

Freie Leistungen

Der (Erweiterte) Bewertungsausschuss auf Bundesebene hat definiert, was unter „freien Leistungen“ zu verstehen ist:

- Vergütungen für Leistungen im Rahmen besonderer, nicht für alle Kassen gültiger Verträge (Modell vorhaben, Strukturverträge, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung, Verträge zur besonderen ambulanten Versorgung, DMP-Verträge, Verträge zur integrierten Versorgung)
- Vergütungen für regional vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Leistungen (diese wurden in der Regel im Rahmen der Gesamtverträge vereinbart)
- Belegärztliche Leistungen (Kapitel 36 EBM, dazu GOP 13311, 17370 und Geburtshilfe)
- Ambulante Operationen, Anästhesien und Begleitleistungen (Kapitel 31, dazu GOP 13421 bis 13431, 04514, 04515, 04518, 04520)
- Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen (Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4 inkl. Früherkennungsuntersuchung U 7a, Hautkrebsscreening)
- Vakuumstanzbiopsien
- Strahlentherapie
- Phototherapeutische Keratektomie
- Künstliche Befruchtung
- Substitutionsbehandlung (gesetzliche Regelung)
- Kostenpauschalen für örtlich angeordnete Hilfeleistungen (40870, 40872)
- Ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese bei isolierter Lp(a) - Erhöhung(13622) einschließlich Sachkosten
- Kostenpauschalen zur Erstattung des besonderen Aufwandes der Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) (40860, 40862)
- Spezialisierte Versorgung HIV-infizierter Patienten (30920,30922,30924)
- Kostenpauschalen im Zusammenhang mit der Verordnung besonderer Arzneimitteltherapie (40865, 40868, 40866, 40867)
- Nukleinsäurenachweis von Influenza (H1N1) nach der GOP 88740 sowie der Influenza-Schnelltest nach der GOP 88741
- Laborpauschalen (32880 bis 32882)

Die Vertragspartner auf Landesebene haben die Möglichkeit, diesen Katalog der „freien Leistungen“ zu erweitern. Diese Möglichkeit haben die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg und die Krankenkassen auch genutzt. In Hamburg werden deshalb auch 2010 folgende Leistungen als reine Einzelleistung ohne Mengenbegrenzung vergütet:

- Exzisionen beim Hautkrebsscreening
- Schmerztherapie (Abschnitt 30.7.1)
- Dialyse-Sachkostenpauschalen
- Wegepauschalen

Alle „freien Leistungen“ werden gemäß der Euro-Gebührenordnung honoriert; hierfür gilt keine Mengenbegrenzung. Der Preis dieser Leistungen ergibt sich aus der Multiplikation der im EBM genannten Punktzahl mit dem Orientierungswert von 3,5048 Cent, wobei die Punktzahlen einiger dieser Leistungen oder Leistungsbereiche gegenüber 2008 teilweise deutlich angehoben wurden. In Hamburg konnte darüber hinaus für Teilbereiche der freien Leistungen ein „Zuschlag“ mit den Krankenkassen verhandelt werden, der sicherstellt, dass das in diesen Bereichen in Hamburg erreichte Honorarniveau des Jahres 2008 (auf der Basis des Punktwerts 4,87 Cent) erhalten bleibt. Da die in Rede stehenden Leistungen unterschiedlich stark aufgewertet wurden, musste der Zuschlag jeweils unterschiedlich festgelegt werden. Unter Berücksichtigung der neuen Punktzahlen gelten somit für das Jahr 2010 folgende Punktwerte:

- Ambulante Operationen und Anästhesien (Abschnitte 31.2 und 31.5) 4,2183 Cent
- Phototherapeutische Keratektomie (GOP 13362) 4,2183 Cent
- Koloskopie und ERCP (GOP 13421 bis 13431, 04514, 04515, 04518, 04520) 4,2183 Cent
- Präoperativer Untersuchungskomplex, Postoperativer Überwachungskomplex, Postoperativer Behandlungskomplex 4,7512 Cent

Bitte beachten Sie: Die vorgenannten Zuschläge stehen unter Vorbehalt:

Der GKV-Spitzenverband hat am 23.09.09 beim Landesozialgericht Berlin-Brandenburg einen Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz mit dem Ziel gestellt, dass die aufschiebende Wirkung der anhängigen Klage gegen den vom Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 15. Sitzung am 02.09.09 getroffenen Beschlussteil C (Festlegung von Indikatoren zur Messung regionaler Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur für das Jahr 2010 gemäß § 87 Abs. 2f SGB V) angeordnet wird. Wird durch das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg die aufschiebende Wirkung des Beschlussteils C angeordnet, entfaltet diese Anordnung sofortige Wirkung auf den vorliegenden Honorarvertrag.

Ergibt sich aus dem rechtskräftigen Urteil der beim Landesozialgericht Berlin-Brandenburg anhängigen Klage gegen den vom Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 15. Sitzung am 02.09.09 getroffenen Beschlussteil C (Festlegung von Indikatoren zur Messung regionaler Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur für das Jahr 2010 gemäß § 87 Abs. 2f SGB V) eine anderweitige Finanzierungsregelung, werden die Vertragspartner diese Entscheidung umsetzen.

Streitig sind vor dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg nur die vorgenannten Zuschläge der Honorarvereinbarung. Mit den Zuschlägen zu den Begleitleistungen der ambulanten Operationen der Honorarvereinbarung wird analog den Hauptleistungen der ambulanten Operationen gemäß vorstehenden Absatzes verfahren.

- (Früherkennung bei Kindern und Erwachsenen (Abschnitt 1.7.1, 1.7.2, 1.7.4) 3,8289 Cent)

Für alle anderen freien Leistungen gilt der Orientierungswert von 3,5048 Cent für die Umrechnung, wobei aber daran erinnert werden muss, dass viele der Leistungen deutlich aufgewertet werden.