

Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2021

Die ärztliche Zweitmeinung in der Praxis

Eine repräsentative deutschlandweite Befragung
von Ärztinnen und Ärzten durch die Stiftung Gesundheit



Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2021

Die ärztliche Zweitmeinung in der Praxis

Eine repräsentative deutschlandweite Befragung
von Ärztinnen und Ärzten durch die Stiftung Gesundheit

Korrespondierender Autor:

Prof. Dr. med. Dr. rer. pol. Konrad Obermann
Mannheimer Institut für Public Health MIPH
Universität Heidelberg
konrad.obermann@medma.uni-heidelberg.de

Weitere Autoren:

Iris Brendt, Stiftung Gesundheit
Dr. phil. Peter Müller, Stiftung Gesundheit

Beiträge:

Die Idee zur diesjährigen Auswertung entwickelte die Stiftung Gesundheit.

Inhalt

1	Einführung.....	5
2	Hintergrund.....	10
2.1	<i>Die Stiftung Gesundheit</i>	<i>10</i>
2.2	<i>Die Studienreihe „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit“</i>	<i>10</i>
3	Material und Methoden	11
3.1	<i>Datenbasis</i>	<i>11</i>
3.2	<i>Fragebogen</i>	<i>11</i>
3.3	<i>Datenqualität.....</i>	<i>11</i>
4	Die ärztliche Zweitmeinung in der Praxis.....	12
4.1	<i>Bekanntheit des Zweitmeinungsverfahrens.....</i>	<i>13</i>
4.2	<i>Die Zweitmeinung aus ärztlicher Sicht.....</i>	<i>14</i>
4.3	<i>Relevante Patientengruppen.....</i>	<i>16</i>
4.4	<i>Bewertung der Indikationen in Prüfung</i>	<i>18</i>
4.5	<i>Weitere sinnvolle Indikationen aus ärztlicher Sicht.....</i>	<i>19</i>
4.6	<i>Erfüllung der Qualifikationskriterien</i>	<i>22</i>
4.7	<i>Bereitschaft zur Mitwirkung</i>	<i>23</i>
4.8	<i>Bereitschaft zur Teilnahme am Zweitmeinungssystem der GKV.....</i>	<i>24</i>
4.9	<i>Zweitmeinungen im Bereich PKV und Selbstzahler</i>	<i>26</i>
4.10	<i>Bereitschaft zur Teilnahme an Zweitmeinungen im Bereich PKV / Selbstzahler 27</i>	
4.11	<i>Potenzial an Zweitmeinungs-Ärzten nach Fachgebieten</i>	<i>28</i>
4.12	<i>Diskussion des Feedbacks aus den Freitext-Antworten</i>	<i>30</i>
4.13	<i>Einfluss von Videosprechstunden auf Zweitmeinungsverfahren.....</i>	<i>33</i>
5	Fazit und Ausblick	35
6	Anhang: Statistische Merkmale der Responder	38
6.1	<i>Geschlechtsverteilung</i>	<i>38</i>
6.2	<i>Altersstruktur der Responder.....</i>	<i>39</i>
6.3	<i>Dienstalter der Responder.....</i>	<i>40</i>

Allgemeine Anmerkungen

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen in dieser Studie in der Regel die männliche Form verwendet. Diese gilt im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter.

Da die zugrundeliegenden Daten die Kategorie „divers“ noch nicht abbilden, wird in dieser Auswertung noch die Dualität „männlich – weiblich“ verwendet.

1 Einführung

Medizin ist komplex, von Ungewissheiten geprägt und in schnellem Wandel begriffen. Ärzte müssen in kurzer Zeit Patienten mit vielfältigen Krankheitsbildern untersuchen, mit ihnen sprechen und ein Urteil zur Behandlung abgeben. Eine Folge ist, dass dabei Fehleinschätzungen auftreten, auch wenn Ärzte nach den Prinzipien der Evidenz-basierten Medizin arbeiten, eng mit dem Patienten zusammen, und viel in ihre Weiterbildung investieren.

Hinzu kommt, dass viele Mediziner bestimmte Vorgehensweisen und Therapie-Schemata entwickelt haben, die sich in der Vergangenheit für ihre Praxis bewährt haben, aber vielleicht eben nicht den besonderen Bedürfnissen des einzelnen Patienten oder den Spezifika des jeweiligen Einzelfalles optimal entsprechen.

Geographische Variationen bei planbaren Indikationen sind seit über 80 Jahren bekannt. Schon 1938 beschrieb J. Alison Glover stark schwankende Raten von Tonsillektomien in verschiedenen Regionen Großbritanniens mit ähnlicher Bevölkerungsstruktur¹. Das Thema erhielt internationale Bedeutung seit den bahnbrechenden Studien von Weinberg und Kollegen in den 1970er Jahren².

Eine Studie des IGES-Instituts im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung zeigte ebenfalls erhebliche lokal unterschiedliche Bewertungen und Operationsentscheidungen in der Therapie entzündlicher Erkrankungen der Gaumenmandeln. Bei der Teilentfernung der Gaumenmandeln (Tonsillotomie) gibt es Unterschiede bis zum 58-fachen zwischen den Landkreisen. So beeinflussen beispielsweise stationäre Angebotsstrukturen die OP-Rate: Kinder aus Kreisen, in denen eine oder mehrere große HNO-Kliniken diesen Eingriff vornehmen oder in denen Belegabteilungen einen größeren Anteil an der Versorgung leisten, werden häufiger operiert³.

Hinzu kommt die Konkurrenzsituation der Ärzte untereinander, die durch die bestehenden Incentivierungsstrukturen noch verstärkt wird: Chefarzte bekommen Bonuszahlungen, wenn sie bestimmte Planzahlen erfüllen, und niedergelassene Ärzte können außerhalb des Budgets Geld verdienen, wenn sie ambulant operieren. Auch für (insbesondere private) Krankenträger ist das Thema „Mengenausweitung“ von wirtschaftlicher Bedeutung bis hin zur Verpflichtung von Spezialisten, die einen bestimmten Eingriff möglichst häufig durchführen und dabei durch „Economies of Scale and Scope“ hohe Gewinnmargen versprechen⁴.

Somit muss davon ausgegangen werden, dass ein signifikanter Anteil von medizinischen Therapien nicht vollumfänglich dem Stand der Forschung bzw. den Bedürfnissen des Patienten entsprechen. Hier setzt die Idee der ärztlichen Zweitmeinung an.

Eine ärztliche Zweitmeinung kann in mehrfacher Hinsicht hilfreich sein: Bei übereinstimmendem Ergebnis kann sie dem Patienten die Gewissheit vermitteln, den richtigen Weg zu beschreiten. Kommt sie zu einem abweichenden Schluss, kann eine Zweitmeinung unzureichende Diagnostik aufdecken, Hinweise zur Therapie-Verbesserung oder wichtige

¹ Glover JA: The incidence of tonsillectomy in children. Proceedings of the Royal Society of Medicine. 1938; 31: 1219–36

² Wennberg J, Gittelsohn A: Small area variations in health care delivery. Science 1973; 182: 1102–8. Siehe auch: <https://www.dartmouthatlas.org>

³ Nolting HD, Zich K, Deckenbach B. Faktencheck Gesundheit Entfernung der Gaumenmandeln bei Kindern und Jugendlichen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2013

⁴ Jedoch siehe kritisch zum Begriff „mengenanfällig“: Windfuhr, J.P., Chen, YS. Sind Tonsillektomie und Tonsillotomie „mengenanfällige“ Eingriffe?. HNO 68, 426–432 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00106-019-00796-x>.

Therapie-Ergänzungen liefern oder auch eine komplett andere Behandlungsempfehlung aussprechen, die möglicherweise eine sinnvolle Alternative darstellt. All dies trägt dazu bei, Fehleinschätzungen zu mindern und die beste Therapie im Sinne des Patienten zu finden.

Diskutiert wird derzeit vor allem die Vergütung von Zweitmeinungen im System der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV). Privatzahler können auf Basis der freien Arztwahl natürlich im eigenen Ermessen weitere ärztliche Einschätzungen einholen, müssen diese dann aber selbst zahlen bzw. sich von ihrer privaten Krankenversicherung erstatten lassen.

Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz erhielten Mitte 2015 alle gesetzlich Versicherten einen Rechtsanspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung bei ausgewählten geplanten Eingriffen. 2017 erschien die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die „Konkretisierung des Anspruchs auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung gemäß § 27b Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ (Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren/Zm-RL). Die Richtlinie fokussiert auf „planbare Eingriffe, bei denen insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung ihrer Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist“. Das Ziel der Richtlinie ist die Konkretisierung eines Rechtsanspruchs der Patientin oder des Patienten auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung bei definierten Indikationen. Die ersten Indikationen, die 2018 in die G-BA-Richtlinie aufgenommen wurden, waren Tonsillektomien/Tonsillotomien und Hysterektomien. 2019 folgte die Schulterarthroskopie, 2020 die Knie-Totalendoprothese.

Eine wesentliche Herausforderung ist die Festlegung einer qualitativ hochwertigen Erbringung der Zweitmeinung durch definierte Anforderungen. Neben den Verpflichtungen des indikationsstellenden Arztes definiert die Richtlinie auch die Anforderungen an die Ärzte, die am Zweitmeinungsverfahren teilnehmen dürfen, insbesondere deren Qualifikation.

Informationen über das Zweitmeinungsverfahren und die hierfür zur Verfügung stehenden Ärzte werden über die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften veröffentlicht.

Um eine Zweitmeinung abgeben zu dürfen, brauchen Ärzte seit Dezember 2018 eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Anfang 2021 veröffentlichte die Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) einen ersten Bericht über die Zulassungen zum Zweitmeinungsverfahren, wonach etwa 800 Fachärzte Zweitmeinungen abrechnen können⁵.

Das Verfahren entwickelt sich stetig qualitativ und quantitativ weiter: Seit Juli 2021 können Zweitmeinungen auch im Rahmen einer Videosprechstunde eingeholt werden. Bislang mussten Patienten dafür persönlich vorsprechen. Ebenfalls seit Juli 2021 greift die Kassenleistung dann zusätzlich bei einer geplanten Amputation bei diabetischem Fußsyndrom, sowohl bei Majoramputationen (bis oberhalb des Knöchels) als auch bei Minoramputationen (bis unterhalb des Knöchels). Laut der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) werden in Deutschland pro Jahr rund 50.000 Füße als Folge einer Diabeteserkrankung amputiert⁶. Bereits begonnen haben auch die Beratungen für die Aufnahme der Implantation von Defibrillatoren / Herzschrittmachern sowie der elektrophysiologischen Herzuntersuchung und des Verödens krankhafter

⁵ Fischer-Fels, Jonathan. KBV-Report: Hunderte Ärzte für Zweitmeinungsverfahren qualifiziert. Dtsch Arztebl 2021; 118(10): A-488 / B-412

⁶ Diabetisches Fußsyndrom: Diskussion um Zweitmeinung. Dtsch Arztebl., 27. Januar 2021, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/120540/Diabetisches-Fusssyndrom-Diskussion-um-Zweitmeinung>

Herzmuskelzellen (Ablation). Mit dem Start des Leistungsanspruchs rechnet der G-BA für diese Indikationen Ende des Jahres bis Anfang 2022⁷.

Im Laufe des Jahres 2021 sollen zusätzlich Eingriffe an der Wirbelsäule zu den Indikationen hinzukommen. Hier zeigt die Auswirkung des Zweitmeinungsangebots der Techniker Krankenkasse, dass der Großteil der dort untersuchten Indikationen zur Wirbelsäulen-Operation nicht gerechtfertigt sind⁸.

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin (IQWiG) hat für insgesamt 15 elektive Eingriffe ein Zweitmeinungsverfahren vorgeschlagen⁹, die aktuell diskutiert werden:

- Herzkatheter-Untersuchung
- Myokardperfusionsbildgebung
- Myringotomie (Trommelfellschnitt zur Einlage eines Paukenröhrchens bei chronisch rezidivierenden Mittelohrentzündungen)
- verschiedene Nasenoperationen
- Herzklappenersatz
- Koronararterien-Bypassoperation
- Implantation eines Defibrillators/Herzschrittmachers
- Endarteriektomie
- Aortenaneurysma-Eingriffe
- Adipositas-Operationen
- Cholezystektomie
- Prostataktomie bei benignen und malignen Erkrankungen
- Hüftgelenkersatz
- elektrophysiologische Untersuchung und Ablation am Herzen
- perkutane Koronarintervention.

Fachgesellschaften begrüßen vielfach das Zweitmeinungsverfahren, so beispielsweise die Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) und die Deutsche Diabetes-Gesellschaft (DDG). Auch Patientenverbände sehen Bedarf für eine bessere Versorgung¹⁰.

⁷ Zweitmeinungsanspruch: G-BA startet Beratungen für weitere Eingriffe. Dtsch Arztebl 2021; 118(29-30): A-1387 / B-1151

⁸ <https://www.tk.de/presse/themen/medizinische-versorgung/ambulante-versorgung/ruecken-operation-zweitmeinung-2102746?tkcm=ab>

⁹ IQWiG: IQWiG-Berichte – Nr. 1068. Auswahl von Eingriffen für das Zweitmeinungsverfahren nach § 27b SGB V. Rapid Report vom 25.02.2021

¹⁰ <https://www.migraeneliga.de/migraenepatienten-werden-mangelhaft-versorgt/>

Künftig soll die Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren systematisch durch weitere Indikationen ergänzt werden. Das geplante Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) sieht vor, dass der G-BA mindestens zwei weitere Eingriffsthemen pro Jahr beschließen muss¹¹.

Darüber hinaus können Krankenkassen mit Leistungserbringern Verträge über weitere Anwendungsgebiete einer Zweitmeinung abschließen und diese ihren Versicherten anbieten, zum Beispiel bei Eingriffen an Wirbelsäule, Hüfte, Knie, Schulter oder Herz. Es gibt privat betriebene Webseiten, die als Vermittlungsplattformen zwischen Patienten, Ärzten und Versicherungen fungieren, so beispielsweise www.medexo.com (früher vorsicht-operation.de)¹².

Zur Einschätzung des Bedarfs an Ärzten, die am Zweitmeinungsverfahren teilnehmen, kann das Volumen der Eingriffe als Ausgangsbasis herangezogen werden (geschätzte Anzahl der Eingriffe in Klammern):

Tonsillektomie: ca. 69.000 (2010)¹³ / Tonsillotomie: unbekannt.

Hysterektomie: ca. 71.000 (2019)¹⁴

Schulterarthroskopie: ca. 93.000 (2014)¹⁵

Implantationen einer Knie-Endoprothese: ca. 200.000 (2019, vollstationär behandelte Patienten)¹⁶

Dies ergibt insgesamt etwa 430.000 Eingriffe pro Jahr. Geht man davon aus, dass in 20 Prozent der Fälle eine Zweitmeinung eingeholt wird, kommt man auf 90.000 benötigte Zweitmeinungen. Bei 800 Ärzten wären das ca. 110 Zweitmeinungen jährlich pro Arzt. Das ist eine Größenordnung, die zumindest theoretisch leistbar erscheint. Angesichts der geplanten erheblichen Ausweitung des Zweitmeinungsverfahrens ist die Anzahl der aktuell zur Verfügung stehenden Ärzte dagegen mit Sicherheit unzureichend.

Die hier vorliegende Studie befasst sich mit der Frage, inwieweit das Verfahren der Zweitmeinung bei den ambulant tätigen Ärzten bekannt ist, in welchem Umfang die formalen

¹¹ Zweitmeinung künftig auch per Videosprechstunde möglich. Dtsch Ärztebl., 25. Juni 2021, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/125056/Zweitmeinung-kuenftig-auch-per-Videosprechstunde-moeglich>

¹² Oeken J. Zweitmeinung via Internet? Ärzteblatt Sachsen 10/2011: 519-20

¹³ Nolting HD, Zich K, Deckenbach B. Faktencheck Gesundheit Entfernung der Gaumenmandeln bei Kindern und Jugendlichen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2013, S. 6. Jedoch sind die Fallzahlen zwischen 2012 und 2018 um ca. 50 Prozent zurückgegangen - gleichzeitig weisen die Autoren aber darauf hin, dass sich bei der gängigen Praxis bei der Behandlung von Halsschmerzen nur ein sehr limitierter Leitliniennachweis nachweisen ließ (Windfuhr, J.P., Schmucker, C. & Günster, C. Halsschmerzen als Operationsindikation vor und nach Publikation der Tonsillitis-Leitlinie. HNO (2020). <https://doi.org/10.1007/s00106-020-00944-8>).

¹⁴ Hier zeigt sich ein deutlicher Rückgang seit 2005 (141.000 Eingriffe); siehe: Tabelle unter gbe-bund.de; Die 50 häufigsten Operationen der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern (Rang, Anzahl, Anteil in Prozent). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Art der Operation

¹⁵ Gemeinsamer Bundesausschuss: Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren: Aufnahme des Eingriffs Schulterarthroskopie in den Besonderen Teil sowie Anpassungen im Allgemeinen und Besonderen Teil der Richtlinie. Berlin, 22. November 2019.

¹⁶ <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tafeln/drq-operationen-insgesamt.html>

Voraussetzungen zur Teilnahme gegeben sind und wie viele Ärzte bereit wären, an dem Verfahren mitzuwirken.

Denn wenn – wie geplant und sowohl fachlich wie politisch gewünscht – das Zweitmeinungsverfahren in den nächsten Jahren erheblich ausgebaut wird, bedarf es einer informierten Ärzteschaft, die das Verfahren sowohl nutzt als auch aktiv bei der Erstellung von Zweitmeinungen mitwirkt.

2 Hintergrund

2.1 Die Stiftung Gesundheit

Die Stiftung Gesundheit¹⁷ ist eine gemeinnützige, rechtsfähige Stiftung bürgerlichen Rechts mit Sitz in Hamburg. Sie betreibt und pflegt das Strukturverzeichnis der medizinischen Versorgung in Deutschland¹⁸, das alle ambulant tätigen Ärzte, Zahnärzte und Psychologischen Psychotherapeuten abbildet – einschließlich Praxistyp und -größe, Fachrichtung, Subspezialisierungen, Fortbildungen sowie sozio- und geografischer Informationen zu den Leistungserbringern und Praxen bis hin zu Informationen zu Qualitätsmanagement, angebotenen Patientenservices und differenzierten Angaben zu Vorkehrungen der Barrierefreiheit.

2.2 Die Studienreihe „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit“

In der Studienreihe „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit“¹⁹ untersucht die Stiftung Gesundheit seit 2005 jährlich, wie sich der Arztberuf entwickelt und wie Ärzte mit zukunftsweisenden Aufgaben und Veränderungen umgehen.

Jede Ausgabe der Studie befasst sich mit einem Schwerpunktthema, zu dem eine repräsentative Umfrage oder eine statistische Auswertung der Grundgesamtheit der Ärzteschaft auf Basis des Strukturverzeichnisses erstellt wird. Die jüngsten Ausgaben beleuchteten beispielsweise die Digitalisierung des Arztberufs, die Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor, die Nutzung von Videosprechstunden während der Covid-19-Pandemie sowie die Akzeptanz von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA). Speziell für den Bereich der ambulanten Versorgung fertigte die Stiftung Gesundheit eine Gender-Studie an und widmete sich Fragen rund um die Patientenzufriedenheit.

In regelmäßigen Abständen werden die Ausgaben durch Fragenkomplexe zu wiederkehrenden Themen ergänzt, um eine Langzeitanalyse zu ermöglichen. Hierzu zählen etwa Fragen zur wirtschaftlichen Lage der Praxis sowie zum Stellenwert und den Prioritäten des Praxis-Marketings.

¹⁷ <https://www.stiftung-gesundheit.de>

¹⁸ <https://www.stiftung-gesundheit.de/strukturverzeichnis/>

¹⁹ <https://www.stiftung-gesundheit.de/studien/>

3 Material und Methoden

3.1 Datenbasis

Um einen möglichst hohen Repräsentativitätsgrad der Erhebung zu gewährleisten, wurde aus dem Strukturverzeichnis der medizinischen Versorgung eine geschichtete Zufallsstichprobe gezogen. Die Zusammensetzung hinsichtlich Gender, Fachgebieten, Alter sowie Einzugsgebiet wurde analog zur Verteilung in der Grundgesamtheit gewählt. Rund 34.500 ambulant tätige Humanmediziner wurden um Beantwortung des Fragebogens gebeten.

Als Messinstrument wurde ein Online-Fragebogen verwendet, der online auszufüllen war²⁰. Der Versand der Einladungen erfolgte vom 5. bis 31. Mai 2021: Die Ärzte aus der Stichprobe erhielten eine Informations-E-Mail, die einen individuellen Link zum Online-Fragebogen enthielt. Es wurden ausdrücklich keinerlei Anreize zur Beantwortung ausgelobt.

Von 9. bis 28. Juni 2021 wurde eine einmalige Erinnerung an alle Ärzte aus der Stichprobe gesendet, die ihren persönlichen Zugangslink bis zum 9. Juni 2021 noch nicht genutzt hatten.

Am 9. Juli 2021 wurde der Zugang zum Fragebogen geschlossen.

Unter der Annahme eines dreiprozentigen Rücklaufs wurden rund 1.036 Antworten erwartet. Tatsächlich geantwortet haben 2.833 Ärzte. Das entspricht einer Antwortquote von 8,2 Prozent.

3.2 Fragebogen

Der Online-Fragebogen umfasste neben statistischen Angaben zu den Respondern einen Themenblock zum Thema „Ärztliche Zweitmeinung“.

Die Responder hatten die Freiheit zu entscheiden, einzelne Fragen nicht zu beantworten. Daraus ergeben sich für einzelne Fragen voneinander abweichende Responderzahlen.

Die Antworten des Online-Fragebogens wurden einer Datenbereinigung unterzogen, in der die Daten von Schreib- und Lesefehlern befreit wurden. Zur Plausibilisierung wurde für jede Variable eine Häufigkeitsauszählung vorgenommen und auf offensichtliche Fehler geprüft. Fehlerhafte Datensets wurden nicht berücksichtigt.

3.3 Datenqualität

Es liegt eine formal hohe Datenqualität vor, d. h. es besteht eine hohe interne Konsistenz der Antworten, und es sind keine systematischen Antwortmuster erkennbar.

²⁰ Messungen in den vergangenen Jahren hatten gezeigt, dass der Online-Bias in den vergangenen zehn Jahren minimal bis irrelevant geworden ist.

4 Die ärztliche Zweitmeinung in der Praxis

Wie in der Einführung beschrieben haben GKV-Patienten seit fünf Jahren bei bestimmten Indikationen den Anspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung. Zudem besteht ein klarer politischer Wille, das System der Zweitmeinungen bei selektiven Eingriffen nachhaltig auszuweiten.

Noch 2017 konstatierte die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) in einer Pressemitteilung, dass Zweitmeinungen zwar allseits gewollt seien, jedoch in der Praxis kaum genutzt würden. Trotz aufwändiger Versicherteninformation hatte in den drei davor liegenden Jahren nur eine kleine Minderheit von Patienten von dem Angebot Gebrauch gemacht – für die Juristen und Ärzte in der AWMF ein Indiz dafür, dass die allermeisten Patienten in Deutschland trotz des verbrieften Rechts auf eine Zweitmeinung in der Mehrzahl auf die Aussage des ihnen bekannten ersten Arztes vertrauen²¹.

Angesichts der im internationalen Vergleich sehr hohen Operationszahlen insbesondere bei Knie- und Hüftgelenkersatz sowie der in anderen Gesundheitssystemen weit verbreiteten Praxis eine zweite Meinung einzuholen, wird das Thema auch hierzulande zunehmend bedeutsamer.²² Während die Zweitmeinung bei der Einführung der G-BA-Richtlinie noch kaum genutzt wurde, zeigt eine Umfrage der BARMER aus dem Jahr 2019, dass heute ein Großteil der Bürger an der Notwendigkeit planbarer Operationen zweifelt: 57 Prozent der Befragten mit einem planbaren medizinischen Eingriff gaben an, sich eine Zweitmeinung einzuholen.²³ Auch die Verbraucherzentrale betont den Anspruch und das Recht auf eine Zweitmeinung²⁴, und neben den Krankenkassen gibt es auch eine Reihe privater Gutachterbüros, die sich auf Zweitmeinungen spezialisiert haben, obwohl hier der Patient selbst bezahlen muss.²⁵

Die hier vorliegende Studie befasst sich mit der Frage, inwieweit das Verfahren der Zweitmeinung bei den niedergelassenen Ärzten bekannt ist und wie diese das Verfahren beurteilen.

Ebenfalls thematisiert wird, für welche Patientengruppen Ärzte Zweitmeinungen als besonders relevant einschätzen – ein Aspekt, der in der bisherigen Diskussion kaum Erwägung findet. Hinzu kommen Fragen zum vorgeschlagenen Indikationskatalog des IQWiG sowie zu weiteren möglichen Indikationen in den relevanten Fachgebieten.

Weiterhin befasst sich die Untersuchung mit Fragen zur formalen Qualifikation zur Teilnahme am Zweitmeinungsverfahren und der Bereitschaft der Ärzte, daran mitzuwirken. Dies wird getrennt für den GKV- und den PKV-/Selbstzahler-Bereich betrachtet. Schließlich wird noch der Einfluss von Videosprechstunden auf das Zweitmeinungsverfahren beleuchtet.

²¹ https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Die_AWMF/Presseinformationen/AWMF_Presseinformation_2017-05-08.pdf

²² Integrative Management GmbH: Daten: Zweitmeinung vor operativen Eingriffen; <https://www.imc-de.de/zweitmeinung/daten/>.

²³ Barmer-Umfrage zur Zweitmeinung: Bürger zweifeln am Sinn von Operationen. <https://www.barmer.de/presse/presseinformationen/pressemitteilungen/presse-archiv-2019/umfrage-zweitmeinung-192230>

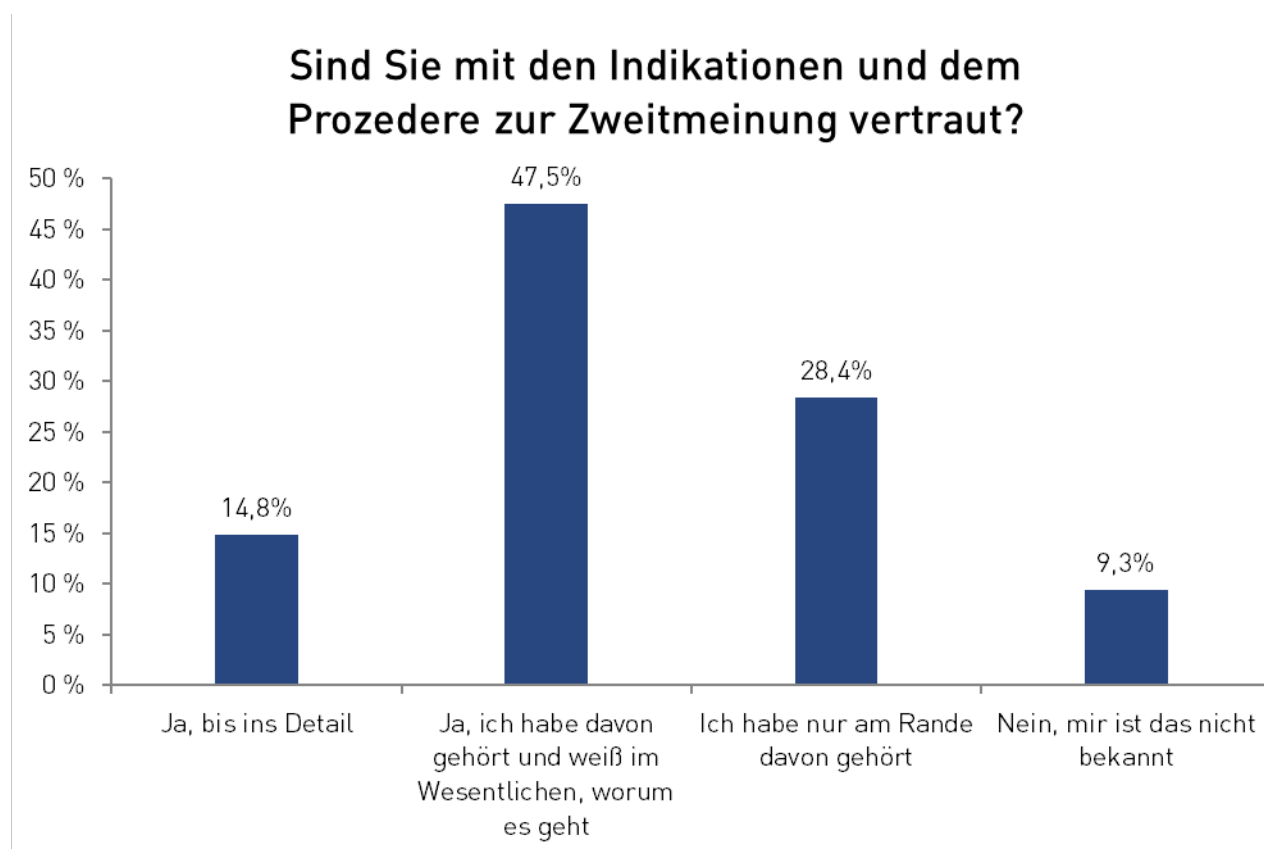
²⁴ <https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheitspflege/aerzte-und-kliniken/aerztliche-zweitmeinung-was-die-krankenkasse-zahlt-13493>

²⁵ So beispielsweise die Integrative Management Care GmbH oder die Health Management Online AG.

4.1 Bekanntheit des Zweitmeinungsverfahrens

Das Gros der Ärzte ist mit dem Konzept der ärztlichen Zweitmeinung sowie mit den Indikationen und Abläufen vertraut: Fast zwei Drittel von ihnen kennen sich nach eigenen Angaben im Wesentlichen oder sogar bis ins Detail mit dem Thema aus. Weitere fast 30 Prozent der Responder haben zumindest am Rande davon gehört. Nur 9,3 Prozent der Ärzte gaben an, das Zweitmeinungsverfahren sei ihnen nicht bekannt.

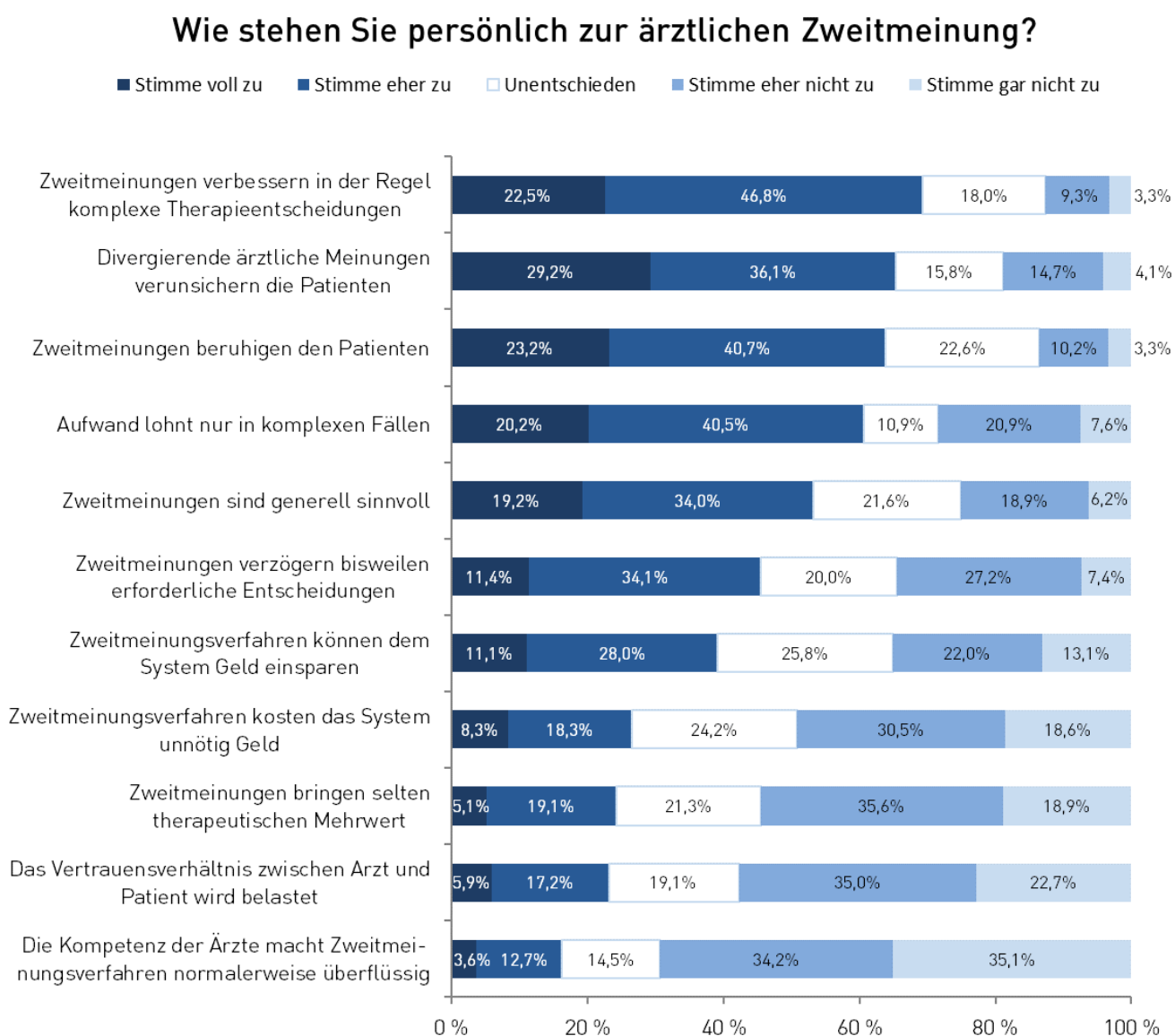
Abbildung 1: Bekanntheit des Zweitmeinungsverfahrens (n = 2.764)



4.2 Die Zweitmeinung aus ärztlicher Sicht

Um zu erfahren, was Ärzte vom Zweitmeinungsverfahren halten und wie sie dessen Auswirkungen einschätzen, legten wir den Teilnehmern der Studie eine Reihe von Thesen vor, die sie auf einer Likert-Skala mit den Abstufungen stimme voll zu / stimme eher zu / unentschieden / stimme eher nicht zu / stimme gar nicht zu bewerten konnten.

Abbildung 2: Wie stehen Sie persönlich zur ärztlichen Zweitmeinung? (n = 2.514 bis 2.529 für die einzelnen Thesen)



Am meisten Zustimmung („stimme voll zu“ und „stimme eher zu“) erhielt die These, dass ärztliche Zweitmeinungen komplexe Therapieentscheidungen in der Regel verbessern: Fast 70 Prozent der niedergelassenen Ärzte sind dieser Meinung.

Zwiespältig sehen die Ärzte die möglichen Auswirkungen auf Patienten: Den gegensätzlichen Thesen „Divergierende Meinungen verunsichern Patienten“ und „Zweitmeinungen beruhigen den Patienten“ stimmten jeweils mehr als 60 Prozent der Responder zu.

Ebenfalls mehr als 60 Prozent der niedergelassenen Ärzte sind der Ansicht, dass der Aufwand einer Zweitmeinung nur in komplexen Fällen lohne. Bei dieser These gab es zudem die wenigsten Unentschlossenen (10,9 Prozent).

Mehr als die Hälfte der Ärzte hält Zweitmeinungen generell für sinnvoll (53,2 Prozent). Nur ein Viertel der Ärzte stimmt hier nicht bzw. eher nicht zu (25,2 Prozent).

Rund 45 Prozent der Ärzte sind der Ansicht, dass Zweitmeinungen bisweilen erforderliche Entscheidungen verzögern.

Die finanziellen Folgen für das Gesundheitssystem schätzen deutlich mehr Ärzte positiv ein als negativ: 39,1 Prozent der Responder sind der Ansicht, dass Zweitmeinungen dem System Geld einsparen. 26,6 Prozent gaben an, Zweitmeinungen würden das System unnötig Geld kosten.

Am wenigsten Zustimmung erhielten drei kritische Thesen: Nur knapp ein Viertel der Ärzte glaubt, dass Zweitmeinungen selten therapeutischen Mehrwert bringen (24,2 Prozent). Und nur 23,2 Prozent der Ärzte sind der Ansicht, dass das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient durch Zweitmeinungen belastet werde.

Auf dem letzten Platz rangiert die Aussage, dass die Kompetenz der Ärzte Zweitmeinungsverfahren normalerweise überflüssig mache: Dieser These stimmten nur 16,2 Prozent der Ärzte zu.

4.3 Relevante Patientengruppen

Rund zwei Drittel der Ärzte sind der Ansicht, dass Zweitmeinungen für bestimmte Patientengruppen besonders relevant seien. Etwa ein Drittel sieht keine erhöhte Relevanz für bestimmte Gruppen.

Abbildung 3: Gibt es Patientengruppen, bei denen Sie Zweitmeinungen für besonders relevant halten? (n=2.281)

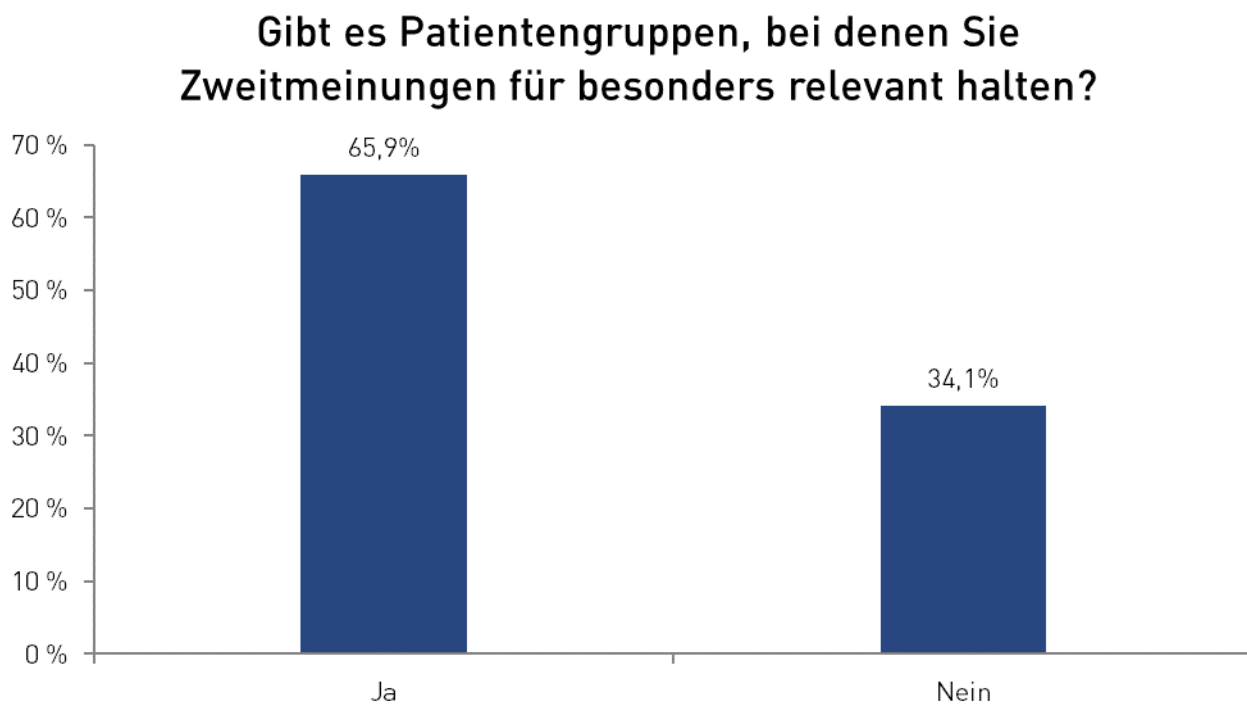


Abbildung 4: Wenn ja, welche Patientengruppen? (n=1.504, nur Responder, die die vorherige Frage mit „ja“ beantwortet haben)



Mit Abstand am wichtigsten sind Zweitmeinungen aus Sicht der Ärzte für Patienten mit Krebserkrankungen (64,8 Prozent), gefolgt von chronisch kranken Patienten (55,3 Prozent).

Jeweils knapp ein Drittel der Ärzte sieht eine besondere Relevanz für Kinder (31,1 Prozent), sehr alte oder fragile Patienten (29,4 Prozent) sowie psychisch kranke Patienten (27,9 Prozent).

Eine besondere Relevanz für kognitiv eingeschränkte Patienten oder Patienten mit eingeschränkter Sprachkompetenz sehen nur 18,4 Prozent bzw. 13,9 Prozent der Responder.

57,4 Prozent der Ärzte halten Zweitmeinungen in sonstigen Bereichen für relevant. Dies wurde in den folgenden Fragen weiter beleuchtet.

4.4 Bewertung der Indikationen in Prüfung

Bislang werden die Kosten für Zweitmeinungen von der GKV nur bei wenigen Eingriffen übernommen. Derzeit lässt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) 15 weitere Indikationen prüfen, für die künftig ein gesetzlicher Anspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung gelten könnte. In der Befragung haben wir die Ärzte um ihre Einschätzung gebeten, welche davon sie für sinnvoll halten:

Abbildung 5: Welche der weiteren derzeit im G-BA geprüften Indikationen halten Sie für sinnvoll? (n=2.422)



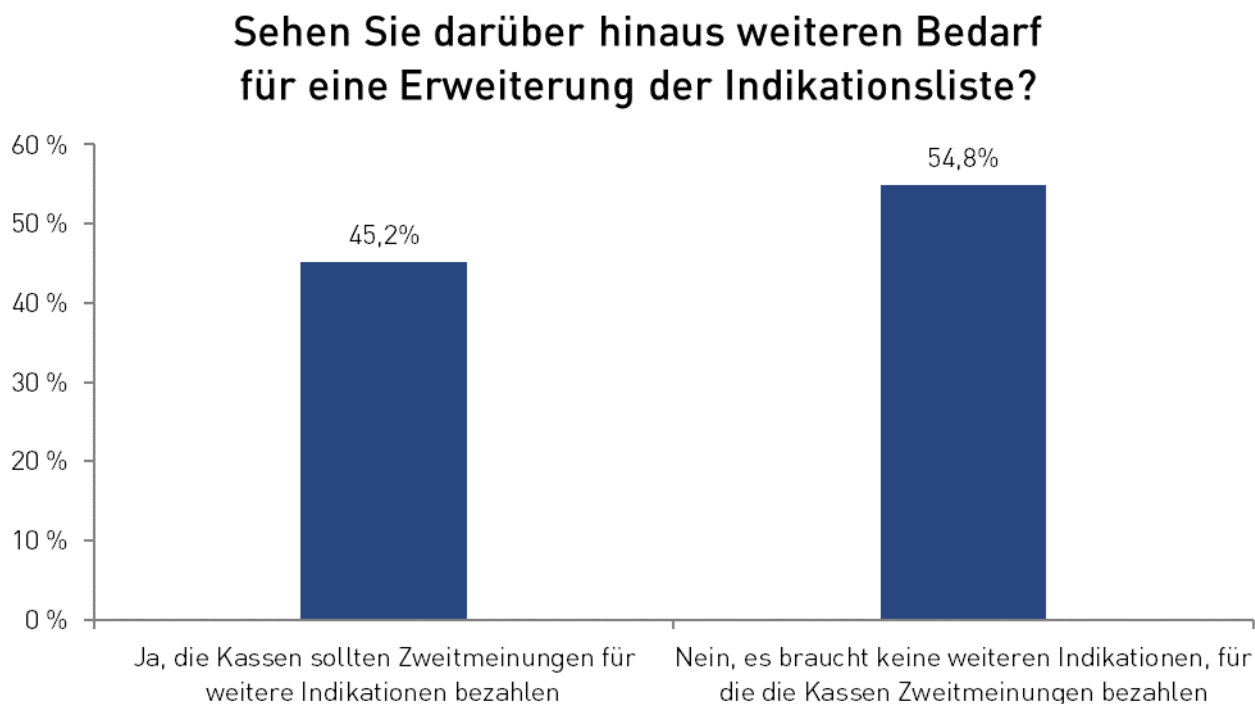
Am sinnvollsten sind aus Sicht der Responder Zweitmeinungen bei den in der Prüfung befindlichen Indikationen Hüftgelenkersatz (51,5 Prozent), bariatrische Chirurgie (40,1 Prozent) sowie Herzkatheter-Untersuchungen (36,4 Prozent).

Am wenigsten sinnvoll erscheinen den Ärzten Zweitmeinungen bei den vorgeschlagenen Indikationen Endarteriektomie (12,4 Prozent), Myringotomie (11,4 Prozent) und Cholezystektomie (10,7 Prozent).

4.5 Weitere sinnvolle Indikationen aus ärztlicher Sicht

Eine knappe Mehrheit der Ärzte (54,8 Prozent) sieht über die aktuell in der Prüfung befindlichen Indikationen hinaus keinen Bedarf für eine Erweiterung der Indikationsliste. Dennoch ist fast die Hälfte der Ärzte (45,2 Prozent) der Ansicht, dass es weiteren Bedarf gibt.

Abbildung 6: Sehen Sie darüber hinaus weiteren Bedarf für eine Erweiterung der Indikationsliste? (n=2.287)

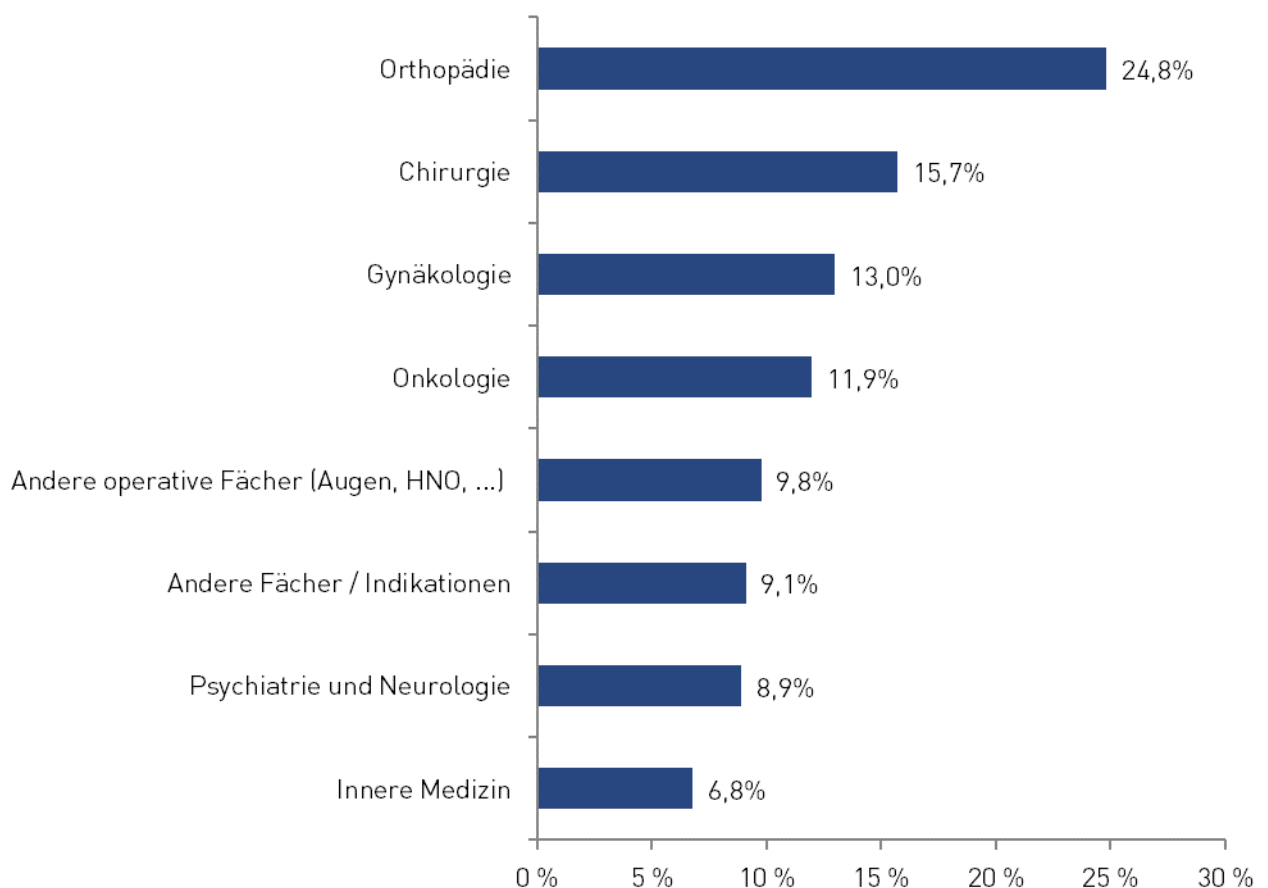


Die Teilnehmer konnten zudem im Fragebogen angeben, in welchen Bereichen die GKV ihrer Meinung nach weitere Indikationen bezahlen sollte.

Anschließend konnten im Rahmen eines Freitextfeldes konkrete Vorschläge für Indikationen benannt werden. Da die Entwicklung der bisherigen Indikationsliste durch Institutionen und Verbände beeinflusst und gesteuert war, wollten wir auch direkte Rückmeldungen von niedergelassenen Ärzten darüber bekommen, welche möglichen weiteren Indikationen aus ihrer Sicht denkbar und sinnvoll sind.

Abbildung 7: In welchen Bereichen sollte die GKV Zweitmeinungen für weitere Indikationen bezahlen? (n=1.975, nur Responder, die die vorherige Frage mit „ja“ beantwortet hatten, Mehrfachnennungen möglich)

In welchen Bereichen sollten die GKV Zweitmeinungen für weitere Indikationen bezahlen?



Der mit Abstand am häufigsten genannte Bereich, in dem die Responder weiteren Bedarf an GKV-finanzierten Zweitmeinungen sehen, ist die Orthopädie (24,7 Prozent). Bei den Vorschlägen für sinnvolle Indikationen wurden am häufigsten Wirbelsäulen- und Bandscheibenoperationen und der Bereich der Endoprothetik genannt – mit deutlichem Abstand zu den übrigen orthopädischen Indikationen.

Auf dem zweiten Rang folgt der Bereich der Chirurgie (15,7 Prozent). Auch hier stehen bei den vorgeschlagenen Indikationen Wirbelsäulen- und Bandscheibenoperationen an erster Stelle, gefolgt von Gelenkersatz-Operationen. Ebenfalls häufig genannt wurden onkologische Operationen, Hernien, Herz- und Gefäßoperationen sowie Indikationen aus dem Bereich der Darmchirurgie.

In der Gynäkologie sehen 13,0 Prozent der Responder weiteren Bedarf an GKV-finanzierten Zweitmeinungen. Auf Platz 1 der konkret benannten Indikationen liegt die Hysterektomie, gefolgt von Brust(krebs)operationen sowie anderen onkologisch bedingten Eingriffen im gynäkologischen Bereich. Weiterhin wurden die Indikationen Endometriose, Inkontinenz und Kinderwunsch/Fertilitätsbehandlung häufig genannt.

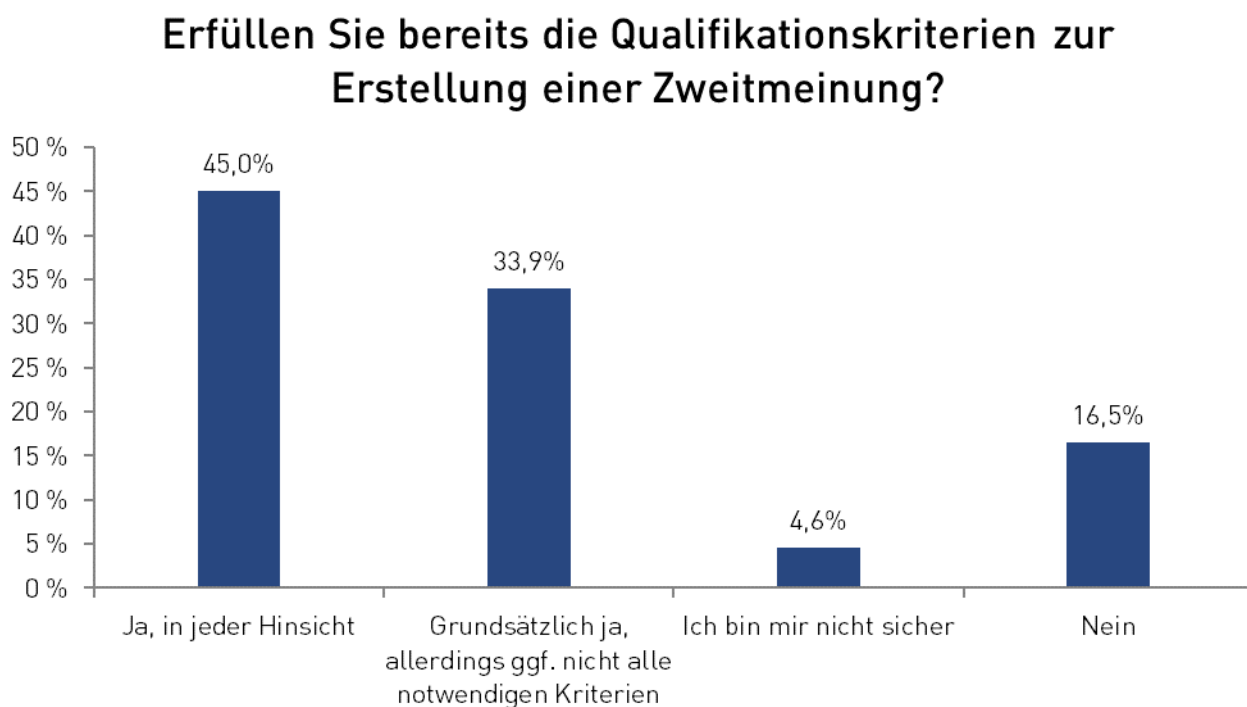
Im Bereich der Onkologie sehen 12,0 Prozent der Responder weiteren Bedarf für GKV-finanzierte Zweitmeinungen. Als Indikation wurde hier am häufigsten die Chemotherapie vorgeschlagen – oft mit dem Hinweis auf die Abwägung mit anderen, auch alternativen, komplementären oder palliativen Behandlungen. Auffallend ist, dass deutlich mehr Ärzte als in anderen Fachgebieten im Freitext angaben, Zweitmeinungen in der Onkologie seien aus ihrer Sicht „grundsätzlich immer“ und „bei jeder onkologischen Diagnose“ sinnvoll.

In allen weiteren Fachgebieten sehen weniger als zehn Prozent der Ärzte weiteren Bedarf für GKV-finanzierte Zweitmeinungen.

4.6 Erfüllung der Qualifikationskriterien

Fast 80 Prozent der Ärzte erfüllen die grundsätzlichen Voraussetzungen für die Erstellung von Zweitmeinungen, mehr als die Hälfte von ihnen sogar in jeder Hinsicht. Lediglich bei 16,5 Prozent der Ärzte sind die Voraussetzungen nicht gegeben. 4,6 Prozent der Ärzte sind sich nicht sicher, ob sie die Qualifikationskriterien erfüllen.

Abbildung 8: Erfüllen Sie bereits die Qualifikationskriterien zur Erstellung einer Zweitmeinung? (n=2.267)

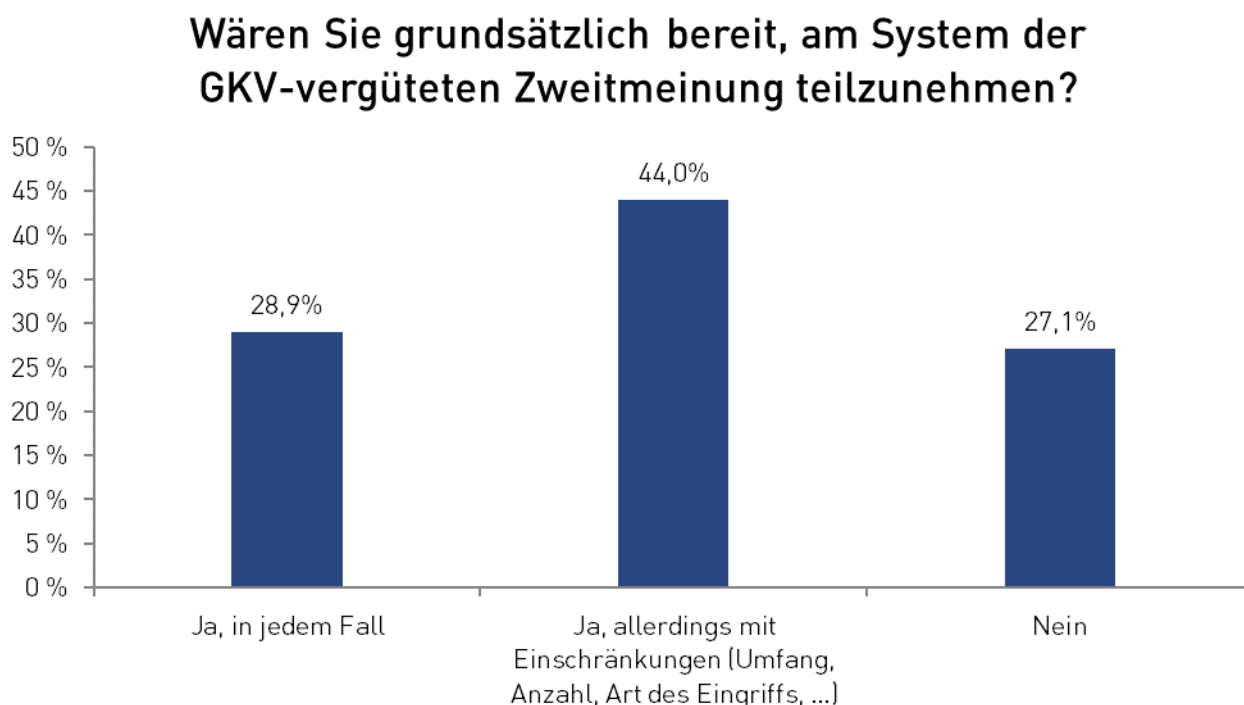


4.7 Bereitschaft zur Mitwirkung

Die Bereitschaft, am System der GKV-vergüteten Zweitmeinungen teilzunehmen, ist groß: Mehr als 70 Prozent der Ärzte gaben an, grundsätzlich dazu bereit zu sein – fast 30 Prozent in jedem Fall, mehr als 40 Prozent mit Einschränkungen, etwa hinsichtlich des Umfangs, der Art oder der Zahl der Eingriffe.

Der Anteil der Ärzte, die nicht am Zweitmeinungsverfahren in der GKV teilnehmen wollen, liegt bei 27,1 Prozent.

Abbildung 9: Wären Sie grundsätzlich bereit, am System der GKV-vergüteten Zweitmeinung teilzunehmen? (n=2.143)



4.8 Bereitschaft zur Teilnahme am Zweitmeinungssystem der GKV

Derzeit nehmen erst 5,8 Prozent der Ärzte aktiv an Zweitmeinungsverfahren der gesetzlichen Krankenversicherungen teil: 4,0 Prozent haben Verträge mit mehreren GKVen abgeschlossen, weitere 1,8 Prozent mit einer GKV. Das Gros der Ärzte (94,2 Prozent) ist in diesem Bereich noch nicht aktiv.

Abbildung 10: Haben Sie bereits mit einer oder mehreren GKVen Verträge geschlossen und rechnen Zweitmeinungen ab? (n=1.691, nur Ärzte, die grundsätzlich zur Teilnahme bereit wären)

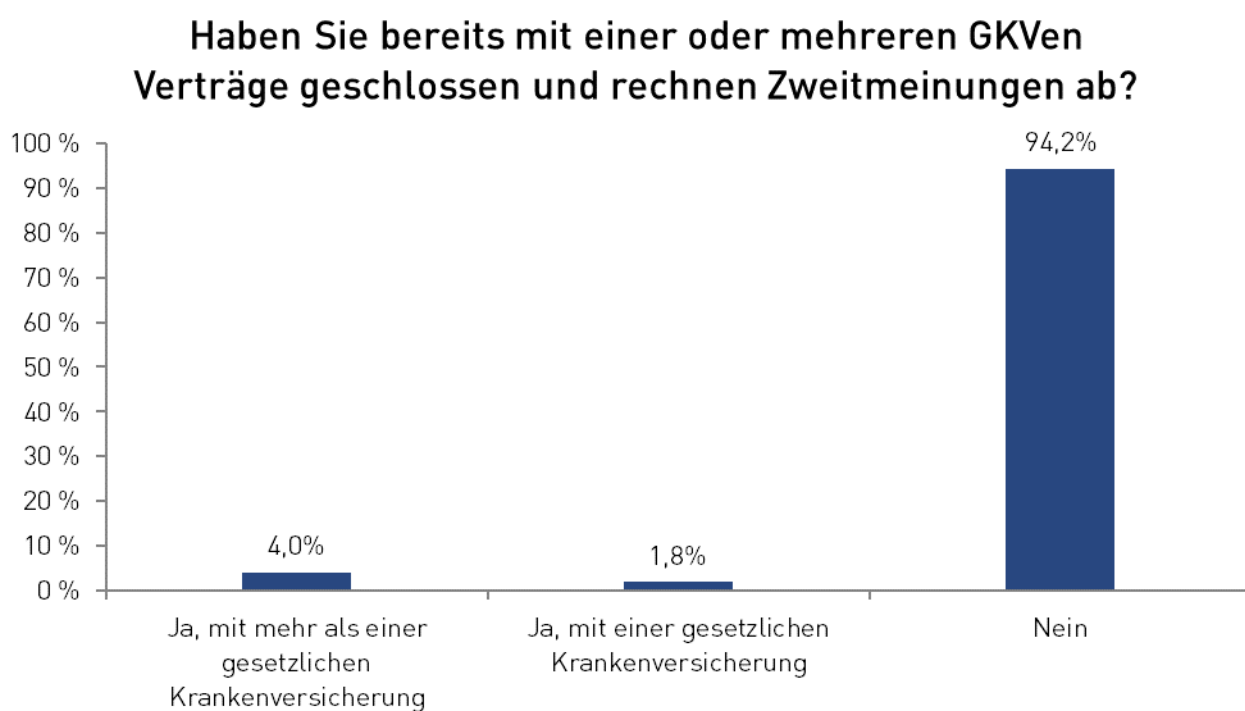
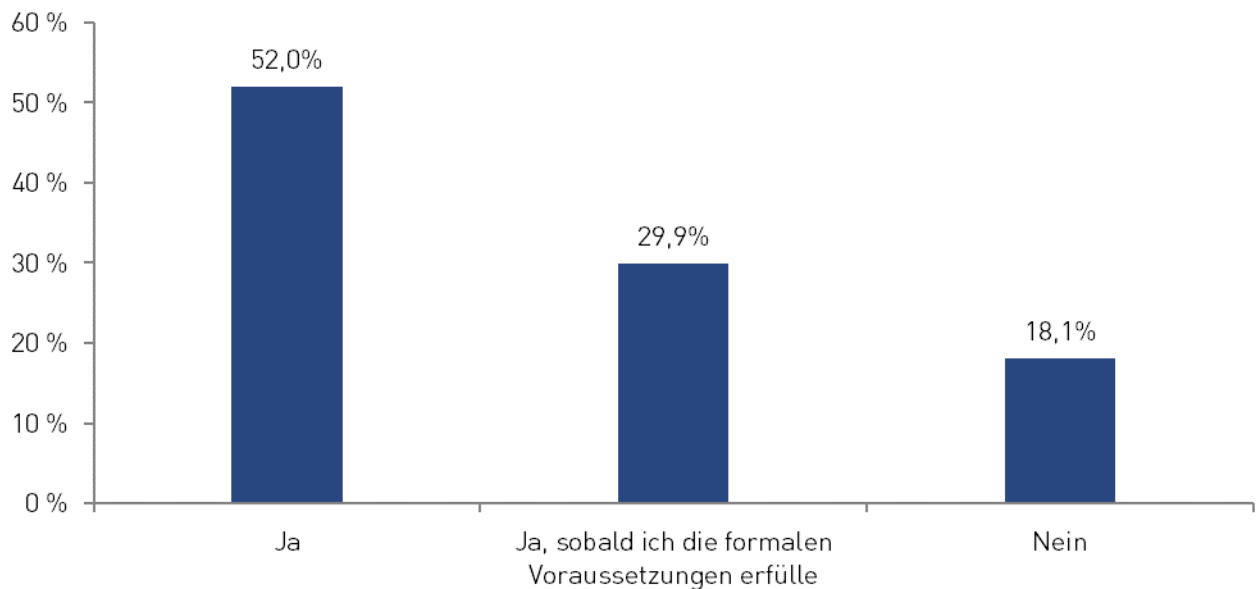


Abbildung 11: Wären Sie bereit, mit einer oder mehreren gesetzlichen Krankenversicherungen Zweitmeinungs-Verträge abzuschließen? (n=1.340, nur Ärzte, die zur Teilnahme bereit sind und aktuell noch keine Verträge abgeschlossen haben)

Wären Sie bereit, mit einer oder mehreren GKV Zweitmeinungs-Verträge abzuschließen?



Das Interesse der Ärzte ist jedoch groß: Mehr als 80 Prozent von ihnen würden Zweitmeinungs-Verträge mit einer oder mehreren gesetzlichen Krankenversicherungen abschließen – 52,0 Prozent schon jetzt und weitere 29,9 Prozent, sobald sie die formalen Voraussetzungen erfüllen. Lediglich 18,1 Prozent der Responder haben kein Interesse daran.

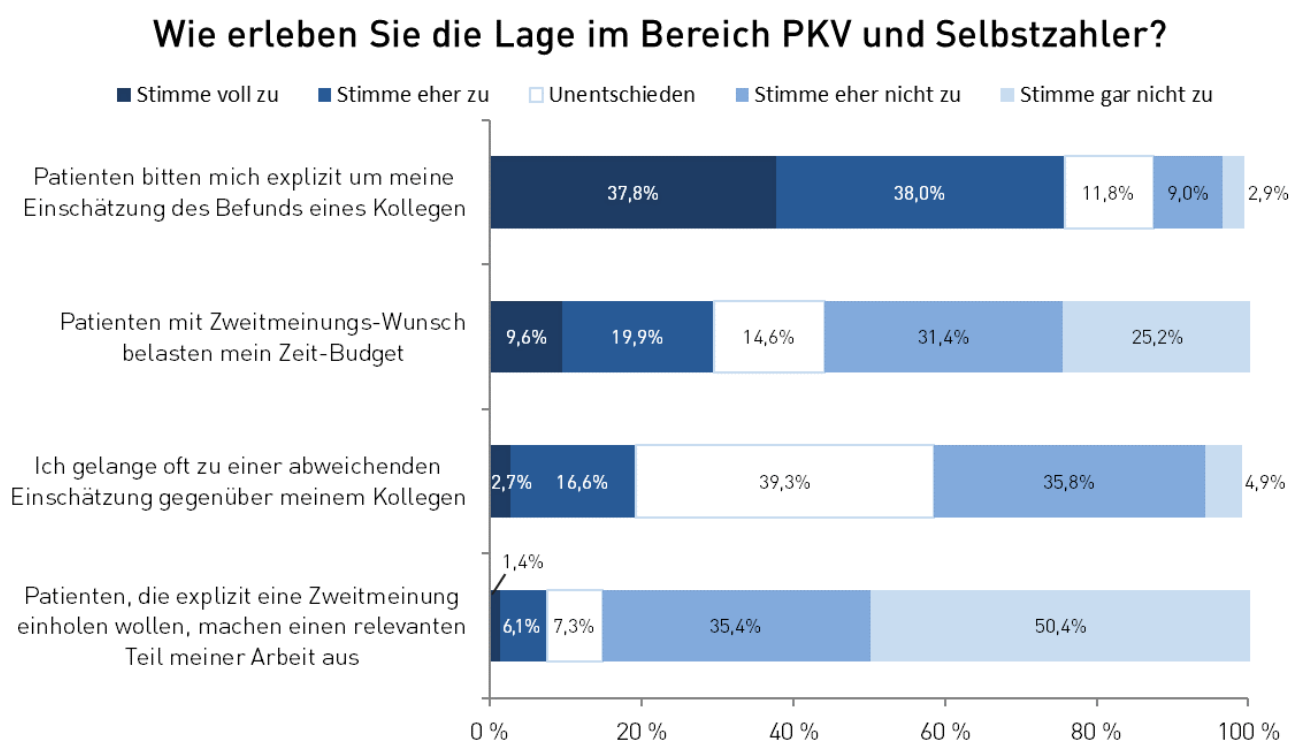
4.9 Zweitmeinungen im Bereich PKV und Selbstzahler

Zweitmeinungen sind auch im Bereich der privaten Krankenversicherung und als Selbstzahlerleistung ein Thema: Gut drei Viertel der Ärzte berichten, dass Patienten sie explizit um die Einschätzung der Befunde von Kollegen bitten.

Fast 20 Prozent der Ärzte gelangen bei Zweitmeinungen auch tatsächlich oft zu einer anderen Einschätzung als ihre Kollegen.

Knapp 30 Prozent der Ärzte berichten, dass Patienten mit Zweitmeinungs-Wunsch ihr Zeit-Budget belasten. Allerdings berichten nur 7,5 Prozent der Ärzte, dass diese Patienten einen relevanten Teil ihrer Arbeit ausmachen würden.

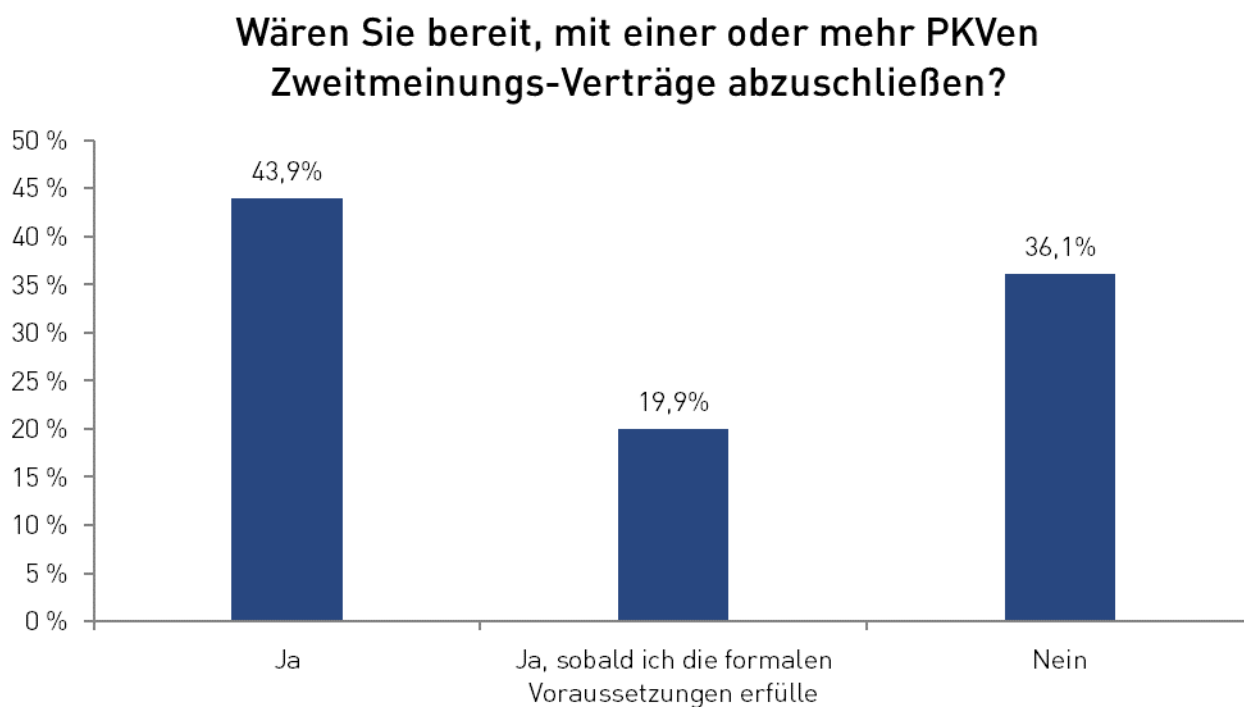
Abbildung 12: Wie erleben Sie die Lage im Bereich PKV und Selbstzahler? (n=2.181 bis 2.221 für die einzelnen Thesen)



4.10 Bereitschaft zur Teilnahme an Zweitmeinungen im Bereich PKV / Selbstzahler

Auch im Bereich der privaten Krankenversicherungen und Selbstzahlerleistungen ist das Gros der Ärzte bereit, Zweitmeinungs-Verträge abzuschließen. Der Anteil liegt mit 63,8 Prozent allerdings niedriger als im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung: 43,9 Prozent antworteten uneingeschränkt mit „Ja“, weitere 19,9 Prozent würden teilnehmen, sobald sie die formalen Voraussetzungen erfüllen. Der Anteil der Ärzte, die nicht teilnehmen wollen, liegt bei 36,1 Prozent und damit etwa doppelt so hoch wie bei den GKVn.

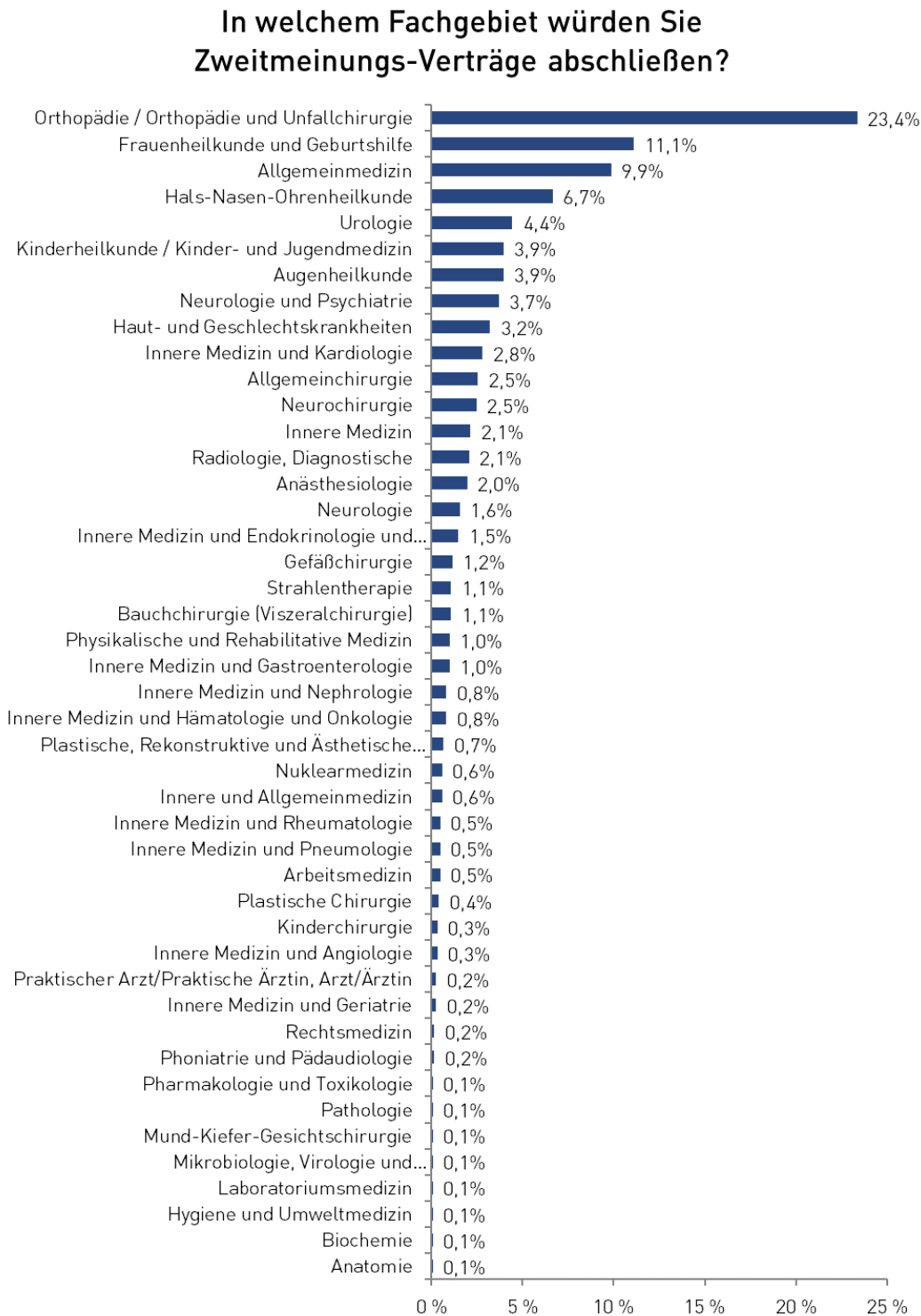
Abbildung 13: Wären Sie bereit, mit einer oder mehreren PKVen Zweitmeinungsverträge abzuschließen? (n=1.995)



4.11 Potenzial an Zweitmeinungs-Ärzten nach Fachgebieten

Um das Potenzial an Zweitmeinungs-Ärzten für die einzelnen Fachgebiete abzuschätzen, befragten wir diejenigen Ärzte, die zur Mitwirkung bereit sind, in welchem Fachgebiet sie Verträge abschließen würden:

Abbildung 14: In welchem Fachgebiet würden Sie Zweitmeinungs-Verträge abschließen? (n=1.238; nur Ärzte, die grundsätzlich zur Teilnahme bereit sind)



Die meisten Interessenten würden an Zweitmeinungen im Bereich Orthopädie bzw. Orthopädie und Unfallchirurgie (insgesamt 23,4 Prozent) mitwirken, gefolgt von dem Gebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe (11,1 Prozent).

Der Bereich der Inneren Medizin ist aufgrund der sehr unterschiedlichen Ausdifferenzierungen der dazugehörigen Fachgebiete in der grafischen Darstellung getrennt aufgeführt. Insgesamt bekundeten in diesem Bereich 11,1 Prozent der Ärzte ihre Bereitschaft, an Zweitmeinungen mitzuwirken.

Mehr als fünf Prozent der Responder würden sich für Zweitmeinungen im Bereich Allgemeinmedizin (9,9 Prozent) und Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (6,7 Prozent) zur Verfügung stellen.

Alle anderen Bereiche wurden von weniger als 5 Prozent der Responder benannt.

4.12 Diskussion des Feedbacks aus den Freitext-Antworten

Viele Ärzte nutzten die Freitextfelder in der Befragung, um eigene Erfahrungen und ihre grundsätzliche Einstellung zu Zweitmeinungsverfahren anzumerken. In vielen Fällen handelt es sich dabei um positives Feedback:

"Insgesamt ist das Zweitmeinungsverfahren auf jeden Fall weiter zu verfolgen, auch bei normalen Fragestellungen in einer allgemeinmedizinischen Praxis. Via Telemedizin docdirekt ist das in manchen Fällen auch schon gewünscht. Ich begrüße Patienten, die über den Topfrand schauen, auch wenn ich selbst und meine Meinung dadurch betroffen sind."

„Immer sinnvoll, wenn Patienten Angst haben und unsicher sind.“

„Für alle Indikationen sinnvoll, insbesondere komplexe, fachübergreifende Krankheitsfälle.“

„Zweitmeinungen sind grundsätzlich bei allen Indikationen sinnvoll, deren Fallwert / Vergütung / DRG besonders attraktiv sind.“

„Nicht selten kommen Patienten zu mir, die mir ihre Leiden/Symptome schildern und mich um eine Zweitmeinung bitten z.B. bzgl. OP Notwendigkeit. Und oft sagen die Patienten mir dann, dass ich der erste Arzt war, der den Patienten so gründlich untersucht hat. Das macht mich dann eher traurig.“

Kritische Stimmen waren seltener und häufig bezogen auf verwaltungstechnische Aspekte:

"Die Voraussetzung Weiterbildungsbefugnis muss fallen!!! Facharzt und Berufserfahrung reicht!!!"

"Es stellt sich die Frage, ob eine Zweitmeinung einfach erlaubt wird und nicht groß durch Formalisierung verkompliziert wird. Die Verjuristifizierung aller nicht genau regelbaren gesellschaftlichen Prozesse stellt mehr ein Arbeitsbeschaffungsprogramm dar, was zur Behinderung von Abläufen führt."

„Auf keinen Fall routinemäßige Zweitmeinung zur Überprüfung der Indikationen. Das führt zur Verunsicherung unserer Patienten und bringt das bisherige Versorgungssystem durcheinander.“

Vor allem Hausärzte kommentierten, dass sie auch ohne Zweitmeinungsverfahren häufig als Anlaufstelle für eine Einschätzung der Befunde von Kollegen fungieren:

"Ich bin Hausärztin. Die Patienten fragen mich fast immer nach meiner Meinung...."

„Ich bin der Hausarzt. Dort werden viele Zweitmeinungen überflüssig, da auch ggf. konkurrierende FA-Aussagen zusammengeführt werden können und dem Patienten ebenen gerecht so dargestellt werden, dass er / sie den ‚informed consent‘ selbst herstellen kann.“

„Ich brauche keine Verträge! Wenn mich jemand um meine Meinung bittet, dann versuche ich diese nach den Erkenntnissen der Wissenschaft und den Regeln der ärztlichen Kunst zu vermitteln.“

Und wieder andere Ärzte würden eine deutliche Ausweitung der Zweitmeinung begrüßen:

„Eine Eingrenzung auf bestimmte Krankheiten halte ich nicht für sinnvoll.“

In den Freitextfeldern, in denen nach konkreten Vorschlägen für weitere Indikationen bzw. nach Indikationen gefragt wurde, bei denen die Responder für Zweitmeinungen zur Verfügung stehen würden, zeigt sich zudem neben den „klassischen“ und aktuell diskutierten Zweitmeinungsindikationen ein sehr breites und vielfältiges Spektrum möglicher weiterer Ansatzpunkte, wie der folgende zufällig gewählte Auszug zeigt (ungegliedert und ohne Anspruch auf Vollständigkeit):

- Bei allen chronischen Erkrankungen und allen Maßnahmen mit einem Potential für unerwünschte Wirkungen
- MS, Polyneuropathien, Radikulopathien, Parkinson Syndrom
- ADHS, Autismus, Transidentität, langfristige Psychopharmaka-Einnahme
- zur stationären Behandlung, Indikation zu Psychotherapie
- Schönheitsoperationen
- Hallux Valgus
- Spinale Stenose
- Kreuzbandchirurgie
- Umstellungsoperationen zur Achsenkorrektur
- Rhinoplastik und Nasenrekonstruktion
- Inkontinenzchirurgie
- Posttraumatische Belastungsstörungen
- Prostatakarzinom / Prostataadenom
- Varizen-Chirurgie
- Carotis-Stenosen
- Uterus myomatosus
- Hysterektomie
- Sectio
- Leistenbruch
- Refluxerkrankungen
- Refraktive Chirurgie
- Katarakt-Chirurgie
- Cannabis
- Polymedikation

Dieser zufällige Auszug zeigt bereits, welche Möglichkeiten in einem System der Zweitmeinung oder, generell gesprochen, der kritischen Reflektion von therapeutischen Indikationen stecken. Wenngleich sicherlich eine Reihe der hier genannten Indikationen nicht das Volumen haben, um in das formale Verfahren des G-BA aufgenommen zu werden, so deutet das breite Spektrum der Antworten auf ein generelles Unbehagen und einer vielfach erlebten „Privatempirie“ hinsichtlich nicht wohl abgewogener Indikationsstellungen hin.

Dies könnte auch als Startpunkt für eine generelle Diskussion um die Frage der Über-, Unter- und Fehlversorgung in der ambulanten Praxis dienen²⁶.

²⁶ Siehe hierzu grundlegend: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Gutachten 2018. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Bonn 2018. Der Sachverständigenrat stellt in dem Gutachten fest, dass es nach wie vor ein Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung gebe – trotz aller Reformgesetze der letzten Jahre.

4.13 Einfluss von Videosprechstunden auf Zweitmeinungsverfahren

Angesichts der Tatsache, dass sich Videosprechstunden in der Covid-19-Pandemie als neuer Kommunikationsweg etabliert haben, befragten wir die Ärzte auch, wie sich diese Möglichkeit ihrer Einschätzung nach auf Zweitmeinungsverfahren auswirkt.

Abbildung 15: Wie schätzen Sie den Einfluss von Videosprechstunden auf Zweitmeinungsverfahren ein? (n=1.503 bis 2.000 für die einzelnen Thesen)



Knapp die Hälfte der Ärzte ist der Ansicht, dass Videosprechstunden Patienten das Einholen von Zweitmeinungen erleichtern (49,0 Prozent).

Ebenfalls knapp die Hälfte der Responder gab an, Anbieter von Zweitmeinungen per Video-Sprechstunde für un-ärztlich zu halten (48,8 Prozent).

Gut 40 Prozent der Ärzte erwarten, dass sich durch die Möglichkeit von Videosprechstunden die Anzahl der Zweitmeinungen deutlich erhöhen wird.

Knapp ein Drittel der Ärzte geht davon aus, dass Videosprechstunden die Abläufe von Zweitmeinungen nicht verändern werden.

Etwa jeder fünfte Arzt ist der Ansicht, dass Video-Sprechstunden Zweitmeinungen erleichtern, weil sich so vermeiden lässt, dass zwei Kollegen vor Ort im Dissens stehen.

Knapp 20 Prozent der Ärzte wären bereit, Zweitmeinungen per Video zu geben.

Bislang kennen nur 6,6 Prozent der Ärzte Anbieter, die sich auf Zweitmeinungen per Video spezialisiert haben.

5 Fazit und Ausblick

Zweitmeinungen – insbesondere bei elektiven Prozeduren – sind aus verschiedenen Gründen ein grundsätzlich sinnvolles Instrument, um die Diagnose, die grundsätzliche Indikation und eventuell auch die Art des vorgesehenen Eingriffs unabhängig und kollegial zu bewerten und damit sowohl für den Patienten wie auch für den Behandler mehr Sicherheit und gegebenenfalls fachliche Rückmeldung zu geben. Nicht zuletzt geht es auch darum, die Indikationsstellung für solche Eingriffe zu beeinflussen, die ein hohes Potenzial an ungerechtfertigter Mengenausweitung haben, sowie solche mit erheblichen und sachlich nicht erklärbaren geographischen Variationen bei der Eingriffshäufigkeit.

Ein Großteil der Ärzte stimmt der Aussage zu, dass Zweitmeinungen in der Regel komplexe Therapieentscheidungen verbessern können. Damit setzt sich das Verständnis durch, dass auch Spezialisten in einer hoch differenzierten und sich rasch wandelnden Welt nicht alles wissen und erkennen können.

Zweitmeinungsverfahren stellen aber auch hohe Anforderungen an die Arzt-Patienten-Kommunikation: Verständlich und transparent dargestellt kann eine Zweitmeinung den Patienten durchaus beruhigen, wenn dadurch eine bessere Behandlungsoption gefunden wird. Divergierende ärztliche Meinungen können aber auch Verunsicherung auslösen. Die Antworten der Responder in dieser Studie zeigen, dass den Ärzten dies durchaus bewusst ist.

Gut nachvollziehbar ist, dass Zweitmeinungen besonders bei schweren und chronischen Erkrankungen als wichtig eingestuft werden. Einen besonders hohen Bedarf für Zweitmeinungsangebote sehen die Responder dieser Studie zudem in der Orthopädie: Hier waren mit Abstand die meisten Freitext-Kommentare und konkreten Vorschläge zur Weiterentwicklung des Verfahrens zu verzeichnen. Besonders oft wurden dabei Zweitmeinungen bei Wirbelsäulen- und Bandscheibenoperationen sowie bei endoprothetischen Eingriffen gefordert. Auch in den weiteren häufig genannten Gebieten Chirurgie, Gynäkologie und Onkologie kristallisierten sich konkrete Indikationen heraus, bei denen Ärzte einen hohen Bedarf sehen. Dieses Feedback kann wertvolle Impulse für eine sinnvolle Weiterentwicklung der Indikationsliste liefern.

Dass Zweitmeinungen auch außerhalb des GKV-Systems eine Rolle spielen, zeigt sich aus Antworten der Responder ebenfalls: Drei Viertel der Responder gaben an, dass sie explizit von Privatpatienten und Selbstzahlern um Zweitmeinungen gebeten werden.

Betrachtet man die Entwicklung in diesem Bereich, so ist davon auszugehen, dass die Anzahl der Zweitmeinungsverfahren in den kommenden Jahren weiter zunehmen wird. Und diesem steigenden Bedarf steht auch ein hohes Potenzial an Ärzten bereit, die in der Lage und willens sind, an Zweitmeinungsverfahren mitzuwirken: Während bislang nur rund fünf Prozent der Ärzte in diesem Bereich aktiv sind, würden mehr als 80 Prozent entsprechende Verträge mit GKVern abschließen, und fast zwei Drittel mit privaten Versicherern. Somit erscheint es grundsätzlich realistisch, dass der steigende Bedarf auch gedeckt werden kann.

Ob Bedarf und Kapazitäten tatsächlich in jedem einzelnen Fachgebiet zueinander passen, wird die Praxis zeigen müssen. Ein möglicher Engpass deutet sich in unserer Studie beispielsweise in der Onkologie an: Bei der Frage nach der Relevanz von Zweitmeinungen für bestimmte Patientengruppen stuften 64,9 Prozent der Responder die Gruppe „Patienten mit Krebserkrankungen“ als besonders wichtig ein. Von den Ärzten, die an Zweitmeinungen mitwirken würden, gaben aber lediglich 0,8 Prozent den Bereich der Onkologie an. Auch wenn ein Teil der Fälle möglicherweise auch durch andere Fachbereiche abgedeckt würde – so zum Beispiel bei gynäkologischen Tumoren durch Zweitmeinungen weiterer Gynäkologen – lässt sich derzeit

nicht absehen, ob die tatsächlichen Fallzahlen und die zur Verfügung stehenden Kapazitäten der Zweitmeinungs-Ärzte in Einklang gebracht werden könnten.

Das in der Pandemie vielerorts eingeführte Instrument der Videosprechstunde sehen Ärzte in diesem Zusammenhang zwiespältig: Knapp die Hälfte der Responder erkennt an, dass Videosprechstunden Patienten helfen können, sich eine Zweitmeinung einzuholen. Insgesamt aber wird das Instrument der Videosprechstunde in diesem Bereich kritisch gesehen: Ebenfalls fast 50 Prozent der Responder halten Anbieter von ärztlichen Zweitmeinungen per Video für „unärztlich“.

Der logisch nächste Schritt zum Thema Zweitmeinungsverfahren ist die Beantwortung der Frage: Wirkt das Verfahren? Kann empirisch belegt werden, dass Zweitmeinungen zu einer verbesserten Diagnostik, präziserer Indikationsstellung zum therapeutischen Eingriff und letztlich zu verbessertem Gesundheitszustand und Zufriedenheit der Patienten führt? Dies ist methodisch herausfordernd, letztlich aber unabdingbar, um auch gesundheitspolitisch zu betonen, dass ernsthaft an der immer wieder dokumentierten Über-, Unter-, und Fehlversorgung²⁷ gearbeitet wird.

Wennberg und Kollegen dokumentieren seit Jahrzehnten Häufigkeitsunterschiede bei Operationen und anderen Behandlungsangeboten in den Vereinigten Staaten²⁸. Diese sind seit der ersten Untersuchung mehr oder weniger unverändert geblieben. Allerdings führen höhere Operationszahlen und höhere Gesundheitsausgaben nicht zu einer Verringerung der Sterblichkeit, sondern im Gegenteil zu (leicht) erhöhten Mortalitätsraten. Zudem bestehen in den betreffenden Regionen schlechtere Zugangsmöglichkeiten zu medizinischen Leistungen, auch sind Patienten und Ärzte weniger zufrieden²⁹. Unerwünschte regionale Unterschiede sind auch für Deutschland klar belegt und erweisen sich trotz intensiver Diskussionen und Initiativen im Zeitverlauf als sehr stabil. Untersuchungen zu Antibiotika-Verordnungen bei Kindern, Kaiserschnittentbindungen, Mandeloperationen und Knieoperationen zeigen strukturelle Defizite, Planungs- und Koordinationsmängel sowie Fehlanreize und mangelnde Einbindung der Patienten auf³⁰.

Grundsätzlich kann man zwischen anbietersensitiven und präferenzsensitiven Aspekten von Behandlungen unterscheiden, auch wenn diese nicht immer klar voneinander abgrenzbar sind. Maßnahmen zur Reduktion ungerechtfertigter Variationen sollten sich vor allem auf die anbietersensitiven Elemente fokussieren. Denkbare Steuerungselemente sind hier beispielsweise Formen der „Pay-for-Performance“-Vergütung, Disease-Management-Programme, Begrenzung der Anbieterkapazität im Gesundheitssystem und eben auch Zweitmeinungsverfahren.

²⁷ Siehe hierzu grundlegend: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Gutachten 2018. Bedarfsgerechte. Steuerung der Gesundheitsversorgung. Bonn 2018. Der Sachverständigenrat stellt in dem Gutachten fest, dass es nach wie vor ein Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung gebe – trotz aller Reformgesetze der letzten Jahre.

²⁸ www.dartmouthatlas.org

²⁹ Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL: The implications of regional variations in Medicare spending. Part 2: health outcomes and satisfaction with care. *Ann Intern Med.* 2003; 138: 288–98

³⁰ Siehe hierzu grundlegend: Grote-Westrick M et al. Faktencheck Gesundheit Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung im Zeitvergleich. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2015.

Bei den präferenzsensitiven Aspekten können die Zusammenarbeit von Patienten und Leistungserbringern sowie ein effektiveres Selbstmanagement gefördert werden. Generell ist hierbei zu berücksichtigen, auf welche Weise Behandlungsentscheidungen getroffen werden. Patientenpräferenzen spielen vermutlich nur eine eingeschränkte Rolle bei den Gründen für ungerechtfertigte Variationen der Behandlung³¹.

Ziel einer rationalen Gesundheitsversorgung in Deutschland sollte es folglich sein, ungerechtfertigte Variationen zu reduzieren und gleichzeitig angemessene Unterschiede aufrechtzuerhalten, die unter Berücksichtigung von Patientenpräferenzen zu einer individualisierten Versorgung führen. Ein klar strukturiertes und finanziertes Format der Zweitmeinung kann hierbei sicherlich eine wichtige Rolle spielen.

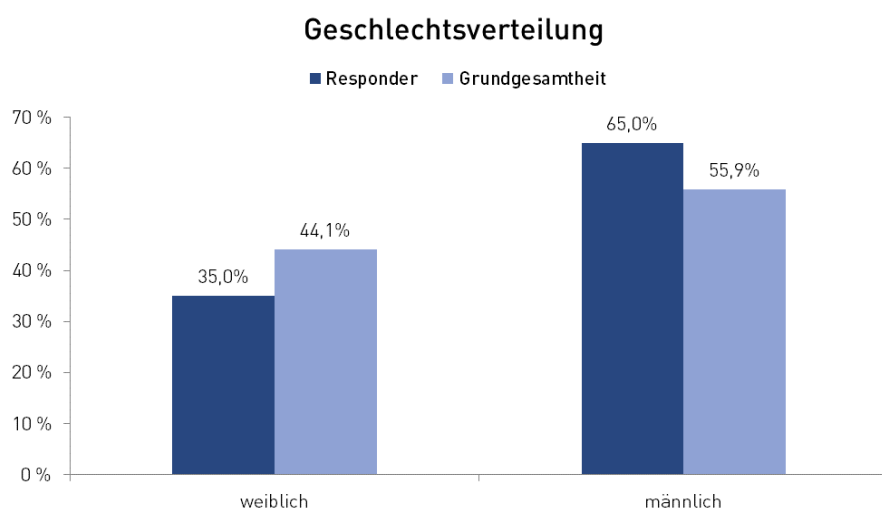
³¹ Frosch DL, M Härter, D Simon, Daniela, AG Mulley. Variation und Verteilungsgerechtigkeit: Patientenpräferenzen berücksichtigen. Dtsch Arztebl 2010; 107(43): A-2100-4

6 Anhang: Statistische Merkmale der Responder

6.1 Geschlechtsverteilung

Obwohl die Geschlechtsverteilung in der angeschriebenen Zielgruppe der Gender-Verteilung in der Grundgesamtheit entsprach, nahmen an dieser Studie überdurchschnittlich viele männliche Responder teil: 65,0 Prozent der Responder sind männlich – in der Grundgesamtheit sind es nur 55,9 Prozent. Bei den Frauen liegt der Anteil entsprechend knapp 10 Prozentpunkte niedriger als in der Grundgesamtheit.

Abbildung 16: Geschlechtsverteilung

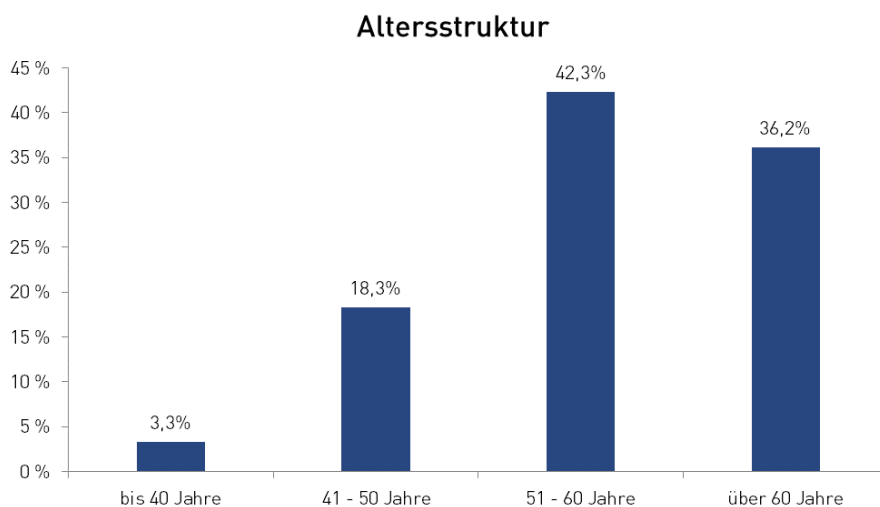


6.2 Altersstruktur der Responder

Die Altersstruktur der Responder zeigt gegenüber vergangenen Ausgaben der Studienreihe „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit“ eine auffallend hohe Beteiligung älterer Ärzte: Fast 80 Prozent der Responder sind älter als 50 Jahre.

Ein möglicher Grund hierfür könnte sein, dass sich ältere Ärzte mit entsprechender Berufserfahrung durch das Thema Zweitmeinung eher angesprochen fühlen.

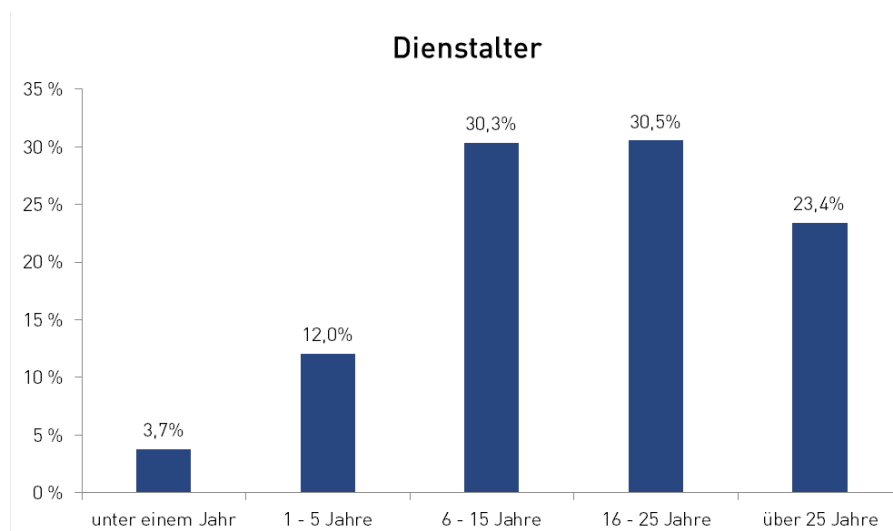
Abbildung 17: Altersstruktur



6.3 Dienstalter der Responder

Das Gros der Responder weist eine langjährige Berufserfahrung auf: Nur rund 15 Prozent der Responder gaben ein Dienstalter von weniger als fünf Jahren an. 30,3 Prozent der Responder sind zwischen sechs und 15 Jahren als niedergelassener Arzt tätig, weitere 30,5 Prozent zwischen 16 und 25 Jahren und 23,4 Prozent länger als 25 Jahre.

Abbildung 18: Dienstalter





Stiftung Gesundheit

Behringstraße 28 a, 22765 Hamburg

Tel: 040 / 80 90 87 - 0, Fax. 040 / 80 90 87 - 555

info@stiftung-gesundheit.de, www.stiftung-gesundheit.de

Operativer Partner:

ggma

GGMA Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse mbH

info@ggma.de, www.ggma.de