

**Tarif für fachgleiche Vertragsfacharztgruppenpraxen
für medizinische und chemische Labordiagnostik**

Gültig ab 1. Juli 2018

RICHTLINIEN ZUM LABORKATALOG 2018

PRÄAMBEL

Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Männer und Frauen in gleicher Weise. Bei der Anwendung auf bestimmte Personen ist die jeweils geschlechtsspezifische Form anzuwenden.

A) ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

1. Die Vertragsfacharztgruppenpraxis für medizinische und chemische Labordiagnostik (im Folgendem kurz Vertragsfacharztgruppenpraxis) kann grundsätzlich nur jene Leistungen verrechnen, die
 - befundfähige Ergebnisse erbracht haben,
 - eindeutig vom Zuweisungstext umfasst sind (unklare Zuweisungen sind abzuklären)
 - in der Honorarordnung enthalten sind.

Obwohl vom Zuweisungstext umfasst, können erbrachte Leistungen dann nicht verrechnet werden, wenn dies durch besondere Bestimmungen beim Positionstext ausgeschlossen wird.

Über den Zuweisungstext hinausgehende erbrachte Leistungen können dann verrechnet werden, wenn dies in den besonderen Bestimmungen bei der Position extra vermerkt ist und die dort angeführten Bedingungen erfüllt sind (z.B. Stufendiagnostik bei Schilddrüsenhormonen, Stufendiagnostik Hepatitis).

Die verrechneten Leistungen sind ausschließlich in den vertraglich vereinbarten Ordinationsräumen der Vertragsfacharztgruppenpraxis zu erbringen. Ausnahmen davon sind einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien des Gruppenpraxengesamtvertrages im Einzelfall festzulegen.

Die Vertragsfacharztgruppenpraxis hat die Zuweisung im Rahmen ihres Vertrages zu erfüllen. Kann die Vertragsfacharztgruppenpraxis Analysen nicht in ihrer Ordination durchführen, z.B. aufgrund fehlender apparativer Ausstattung, so hat sie die Möglichkeit, diese Analysen an einen geeigneten Vertragspartner des jeweiligen Versicherungsträgers weiter zu leiten. Die Verrechnung derartiger Analysen erfolgt durch den tatsächlichen Leistungserbringer.

Die Zuweisung hat mit dem vollständig ausgefüllten Zu-/Überweisungsschein zu erfolgen wobei dies auch über passende elektronische Zugänge möglich ist. Insbesondere sind die (Verdachts-) Diagnose, die gewünschten Leistungen, relevante klinische Angaben anzuführen. Bei Verwendung eines vorgefertigten Leistungsspiegels hat der Zuweiser die gewünschten Leistungen einzeln zu markieren oder die nicht gewünschten Leistungen einzeln durchzustreichen.

2. Erfolgte die Entnahme des Untersuchungsmaterials in einer Krankenanstalt (insbesondere auch Tageskliniken), dürfen die Leistungen (Untersuchungen) dem Krankenversicherungsträger nicht verrechnet werden. Die Honorarforderungen sind in diesem Fall an die zuweisende Krankenanstalt zu richten.

3. Die Vertragsfacharztgruppenpraxis darf für Leistungen, für die der Krankenversicherungsträger leistungszuständig ist, weder vom Anspruchsberechtigten noch von einem Dritten Privathonore, Aufzahlungen und dgl. - aus welchem Titel immer - verlangen oder entgegennehmen.

Leistungen der Honorarordnung dürfen dem Versicherten (Anspruchsberechtigten) ausschließlich dann privat verrechnet werden, wenn diese auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherten privat erbracht werden sollen und kein Überweisungsschein vorgelegt wird. Der Versicherte muss in diesem Fall vor der Untersuchung schriftlich darüber aufgeklärt werden, dass die gesamten Kosten im Falle einer privaten Leistungserbringung von ihm zu tragen sind und der Versicherungsträger keinerlei Kosten erstattet. Außerdem muss der Versicherte der Privatzahlung vor der Leistungserbringung schriftlich zugestimmt haben.

4. Bei der Leistungserbringung ist auf die Wirtschaftlichkeit für die Versicherungsträger besonders Bedacht zu nehmen. Die Wirtschaftlichkeit einer Untersuchung ist danach zu beurteilen, in welchem Verhältnis die Kosten der Untersuchung zu den Kosten möglicher Alternativuntersuchungen zur Sicherung der auf der Zuweisung angegebenen Diagnose stehen (siehe Richtlinien über ökonomische Krankenbehandlung). Medizinisch nicht notwendige bzw. nicht zweckmäßige Untersuchungen sind nicht verrechenbar.
5. Der Krankenversicherungsträger ist berechtigt, die Honorierung von Leistungen abzulehnen, wenn von der Vertragsfacharztgruppenpraxis die vertraglichen Bestimmungen nicht eingehalten wurden. Leistungen, deren Erbringung zum Zeitpunkt der Rechnungslegung mehr als 3 Jahre zurückliegt, werden nicht honoriert.

Hat der Krankenversicherungsträger die Honorierung von Leistungen aus diesen Gründen abgelehnt, kann die Vertragsfacharztgruppenpraxis die Kosten auch dem Anspruchsberechtigten oder einem Dritten nicht in Rechnung stellen.

6. Alle erbrachten Leistungen sind unter Angabe der Positionsnummer zu verrechnen. Die Abrechnung der erbrachten Parameter hat unter Anführung des Datums des Einlangens bzw. der im Labor erfolgten Erstentnahme der Probe zu erfolgen, auch wenn aus dieser Probe mehrere Parameter an verschiedenen Tagen erbracht wurden.
7. Mit den Tarifsätzen sind sämtliche Kosten der Vertragsfacharztgruppenpraxis (z.B. Raumkosten, Energiekosten, Personalkosten, Gruppenpraxishonorar, Fortbildungskosten, Gerätekosten inkl. Reparatur und Wartung, Reagenzien und Medikamentenkosten, qualitätssichernde Maßnahmen intern und extern, Portokosten des Probenversands, Abholdienste, sachgemäße Lagerung und Entsorgung aller Materialien, etc.) abgegolten.
8. Soweit der Leistungskatalog Positionen enthält, die aus mehreren für sich allein verrechenbaren Leistungen (Einzeluntersuchungen) zusammengesetzt sind (komplette Untersuchungen), werden Kombinationen dieser Einzeluntersuchungen insgesamt höchstens mit jenem Betrag vergütet, der dem Honorar für die komplette Untersuchung entspricht.

Sofern bei einzelnen Positionen nichts anderes bestimmt ist, werden Entnahmen von Untersuchungsmaterial gesondert vergütet, wenn diese Leistungen als eigene Position der Gruppe 1 verrechenbar sind.

Werden mehrere Untersuchungen im zeitlichen Zusammenhang durchgeführt, ist die Entnahme von Untersuchungsmaterial nur einmal verrechenbar, sofern bei einzelnen Positionen nichts anderes vermerkt ist.

9. Die Einzelleistung „Erforderlicher Hausbesuch“ erfordert eine schriftliche Zuweisung oder eine telefonisch dokumentierte Anforderung, die dem Krankenversicherungsträger bei Anforderung vorzulegen ist. Werden an einer Wohnadresse mehrere Hausbesuche angefordert – dies betrifft sowohl Anforderungen im selben Haushalt, auf der selben Stiege oder in derselben Pflegeeinrichtung/Wohnheim/Pflegeheim und dergleichen - kann die Tarifposition „Hausbesuch“ nur einmal verrechnet werden. Die unter Punkt B) Ziff. 11 angeführten Qualitätsmaßnahmen sind dabei ausnahmslos einzuhalten

B) BESONDERE BESTIMMUNGEN - MASSNAHMEN ZUR QUALITÄTSSICHERUNG

1. Die Vertragsfacharztgruppenpraxis verpflichtet sich zur internen Qualitätssicherung (gemäß Ärztegesetz).
2. Die Gesellschafter der Vertragsfacharztgruppenpraxis verpflichten sich, regelmäßig an Fachveranstaltungen zur Fort- bzw. Weiterbildung teilzunehmen, sodass sie vom jeweiligen Stand der Medizin informiert sind. Die Vertragsfacharztgruppenpraxis verpflichtet sich, Fachkräfte (überwiegend Biomedizinische Analytiker) einzusetzen, die regelmäßig an entsprechenden Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen.
3. Der Einsatz von Fachkräften zur Erbringung von Leistungen aus dem Fachgebiet der med.-chem. Labordiagnostik (Biomedizinische Analytiker) ist möglich, soweit diese über die entsprechende berufsrechtliche Berechtigung und fachliche Qualifikation entsprechend dem MTD-Gesetz verfügen. Der Einsatz von Hilfskräften zur Erbringung von Leistungen aus dem Fachgebiet der med.-chem. Labordiagnostik (insbes. von dipl. medizinisch-technische Fachkräften und Laborgehilfen) ist möglich, soweit diese über die entsprechende berufsrechtliche Berechtigung und fachliche Qualifikation entsprechend dem MTF-SHD-Gesetz verfügen. Auf Verlangen ist dem Krankenversicherungsträger über die Ausbildung des beschäftigten Personals Auskunft zu geben und in Zweifelsfällen Einsicht in Unterlagen über die fachliche Qualifikation zu gewähren.
4. Die Räumlichkeiten haben den einschlägigen behördlichen Auflagen zu entsprechen. Arbeitsplätze und Ausrüstungsgegenstände sind in Bezug auf Betriebs- und Gesundheitssicherheit und Kontaminationsfreiheit regelmäßig zu kontrollieren.
5. Untersuchungen auf Rechnung des Versicherungsträgers dürfen nur mit Geräten und nach Methoden durchgeführt werden, die dem jeweiligen Stand der Labormedizin entsprechen. Die Vertragsfacharztgruppenpraxis wird dem Krankenversicherungsträger die von ihr zur Durchführung von Laboruntersuchungen verwendeten Geräte, Apparaturen und Einrichtungen vor Abschluss eines Vertrages und über Ersuchen des Krankenversicherungsträgers auch während des aufrechten Vertragsverhältnisses bekannt geben. Dem Krankenversicherungsträger steht das Recht zu, hinsichtlich der von der Vertragsfacharztgruppenpraxis bei den Untersuchungen eingesetzten Geräte, Apparaturen und sonstigen Einrichtungen, Unterlagen über ihre Eignung, Funktionstüchtigkeit und Präzision von der Vertragsfacharztgruppenpraxis zu verlangen.
6. Die Vertragsfacharztgruppenpraxis hat ihre materialabnehmenden Zuweiser nachweislich über qualitätssichernde Maßnahmen zu informieren. Insbesondere sind dabei die Blutabnahme, verfälschende Begleitumstände wie Medikamenteneinnahme, Art der Röhrchen und Transportstandards anzusprechen. Nur in geeigneten Medien bzw. in geeigneten Gefäßen eingesendete, einwandfrei gekennzeichnete Präparate dürfen bearbeitet werden. Die Einsender sind einschlägig zu beraten. Der Zu(Überweisungs)-schein muss vollständig ausgefüllt sein. Alle Objektträger/Röhrchen/Probengefäße sind mit dem Namen des Patienten oder mit Bezeichnungen zu beschriften, die eine eindeutige Zuordnung zum Patienten garantieren. Sofern bei einzelnen Positionen nichts vermerkt ist, und die Art der Untersuchung es zulässt, sind alle Tests nach quantitativen, dem jeweiligen Stand der Labormedizin entsprechenden Verfahren durchzuführen.
7. Externe Qualitätskontrolle: Jede r Vertragsfacharztgruppenpraxis hat regelmäßig auf seine Kosten an externen Qualitätskontrollen (Ringversuchen) teilzunehmen, sofern diese in der Europäischen Union angeboten werden. Den Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme kann der Krankenversicherungsträger jederzeit anfordern. Gegenüber dem Krankenversicherungsträger jedenfalls nachzuweisen ist die erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen für folgende Parameter:

- Blutbild
 - Gerinnung (PTZ, PTT, Fbg. AT3)
 - HbA1c
 - Chemische Parameter nach der ÖQUASTA-Liste
 - Blutgruppenbestimmung
8. Das technische Procedere hat dem Stand der Wissenschaft und dem internationalen Standard zu entsprechen. Die Untersuchungsverfahren (Verarbeitungsmethoden, Medien, Kulturbedingungen, Methoden der Erregerdifferenzierung) müssen eindeutig schriftlich festgelegt werden (Ordinationsstandard). Die Qualität von selbst hergestellten Nährmedien ist regelmäßig zu kontrollieren (Teststämme). Das Eintreffen der Proben muss dokumentiert werden. Über den Gang der Verarbeitung ist pro Fall ein schriftliches Verarbeitungsprotokoll zu führen, welches zumindest 3 Jahre aufzubewahren ist. Die Verarbeitung ist derart zu dokumentieren, dass sie nachvollziehbar und plausibel ist. Die Antibiotika-Testung erfolgt nach den Empfehlungen der einschlägigen wissenschaftlichen Gesellschaften. Der schriftliche Befund ist mindestens 10 Jahre aufzubewahren.
9. Die Untersuchungsergebnisse (Befunde) sind ausschließlich von der Vertragsfacharztgruppenpraxis patientenbezogen zu validieren. Diese Begutachtung ist durch Unterfertigung bzw. nachweisliche EDV-Freigabe zu dokumentieren. Die Vertragsfacharztgruppenpraxis hat sich gegen missbräuchliche Verwendung der EDV-Freigabe z.B. durch einen Geheimcode abzusichern. Die Befunde haben jedenfalls pro bestimmten Parameter neben dem Untersuchungsergebnis den Normalwert bzw. Referenzwert auszuweisen. Pathologische Untersuchungsergebnisse sind speziell zu kennzeichnen und hervorzuheben. Auf Veränderungen zu vorhandenen Vorbefunden soll hingewiesen werden. Das Untersuchungsergebnis ist dem zuweisenden Arzt bzw. der Gruppenpraxis und gegebenenfalls dem Patienten in geeigneter Form mitzuteilen. Die erhobenen Laborbefunde sind für einen den gesetzlichen Bestimmungen und medizinisch-forensischen Erfordernissen entsprechenden Zeitraum aufzubewahren. Die Befunde sind dem Krankenversicherungsträger auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
10. Für die molekulare Diagnostik gelten die von der GALP Arbeitsgruppe „Molekulare Erregerdiagnostik“ festgelegten Qualitätsstandards. Molekularbiologische Analysen dürfen nur als Primärrohrchen durchgeführt werden; d.h. die für die molekularbiologischen Analysen vorgesehenen Röhrchen dürfen vor der Materialentnahme zur molekularbiologischen Analyse nicht für andere Analysen oder zur Entnahme von Material geöffnet werden.
11. Für die Durchführung der Einzelleistung „Erforderlicher Hausbesuch“ gelten folgende Qualitätskriterien
- a) Durchführung des Hausbesuchs durch qualifizierte Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, die gemäß den berufsrechtlichen Bestimmungen zur venösen Blutentnahme (auf Grund ärztlicher Anordnung) berechtigt sind, wie insbesondere DGKS/P, DKKS/P, MTF, BMA sowie ärztliche Lehrpraktikantinnen/Lehrpraktikanten.
 - b) Die von den den Hausbesuch durchführenden Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern mitgeführte Ausstattung hat so zweckdienlich zu sein, dass trotz der möglicherweise unklaren hygienischen Umstände Vorort, eine regelrechte (lege artis) Venenpunktion möglich ist.
 - c) Der Transport der entnommenen Proben zum Labor wird konform der ADR-Richtlinien („diagnostische Proben“) durchgeführt.
 - d) Ist das Einlangen der entnommenen Blutproben im Labor nicht binnen der für den Zweck der spezifischen Analyse notwendigen Zeit gewährleistet, werden die notwendigen präanalytischen Maßnahmen (z.B. Zentrifugation, ...) während/vor dem Transport gesetzt.
 - e) Der gesamte Prozess „Hausbesuch“ wird qualitätsmanagementkonform mit entsprechenden Vorgabe- und Ablaufdokumenten dargestellt und mittels geeigneter Aufzeichnungen dokumentiert.

C) GRUPPENEINTEILUNG

- 1. Entnahme von Untersuchungsmaterial**
- 2. Hämatologie und Blutsenkung**
- 3. Gerinnungs- und Thrombophiliediagnostik**
- 4. Blutgruppenserologie**
 - a. ABO-System
 - b. HLA-System
 - c. Sonstiges
- 5. Chemische Untersuchungen**
 - a. Substrate
 - b. Enzyme
 - c. Elektrolyte
 - d. Sonstiges
- 6. Proteindiagnostik**
 - a. Elektrophoresen
 - b. Immunglobuline
 - c. Allergiediagnostik
 - d. Plasmaproteine
 - e. Sonstiges
- 7. Hormone, Tumormarker und Vitamine**
 - a. Schilddrüsenhormone
 - b. Sexualhormone
 - c. Sonstige Hormone
 - d. Katecholamine
 - e. Tumormarker
 - f. Vitamine
- 8. Konzentrationsbestimmungen von Pharmaka und Drogen**
- 9. Infektionsserologie**
 - a. Hepatitisserologie
 - b. Sonstige Infektionen
- 10. Allgemeine mikrobiologische Untersuchungen**
- 11. Spezielle mikrobiologisch-serologische Untersuchungen**
 - a. Spezielle mikrobiologische Untersuchungen
 - b. Spezielle Infektionsserologie
- 12. Diagnostik sonstiger Materialien**
 - a. Sputum
 - b. Sekrete
 - c. Punktionsflüssigkeiten
- 13. Harnuntersuchungen**
- 14. Konkrementuntersuchungen**
- 15. Stuhluntersuchungen**
- 17. Sonstige Leistungen**
- 18. Molekularbiologische Untersuchungen**
- 19. Mutter-Kind-Pass – Leistungen zur statistischen Erfassung**
- 20. Präoperativ/peristationäre Leistungen zur statistischen Erfassung**