

Entscheidungserhebliche Gründe

zum 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. Rechtsgrundlage

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband vereinbarten im ergänzten Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 5a SGB V Anpassungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM).

2. Regelungshintergrund und Regelungsinhalt

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 18. Oktober 2018 gemäß § 27b Abs. 2 SGB V die Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren beschlossen. Mit dem vorliegenden Beschluss erfolgt die Umsetzung des gesetzlichen Auftrages gemäß § 87 Abs. 2a Satz 9 SGB V, nach dem der Bewertungsausschuss eine Regelung zur Abrechnung der Leistungen und Kosten im Rahmen der Zweitmeinung gemäß § 27b SGB V zu treffen hat.

Zur Abbildung der ärztlichen Leistung im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens wurde die Abrechnungsregelung gemäß Nr. 4.3.9 in die Allgemeinen Bestimmungen des EBM aufgenommen. Für eine ärztliche Zweitmeinung nach § 3 Abs. 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zweitmeinungsverfahren legt Nr. 4.3.9.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM fest, dass die jeweiligen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen berechnungsfähig sind.

Neben den Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen sind ergänzende Untersuchungen laut Nr. 4.3.9.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM berechnungsfähig, wenn sie gemäß § 3 Abs. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zweitmeinungsverfahren medizinisch notwendig sind. Die Abrechnung der Untersuchungsleistungen erfolgt auf Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und setzt die Angabe einer medizinischen Begründung voraus.

Zur Erstattung der entstehenden Kosten im Rahmen der Zweitmeinung gemäß des gesetzlichen Auftrages nach § 87 Abs. 2a Satz 9 SGB V wurde die

Gebührenordnungsposition 01645 neu in den EBM aufgenommen. Die Leistung ist nur durch den Arzt berechnungsfähig, der gemäß § 6 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zweitmeinungsverfahren die Indikation für den geplanten Eingriff stellt.

Die im Rahmen der Zweitmeinung abgerechneten Versicherten-, Grund-Konsiliarpauschalen, gegebenenfalls medizinisch notwendige Untersuchungsleistungen sowie die Gebührenordnungsposition 01645 sind eingriffsspezifisch und bundeseinheitlich nach Vorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu kennzeichnen.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2019 in Kraft.