

Zweitmeinung bei elektiven Eingriffen

von Dawid Pieper¹

ABSTRACT

Zweitmeinung bei elektiven Eingriffen ist bereits seit Anfang der 1970er-Jahre aus den USA bekannt, ehe sie 20 Jahre später aus der Versorgung de facto verschwunden ist. In Deutschland bieten derzeit viele Krankenkassen ihre eigenen Programme zu einer Vielzahl an Indikationen oder Prozeduren an. Auf dem Markt gibt es auch einige kommerzielle Dienstleister, die häufig mit Krankenkassen Verträge schließen. Mit dem § 27b SGB V hat der Gesetzgeber das Recht auf Zweitmeinung gesetzlich verankert. Versicherte mit einer Indikation für eine Hysterektomie, Tonsillektomie oder Tonsillotomie und neuerdings auch Schulterarthroskopie müssen vom Arzt über ihr Recht auf Einholung einer Zweitmeinung informiert werden. Bislang mangelt es an aussagekräftigen Studiendesigns, sodass Aussagen zum Schaden und Nutzen derzeit nicht möglich sind.

Schlüsselwörter: Zweitmeinung, Krankenversicherung, Evaluation

***Second opinion programmes for elective surgery** have been known to exist in the US since the 1970s. However, about 20 years later they disappeared. In Germany, the majority of health insurance funds offers second opinion programmes. In addition, some service providers have contracts with health insurance funds. According to § 27b SGB V, patients scheduled for hysterectomy, tonsillectomy/tonsillectomy, and recently shoulder arthroscopy have to be informed by their doctor about their right to obtain a second opinion. Up to now, it is not possible to come to any conclusions about the benefits or harms of second opinion programmes. High quality evaluations based on thorough study designs are urgently needed.*

Keywords: second opinion, health insurance fund, evaluation

1 Rationale

Die Einführung eines jeden Programms oder einer Intervention bedarf in der Regel einer dahinterliegenden Rationalen, die als Begründung beschrieben werden kann, warum das Programm oder die Intervention sinnvoll ist beziehungsweise sein könnte. Auch bei einer Zweitmeinung kann von einer Intervention oder je nach Ausgestaltung von einem Programm gesprochen werden. Es gibt sowohl eine theoretische Begründung (siehe 1.1), warum eine Zweitmeinung sinnvoll sein kann, als aber auch eine empirisch gestützte Begründung (siehe 1.2).

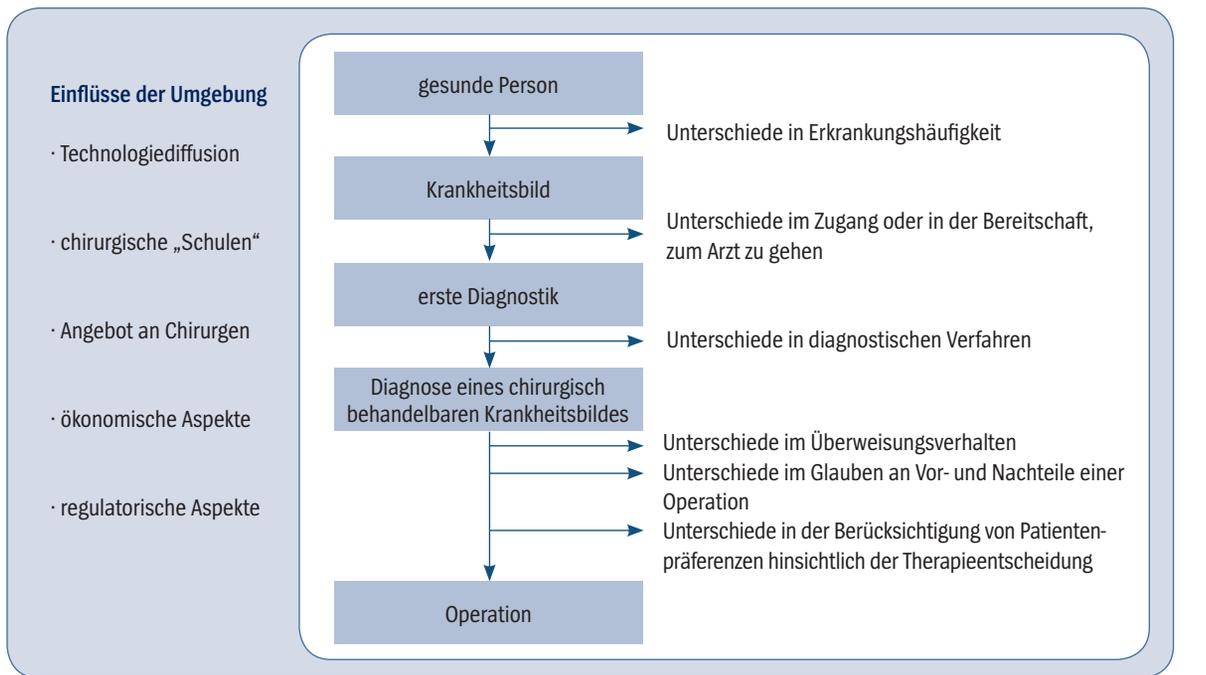
1.1 Zweitmeinung innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens

Das altbekannte Prinzip, dass vier Augen mehr sehen als zwei, ist sehr geläufig. Es lässt sich auch anders formulieren, und zwar so: „Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser.“ Daher ist es nicht verwunderlich, dass das Prinzip vielfach angewendet wird, und zwar auch außerhalb des Gesundheitswesens. Anwälte werben vielfach damit, sich eine Zweitmeinung bei ihnen einholen zu können. Viele Menschen fragen nach einer Zweitmeinung bei einer anderen Werkstatt vor einer anste-

¹Dr. rer. med. Dawid Pieper, Institut für Forschung in der Operativen Medizin, Universität Witten/Herdecke · Ostmerheimer Straße 200 · Haus 38
51109 Köln · Telefon: 0221 9895740 · E-Mail: dawid.pieper@uni-wh.de

ABBILDUNG 1

Der chirurgische Behandlungspfad und seine Einflussfaktoren



Nicht allein die Erkrankung ist dafür ausschlaggebend, ob und wann jemand operiert wird. Unterschiede im Zugang, in diagnostischen Verfahren, im Überweisungsverhalten und andere, teils externe Faktoren spielen eine Rolle.

Quelle: Birkmeyer et al. 2013; Grafik: G-G Wissenschaft 2020

henden Reparatur ihres Fahrzeugs. Im Gesundheitswesen wird seit Jahrzehnten das Konsiliarwesen genutzt, bei dem eine zweite Meinung eines anderen Arztes eingeholt wird. Darüber hinaus ist es insbesondere in der Radiologie und in der Pathologie vielfach bereits Standard, dass Befunde überprüft werden.

1.2 Unterschiede in Häufigkeiten operativer Eingriffe

Nachfolgend soll der Fokus auf die Einholung einer Zweitmeinung vor operativen elektiven Eingriffen gelegt werden. Die oben genannte theoretische Begründung greift natürlich auch hier. Diese allein ist jedoch selten ausreichend, denn grundsätzlich könnte vor jeder anstehenden Entscheidung, unabhängig vom Kontext oder Lebensbereich damit argumentiert werden, dass es zunächst sinnvoll sei, noch eine weitere Meinung einzuholen – nur würde das das Leben extrem kompliziert machen. Es wird also auch eine empirische Komponente benötigt, die dazu beiträgt, das Einholen einer Zweitmeinung in einem bestimmten Kontext als sinnvoll zu erachten. Die empirische Komponente sollte zeigen, dass es

Unterschiede in den Meinungen geben kann, während der Kontext derart sein muss, dass die Entscheidung, die basierend auf einer Meinung getroffen wird, für die jeweilige Person mit weitreichenden Konsequenzen verbunden ist. Dies ist bei einem operativen Eingriff häufig der Fall; der Kontext ist hier jedoch auch abhängig von der Art des Eingriffs und den damit verbundenen Risiken.

Regionale Unterschiede in Häufigkeiten operativer Eingriffe werden bereits seit langem in der Literatur beschrieben (Birkmeyer et al. 2013). In vielen Ländern hat sich mittlerweile hierzu ein Berichtswesen etabliert, wie beispielsweise das Dartmouth Atlas Project (www.dartmouthatlas.org) aus den Vereinigten Staaten von Amerika, wobei dieses wie andere auch nicht ausschließlich auf operative Eingriffe beschränkt ist. Im deutschen Kontext ist diesbezüglich insbesondere der Faktencheck Gesundheit der Bertelsmann Stiftung erwähnenswert, wenn auch seit Juni 2017 beendet. Viele der Ergebnisse erscheinen durchaus erklärungsbedürftig zu sein. So konnte beispielsweise gezeigt werden, dass die standardisierte OP-Häufigkeit im Zeitraum 2010 bis 2012 zwischen

13 und 107 Operationen je 10.000 Kinder und Jugendliche betrug, wenn die Analyse auf Kreisebene durchgeführt wird (Grote-Westrick et al. 2015), was fast einem Faktor von acht entspricht. Nicht jede Betrachtung fällt jedoch so drastisch aus. Bei der Entfernung der Gallenblase im selben Zeitraum betrug der Faktor nur zwei (Grote-Westrick et al. 2015). Dennoch lässt sich insgesamt konstatieren, dass nicht alle Unterschiede allein durch die Bevölkerungsstruktur oder medizinisch erklärbar sind. Hier müssen andere Erklärungsmuster herangezogen werden. Neben Unterschieden in der Population können der Zugang zum Gesundheitssystem beziehungsweise zu Leistungsanbietern, Diagnostik, Indikationsstellung, Einstellung und Präferenzen sowie deren Berücksichtigung in der Entscheidungsfindung (sowohl der Ärzte als auch der Patienten) eine Rolle spielen. Daneben gibt es noch sogenannte Umwelteinflüsse wie die Verfügbarkeit von Technologien (im allgemeinen Sinne), „Schulen“, an denen die Operateure gelernt haben, Verfügbarkeit von Operateuren, finanzielle Anreize sowie regulatorische Rahmenbedingungen (Birkmeyer et al. 2013). Abbildung 1 veranschaulicht dies noch einmal.

Die Feststellung von Unterschieden in der Häufigkeit operativer Eingriffe ist vergleichsweise einfach, während deren Bewertung wesentlich komplexer ist. Die Tatsache, dass es regionale Unterschiede gibt, muss für sich allein genommen noch kein Problem darstellen. Von einem Problem, das einer Lösung beziehungsweise Intervention bedarf, sollte erst gesprochen werden, wenn die unterschiedlichen Häufigkeiten in den Operationszahlen auch mit einer Unter-, Über- oder Fehlversorgung einhergehen. Erst dann sollte dazu übergegangen werden, zu intervenieren und die Unterschiede zu minimieren, wenn auch bislang nicht klar ist, wie solche Unterschiede effektiv reduziert werden können (McCulloch et al. 2013). Der Zweitmeinung liegt die Idee zugrunde, unnötige operative Eingriffe zu reduzieren und damit gegebenenfalls auch zu einer Kostenersparnis im Gesundheitssystem beizutragen (Gornick 1982).

2 Historie

Es überrascht nicht, dass Zweitmeinungsprogramme bereits auf eine längere Geschichte zurückblicken können. Eines der ersten dokumentierten Programme geht bereits auf das Jahr 1972 zurück und wurde in den Vereinigten Staaten durchgeführt. Am sogenannten Cornell-Programm nahmen mehrere Krankenversicherer aus New York City teil, wobei die Ausgestaltung sehr unterschiedlich sein konnte. Je nach Krankenversicherer konnte die Zweitmeinung ein Angebot darstellen. Es gab aber auch Ausgestaltungen, die eine Zweitmeinung verpflichtend vorsahen, ehe eine Leistung (das heißt in der Regel der operative Eingriff) in Anspruch genommen beziehungsweise erstattet wurde (McCarthy und Widmer 1978; Grafe et al. 1978; McCarthy und Finkel 1978).

Andere bekannte Programme sind das Massachusetts-Zweitmeinungsprogramm für Medicaid-Versicherte, welches ebenfalls obligatorisch ausgestaltet war (Martin et al. 1982). In ähnlicher Form ist es etwas später auch im Bundesstaat Wisconsin aufgesetzt worden (Tyson 1985). Gänzlich freiwillig in Anspruch genommen werden konnte eine Zweitmeinung, sofern man bei einem Versicherer der „Blue Cross Blue Shield“-Gruppe versichert war und im Großraum New York lebte (Schachter et al. 1983). Außerhalb der USA gab es Ende der 1990er-Jahre in der Schweiz ebenfalls auf Betreiben eines Krankenversicherers ein Zweitmeinungsprogramm.

Anfang der 1980er Jahre ebte das Interesse an Zweitmeinungsprogrammen in den USA jedoch merklich ab, ohne dass die Gründe dafür klar zu erklären wären. Möglicherweise haben die Analysen der Programme nicht die gewünschten Erfolge gebracht, die sich die Krankenversicherer insbesondere hinsichtlich einer möglichen Kostenersparnis erhofft hatten (Peebles 1991). Den potenziell eingesparten Kosten durch nicht erfolgte oder zumindest hinausgezögerte Operationen müssen die Programmkosten (insbesondere die Erstellung der Zweitmeinung selbst) gegengerechnet werden.

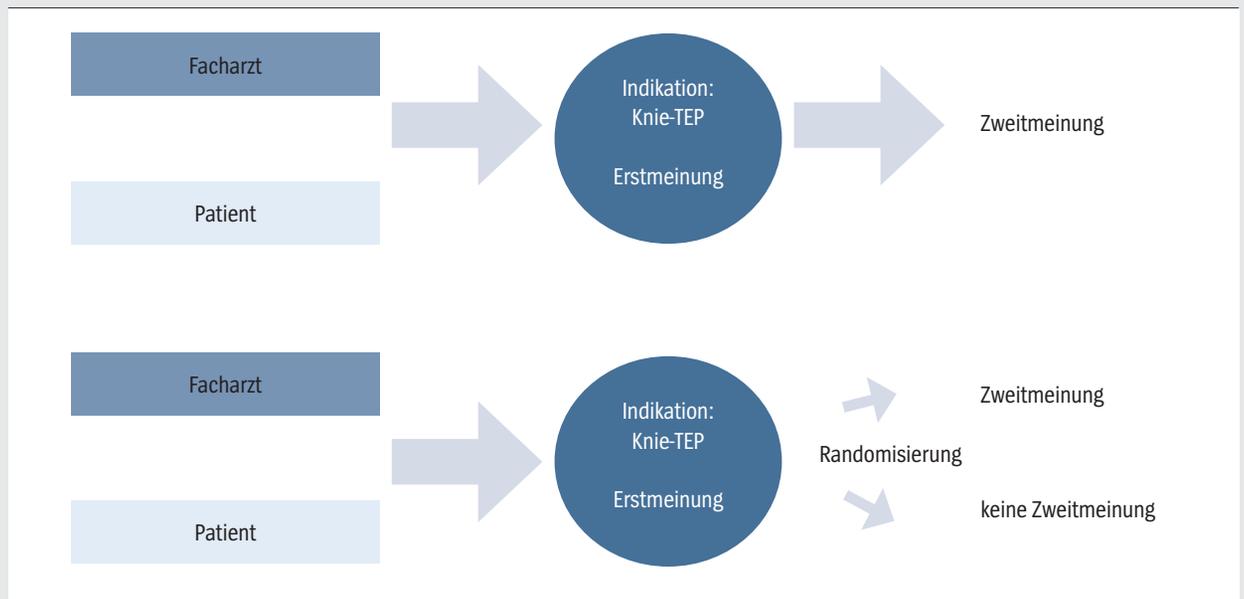
Erst im neuen Jahrtausend erlebte die Thematik Zweitmeinung wieder eine Art Renaissance, wobei nationale Programme beziehungsweise von Krankenversicherern initiierte Programme hierbei keine wesentliche Rolle mehr spielten. Vielmehr scheinen sich die wichtigen Themen der Indikationsqualität und der Patientenzentrierung beziehungsweise einer stärkeren Patientenautonomie hierbei im Laufe der Jahre in den Vordergrund gespielt zu haben. Daher findet sich neuerdings auch der Begriff von *patient-initiated second opinion programmes* in der Literatur. Payne et al. (2014) fassen diese in ihrer Analyse zusammen. Für einen ausführlicheren Überblick über evaluierte Zweitmeinungsprogramme sei auf die systematische Übersichtsarbeit von Ali und Pieper (2017) verwiesen.

3 Nutzen und Schaden

Bei einem Zweitmeinungsprogramm handelt es sich zweifelsohne um eine Intervention. Insofern ist klar zu fordern, dass sich Zweitmeinungsprogramme den gleichen Kriterien zur Bewertung von Nutzen und Schaden stellen müssen wie andere Interventionen. Als Goldstandard für die Evaluation von Interventionen gelten randomisierte klinische Studien, da diese Ergebnisse eine hohe Aussagesicherheit liefern. Werden Abstriche in der Aussagesicherheit hingenommen, kommen auch nicht randomisierte Studien in Betracht. Diese sollten jedoch, um einen Vergleich zu ermöglichen, zwei Gruppen betrachten – eine Gruppe, die am Zweitmeinungsprogramm teilgenommen hat, und eine andere, die dies nicht getan hat. Solche Studien liegen jedoch nicht vor. Alle derzeit bekannten

ABBILDUNG 2

Bisherige Studiendesigns und ideales Studiendesign im Vergleich am Beispiel der Knie-TEP



Bisher liegen Studien vor zu Patienten, die an Zweitmeinungsverfahren teilgenommen haben (oben). Den Nutzen solcher Verfahren könnte man besser beurteilen, wenn eine Gruppe von Patienten am Zweitmeinungsverfahren teilnimmt und eine Kontrollgruppe nicht (unten). Solche Studien existieren jedoch nicht.

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G-G Wissenschaft 2020

Evaluationen berücksichtigen nur die Personen, die sich eine Zweitmeinung eingeholt haben. Mit solch einem Design sind jedoch Fragen zum Nutzen und Schaden de facto nicht zu beantworten. Derzeit kann keine wirklich belastbare Aussage zum Nutzen und Schaden von Zweitmeinungsprogrammen getroffen werden (Ali und Pieper 2017).

Gleichwohl soll nicht unerwähnt bleiben, dass alle oben genannten methodisch wünschenswerten Designs keineswegs leicht durchzuführen sind. Bei einer randomisierten Studie würde eine Gruppe (die Kontrollgruppe) von der Teilnahme am Zweitmeinungsprogramm ausgeschlossen werden müssen. Gute Strategien würden benötigt, die Teilnahmebereitschaft groß genug zu halten, damit die Studie überhaupt erfolgreich durchgeführt werden kann und nicht an einer zu geringen Rekrutierung scheitert. Abbildung 2 vergleicht die bisherigen Studiendesigns mit dem optimalen Studiendesign.

Eine andere Herausforderung – ungeachtet des Studiendesigns – ist die Frage, wie der Nutzen bei einem Zweitmeinungsprogramm überhaupt bestimmt werden soll. Ist es per se das Ziel, die Zahl der Operationen zu senken? Wenn, dann kann es nur um eine Reduzierung unnötiger Operationen gehen, aber zu bestimmen, in welchen Fällen, für wen und unter

welchen Umständen eine Operation als unnötig angesehen werden kann, ist alles andere als leicht zu beantworten. Es würde vermutlich viele Studien zuvor benötigen, um diese Frage überhaupt zu klären. Aufgrund der Verschiebung der Intention von Zweitmeinungsprogrammen (siehe Kapitel 2) könnten aber auch ganz andere Outcomes von Interesse sein. Genannt seien hier exemplarisch die informierte Entscheidung, Entscheidungsunsicherheit, Arzt-Patienten-Kommunikation oder aber partizipative Entscheidungsfindung.

Wie komplex die Evaluation eines Zweitmeinungsprogramms sein kann, zeigt sich an dem oben erwähnten Programm für Medicaid-Versicherte aus Massachusetts. Zwei unabhängige Analysen des Programms kamen zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen. Während die Analyse von Martin et al. (1982) einen Rückgang in den OP-Häufigkeiten für viele chirurgische Prozeduren um 25 Prozent und ein erhebliches Einsparpotenzial für Medicaid aufzeigen konnte, konnte eine Analyse aus der Metropolregion Boston dies nicht bestätigen (Gertman et al. 1980). Die Gründe hierfür sind nicht wirklich klar, es kann jedoch vermutet werden, dass einige der weiter oben beschriebenen Aspekte, die zur Erklärung von regionalen Unterschieden in OP-Häufigkeiten herangezogen werden können, auch hier greifen. Möglicherweise erklären jedoch

auch Unterschiede in den Populationen, die damals statistisch noch nicht so berücksichtigt werden konnten, wie dies heute der Fall ist, diese Unterschiede.

4 Zweitmeinung in Deutschland

Das Thema Zweitmeinung im Kontext elektiver Eingriffe ist noch recht jung. Trotz dieser kurzen Zeitspanne kann hinsichtlich der Erbringung von Zweitmeinungen bereits von einer relativ heterogenen Versorgungslandschaft gesprochen werden, die nachfolgend dargestellt wird.

4.1 Zweitmeinung nach § 27b SGB V

Mit dem § 27b SGB V ist das Recht auf Zweitmeinung gesetzlich verankert: „Versicherte, bei denen die Indikation zu einem planbaren Eingriff gestellt wird, bei dem insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung seiner Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist, haben Anspruch darauf, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung bei einem Arzt oder einer Einrichtung nach Absatz 3 einzuholen. Die Zweitmeinung kann nicht bei einem Arzt oder einer Einrichtung eingeholt werden, durch den oder durch die der Eingriff durchgeführt werden soll.“ Die genaue Ausgestaltung ist in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zum Zweitmeinungsverfahren konkretisiert, die erstmals im Oktober 2018 in Kraft getreten sind. Demnach ist der indikationsstellende Arzt verpflichtet, den Patienten über sein Recht auf Einholung einer Zweitmeinung aufzuklären. Der Patient soll dann gleichzeitig ein sogenanntes Patientenmerkblatt vom indikationsstellenden Arzt erhalten. Dieses Merkblatt enthält allgemeine Informationen zum Zweitmeinungsverfahren: Idee und Hintergrund des Zweitmeinungsverfahrens, warum die Zweitmeinung angeboten wird, welche Informationen der Zweitmeiner benötigt, ob eine erneute Untersuchung stattfindet, was mit der Zweitmeinung passiert und wie ein Arzt, der zur Abgabe einer Zweitmeinung berechtigt ist, gefunden werden kann. Mittlerweile liegt das Patientenmerkblatt auch in leichter Sprache vor. Zusätzlich enthält das Patientenmerkblatt einen Verweis auf weitere unabhängige indikationsspezifische Informationen, die das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) erstellt hat. Für die Richtlinie legte der GBA eine Liste mit planbaren Eingriffen fest, bei der die Richtlinie Anwendung findet. Dies waren von Anfang an die Hysterektomie und die Tonsillotomie beziehungsweise Tonsillektomie. Neu ist zuletzt die Schulterarthroskopie hinzugekommen. Die Anforderungen (insbesondere an die Qualifikation) an die Zweitmeiner ergeben sich ebenfalls aus der Zweitmeinungs-Richtlinie. Interessierte Ärzte müssen bei ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) einen Antrag stellen, wenn sie als Zweitmeiner fungieren

möchten. Nur dann kann die Erbringung der Zweitmeinung gegenüber der KV auch in Rechnung gestellt werden. Auch der indikationsstellende Arzt erhält für die Auslösung des Zweitmeinungsprozesses eine Vergütung. Versicherte können sich bei den KVen und den Landeskrankenhausesellschaften über potenzielle Zweitmeinungserbringer in ihrer Nähe informieren.

4.2 Informelle Zweitmeinung

Unter einer informellen Zweitmeinung wird das Einholen einer zweiten Meinung bezeichnet, die nicht im Rahmen eines strukturierten Programms oder Angebots eingeholt wird. Im System der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es keinerlei Beschränkung hinsichtlich der Arztkontakte, sodass ein Patient bei einem medizinischen Problem mehrere Ärzte konsultieren kann. Die Vergütung erfolgt dann wie bei einem normalen Regelfall. Somit kann bei dieser Konstellation auch von einer Zweitmeinung gesprochen werden. Der wesentliche Unterschied besteht jedoch darin, dass der konsultierte Arzt nicht gezwungenermaßen weiß, dass es sich de facto um eine Zweitmeinung handeln kann. Der Patient kann dies seinem Arzt gegenüber offen zugeben, aber er muss es nicht. In einem strukturierten Zweitmeinungsprogramm hingegen wird klar sein, dass sich der Patient eine Zweitmeinung einholt. In den allermeisten Fällen ist dann auch davon auszugehen, dass der Arzt, der zwecks Zweitmeinung konsultiert wird, die Empfehlung des indikationsstellenden Arztes kennt. Es gibt Hinweise darauf, dass die Kenntnis beziehungsweise Unkenntnis der Meinung eines anderen Arztes die eigene (zweite) Meinung durchaus beeinflussen könnte (Vashitz et al. 2012).

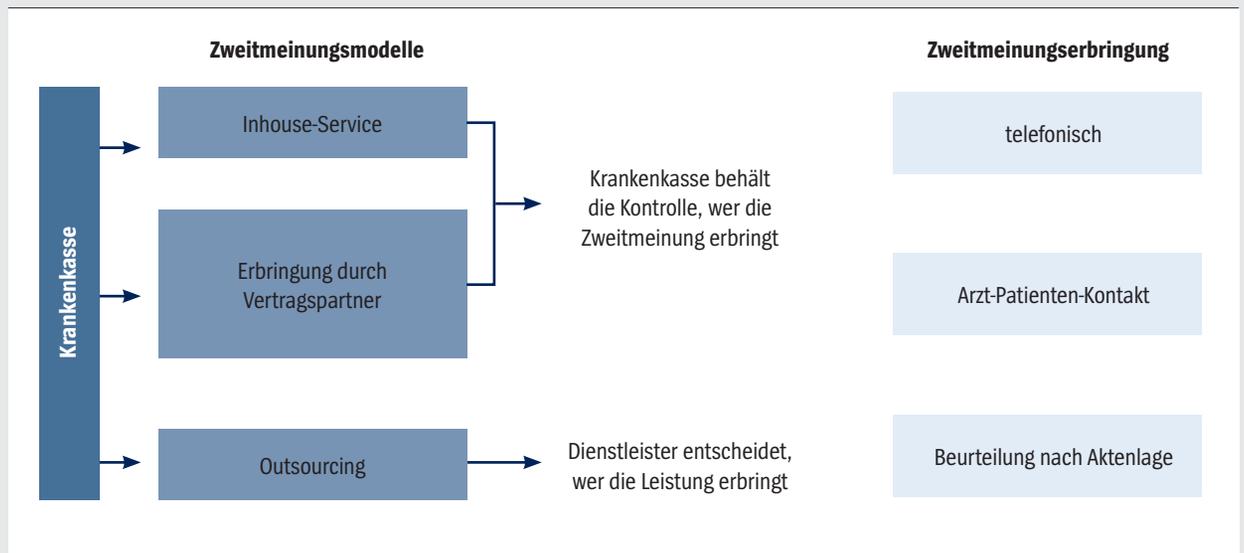
4.3 Weitere Angebote

Während es die informelle Zweitmeinung de facto schon immer gegeben haben wird, ist die Zweitmeinung nach § 27b SGB V noch ein sehr neues Element in der Versorgungslandschaft, wenn es auch nur bisher für wenige Indikationen gilt. Doch bereits eine geraume Zeit davor hat sich die Idee der Zweitmeinung in der deutschen Versorgungslandschaft verbreitet oder gar etabliert. So bietet die Großzahl der gesetzlichen Krankenkassen (aber auch viele private Krankenversicherer) Zweitmeinungsprogramme an, die jedoch sehr unterschiedlich ausgestaltet sein können (Pieper et al. 2018).

Viele Krankenversicherungen bieten spezielle Zweitmeinungsprogramme an, die ihren Versicherten offenstehen. Einige Krankenversicherungen haben eine Telefonhotline. Diese findet zuweilen auf den Webauftritten der jeweiligen Krankenversicherungen Erwähnung. Es ist jedoch nicht unbedingt eindeutig, dass solch ein Service immer im Kontext einer Zweitmeinung benutzt wird. Ein allgemeines Angebot einer Telefonhotline zu medizinischen oder gesundheitlichen

ABBILDUNG 3

Zweitmeinungsangebote der Krankenkassen



Krankenkassen machen verschiedenartige Zweitmeinungsangebote. Teilweise haben sie einen Inhouse-Service, teilweise sourcen sie das Thema an Drittanbieter aus. Manche Krankenkassen offerieren beide Varianten. Zu welchen Indikationen Zweitmeinungsverfahren angeboten werden, variiert von Kasse zu Kasse.

Quelle: Pieper et al. 2018; Grafik: G+G Wissenschaft 2020

Fragen offeriert eine Vielzahl an Krankenversicherungen. Dies muss aber überhaupt nicht im Zusammenhang mit einer Zweitmeinung stehen.

Auf dem Markt gibt es auch eine kleine Anzahl an Drittanbietern, die als Servicedienstleister verstanden werden können. An diese kann man sich wenden, wenn eine Zweitmeinung benötigt wird. Der Servicedienstleister ist in dem Modell zuständig für die Organisation der Zweitmeinung. Er erbringt diese aber in der Regel nicht selbst, sondern vermittelt den Kontakt beziehungsweise Termin. Grundsätzlich stehen diese Angebote jedermann offen. Regelmäßig haben aber solche Servicedienstleister Verträge mit Krankenversicherungen, sodass sie mit mehreren Krankenkassen Verträge schließen können. Für die Versicherten ist das Angebot dann normalerweise umsonst, da die Kosten von der Krankenkasse übernommen werden. Bei diesem Modell hat die Krankenkasse aber de facto keine direkte Kontrolle über den Zweitmeinenden selbst.

Anders ist dies bei einer dritten existierenden Variante, bei der die Krankenkasse direkt Verträge mit Leistungserbringern schließt. Dann können Versicherte mit Zweitmeinungswunsch direkt an Leistungserbringer verwiesen werden. Hierbei handelt es sich vielfach um spezialisierte Zentren oder Kliniken.

Relativ neu, zumindest im Kontext der Zweitmeinung, ist die Idee, dass nicht immer zwingend ein direkter persönlicher Kontakt zwischen Patient und Arzt stattfinden muss, sondern eine Zweitmeinung auch allein auf Aktenlage erbracht werden kann. Hierbei hat der Patient dann in der Regel sicherzustellen, dass alle notwendigen Unterlagen, die zur Beurteilung notwendig sind, vorgelegt werden. Dies kann unter Umständen eine Hürde darstellen. Ein potenzieller Vorteil dieses Angebots ist, dass für Versicherte keine Fahr- und Wartezeiten entstehen. Insbesondere für Personen in ländlichen Gebieten könnte das daher interessant sein. Aber auch hierzu fehlt es bislang an einer ausreichenden Datenlage.

Krankenkassen müssen sich bei ihren Angeboten nicht auf ein Angebot oder Modell beschränken, sondern können auch mehrere unterschiedliche Zweitmeinungsprogramme anbieten. Bei allen Angeboten, die hier beschrieben sind, gibt es keinerlei Beschränkungen hinsichtlich der Patientengruppe. Das bedeutet, dass die hier vorgestellten Zweitmeinungsprogramme sich über alle Indikationen beziehungsweise Eingriffe erstrecken können. Am häufigsten sind Zweitmeinungsprogramme in den Bereichen der Orthopädie und Onkologie anzutreffen. In Abbildung 3 sind die unterschiedlichen Angebote und Modelle schematisch dargestellt.

5 Politische Forderungen

Mit dem § 27b SGB V ist das Einholen einer Zweitmeinung für gesetzlich Versicherte verankert, wenn auch dies zunächst nur für wenige Eingriffe gilt. Daneben gibt es eine Vielzahl von weiteren Angeboten, sodass zweifellos konstatiert werden kann, dass das Thema Zweitmeinung im deutschen Gesundheitswesen angekommen ist. Durch die unterschiedlichen Angebote ist die Versorgungslandschaft jedoch sehr heterogen und schwer zu überblicken. Für die Versicherten ist das derzeitige Angebot ebenfalls nicht so leicht zu überblicken und insbesondere hinsichtlich der Qualität schwer einzuschätzen.

Es bleibt festzuhalten, dass mit der Zweitmeinung nach § 27b SGB V ein Element in die Versorgung eingeführt worden ist, ohne dass es dafür eine auch nur ansatzweise ausreichende Datenlage geben würde. Dies muss dringend nachgeholt werden. In der Zweitmeinungsrichtlinie des GBA zum § 27b SGB V ist bereits eine Evaluation vorgesehen. Was jedoch mehr als notwendig ist, ist das Aufsetzen eines Studiendesigns, das belastbare Ergebnisse liefert, um den Nutzen und Schaden zu ermitteln, wengleich dies, wie oben geschildert, praktisch wie auch methodisch eine große Herausforderung darstellt.

Es wäre jedoch nicht fair, die Einführung der Zweitmeinung nach § 27b SGB V nur zu kritisieren. Vor ihrer Einführung gab es bereits einen Markt für Zweitmeinungen und viele Krankenkassen hatten bereits Zweitmeinungsprogramme etabliert. Insofern kann die Einführung des § 27b SGB V auch als eine Antwort auf das zuvor völlig unreglementierte Versorgungsgeschehen gesehen werden. Durch den § 27b SGB V wurden im Bereich der Zweitmeinung erstmals gesetzlich verbindliche Qualitätskriterien für solche Programme und deren Ausgestaltung geschaffen. Die Evaluation all dessen muss nun dringend erfolgen.

Literatur

Ali J, Pieper D (2017): Limited Data for Second Opinion Programs: a Systematic Review. *Gesundheitswesen*, Vol. 79, No. 10, 871–874

- Birkmeyer JD et al. (2013): Understanding of Regional Variation in the Use of Surgery. *The Lancet*, Vol. 382, No. 9898, 1121–1129
- Gertman PM et al. (1980): Second Opinions for Elective Surgery. The Mandatory Medicaid Program in Massachusetts. *New England Journal of Medicine*, Vol. 302, No. 21, 1169–1174
- Gornick M (1982): Trends and Regional Variations in Hospital Use under Medicare. *Health Care Financing Review*, Vol. 3, No. 3, 41–73
- Grafe WR, McSherry CK, Finkel ML, McCarthy EG (1978): The Elective Surgery Second Opinion Program. *Annals of Surgery*, Vol. 188, No. 3, 323–330
- Grote-Westrick M et al. (2015): Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung im Zeitvergleich. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- Martin SG et al. (1982): Impact of a Mandatory Second-Opinion Program on Medicaid Surgery Rates. *Medical Care*, Vol. 20, No. 1, 21–45
- McCarthy EG, Finkel ML (1978): Second Opinion Elective Surgery Programs: Outcome Status over Time. *Medical Care*, Vol. 16, No. 12, 984–994
- McCarthy EG, Widmer GW (1974): Effects of Screening by Consultants on Recommended Elective Surgical Procedures. *New England Journal of Medicine*, Vol. 291, No. 25, 1331–1335
- McCulloch P et al. (2013): Strategies to Reduce Variation in the Use of Surgery. *The Lancet*, Vol. 382, No. 9898, 1130–1139
- Payne VL et al. (2014): Patient-Initiated Second Opinions: Systematic Review of Characteristics and Impact on Diagnosis, Treatment, and Satisfaction. *Mayo Clinic Proceedings*, Vol. 89, No. 5, 687–696
- Peebles RJ (1991): Second Opinions and Cost-Effectiveness: The Questions Continue. *Bulletin of the American College of Surgeons*, Vol. 76, No. 6, 18–25
- Pieper D et al. (2018): Bestandsaufnahme zu Zweitmeinungsverfahren in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). *Gesundheitswesen*, Vol. 80, No. 10, 859–863
- Schachter MG et al. (1983): Evaluation of a Surgical Second Opinion Program. *QRB Quality Review Bulletin*, Vol. 9, No. 1, 11–19
- Tyson TJ (1985): The Evaluation and Monitoring of a Medicaid Second Surgical Opinion Program. *Evaluation and Program Planning*, Vol. 8, No. 3, 207–215
- Vashitz GJ et al. (2012): Do First Opinions Affect Second Opinions? *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 27, No. 10, 1265–1271

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 1. März 2020)

DER AUTOR



Dr. rer. med. Dawid Pieper,

Jahrgang 1983, hat Public Health und Epidemiologie an den Universitäten Bremen und Mainz studiert. Nach einer kurzen Zeit bei einer Krankenversicherung wechselte er in den akademischen Bereich. Heute ist er Leiter der Abteilung für Evidenzbasierte Versorgungsforschung am Institut für Forschung in der Operativen Medizin (IFOM) der Universität Witten/Herdecke. Zudem ist er seit 2018 Sprecher des Fachbereichs Public Health im Deutschen Netzwerk für evidenzbasierte Medizin.