



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Medizinische Zweitmeinungen in Deutschland

VON SUSANN MAY, DR. BARBARA PREDIGER UND PROF. DR. DAWID PIEPER IM AUFTRAG DES
NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V. (WWW.EBM-NETZWERK.DE)



Zweitmeinungen (ZM) zielen darauf ab, die Entscheidungssicherheit von Patient:innen zu stärken, indem sie sie unterstützen, ihre Diagnosen und Behandlungsalternativen besser zu verstehen und Risiken und Nutzen abwägen zu können [1].

So können sie zusätzlich auch die Arzt-Patienten-Kommunikation stärken und die Indikationsstellung durch die Ärzt:innen verbessern. Regionale Unterschiede in Operationshäufigkeiten sind häufig durch verschiedene Schulen und Haltungen von Behandler:innen bedingt [2].

ZM können diesen Unterschieden entgegenwirken. Eine ZM kann formell, das heißt in einem ZM-Programm, oder informell erfolgen. ZM-Programme können sehr unterschiedlich ausgestaltet sein. Gemeinsam haben sie, dass sie einer Struktur folgen und gewissen Regulationen unterliegen, z.B. kann die Einholung der ZM nur bei ausgewiesenen Zweitmeinern möglich sein.

Bereits in den 1970er Jahren wurden erste ZM-Programme in den USA eingeführt. Im Fokus stand dabei

die Patientenorientierung und niemals die Beurteilung der Behandelnden [3]. Die ZM sollte eine mögliche Antwort auf Über-, Unter- und Fehlversorgung sein. Es zeigt sich, dass durch ZM-Programme Kosten für nicht notwendige Operationen eingespart werden konnten [4]. In den USA wurde vor allem in den 1970er und 1980er Jahren an der Thematik geforscht und sukzessiv wurden ZM-Programme auch in anderen Ländern wie der Schweiz, den Niederlanden, Israel und Deutschland eingeführt und beforscht.

In Deutschland wird bereits seit über zehn Jahren die ZM zur Absicherung klinischer, labortechnischer, radiologischer, pathologisch-histologischer bzw. -zytologischer Befunde als Qualitätssicherungsmaßnahme genutzt [5].

Im Fachbereich Radiologie, Pathologie und Onkologie tauschen sich Spezialist:innen über Fälle aus. Es gibt hierfür standardisierte Verfahren wie Tumorboards. Diese Maßnahmen stellen keine reguläre ZM dar, sollen der Vollständigkeit halber allerdings hier thematisiert werden. Die Tumorboards sollen im Gegensatz zum traditionellen Ansatz der ZM vor allem die Beurteilung eines Befundes sichern. Eine Therapieentscheidung folgt daraus nicht. Außerdem werden diese Verfahren von Expert:innen initiiert und nicht von Patient:innen. Ein Einbezug von Patientenbedürfnissen, die eine Therapieentscheidung beeinflussen, ist hier nicht vorgesehen. Im Folgenden wird ausschließlich die patienteninitiierte ZM betrachtet.

Es zeigte sich, dass in Deutschland die ZM vor allem bei onkologischen wie auch geplanten orthopädischen Eingriffen eine hohe Relevanz für Patient:innen hat [6]. Dabei können sich die Art der ZM und die Art der In-

anspruchnahme einer ZM unterscheiden. Die ZM kann somit innerhalb eines persönlichen Arzt-Patienten-Kontakts in Form eines Gesprächs, telemedizinisch oder nach Aktenlage erfolgen. Die nachstehende Abbildung 1 illustriert die verschiedenen Arten und Möglichkeiten der Inanspruchnahme von ZM in Deutschland.

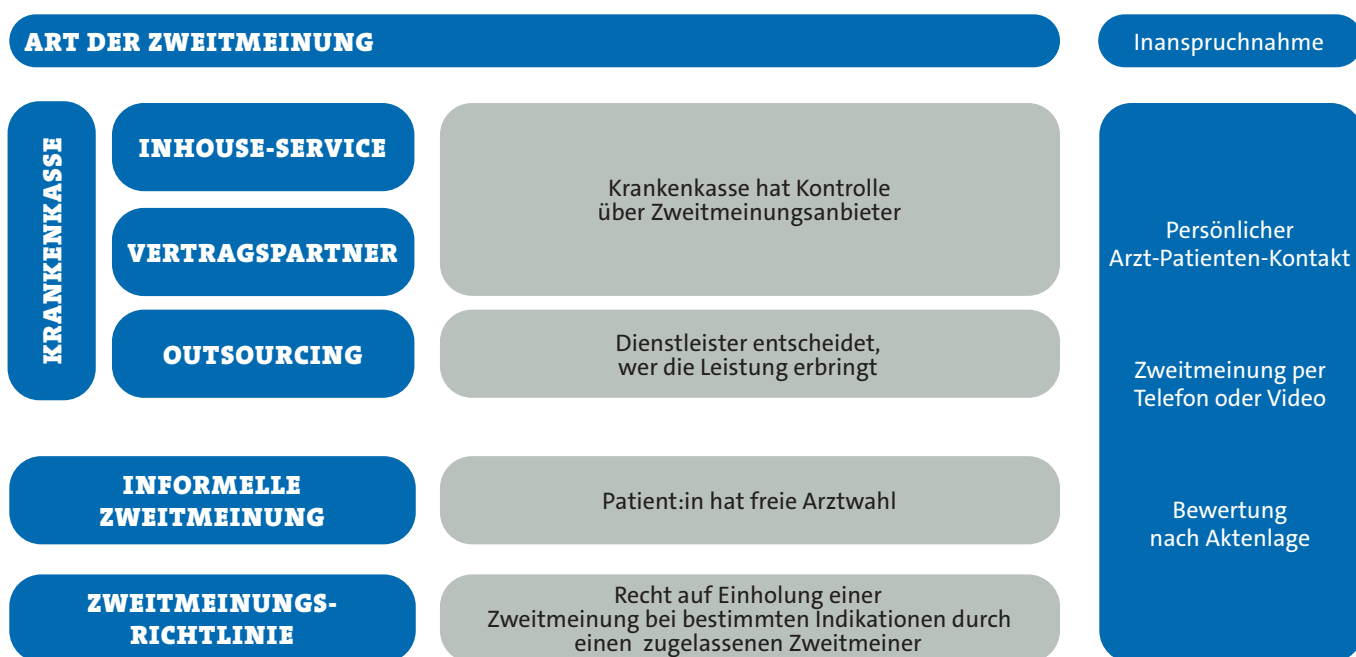
Krankenkassen (insbesondere die großen) haben teilweise ihre eigenen ZM-Programme, die sie ihren Versicherten anbieten. Überwiegend sind diese in der Onkologie und Orthopädie anzufinden. Diese können sehr unterschiedlich ausgestaltet sein, was die Vergleichbarkeit erschwert. Krankenkassen können dabei mit selbst ausgewählten Leistungsanbieter:innen kooperieren oder aber auch die Leistung bei Drittan-

biern einkaufen [7]. Diese übernehmen dann die gesamte Abwicklung und die Krankenkasse vergütet einen Drittanbieter. Interessanterweise haben sich in diesem Bereich telemedizinische Zweitmeinungsanbieter etabliert.

Mehr Transparenz über das jeweilige Leistungsangebot und damit verbundene Qualität wäre wünschenswert. Für nur sehr wenige ZM-Programme liegen Evaluationen vor. Das Interesse der Krankenkassen an eigenen ZM-Programmen ist seit der ZM-Richtlinie (Zm-RL) zurückgegangen (siehe unten).

Auf der anderen Seite ist das Einholen einer sogenannten informellen ZM eine gängige Praxis unter Patient:innen. Diese informelle ZM unterscheidet sich

ABB. 1: ARTEN UND INANSPRUCHNAHME VON ZM IN DEUTSCHLAND





von einem strukturierten ZM-Programm dadurch, dass sie nicht reguliert ist (z.B. durch die Krankenversicherung) und sich in der Leistungsabrechnung nicht als solche wiederfindet.

Daher ist auch keine zuverlässige Aussage darüber zu treffen, wie hoch die Inanspruchnahme einer informellen ZM in Deutschland ist. Durch die freie Arztwahl für gesetzlich Versicherte können Patient:innen weitere Ärzt:innen der gleichen Fachrichtung für eine ZM (oder auch Dritt-, Viertmeinung usw.) ohne den Leistungserbringenden zwingendermaßen davon zu berichten, dass es sich um eine ZM handelt, aufsuchen.

Eine Befragung von Patient:innen mit einer orthopädischen Indikation zeigte jedoch, dass Patient:innen, die vermutlich größtenteils eine informelle ZM einholten, offen kommunizierten, dass es sich um eine ZM handle (>90%) [8]. Gleichzeitig nehmen Patient:innen aber auch die Konsultation von Angehörigen oder Bekannten, die im Gesundheitsbereich tätig sind, als ZM wahr.

Eine weitere Möglichkeit, eine ZM einzuholen, ermöglicht die Zweitmeinungsrichtlinie (Zm-RL). Die Zm-RL wurde in Deutschland im Dezember 2018 eingeführt und regelt den Anspruch auf eine ärztliche ZM. Sie enthält detaillierte Bestimmungen und Vorgaben für die Durchführung des gesetzlichen Zweitmeinungsverfahrens [9].

Die Richtlinie wurde mit dem Ziel eingeführt, die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern, indem sie den gesetzlich versicherten Patient:innen vor bestimmten geplanten Operationen ermöglicht, eine unabhängige ärztliche ZM in Anspruch zu nehmen. Dabei soll die ZM die Patient:innen bei der Entscheidungsfindung für oder gegen einen Eingriff unterstützen und gleichzeitig medizinisch nicht notwendige Indikationsstellungen und Eingriffe vermeiden.

In der Richtlinie ist festgelegt, für welche Indikationen ein Anspruch auf eine ZM besteht. Abbildung 2 illustriert die Historie der Aufnahme der einzelnen

Indikationen (siehe rechte Seite.). Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat Eingriffe und Eingriffsgruppen, bei denen Patient:innen von einem Zweitmeinungsverfahren besonders profitieren könnten, identifiziert [10], und der G-BA nimmt jährlich ungefähr zwei neue Indikationen in die Zm-RL auf.

Sofern der oder die behandelnde Ärzt:in eine richtlinienrelevante Indikation stellt, muss er/sie den/die Patient:in über das Recht auf Einholung einer ZM hinweisen und muss diverse Aufklärungspflichten berücksichtigen. Patient:innen können sich anschließend eine ZM bei einem zugelassenen Zweitmeiner einholen.

Die Richtlinie enthält Kriterien für die Zulassung zum Zweitmeiner, wie bspw. eine mindestens fünfjährige Facharztztätigkeit oder das Vorliegen einer Weiterbildungsbefugnis. Der Zweitmeiner muss den/die Patient:in mündlich über den empfohlenen Eingriff, mögliche Alternativtherapien oder Behandlungsmöglichkeiten aufklären.

Zweitmeiner können die ZM auf der Grundlage der ärztlichen Befundunterlagen abgeben oder, falls notwendig, weitere Untersuchungen durchführen.

Momentan wird die Zm-RL in einem Projekt multiperspektivisch evaluiert [11]. Die Evaluation beinhaltet qualitative und quantitative Patientenbefragungen, qualitative und quantitative Ärztebefragungen, Interviews mit relevanten Stakeholdern, eine Analyse von Krankenhaus-Qualitätsberichten und Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie Landesärztekammern und eine Krankenkassenroutinedatenanalyse. Die Ergebnisse der verschiedenen Datenerhebungen werden anschließend trianguliert.

Ziel der Evaluation ist es zu überprüfen, inwieweit die Richtlinie ihre Ziele der Unterstützung bei der Entscheidungsfindung sowie der Vermeidung medizinisch nicht notwendiger Indikationsstellungen und Eingrif-

ABB. 2: HISTORIE DER IN DER RL AUFGENOMMENEN EINGRIFFE

05/2015	Inkrafttreten des Versorgungsstärkungsgesetzes
12/2018	Inkrafttreten der Zweitmeinungsrichtlinie. Indikationen: Tonsillektomie/Tonsillotomie; Hysterektomie
02/2020	Aufnahme des Eingriffs Schulterarthroskopie
01/2021	Aufnahme des Eingriffs Implantationen einer Knie-Endoprothese
05/2021	Aufnahme des Eingriffs Amputationen beim Diabetischen Fußsyndrom
09/2021	Aufnahme der Eingriffe an der Wirbelsäule
05/2022	Aufnahme der Eingriffe Kathetergestützte elektrophysiologische Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen
07/2022	Aufnahme des Eingriffs Implantation eines Herzschrittmachers, eines Defibrillators oder eines CRT-Aggregats
01/2023	Aufnahme von Eingriffen zur Cholezystektomie

fen erreichen kann und ob die Umsetzung so wie in der Richtlinie intendiert erfolgt. Die Ergebnisse werden zum Ende des Jahres 2023 erwartet.

Hinweise, dass die Umsetzung der Zm-RL noch nicht so wie beabsichtigt umgesetzt wird [12, 13], hat bereits das Innovationsfondsprojekt "ZWEIT - Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse von medizinischen Zweitmeinungsverfahren in Deutschland" [14] (<https://www.mhb-fontane.de/zweit.html>) aufgezeigt. Das Projekt untersuchte die Charakteristika von ZM-Programmen sowie die sich daraus ergebenden Bedürfnisse und Wünsche aus Sicht der (potenziellen) Nutzer:innen und der Ärzt:innen sowie Fachgesellschaften.

Die Ergebnisse der verschiedenen Teilstudien zeigen, dass eine persönlich erbrachte ZM sowohl von Patient:innen als auch von der Gesamtbevölkerung als das Ideal angesehen werden. Darüber hinaus werden auch andere Arten der Zweitmeinungserbringung, wie die asynchrone, telemedizinische ZM als zufriedenstellend bewertet [15].

Telemedizinische ZM könnten zusätzlich geeignet sein, Versorgungslücken wie eine eingeschränkte Mo-

bilität der Patient:innen oder mangelnde Terminmöglichkeiten bei Fachärzt:innen, zu überbrücken. In der Versorgungsrealität wird neben der Inanspruchnahme einer ZM im Rahmen von Zweitmeinungsprogrammen der Krankenversicherungen oder telemedizinischen Zweitmeinungsanbietern oftmals die Inanspruchnahme der informellen ZM beobachtet, wobei anzumerken ist, dass einem Großteil der Befragten keine strukturierten ZM-Angebote bekannt waren.

Umgekehrt hätte jedoch indikationsübergreifend Interesse an ZM-Angeboten bestanden [16]. Insbesondere Patient:innen, die eine Empfehlung für einen Eingriff erhalten haben, sind nicht ausreichend informiert über das Instrument der ZM. Patient:innen sind oftmals mit dem Konzept der ZM nicht vertraut und interpretieren beispielsweise einen Arztwechsel oder Prä-Operationsgespräche in Kliniken als ZM [17].

Ein zentrales Ergebnis der ZWEIT-Studie ist, dass es keine „One-fits-all-Lösung“ gibt, die allen Bedarfen gerecht wird, sodass den unterschiedlichen ZM-Bedarfen mit unterschiedlichen Angeboten begegnet werden sollte.

→ Fortsetzung nächste Seite



→ Fortsetzung

Inwieweit ZM effektiv sind, ist eine offene Frage, die noch weiter spezifiziert werden sollte, um zu konkretisieren für wen und wann eine ZM sinnvoll sein kann.

Es herrscht bisher auch kein Konsens darüber, was eigentlich mit der ZM verbessert werden sollte. Wenn es um eine Steigerung der Entscheidungssicherheit geht, dann lässt sich auch argumentieren, dass eine ZM gar nicht notwendig sei, sofern die Erstversorgung und Arzt-Patienten-Kommunikation alle Fragen ausreichend beantwortet. Insofern kann die ZM auch als eine Maßnahme zur Korrektur der aktuellen Ver-

sorgungsprobleme (z.B. zu wenig Zeit pro Patient:in) gesehen werden – in einem perfekten System bräuchte man diese nicht. Da das aber eine Illusion bleiben wird, bedarf es mehr Anstrengungen zu eruieren, für welche Patient:innen das Angebot einer ZM überhaupt relevant sein könnte.

Dies ist wichtig für die Praxis, während auf gesellschaftlicher Ebene Aufklärung über die Möglichkeit, sich eine ZM einzuholen, gesteigert werden sollte, damit unsichere Patient:innen bei ihrer Entscheidungsfindung gezielt unterstützt werden können. ■



SUSANN MAY
Akademische
Mitarbeiterin am Zentrum
für Versorgungsforschung,
Medizinische Hochschule
Brandenburg (Theodor
Fontane)



**DR. RER. MEDIC.
BARBARA PREDIGER**
Abteilungsleitung
Evidenzbasierte Versor-
gungsforschung,
IFOM - Institut für
Forschung in der
Operativen Medizin,
Universität Witten/
Herdecke



**PROF. DR. RER. MEDIC.
DAWID PIEPER**
Leiter des Zentrums für
Versorgungsforschung,
Medizinische Hochschule
Brandenburg (Theodor
Fontane), und des
Instituts für Versorgungs-
und Gesundheitssys-
temforschung, Fakultät
für Gesundheitswissen-
schaften Brandenburg,
Medizinische Hochschule
Brandenburg (Theodor
Fontane)

KORRESPONDENZ- ADRESSE:

SUSANN MAY

Zentrum für Versorgungsforschung Brandenburg,
Medizinische Hochschule
Brandenburg (Theodor
Fontane)
Seebad 82/83
15562 Rüdersdorf
Tel: 03391 / 39 145 91
E-Mail: susann.may
@mhb-fontane.de