsprüfung (Pos. Nr. 130 lit. h) versteht sich exklusive Vorbefunde; darüber hinaus ist auch die Probekompression (Pos. Nr. 130 lit. i) darin nicht enthalten.

13. Die Kosten für erforderliches Zusatzmaterial sind in der Pos. Nr. 718 lit. c nicht enthalten; diese werden inklusive der Gemeinkostenzuschläge und einem Neuntel des Einstandspreises gesondert in Rechnung gestellt.

§ 5

Besondere Regelungen für Anlage 2 Abschnitt A „Radiologische Leistungen“

Für ambulante Leistungen aus Anlage 2, Abschnitt A „Radiologische Leistungen“ gelten nachstehende besondere Regelungen:

1. Die Ansätze der Fachärzte für Radiologie bzw. Fachärzte für Medizinische Radiologie-Diagnostik gelten für alle Leistungen, die von diesen erbracht werden.
2. Voraussetzung für die Verschreibung der radiologischen Leistungen ist die Erstellung eines schriftlichen Fachbefundes.
3. Die für die Röntgendiagnostik erforderlichen Kontrastmittel sind in den Tarifen inkludiert. Ausgenommen davon sind die CT- und MR-Leistungen (Gruppe II und VII), bei denen die erforderlichen Kontrastmittel gem. den Pos. Nr. 1502 zu verrechnen sind.
4. Operative Eingriffe und andere ärztliche Leistungen, die im Zusammenhang mit der Durchführung einer radiologischen Leistung vorgenommen werden, sind gesondert nach dem jeweils hierfür geltenden Ambulanztarif vorzuschreiben.
5. Die Gebühren für nachstehende radiologische Leistungen dürfen pro Tag nur in folgendem Höchstausmaß verrechnet werden:
 - a) maximal einmal: Angiografie je Sitzung (Pos. Nr. 101), MR – je Sitzung (Pos. Nr. 701), Sonografie je Sitzung (Pos. Nr. 801);
 - b) maximal zwei Mal: einfache Szintigrafie (Pos. Nr. 1002), Myokardszintigrafie (Pos. Nr. 1003), Osteodensitometrie (Pos. Nr. 1104).
 - c) maximal drei Mal: Konventionelles Röntgen je Aufnahme (Pos. Nr. 501).

§ 6

Besondere Regelungen für Anlage 2 Abschnitt B „Strahlentherapie“

Für ambulante Strahlenleistungen aus Anlage 2, Abschnitt B „Strahlentherapie“ (Röntgen sowie Therapie mit Elektronenbeschleunigern und umschlossenen radioaktiven Stoffen) gelten nachstehende Regelungen:

1. Die Ansätze gelten für alle Leistungen, die von Fachärzten für Strahlentherapie-Radioonkologie erbracht werden. Die Ambulanzgebühr ist für die Bestrahlung jedes Zielvolumens (PTV) bzw. jeder Sitzung entsprechend der Leistungsbezeichnung zu verrechnen.
2. Unter „Zielvolumen (PTV)“ ist die Behandlung einer Tumorlokalisation unabhängig von der Bestrahlungstechnik und angewendeten Strahlenarten zu verstehen. Unter „Sitzung“ ist die Bestrahlung einer bzw. mehrerer Tumorlokalisationen in einem zusammenhängenden Zeitabschnitt zu verstehen. Die Zahl der PTV und Sitzungen ist genau anzugeben.
3. Die strahlentherapeutischen Leistungen umfassen alle in der Anlage 2, Abschnitt B angeführten Positionen.
 - a) Die Leistungen der Bestrahlungsplanung schließen die Simulation von Bestrahlungstechniken, die Berechnung von Dosisverteilungen für unterschiedliche Strahlenarten sowie deren Dokumentation mit ein.
 - b) Die Leistungen für die Durchführung der Strahlentherapie umfassen alle Maßnahmen der Behandlung in Form einer Orthovolt-, Hochvolt- oder Brachytherapie. Je nach technischem Aufwand werden unterschiedliche Leistungen erfasst.
4. Operative Eingriffe oder andere ärztliche Leistungen, die im Zusammenhang mit der Durchführung einer strahlentherapeutischen Leistung vorgenommen werden, sind – wenn nicht in der Anlage 2, Abschnitt B inkludiert – gesondert nach dem hierfür geltenden Ambulanztarif zu verrechnen.
5. Folgeuntersuchungen bzw. Nachkontrollen werden je Besuch abgerechnet.

§ 7

Besondere Regelungen für Anlage 4

Für medizinisch-diagnostische Laboruntersuchungen aus Anlage 4 gelten folgende besondere Bedingungen:

1. Als Laboruntersuchungen gelten alle Untersuchungen, bei denen das Untersuchungsmaterial in der Anstalt selbst untersucht wird.
2. Sofern in der Anlage 4 nicht gesondert angeführt, gelten die Tarife unabhängig von den verwendeten Materialien.
3. Sofern in der Anlage 4 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 an eine externe Untersuchungsanstalt weitergeleitet werden, so ist der hierfür der Krankenanstalt in Rechnung gestellte Betrag in voller Höhe einschließlich der Abgeltung des Manipulationsaufwandes dem Patienten vorzuschreiben.

§ 8

Ermäßigungen

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

§ 9

Personenbezogene Bezeichnungen

Die in dieser Verordnung verwendeten personenbezogenen Bezeichnungen gelten, soweit nicht anderes bestimmt ist, für alle Geschlechter gleichermaßen. Ungeachtet dessen haben die Organe des Landes personenbezogene Bezeichnungen unter Bedachtnahme auf die betroffenen Personen geschlechtergerecht bzw. geschlechtsneutral zu verwenden.

§ 10

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt mit 1. Juli 2026 in Kraft.

§ 11

Außerkrafttreten

Mit Inkrafttreten dieser Verordnung tritt die Steiermärkische Ambulanzgebührenverordnung 2023, LGBl. Nr. 48/2023, zuletzt in der Fassung LGBl. Nr. 44/2025, mit der Maßgabe außer Kraft, dass sie auf jene Leistungen weiterhin anzuwenden ist, die vor dem 1. Juli 2026 erbracht wurden.

Für die Steiermärkische Landesregierung