

Zweite Meinung vor Operationen

Gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten haben einen Rechtsanspruch, vor bestimmten planbaren Operationen (OP) eine unabhängige **ärztliche Zweitmeinung** einzuholen.

Folgende Operationen können als Zweitmeinungsverfahren gekennzeichnet werden:

- Gebärmutterentfernung
- Mandeloperation
- Schulterarthroskopie
- Amputation bei Diabetischem Fußsyndrom
- Implantation einer Knieendoprothese
- Eingriffe an der Wirbelsäule
- kathetergestützten elektrophysiologischen Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen
- Implantation eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators
- Gallenblasenentfernung (Cholezystektomie)
- Hüftgelenkersatz (seit 1. Juli 2024)
- Eingriffe an Aortenaneurysmen (ab 1. Oktober 2024)

Um eine Zweitmeinung abrechnen zu können, benötigen Ärzte eine Genehmigung, die sie bei der Kassenärztlichen Vereinigung beantragen.

1. Arzt/indikationsstellender Arzt:

-Einleitung der Zweitmeinung-

Seit dem 1. Juli 2023 können indikationsstellende Ärztinnen und Ärzte die GOP 01645 im Krankheitsfall je Indikation sowie bei paarigen Organen oder Körperteilen je Seite abrechnen. Bislang war nur die Abrechnung einmal im Krankheitsfall möglich. Dies wurde in den Allgemeinen Bestimmungen zum EBM im Abschnitt 4.3.9.1 ergänzt. Der ICD-10-Kode der jeweiligen Indikation ist mit dem Zusatzkennzeichen für die Seitenangabe zu versehen. Die Leistung beinhaltet auch die Zusammenstellung der Befundunterlagen.

GOP	Zweitmeinungsverfahren bei einer bevorstehenden
01645A	Mandeloperation (Tonsillektomie)
01645B	Gebärmutterentfernung (Hysterektomie)

01645C	Schulterarthroskopie
01645D	Amputation bei Diabetischem Fußsyndrom
01645E	Implantation einer Knieendoprothese
01645F	Eingriffe an der Wirbelsäule
01645G	kathetergestützten elektrophysiologischen Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen
01645H	Implantation eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators
01645I	Gallenblasenentfernung (Cholezystektomie)
01645J	Hüftgelenkersatz
01645K	Eingriffe an Aortenaneurysmen

2. Arzt des Zweitmeinungsverfahrens:

-Berechnung und Dokumentation der im Zweitmeinungsverfahren durchgeführten und abgerechneten Leistungen-

Der Arzt rechnet die jeweils zutreffende Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale sowie die GOPen für ggf. medizinisch notwendige Untersuchungsleistungen gemäß § 3 Abs. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zweitmeinungsverfahren ab. Dabei werden die GOPen des EBM verwendet.

Zusätzlich soll eine **indikationsspezifische Kennzeichnung** für die Versicherten, Grund- oder Konsiliarpauschale sowie für die ggf. medizinisch notwendigen Untersuchungsleistungen als Freitext im Feld „freier Begründungstext“ (KVDT-Feldkennung 5009) mit den nachstehenden Codes erfolgen:

„freier Begründungstext“ (FK 5009)	Zweitmeinungsverfahren bei einer bevorstehenden
88200A	Mandeloperation (Tonsillektomie)
88200B	Gebärmutterentfernung (Hysterektomie)
88200C	Schulterarthroskopie
88200D	Amputation bei Diabetischem Fußsyndrom
88200E	Implantation einer Knieendoprothese
88200F	Eingriffe an der Wirbelsäule
88200G	kathetergestützten elektrophysiologischen Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen
88200H	Implantation eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators

88200I	Gallenblasenentfernung (Cholezystektomie)
88200J	Hüftgelenkersatz
88200K	Eingriffe an Aortenaneurysmen

Das Einholen einer Zweitmeinung ist auch im Rahmen einer Videosprechstunde möglich. Erfolgt die ärztliche Zweitmeinung im Rahmen einer Videosprechstunde (Anlage 31b BMV-Ärzte) sind zu den jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen die Gebührenordnungspositionen 01444 und 01450 berechnungsfähig (*Allgemeine Bestimmungen, Abschnitt 4.3.9.2 EBM*).

