

**Verordnung  
über die Taxen für die privatärztliche und die ambulante Behandlung von Patienten in den kantonalen Spitälern (Taxverordnung II)**

vom 25. Januar 1991<sup>\*</sup>

Der Regierungsrat des Kantons Luzern,

gestützt auf § 63 Unterabsatz a und § 63a Absatz 5 des Gesetzes über das Gesundheitswesen (Gesundheitsgesetz) vom 29. Juni 1981<sup>1</sup>,

auf Antrag des Gesundheitsdepartementes,

beschliesst:

***A. Allgemeine Bestimmungen***

§ 1<sup>2</sup> *Inhalt*

Die Verordnung regelt die Taxen des Kantonsspitals Luzern, des Kinderspitals Luzern, des kantonalen Spitals Sursee-Wolhusen, der Luzerner Psychiatrie (Psychiatriezentren Luzern-Stadt und Luzerner Landschaft sowie Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst) und der Luzerner Höhenklinik Montana für

- a. die privatärztliche Behandlung von Patienten im Sinn von § 38 der Verordnung über die Rechte und Pflichten der Chef-, der Co-Chef- und der Leitenden Ärztinnen und Ärzte des Kantons (Chefärzteverordnung) vom 18. Oktober 2005<sup>3</sup> und
- b. die ambulante Behandlung von Patienten ausserhalb der privaten Sprechstunde.

§ 2<sup>4</sup>

***B. Taxen für die privatärztliche Behandlung von Patienten***

**I. Allgemeines**

§ 3 *Patienten der Privatabteilung*<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Die Gebühren für die medizin-technischen und die ärztlichen Leistungen, die im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung von Patienten der I. und II. Klasse der Privatabteilung erbracht wurden, sind gemäss dem Spitaltarif der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Spitalleistungskatalog, SLK) zu berechnen.  
<sup>6</sup>

<sup>2</sup>Für ärztliche Leistungen an Patienten der I. Klasse der Privatabteilung kann ein Zuschlag von höchstens 100 Prozent gemacht werden. Bei Patienten der II. Klasse der Privatabteilung darf der Zuschlag höchstens 50 Prozent betragen.

<sup>3</sup> Vorbehalten bleiben die besonderen Bestimmungen der Verordnung. In diesem Fall sind Zuschläge gemäss Absatz 2 ausgeschlossen.

### § 3a <sup>7</sup>

Die Gebühren für die medizin-technischen Leistungen und für die ärztlichen Leistungen, die im Zusammenhang mit einer ambulanten Behandlung in der privaten Sprechstunde erbracht wurden, sind nach dem Tarmed, der Eidgenössischen Analysenliste, dem Physiotherapeutentarif, dem Ergotherapeutentarif, dem Logopädentarif, dem Tarif der Schweizerischen Zahnärztesgesellschaft (SSO), dem Ernährungsberatungstarif, dem Diabetestarif, dem Stillberatungstarif, dem Tarif für Stomaberatung und -behandlung durch nichtärztliches Personal in Spitälern, dem Tarif für die Behandlung im Zusammenhang mit Geburt, Geburtsvorbereitungen und Wochenbett durch Hebammen in Spitälern ohne Beisein des Arztes und dem Tarif für Neuropsychologie zu berechnen.

### § 4 <sup>8</sup> *Taxpunktwerte*

<sup>1</sup> Sind die Kosten für eine Leistung nach Taxpunkten zu berechnen, gelten folgende Taxpunktwerte:

|                                                           |                      |
|-----------------------------------------------------------|----------------------|
| SLK                                                       | Fr. 4.95             |
| Tarmed                                                    | Fr. 1.–              |
| Eidgenössische Analysenliste                              | Fr. –.90             |
| Physiotherapeutentarif                                    | Fr. 1.05             |
| Ergotherapeutentarif                                      | Fr. 1.05             |
| Logopädentarif                                            | Fr. 1.–              |
| SSO-Tarif                                                 | Fr. 3.10             |
| Ernährungsberatungstarif                                  | Fr. 1.–              |
| Diabetesberatungstarif                                    | Fr. 1.–              |
| Stillberatungstarif                                       | Fr. 1.–              |
| Tarif für nichtärztliche Stoma-Leistungen                 | Fr. 1.–              |
| Tarif für Leistungen von Hebammen ohne Beisein des Arztes | Fr. 1.05             |
| Tarif für die Leistungen der Neuropsychologie             | Fr. 1.– <sup>9</sup> |

<sup>2</sup> Vorbehalten bleiben besondere Vereinbarungen mit Versicherern. Der Regierungsrat kann insbesondere für Privatpatienten anstelle der Einzelberechnung Fallpreispauschalen vereinbaren.

### § 5 *Festlegung der Kosten im Einzelfall*

<sup>1</sup> Ist bei Privatpatienten eine Leistung weder im anwendbaren Tarif noch in der Verordnung enthalten und lässt der Tarif eine Lückenfüllung zu, legt die Verwaltung des zuständigen Spitals die Kosten nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt im Einzelfall fest. Die Verwaltung kann Pauschalen festlegen. <sup>10</sup>

<sup>2</sup>Bei der Festlegung der Kosten sind insbesondere die aufgewendete Zeit und der Schwierigkeitsgrad der Leistung zu berücksichtigen.

## II. Besondere Bestimmungen zum Spitalleistungskatalog

### 1. Allgemeine Leistungen

#### § 6 <sup>11</sup> *Gebühren für ärztliche Visiten, Aufnahmeuntersuchungen und Aktenstudium*

<sup>1</sup>Die Gebühr für ärztliche Visiten bei Patienten der Privatabteilung wird nach folgenden pauschalen Ansätzen berechnet:

|                                      | II. Klasse         | I. Klasse           |
|--------------------------------------|--------------------|---------------------|
| a. ärztliche Visiten bis 15 Minuten  | Fr. 40.– bis 80.–  | Fr. 55.– bis 110.–  |
| b. ärztliche Visiten über 15 Minuten | Fr. 80.– bis 150.– | Fr. 110.– bis 200.– |

<sup>2</sup>Die Gebühr für Aufnahmeuntersuchungen bei Patienten der Privatabteilung wird nach folgenden pauschalen Ansätzen berechnet:

- a. bei Patienten der II. Klasse Fr. 100.– bis 300.–
- b. bei Patienten der I. Klasse Fr. 130.– bis 400.–

<sup>3</sup>Für zeitaufwendiges Aktenstudium bei Patienten der Privatabteilung können zudem folgende pauschale Ansätze verrechnet werden:

- a. bei Patienten der II. Klasse Fr. 50.– bis 300.–
- b. bei Patienten der I. Klasse Fr. 65.– bis 400.–

#### § 7 <sup>12</sup> *Gebühr für Konsilien und konsiliarische Beratungen*

Die Gebühr für Konsilien und konsiliarische Beratungen bei Patienten der Privatabteilung wird nach folgenden pauschalen Ansätzen berechnet:

|                               | II. Klasse          | I. Klasse           |
|-------------------------------|---------------------|---------------------|
| a. für den konsultierten Arzt | Fr. 100.– bis 300.– | Fr. 130.– bis 400.– |
| b. für den behandelnden Arzt  | Fr. 50.– bis 100.–  | Fr. 65.– bis 130.–  |

### 2. Extraleistungen

## Zwischentitel <sup>13</sup>

### §§ 8 und 9 <sup>13</sup>

## b. Anästhesie und Narkose

### § 10 *Grundsätze für die Berechnung der ärztlichen Leistungen* <sup>14</sup>

<sup>1</sup>Die Gebühr für die Anästhesie und Narkose bei Patienten der Privatabteilung wird nach dem Zeitaufwand des Anästhesearztes und dem Anästhesierisiko des Patienten berechnet. <sup>14</sup>

<sup>2</sup>Für die Berechnung gelten die folgenden Risikogruppen der §§ 11–13a. <sup>15</sup>

### § 11 *Risikogruppe 1*

<sup>1</sup>Die Risikogruppe 1 umfasst einfache Anästhesien und Narkosen bei oberflächlichen Eingriffen wie Curettage, Phimose und Biopsien an Patienten ohne Risikofaktoren.

<sup>2</sup>Die Gebühr für die ärztlichen Leistungen berechnet sich wie folgt: <sup>16</sup>

- |                                                                                          |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| a. Grundtaxe für die ersten 15 Minuten (inkl. Prämedikations- und Postmedikationsvisite) | Fr. 140.– |
| b. Zuschlag je weitere 15 Minuten                                                        | Fr. 65.–  |

### § 12 *Risikogruppe 2*

<sup>1</sup>Die Risikogruppe 2 umfasst mittelschwere Anästhesien

- für Eingriffe in den grossen Körperhöhlen,
- für Eingriffe in den oberen Atemwegen an Hals und Kopf,
- bei Patienten mit erhöhtem Aspirationsrisiko,
- bei Patienten unter 2 Jahren und über 70 Jahren,
- mit anästhesierelevanten Begleiterkrankungen wie Kreislauf, Atmung, Endokriniem.

<sup>2</sup>Die Gebühr für die ärztlichen Leistungen berechnet sich wie folgt: <sup>17</sup>

- |                                                                                          |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| a. Grundtaxe für die ersten 15 Minuten (inkl. Prämedikations- und Postmedikationsvisite) | Fr. 210.– |
| b. Zuschlag je weitere 15 Minuten                                                        | Fr. 95.–  |

### § 13 *Risikogruppe 3*

<sup>1</sup>Die Risikogruppe 3 umfasst schwierige Anästhesien und Narkosen. Sie liegen vor, wenn zwei oder mehrere Risikofaktoren im Sinn von § 10 Absatz 1 der Verordnung gegeben sind.

<sup>2</sup>Die Gebühr für die ärztlichen Leistungen berechnet sich wie folgt: <sup>18</sup>

- a. Grundtaxe für die ersten 15 Minuten (inkl. Prämedikations- und Postmedikationsvisite) Fr. 260.–
- b. Zuschlag je weitere 15 Minuten Fr. 125.–

§ 13a <sup>19</sup> *Risikogruppe 4*

<sup>1</sup>Die Risikogruppe 4 umfasst sehr schwierige Anästhesien und Narkosen mit sehr hohem Risiko wie die operative Versorgung am Herzen und an thorakalen grossen Gefässen, die Ösophaguschirurgie und die Chirurgie an Neugeborenen.

<sup>2</sup>Die Gebühr für die ärztlichen Leistungen berechnet sich wie folgt: <sup>20</sup>

- a. Grundtaxe für die ersten 15 Minuten (inkl. Prämedikations- und Postmedikationsvisite) Fr. 260.–
- b. Zuschlag je weitere 15 Minuten Fr. 125.–

§ 14 <sup>21</sup>

Zwischentitel <sup>22</sup>

§ 15 <sup>22</sup>

Zwischentitel <sup>23</sup>

§ 16 <sup>23</sup>

Zwischentitel <sup>24</sup>

§ 17 <sup>24</sup>

§ 18 <sup>25</sup>

## f. Radiologie

§ 19 *Gebühren für die Röntgendiagnostik* <sup>26</sup>

<sup>1</sup>Die Gebühren für röntgendiagnostische Leistungen des Arztes bei Patienten der I. und II. Klasse der Privatabteilung werden nach folgenden pauschalen Ansätzen berechnet: <sup>26</sup>

- a. Röntgenaufnahmen der oberen und unteren Extremitäten, Fr.  
der Wirbelsäule, des Thorax und des Schädels 60.– – 80.–

|                                                |                |
|------------------------------------------------|----------------|
| b. Durchleuchtungen                            | 60.– – 80.–    |
| c. Ultraschall-Untersuchung                    | 100.– – 150.–  |
| d. Gastroenterologische Leistungen             | 60.– – 210.–   |
| e. Urologische Leistungen                      | 110.– – 180.–  |
| f. Spezialuntersuchungen                       | 60.– – 300.–   |
| g. Angiographien                               | 210.– – 900.–  |
| h. Neuro-radiologische Leistungen              | 310.– – 800.–  |
| i. Computer-Tomographie ohne Kontrastmittel    | 250.– – 350.–  |
| j. Computer-Tomographie mit Kontrastmittel     | 275.– – 375.–  |
| k. Diagnostische und therapeutische Punktionen | 50.– – 180.–   |
| l. Angiokardiographien                         | 600.– – 1000.– |

<sup>2</sup>Darin eingeschlossen sind alle ärztlichen Leistungen, insbesondere die Kontrastmittelfüllung, die Befundung und das Erstellen eines Berichtes. Die Kosten für Medikamente und Kontrastmittel werden separat verrechnet.

Zwischentitel <sup>27</sup>

§ 20 <sup>27</sup>

### ***C. Taxen für die ambulante Behandlung von Patienten ausserhalb der privaten Sprechstunde***

#### **I. Allgemeines**

§ 21 <sup>28</sup> *Berechnungsgrundsätze*

Die Gebühren für die medizin-technischen und die ärztlichen Leistungen, die im Zusammenhang mit einer ambulanten Behandlung von Patienten ausserhalb der privaten Sprechstunde erbracht wurden, sind nach den §§ 3a und 4 zu berechnen.

§ 22 <sup>29</sup> *Rechtsverweis*

Im Übrigen gelten § 5 dieser Verordnung und die §§ 2, 5, 6, 7, 8 und 9 der Verordnung über die Taxen für die stationäre Behandlung von Patienten in den kantonalen Spitälern (Taxverordnung I) vom 6. Dezember 1988 <sup>30</sup> sinngemäss.

### ***D. Übergangs- und Schlussbestimmungen***

§ 23 *Änderung eines Erlasses*

Die Verordnung über die Taxen für die stationäre Behandlung von Patienten in den kantonalen Heilanstalten (Taxverordnung) vom 6. Dezember 1988 <sup>31</sup> wird wie folgt geändert:

Titel

Verordnung über die Taxen für die stationäre Behandlung von Patienten in den kantonalen Heilanstalten (Taxverordnung I)

§ 18 Absatz 2

<sup>2</sup>Die zusätzlichen Kosten werden gemäss der Verordnung über die privatärztliche und die ambulante Behandlung von Patienten in den kantonalen Heilanstalten (Taxverordnung II) vom 25. Januar 1991 <sup>32</sup> festgelegt.

§ 24 <sup>33</sup> *Öffentliche Auflage*

Der Spitalleistungskatalog und die Tarife gemäss § 3a liegen auf der Kanzlei des Gesundheits- und Sozialdepartementes zur ständigen Einsicht auf.

§ 24a <sup>34</sup> *Aufteilung der Tagestaxen*

Die Tagestaxen gemäss § 17 Absatz 1c, d und e der Taxverordnung I <sup>35</sup> werden gemäss Anhang aufgeteilt.

§ 25 *Inkrafttreten*

Die Verordnung tritt am 1. Juli 1991 in Kraft. Sie ist zu veröffentlichen.

Luzern, 25. Januar 1991

Im Namen des Regierungsrates

Der Schultheiss: Fellmann

Der Staatsschreiber: Baumeler

\* G 1991 82. Fassung des Titels gemäss Änderung vom 16. Dezember 2003, in Kraft seit dem 1. Januar 2004 (G 2003 453).

<sup>1</sup> SRL Nr. 800

<sup>2</sup> Fassung gemäss Änderung der Spitalverordnung vom 24. Januar 2006, in Kraft seit dem 1. April 2006 (G 2006 25).

<sup>3</sup> SRL Nr. 823a

<sup>4</sup> Aufgehoben durch Chefärzterverordnung vom 18. Oktober 2005, in Kraft seit dem 1. Januar 2006 (G 2005 330).

<sup>5</sup> Gemäss Änderung vom 16. Dezember 2003, in Kraft seit dem 1. Januar 2004 (G 2003 453), wurden die Sachüberschrift und Absatz 1 neu gefasst.

<sup>6</sup> Fassung gemäss Chefärzterverordnung vom 18. Oktober 2005, in Kraft seit dem 1. Januar 2006 (G 2005 330).

<sup>7</sup> Fassung gemäss Änderung vom 31. Januar 2006, in Kraft seit dem 1. Februar 2006 (G 2006 32).

<sup>8</sup> Fassung gemäss Änderung vom 16. Dezember 2003, in Kraft seit dem 1. Januar 2004 (G 2003 453).

<sup>9</sup> Fassung gemäss Änderung vom 31. Januar 2006, in Kraft seit dem 1. Februar 2006 (G 2006 32).

<sup>10</sup> Fassung gemäss Änderung vom 16. Dezember 2003, in Kraft seit dem 1. Januar 2004 (G 2003 453).

<sup>11</sup> Fassung gemäss Chefärzterverordnung vom 18. Oktober 2005, in Kraft seit dem 1. Januar 2006 (G 2005 330).

<sup>12</sup> Fassung gemäss Chefärzterverordnung vom 18. Oktober 2005, in Kraft seit dem 1. Januar 2006 (G 2005 330).

<sup>13</sup> Der Zwischentitel «a. Allgemeine und diagnostische Extraleistungen» und die §§ 8 und 9 wurden durch Änderung vom 16. Dezember 2003, in Kraft seit dem 1. Januar 2004 (G 2003 453), aufgehoben.

<sup>14</sup> Gemäss Chefärzterverordnung vom 18. Oktober 2005, in Kraft seit dem 1. Januar 2006 (G 2005 330), wurden die Sachüberschrift und Absatz 1 neu gefasst.

<sup>15</sup> Fassung gemäss Änderung vom 16. Dezember 2003, in Kraft seit dem 1. Januar 2004 (G 2003 453).

<sup>16</sup> Fassung gemäss Chefärzterverordnung vom 18. Oktober 2005, in Kraft seit dem 1. Januar 2006 (G 2005 330).

<sup>17</sup> Fassung gemäss Chefärzterverordnung vom 18. Oktober 2005, in Kraft seit dem 1. Januar 2006 (G 2005 330).

<sup>18</sup> Fassung gemäss Chefärzterverordnung vom 18. Oktober 2005, in Kraft seit dem 1. Januar 2006 (G 2005 330).

<sup>19</sup> Eingefügt durch Änderung vom 16. Dezember 2003, in Kraft seit dem 1. Januar 2004 (G 2003 453).

<sup>20</sup> Fassung gemäss Chefärzterverordnung vom 18. Oktober 2005, in Kraft seit dem 1. Januar 2006 (G 2005 330).

<sup>21</sup> Aufgehoben durch Änderung vom 16. Dezember 2003, in Kraft seit dem 1. Januar 2004 (G 2003 453).

<sup>22</sup> Der Zwischentitel «c. Verbände» und § 15 wurden durch Änderung vom 16. Dezember 2003, in Kraft seit dem 1. Januar 2004 (G 2003 453), aufgehoben.

<sup>23</sup> Der Zwischentitel «d. Reanimation und Intensivpflege» und § 16 wurden durch Änderung vom 16. Dezember 2003, in Kraft seit dem 1. Januar 2004 (G 2003 453), aufgehoben.

<sup>24</sup> Der Zwischentitel «e. Ärztliche Assistenz» und § 17 wurden durch die Chefärzterverordnung vom 18. Oktober 2005, in Kraft seit dem 1. Januar 2006 (G 2005 330), aufgehoben.

<sup>25</sup> Aufgehoben durch Änderung vom 16. Dezember 2003, in Kraft seit dem 1. Januar 2004 (G 2003 453).

<sup>26</sup> Gemäss Chefärzterverordnung vom 18. Oktober 2005, in Kraft seit dem 1. Januar 2006 (G 2005 330), wurden die Sachüberschrift und der Einleitungssatz neu gefasst.

<sup>27</sup> Der Zwischentitel «g. Nierensteinertrümmerung» und § 20 wurden durch Änderung vom 16. Dezember 2003, in Kraft seit dem 1. Januar 2004 (G 2003 453), aufgehoben.

<sup>28</sup> Fassung gemäss Änderung vom 16. Dezember 2003, in Kraft seit dem 1. Januar 2004 (G 2003 453).

<sup>29</sup> Fassung gemäss Änderung vom 16. Dezember 2003, in Kraft seit dem 1. Januar 2004 (G 2003 453).

<sup>30</sup> SRL Nr. 824

<sup>31</sup> SRL Nr. 824

<sup>32</sup> SRL Nr. 824a

<sup>33</sup> Fassung gemäss Änderung vom 16. Dezember 2003, in Kraft seit dem 1. Januar 2004 (G 2003 453).

<sup>34</sup> Eingefügt durch Änderung vom 16. Dezember 2003, in Kraft seit dem 1. Januar 2004 (G 2003 453).

<sup>35</sup> SRL Nr. 824

## Aufteilung der Tagestaxen (§ 24a)

1. Die Tagestaxen gemäss § 17 Absatz 1c, d und e der Taxverordnung I <sup>2</sup> werden wie folgt aufgeteilt:

|                                                                                | Tagestaxe | II. Klasse<br>Anteil Spital<br>pro Tag | Anteil Arzt<br>pro Tag | Tagestaxe | I. Klasse<br>Anteil Spital<br>pro Tag | Anteil Arzt<br>pro Tag |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------|------------------------|-----------|---------------------------------------|------------------------|
| a. Psychiatriezentren Luzern-Stadt<br>und Luzerner Landschaft                  |           |                                        |                        |           |                                       |                        |
| – Patienten mit Wohnsitz in der<br>Schweiz und<br>Auslandschweizer             | 669.–     | 626.–                                  | 43.–                   | 719.–     | 662.–                                 | 57.–                   |
| – Patienten ohne Wohnsitz in<br>der Schweiz                                    | 802.–     | 759.–                                  | 43.–                   | 862.–     | 805.–                                 | 57.–                   |
| b. Psychiatriezentrum Luzerner<br>Landschaft Tages- und<br>Nachtpatienten      |           |                                        |                        |           |                                       |                        |
| – Patienten mit Wohnsitz in der<br>Schweiz und<br>Auslandschweizer             | 281.–     | 264.–                                  | 17.–                   | 281.–     | 258.–                                 | 23.–                   |
| – Patienten ohne Wohnsitz in<br>der Schweiz                                    | 338.–     | 321.–                                  | 17.–                   | 338.–     | 315.–                                 | 23.–                   |
| c. Luzerner Höhenklinik Montana                                                |           |                                        |                        |           |                                       |                        |
| – Kantonseinwohner                                                             | 665.–     | 525.–                                  | 140.–                  | 800.–     | 620.–                                 | 180.–                  |
| – Nichtkantonseinwohner mit<br>Wohnsitz in der Schweiz und<br>Auslandschweizer | 794.–     | 654.–                                  | 140.–                  | 950.–     | 770.–                                 | 180.–                  |
| – Ausländer ohne Wohnsitz in<br>der Schweiz                                    | 952.–     | 812.–                                  | 140.–                  | 1140.–    | 960.–                                 | 180.–                  |

Ziffer 2 <sup>3</sup>

<sup>1</sup>Fassung gemäss Änderung vom 16. Dezember 2003, in Kraft seit dem 1. Januar 2004 (G 2003 453).

<sup>2</sup>SRL Nr. 824

<sup>3</sup>Aufgehoben durch Chefärzteverordnung vom 18. Oktober 2005, in Kraft seit dem 1. Januar 2006 (G 2005 330).

**Tabelle der Änderungen der Verordnung über die Taxen für die privatärztliche und die ambulante Behandlung von Patienten in den kantonalen Spitälern (Taxverordnung II) vom 25. Januar 1991 (G 1991 82)**

| Nr. der Änderung | Ändernder Erlass              | Datum      | Kantonsblatt Jahrgang Seite | Gesetzessammlung Jahrgang Seite | Geänderte Stellen                                                                                                                                                                                          | Art der Änderung                            |
|------------------|-------------------------------|------------|-----------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1.               | Änderung                      | 21. 3. 00  | —                           | G 2000 162                      | § 4<br>Anhang                                                                                                                                                                                              | geändert<br>eingefügt                       |
| 2.               | Änderung                      | 16. 12. 03 | —                           | G 2003 453                      | Titel vor § 8, §§ 8, 9, 14,<br>Titel vor § 15, § 15,<br>Titel vor § 16, §§ 16, 18,<br>Titel vor § 20, § 20<br>Titel, §§ 1, 3, 4, 5, 10,<br>Titel vor § 17, §§ 17, 21,<br>22, 24, Anhang<br>§§ 3a, 13a, 24a | aufgehoben<br><br>geändert<br><br>eingefügt |
| 3.               | Änderung                      | 29. 6. 04  | —                           | G 2004 359                      | §§ 3a, 4                                                                                                                                                                                                   | geändert                                    |
| 4.               | Chefärzte-<br>verordnung      | 18. 10. 05 | —                           | G 2005 330                      | § 2, Titel vor § 17, § 17<br>§§ 1, 3, 3a, 6, 7, 10–13a,<br>19, Anhang                                                                                                                                      | aufgehoben<br>geändert                      |
| 5.               | Spitalverordnung,<br>Änderung | 24. 1. 06  | —                           | G 2006 25                       | § 1                                                                                                                                                                                                        | geändert                                    |
| 6.               | Änderung                      | 31. 1. 06  | K 2006 229                  | G 2006 32                       | §§ 3a, 4                                                                                                                                                                                                   | geändert                                    |