

FAQ zur Abrechnung und Vergütung Labor

Mit der Laborreform (1. April 2018) gelten neue Regeln für Laboruntersuchungen: Der Wirtschaftlichkeitsbonus (WiBo) wurde neu bewertet, die Laborquote Q ist komplett weggefallen und die Kennnummern sowie die Honorarvorgaben wurden geändert. Wichtige Informationen und häufig gestellte Fragen zum Thema Labor und Laborreform sind unten in Form eines Fragen-Antworten-Katalogs (FAQ) zusammengefasst.

Stichwort	Frage	Antwort
Abkürzungen rund um das Thema Laborreform		<p>GB Grundbetrag</p> <p>GP Grundpauschale</p> <p>HV Honorarverteilung</p> <p>HVM Honorarverteilungsmaßstab</p> <p>KP Konsiliarpauschale</p> <p>MGV Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung</p> <p>SP Schwerpunkt</p> <p>VP Versichertenpauschale</p> <p>WiBo Wirtschaftlichkeitsbonus</p>
Laborreform Allgemein	Warum erfolgt eine Laborreform?	<p>In der Vergangenheit ist der Leistungsbedarf im Laborbereich bundesweit jährlich um rund 5% gestiegen und damit deutlich stärker als die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung. Dadurch reicht das Geld im Grundbetrag Labor nicht aus und es musste regelmäßig nachfinanziert werden. Dafür wurde bislang Geld aus dem haus- & fachärztlichen Honorartopf entsprechend des historischen Trennungsfaktors entnommen. Das Bundesgesundheitsministerium hat dahingehend die KBV aufgefordert, ungerechtfertigte Belastungen des hausärztlichen Versorgungsbereichs zu vermeiden.</p> <p>Im Dezember 2016 hat daher die Vertreterversammlung der KBV ein Konzept zur Weiterentwicklung der Laborvergütung beschlossen. Zum</p>

Stichwort	Frage	Antwort
Laborreform Allgemein		01.04.2018 tritt nun die erste Stufe der Laborreform in Kraft.
	Was umfasst die 1. Stufe der Laborreform?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anpassung der EBM-Regelungen zum Wirtschaftlichkeitsbonus [Beschluss Bewertungsausschuss (BA) in seiner 412. Sitzung] ▪ Übertragung der Honorarverteilungs-Verantwortung für die Mengensteuerung Bereich Labor auf KVen [KBV-Änderungsbeschluss zu den Vorgaben zur Honorarverteilung vom 12.12.2017]
	Was wird von den EBM-Änderungen umfasst?	<p>Die EBM-Änderungen umfassen im Wesentlichen folgende Themengebiete:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Änderung Berechnungssystematik WiBo ▪ Neubewertung WiBo GOP 32001 ▪ Weiterentwicklung der Kennnummern
	Welche weiteren Schritte der Laborreform sind geplant?	Im Rahmen der Protokollnotizen wurden weitere Maßnahmen zur Laborreform vereinbart. Hierzu zählen insbesondere die Preiskorrektur ausgewählter Parameter und strukturelle Anpassungen im EBM zur Begrenzung der Mengendynamik. Außerdem wird geprüft, ob in den KBV-Vorgaben die verpflichtende Einführung von individuellen Mengensteuerungen aufgenommen werden soll.
Zuordnung Wirtschaftlichkeitsbonus (WiBo) GOP 32001	Wie und unter welchen Voraussetzungen wird der Wibo berücksichtigt?	<p>Der WiBo wird je Behandlungsfall berücksichtigt, vorausgesetzt es wird eine Versicherten- (VP), Grund- (GP) oder Konsiliarpauschale (KP) aus den – im Beschluss definierten – EBM Kapiteln abgerechnet. Bei Selektivverträgen gibt es eine Sonderregelung.</p> <p>Arztgruppen, die keine der genannten VP/GP/KP abrechnen können, haben keinen Anspruch auf den WiBo. [BA-Beschluss aus der 412.</p>

Stichwort	Frage	Antwort
Zuordnung Wirtschaftlichkeitsbonus (WiBo) GOP 32001		Sitzung Teil B Nr. 6 Unterpunkt Nr. 1.]
	Wie bestimmt sich die Höhe des WiBo?	<p>Die Höhe des WiBo bestimmt sich danach ob der arztpraxisbezogene Fallwert unterhalb, zwischen oder oberhalb der vorgegebenen Arztgruppen-Fallwerte liegt.</p> <p>Der arztpraxisbezogene Fallwert ergibt sich aus den eigenerbrachten, veranlassten und bezogenen Laborkosten dividiert durch die WiBo-relevanten Behandlungsfälle.</p> <p>Für die einzelnen Arztgruppen gelten unterschiedliche obere und untere begrenzende Fallwerte. Der arztgruppenspezifische Fallwert orientiert sich an den durchschnittlichen Kosten der veranlassten, eigenerbrachten und bezogenen Laborleistungen. [BA-Beschluss aus der 412. Sitzung Teil B Nr. 6 Unterpunkt Nr. 4.]</p>
	Wann erhalten Ärzte den vollen WiBo?	Eine Anerkennung des vollen WiBo erfolgt dann, wenn der individuelle arztpraxispezifische Fallwert kleiner oder gleich dem arztgruppenspezifischen unteren begrenzenden Fallwert ist. [BA-Beschluss aus der 412. Sitzung Teil B. Nr. 6 Unterpunkt Nr. 4.]
	Wird beim WiBo noch zwischen Allgemeinlabor und Speziallabor bzw. Allgemeinversicherte und Rentnern unterschieden?	Bei dem von der KV zugesetzten WiBo wird nicht mehr zwischen Allgemeinlabor (Abschnitt 32.2 EBM) und Speziallabor (Abschnitt 32.3 EBM) sowie zwischen Allgemeinversicherten und Rentnern unterschieden. [BA-Beschluss aus der 412. Sitzung Teil B Nr. 6 Unterpunkt Nr. 1.]
Warum erhalten Ärzte manchmal keinen WiBo vergütet, obwohl sie prinzipiell für diesen berechtigt sind, Labor veranlasst und Kennnummern angesetzt haben?	Liegt der arztpraxispezifische Fallwert oberhalb des oberen begrenzenden Fallwerts bzw. entspricht diesem, erhält die Arztpraxis keinen WiBo vergütet. [BA-Beschluss aus der 412. Sitzung Teil B. Nr. 6 Unterpunkt Nr. 4.]	

Stichwort	Frage	Antwort
Zuordnung Wirtschaftlichkeitsbonus (WiBo) GOP 32001	Wann wird der WiBo anteilig vergütet?	Der WiBo wird anteilig vergütet, wenn der arztpraxisspezifische Fallwert zwischen dem oberen und unteren begrenzenden Fallwert liegt. [BA-Beschluss aus der 412. Sitzung Teil B. Nr. 6 Unterpunkt Nr. 4.]
	Wie wird der WiBo bei BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten berechnet?	Es erfolgt eine praxisspezifische Ermittlung der Bewertung des WiBo und der Fallwerte anhand der hier tätigen Arztgruppen. Dazu werden gemittelte Werte für die Praxis gebildet. Relevant für die anteilige Berechnung sind jeweils die Ärzte, die auf einem WiBo-relevanten Behandlungsfall eine VP/GP/KP laut EBM-Definition abrechnen. [BA-Beschluss aus der 412. Sitzung Teil B. Nr. 6 Unterpunkt Nr. 5.] Rechenbeispiele für Einzelpraxen und BAG sind auf unsere Homepage veröffentlicht.
	Welche Werte werden den Kinderärzten mit Schwerpunkt/Zusatzweiterbildung zugeordnet?	Für die Arztfälle, in denen der Facharzt-Kinderarzt laut Präambel im fachärztlichen Versorgungsbereich tätig wird, richten sich die begrenzenden Fallwerte und der WiBo nach dem entsprechenden SP der Inneren Medizin. In diesem Sonderfall geht der Anteil der fachärztlichen Tätigkeit mit in die Bewertung ein. [BA-Beschluss aus der 412. Sitzung Teil B. Nr. 6 Unterpunkt Nr. 5.]
	Was passiert, wenn der Erbringer das Labor erst im Folgequartal der Veranlassung abrechnet?	Werden Laborkosten durch den Überweisungsnehmer erst im Folgequartal und vom Veranlasser keine VP, GP oder KP abgerechnet, werden diese Kosten ohne Zählung des Behandlungsfalles für die Ermittlung des WiBo im Folgequartal berücksichtigt. Der Behandlungsfall wird nicht erneut gezählt, da der WiBo für diesen ja bereits im aktuellen Quartal zugesetzt wurde. Ggf. von dem Veranlasser in seiner Abrechnung angegebene Kennnummern, werden quartalsübergreifend bei der Ermittlung der Laborkosten im Folgequartal mit berücksichtigt. [BA-Beschluss aus der

Stichwort	Frage	Antwort
Zuordnung Wirtschaftlichkeitsbonus (WiBo) GOP 32001		412. Sitzung Teil B. Nr. 6 Unterpunkt Nr. 2.]
	Wird der WiBo auch in stationären Fällen gewährt?	Nach neuer Definition im EBM erfolgt die Zusetzung des WiBo auch bei stationären Fällen, sofern eine relevante VP, GP oder KP im BHF abgerechnet wurde. Die Vergütung erfolgt jedoch nicht belegärztlich, sondern intrabudgetär. [Beschluss aus der 412. Sitzung Teil B. Nr. 1 gerecht zu werden.]
Selektivvertragliche Fälle	Warum entfällt die Hessenspezifische Abrechnungsziffer 98191 zur Kennzeichnung von HZV-Fällen der AOK Hessen mit kollektivvertraglicher Veranlassung Allgemeinlabor?	Diese wird nicht mehr benötigt, da ab dem 1. April 2018 auch die kollektivvertragliche Veranlassung Allgemeinlabor Abschnitt 32.2 über die 88192 gekennzeichnet werden kann. Voraussetzung für die Berücksichtigung dieser Fälle ist, dass die Leistungen aus Abschnitt 32.2 und 32.3 nicht Vertragsgegenstand des HZV-Vertrages sind. [BA-Beschluss aus der 412 Sitzung Teil B. Nr. 6 Unterpunkt Nr. 3.]
	Werden HZV-Fälle für den WiBo bei Ansatz der Hessenspezifischen Abrechnungsziffer 99980 berücksichtigt?	Die 99980 („Kennziffer für Arzt-Patienten-Kontakte oder Besuchsleistungen“) hat keine Relevanz für die Berechnung des WiBo. Bei selektivvertraglichen Fällen wird nur die 88192 für die Fallzählung berücksichtigt. Voraussetzung für die Berücksichtigung dieser Fälle ist, dass die Leistungen aus Abschnitt 32.2 und 32.3 nicht Vertragsgegenstand des HZV-Vertrages sind. [BA-Beschluss aus der 412 Sitzung Teil B. Nr. 6 Unterpunkt Nr. 3.]
Kennnummern	Muss eine Kennnummer immer angegeben werden?	Die Angabe der Kennnummern erfolgt grundsätzlich durch Sie und liegt in Ihrem Ermessen. Ab dem 1. April 2018 befreien die Kennnummern bestimmte Laborleistungen von der Anrechnung auf die Kosten der erbrachten, bezogenen und veranlassten Laboruntersuchungen. Der WiBo für diese

Stichwort	Frage	Antwort
Kennnummern		<p>Fälle bleibt grundsätzlich erhalten. [BA-Beschluss aus der 412 Sitzung Teil B. Nr. 6 Unterpunkt Nr. 6.]</p> <p>Da nun einzelne Leistungen den Kennnummer zugeordnet sind, ist es im Gegenzug möglich und notwendig mehrere Kennnummern für multimorbide Patienten in der Abrechnung anzugeben.</p> <p>Alle Laboruntersuchungen, die Sie für den Patienten im Quartal veranlassen oder abrechnen, die nicht über eine Kennnummer abgedeckt sind, sind für die Berechnung des Wirtschaftlichkeitsfaktors relevant.</p>
	<p>Muss bei veranlassenen Laborleistungen der veranlassende Arzt die Kennnummern in seiner Abrechnung angeben?</p>	<p>Ja, die Kennnummern sind immer vom veranlassenden Arzt in seiner Abrechnung anzugeben. Ggf. vorhandene Kennnummern in der Abrechnung des Überweisungsnehmers werden nicht den veranlassenden Ärzten zugeordnet und sind damit nicht relevant für die Ermittlung des WiBo. [BA-Beschluss aus der 412 Sitzung Teil B. Nr. 6 Unterpunkt Nr. 6.]</p>
	<p>Wurden Kennnummern geändert?</p>	<p>Ja, es haben sich systematische und inhaltliche Änderungen bei den Kennnummern im Rahmen der Laborreform ergeben. Inhaltliche Änderungen dahingehend, dass Kennnummern entfallen, andere neu aufgenommen werden und Untersuchungsindikationen neu definiert werden. [BA-Beschluss aus der 412 Sitzung Teil B. Nr. 6 Unterpunkt Nr. 6.]</p> <p>Eine Gegenüberstellung der alten und neuen Kennnummern haben wir für Sie auf unsere Homepage veröffentlicht.</p>
	<p>Ist die präoperative Diagnostik jetzt nicht mehr über eine Kennnummer befreit?</p>	<p>Nein, die Kennnummer 32016 für die präoperative Labordiagnostik entfällt – die GOP 32125 (präoperative Labordiagnostik) wird jedoch grundsätzlich aus den Laborkosten der Praxen herausgerechnet. [BA-Beschluss aus der 412 Sitzung Teil B. Nr. 6 Unterpunkt Nr. 6.]</p>

Stichwort	Frage	Antwort
Kennnummern	<p>Belasten die Laboruntersuchungen für die Diagnostik und Therapie von Fertilitätsstörungen zukünftig den WiBo?</p>	<p>Ja, die Kennnummer 32013 (Diagnostik und Therapie von Fertilitätsstörungen) ist entfallen. Die entsprechenden Leistungen unterliegen nun der Steuerung durch den WiBo. Diese Änderung wurde bei der Neuberechnung der begrenzenden Fallwerte berücksichtigt. [BA-Beschluss aus der 412 Sitzung Teil B. Nr. 6 Unterpunkt Nr. 6.]</p>
	<p>Wann sind Kennnummern im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge anzugeben?</p>	<p>Wenn Leistungen der Mutterschaftsvorsorge im Vertretungsfall, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung erbracht werden, wird die Scheinart 24 (Mit-/Weiterbehandlung), 42 (Urlaubs-/ Krankheitsvertretung) oder 43 (Notfall) angelegt.</p> <p>Die zugehörigen Laborleistungen werden mit der Kennnummer 32007 versehen und bei Veranlassung ist bei der Laborüberweisung das entsprechende Feld kurativ anzukreuzen.</p> <p>Anderere Leistungen sind, wenn kurativ auf der Überweisung angekreuzt wurde, über das vom Überweisungsnehmer anzugebende Suffix „V“ befreit.</p> <p>Werden Leistungen der Mutterschaftsvorsorge präventiv auf einem Originalschein erbracht, sind die Laborleistungen üblicherweise in der GOP 01770 EBM inkludiert. Laboraufträge werden in diesen Fällen im entsprechenden Feld der Überweisung als präventiv gekennzeichnet und der Laborarzt rechnet die GOP des Abschnitts 1.7.4 ab. [BA-Beschluss aus der 412 Sitzung Teil B. Nr. 6 Unterpunkt Nr. 6.]</p>
	<p>Warum sind manche Laboruntersuchungen, die zu den Kennnummern passen würden, nicht in die Liste der ausgenommenen GOP aufgenommen worden?</p> <p>Beispiel: Die GOP 32618 (HCV-Antikörper) würde sachlich in den Kreis gehören der bei der</p>	<p>Es sind nicht pauschal alle Laboruntersuchungen bei einer Untersuchungsindikation im Beschluss zur Laborreform aufgenommen worden. Andererseits ist aber auch ein gewisser Anteil an Laborleistungen dadurch berücksichtigt, dass die unteren begrenzenden Fallwerte bei laborrelevanten Fachgruppen nicht bei null Euro beginnen. Im Gegenzug zur bisherigen Regelung erhalten Sie auch für Fälle mit Kennnummern</p>

Stichwort	Frage	Antwort
Kennnummern	Kennnummer 32006 genannten ausgenommenen GOP, da es sich um eine Laboruntersuchung zu einer meldepflichtigen Erkrankung handelt.	einen WiBo (GOP 32001).
	Wie werden die Kennnummern den befreiten GOP zugeordnet?	<p>Sie geben in Ihrer Abrechnung je Quartal und je Patient einmalig die zutreffenden Kennnummern an.</p> <p>Die KV Hessen ordnet den Kennnummern die zu befreienden eigenerbrachten, von Laborgemeinschaften bezogenen und veranlassten Laborleistungen zu.</p>
	Müssen die Kennnummern noch auf Muster 10 / 10a zur Überweisung Labor eingetragen werden?	Nein, die Kennnummern sind ausschließlich in der Abrechnung der beziehenden, eigenerbringenden oder veranlassenden Arztpraxis anzugeben. [BA-Beschluss aus der 412 Sitzung Teil B. Nr. 6 Unterpunkt Nr. 6.]
Überweisung und Veranlassung	Warum muss das Datum der Veranlassung bei Laborüberweisungen (Muster 10 und 10a) seit dem 1. Januar 2018 angegeben und vom Laborarzt übermittelt werden?	<p>Das Datum wird nach der Laborreform für das Laborclearing zwingend benötigt. Nur so ist eine quartalsübergreifende Zuordnung von Kennnummern in der Abrechnung des Veranlassers zu den Laborkosten in der Abrechnung der Überweisungsnehmer gewährleistet.</p> <p>Der Erbringer – in der Regel der Laborarzt – ist dafür verantwortlich, dass das Datum der Ausstellung bei der Abrechnung übermittelt wird. Die Angabe im Feld 4102 bei der Abrechnung ist seit dem 01.01.2018 verpflichtend.</p>
	Wie wird beim Laborauftrag an ein Labor (Muster 10) oder beim Auftrag an eine Laborgemeinschaft (Muster 10a) mit den Kennnummern für besondere Untersuchungsindikationen konkret verfahren? Werden die Kennnummern, so wie bisher, vom veranlassenden/beziehenden Arzt	<p>Die Kennnummern werden der Abrechnung des Veranlassers entnommen und sind durch die KV in der Berechnung des individuellen Fallwertes zu berücksichtigen. Hauptverantwortung liegt beim Veranlasser.</p> <p>Der Veranlasser braucht die Kennnummer dem Labor nicht mitzuteilen.</p> <p>Die Kennnummern werden bei dem/der beauftragten</p>

Stichwort	Frage	Antwort
Überweisung und Veranlassung	erfasst und von dem/der beauftragten Labor/Laborgemeinschaft in die Abrechnung übernommen?	Labor/Laborgemeinschaft nicht in die Abrechnung übernommen. [EBM Abschnitt 32.1 Nr. 6]
	Ist der Hausarzt eines Patienten oder der auf Überweisung tätige Facharzt für die Veranlassung von benötigten Laborwerten zuständig?	<p>Nach § 24 Bundesmantelvertrag-Ärzte kann ein Vertragsarzt durch Überweisung an einen anderen Vertragsarzt die Durchführung erforderlicher diagnostischer oder therapeutischer Leistungen veranlassen.</p> <p>Dies gilt sowohl für Hausärzte wie auch für Fachärzte. Benötigen Fachärzte Laborwerte für die Behandlung, sind diese Laborwerte von den Fachärzten selbst zu veranlassen, sofern aktuelle Befunde nicht von den zuweisenden Hausärzten übermittelt werden konnten.</p> <p>Unbenommen besteht die Möglichkeit sich kollegial auf ein Procedere zu verständigen.</p>
	Wer ist für Veranlassung notwendiger Laborparameter, die für radiologische Untersuchungen benötigt werden, zuständig? Der Radiologe, der für die Untersuchung die Laborergebnisse benötigt, oder der Arzt, der die radiologische Untersuchung veranlasst?	<p>Bei Unsicherheiten in der Vorgehensweise rät die KV Hessen dazu, dass im Vorfeld zu radiologischen Untersuchungen notwendige Laborparameter von der überweisenden Praxis (Haus- oder Facharzt) erhoben werden.</p> <p>Die Praxisstruktur einer radiologischen Praxis ist für die Einbestellung, Durchführung und Veranlassung von Laboruntersuchungen im Vorfeld zur radiologischen Untersuchung meistens kaum geeignet. Eine Veranlassung der notwendigen Laborparameter bei einer Laborpraxis ist aufgrund des einmaligen Arzt-Patienten-Kontakts organisatorisch kompliziert und angesichts von oftmals langen Anfahrtswegen für die Patienten wenig sinnvoll.</p> <p>Um den Auftrag zur radiologischen Untersuchung im Rahmen eines einmaligen Termins durchführen zu können, sind Radiologen somit bei Patienten mit Risikofaktoren auf die Übermittlung des Kreatinin-Wertes oder des TSH-Wertes durch die überweisende Praxis angewiesen.</p>

Stichwort	Frage	Antwort
Überweisung und Veranlassung		<p>Zuständig für die notwendigen Laborparameter sind deshalb die überweisenden Praxen.</p> <p>Wenn Sie bereits gut funktionierende und nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und dem Bundesmantelvertrag für Ärzte (BMV-Ä) erlaubte kollegiale Strukturen für die Bestimmung von Laborparametern vor radiologischen Untersuchungen haben, bleiben Sie natürlich gerne dabei.</p>
Honorarverteilungsmaßstab (HVM)-Änderungen	<p>Welche verpflichtenden Vorgaben wurden auf Bundesebene getroffen, die im hessischen HVM abgebildet werden müssen?</p>	<p>Durch die beschlossenen Änderungen der KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung wurde die Verantwortung für die Mengensteuerung Labor grundsätzlich auf die KVen übertragen.</p> <p>Zu berücksichtigen sind dabei im HVM folgende verpflichtende Vorgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anpassung Trennungsbeschluss = Neue Aufteilung Laborleistungen in Grundbeträge – der Grundbetrag (GB) Labor wird kleiner, die fachärztlichen und hausärztlichen Grundbeträge größer ▪ Ausgleich von Unter-/Überschüssen im Grundbetrag Labor nach Anteil der Vergütung des jeweiligen Versorgungsbereichs am GB Labor ▪ Aufhebung der bisher gültigen bundeseinheitlichen Vergütungsregelung mit Laborquote Q ▪ Neue Labormindestquote für Leistungen im GB Labor (Muster 10, WiBo) ▪ Prüfung, ob eine Verschiebung von Leistungen auf Muster 10a zu Muster 10 erfolgt und ggf. Anpassung der Grundbeträge ▪ Prüfung, ob eine Verschiebung von eigenerbrachten Leistungen 32.3 zu Muster 10 erfolgt und ggf. Anpassung der Grundbeträge <p>[KBV-Vorgaben Honorarverteilung laut § 87b. Abs. 4 SGB V zur</p>

Stichwort	Frage	Antwort
Honorarverteilungsmaßstab (HVM)-Änderungen		Honorarverteilung durch die KVen (Beschlüsse KBV-Vorstand vom 12.12.2017 und vom 15.03.2018)]
	Welche Regelungen umfasst der hessische HVM zusätzlich?	In einigen Bereichen hat die KBV lediglich „Kann-Vorgaben“ vorgenommen oder überlässt die Umsetzung der Honorarverteilung ohne Regelung den regionalen KVen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quotierung und Zuordnung der Laborleistungen in den Grundbeträgen ▪ Möglichkeit der arzt- & praxisindividuellen Budgetierung von Leistungen im Grundbetrag Labor ▪ Möglichkeit einer fallwertbezogenen Budgetierung von Speziallaborleistungen (Abschn. 32.3 EBM) von Nicht-Laborärzten [KBV-Vorgaben Honorarverteilung laut § 87b. Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung durch die KVen (Beschluss vom 12.12.2017)]
	Welche Regelungen zur Quotierung und Zuordnung der Laborleistungen umfasst der hessische HVM?	Die überführten Beträge für Labor in den hausärztlichen- und fachärztlichen Grundbetrag werden in Form von Vorwegleistungen mit der Quote 89% vergütet. Die Laborleistungen im Grundbetrag Labor werden ebenfalls mit der Quote 89% vergütet. Es erfolgt keine Differenzierung nach „Laborleistungsbereichen“ (z.B. Akutlabor, WiBo).
	Setzt die KVH eine arzt- und praxisindividuelle Budgetierung von Leistungen im Grundbetrag Labor um?	In Hessen wird auf eine individuelle Budgetierung für die Leistungen im Grundbetrag Labor zunächst verzichtet.

Stichwort	Frage	Antwort
Honorarverteilungsmaßstab (HVM)-Änderungen	<p>Es gibt die Möglichkeit einer fallwertbezogenen Budgetierung von Speziallaborleistungen (Abschnitt 32.3 EBM) bei Nicht-Laborärzten einzuführen – wie wird es in Hessen gehandhabt?</p>	<p>Für vordefinierte Fachgruppen (Rheumatologen, Endokrinologen, Nuklearmedizinern, Hämatologen, Dermatologen, Gynäkologen, Pneumologie und Urologen) wurde eine fallwertbezogene Budgetierung in den HVM aufgenommen, aber zunächst ab 2/2018 ausgesetzt.</p>