

BESCHLUSS

des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 31. Sitzung am 29. November 2018

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Januar 2019

1. Aufnahme eines Abschnittes 4.3.9 in die Allgemeinen Bestimmungen zum EBM

4.3.9 Ärztliche Zweitmeinung

4.3.9.1 Einleitung der Zweitmeinung

Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01645 ist die Dokumentation der Indikation mit einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung.

4.3.9.2 Berechnung der Zweitmeinung

Für die ärztliche Zweitmeinung gemäß § 3 Abs. 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zweitmeinungsverfahren sind in Abhängigkeit der Arztgruppe des Zweitmeiners die jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen beim ersten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt einmal im Behandlungsfall zu berechnen.

Die im Rahmen der ärztlichen Zweitmeinung abgerechneten Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen sind vom abrechnenden Arzt eingriffsspezifisch und bundeseinheitlich nach Vorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu kennzeichnen.

4.3.9.3 Ergänzende Untersuchungen im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens

Neben den Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen zur Vergütung der ärztlichen Zweitmeinung sind ausschließlich gegebenenfalls medizinisch notwendige Untersuchungen gemäß § 3 Abs. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zweitmeinungsverfahren entsprechend den Abrechnungsbestimmungen des EBM berechnungsfähig.

Die Nebeneinanderberechnung der ärztlichen Zweitmeinung gemäß Nr. 4.3.9.2 und medizinisch notwendiger Untersuchungsleistungen setzt die Angabe einer

medizinischen Begründung voraus. Die im Rahmen der ärztlichen Zweitmeinung abgerechneten Untersuchungsleistungen sind vom abrechnenden Arzt bundeseinheitlich und eingriffsspezifisch nach Vorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu kennzeichnen.

Werden im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens Untersuchungsleistungen veranlasst, so setzt die Berechnung der veranlassten Untersuchungsleistungen die bundeseinheitliche und eingriffsspezifische Kennzeichnung nach Vorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung voraus.

2. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 01645 in den Abschnitt 1.6 des EBM

01645 Aufklärung und Beratung im Zusammenhang mit einem ärztlichen Zweitmeinungsverfahren sowie die Zusammenstellung, Mehrfertigung und Aushändigung von Befundmitteilungen, Berichten, Arztbriefen und anderen patientenbezogenen Unterlagen an den Patienten gemäß § 6 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zweitmeinungsverfahren

Obligater Leistungsinhalt

- Aufklärung über den Anspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung gemäß § 27b Abs. 2 SGB V,
- Beratung im Zusammenhang mit einer ärztlichen Zweitmeinung gemäß § 27b Abs. 2 SGB V,
- Aushändigung des Informationsblattes des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zweitmeinungsverfahren,
- Zusammenstellung, Mehrfertigung und Aushändigung von Befundmitteilungen, Berichten, Arztbriefen und anderen patientenbezogenen Unterlagen an den Patienten,
- Information zu geeigneten Zweitmeinungsärzten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Zusammenführung und ggf. Aufbereitung der patientenbezogenen Unterlagen,
- Beratung nach ärztlicher Zweitmeinung,

einmal im Krankheitsfall

75 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01645 ist nur durch den indikationsstellenden Arzt gemäß § 6 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zweitmeinungsverfahren berechnungsfähig.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01645 setzt die eingriffsspezifische Dokumentation

*gemäß der bundeseinheitlich kodierten
Zusatzkennzeichnung voraus.*

3. **Aufnahme der Gebührenordnungsposition 01645 in die Präambeln der Kapitel 8.1 Nr. 4 und 9.1 Nr. 2 des EBM**
4. **Aufnahme einer weiteren Leistung in den Anhang 3 EBM**

GOP	Kurzlegende	Kalkulationszeit (min.)	Prüfzeit (min.)	Eignung der Prüfzeit
01645	Aufklärung und Beratung sowie Zusammenstellung der Patientenunterlagen gemäß § 6 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zweitmeinungsverfahren	KA	./.	Keine Eignung

Protokollnotizen:

1. Der ergänzte Bewertungsausschuss empfiehlt den Partnern des Bundesmantelvertrages:

Die eingriffsspezifisch und bundeseinheitlich gekennzeichneten Leistungen im Zusammenhang mit dem Zweitmeinungsverfahren werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einzelfallnachweis nach § 295 SGB V an die Krankenkassen übertragen.
2. Der ergänzte Bewertungsausschuss prüft nach Vorliegen der Abrechnungsdaten für die ersten zwei Jahre nach Einführung in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab die Entwicklung der durch den Arzt im Zweitmeinungsverfahren abgerechneten Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen, der Gebührenordnungsposition 01645 sowie der gegebenenfalls durch den Zweitmeiner durchgeführten oder veranlassten medizinisch notwendigen Untersuchungen gemäß § 3 Abs. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zweitmeinungsverfahren. Insbesondere wird differenziert nach den geplanten Eingriffen geprüft:
 - Entwicklung der Leistungsmenge und des Leistungsbedarfes der einzelnen Leistungen,
 - Anzahl und regionale Verteilung der abrechnenden Ärzte sowie deren Fachgruppenzugehörigkeit,
 - Anzahl der Behandlungsfälle und behandelten Versicherten sowie deren Alters- und Diagnosestruktur,

- Art und Anzahl der in den Zweitmeinungsfällen vom Erstuntersucher durchgeführten oder veranlassten Untersuchungen,
- Art und Anzahl der zusätzlichen bzw. zusätzlich veranlassten Untersuchungen.

Die Evaluation erfolgt durch das Institut des Bewertungsausschusses.

3. Soweit durch den Gemeinsamen Bundesausschuss im Besonderen Teil der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren telemedizinische Leistungsmöglichkeiten beschlossen werden, regelt der ergänzte Bewertungsausschuss die Abrechnung der Leistungen.