



Editorial

Ein Zweitwagen ist längst Standard in vielen Haushalten, die Zweitwohnung ist für manchen Beschäftigten nicht ungewöhnlich, der Zweitschlüssel sollte stets zur Sicherheit bereitliegen – die ärztliche Zweitmeinung jedoch ist für die meisten Versicherten immer noch eher die Ausnahme. Dabei wäre es gerade vor schwerwiegenden oder folgenreichen Entscheidungen angemessen, dazu noch eine zweite Meinung zu hören. Die ärztliche Zweitmeinung sollte uns nicht ungewöhnlich erscheinen, weil sie Sicherheit bieten kann.

In dieser Art mögen Krankenkassen oder Gesundheitspolitiker abgewogen haben, als sie beschlossen, den Versicherten die Vermittlung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung ausdrücklich einzuräumen. Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (2015) schreibt diesen Anspruch nun fest: Versicherte müssen von ihrem Arzt bei bestimmten planbaren Eingriffen mindestens zehn Tage vorher über ihr Recht auf eine solche Zweitmeinung aufgeklärt werden.

Daraus ergeben sich eine Reihe von Fragen. Sind weitere Informationen zu Erkrankungen stets sinnvoll? Ist eine zusätzliche Meinung vor einer Operation immer wertvoll? Sind wir bereit, bei wichtigen gesundheitlichen Fragen für ein zweites Urteil einen eigenen finanziellen Beitrag zu leisten? Ändern wir unsere Einstellung zu einem Eingriff, wenn wir eine weitere Meinung kennen? Die hier vorgestellten Ergebnisse geben Antworten auf diese Fragen. Der Newsletter zeigt aber auch, dass die jetzige Konstruktion der Zweitmeinung längst noch nicht zu Ende gedacht ist. Vielmehr deutet sich an, dass der Wunsch nach einer Zweitmeinung über die bisher festgelegten Wahleingriffe hinausgeht.

Zweitmeinungen: Inanspruchnahme und Nachfrage aus Sicht der Bevölkerung

Max Geraedts, Rike Kraska

Zweitmeinungen gesetzlich neu geregelt

Die zunehmende Menge einiger Wahleingriffe (der sogenannten elektiven Operationen) in Deutschland, bei denen der Verdacht besteht, dass häufiger fragliche Indikationen vorliegen, hat dazu geführt, dass viele Krankenkassen ihren Versicherten die Vermittlung zweiter Meinungen ausdrücklich anbieten. Dabei erhalten Patienten eine durch die Krankenkasse vermittelte unabhängige zweite ärztliche Begutachtung und Beratung.

Das 2015 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sieht im neuen § 27 b SGB V vor, dass Versicherte von Ärzten bei bestimmten planbaren Eingriffen mindestens zehn Tage vor dem Eingriff über ihr Recht aufgeklärt werden sollen, eine solche zweite Meinung einzuholen. Die Eingriffe, für die dieses Recht gelten soll – ebenso wie qualitative Voraussetzungen, die Leistungserbringer erfüllen müssen, die eine Zweitmeinung hier abgeben (und abrechnen) können –, legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) fest.

Dabei ist die gesetzliche Vorgabe, bei bestimmten Eingriffen möglichst eine Zweitmeinung einzuholen, nicht neu. Schon seit 1989 sollten die Krankenversicherungen in den Verträgen mit den Krankenhäusern nach § 137 SGB V vereinbaren, für welche „erheblichen chirurgischen Eingriffe“ eine Zweitmeinung notwendig ist. Zu einer solchen Vereinbarung ist es aber nie gekommen. Neu ist, dass der G-BA diesen Passus konkretisiert und tatsächlich umsetzt.

Die Aktualität des Themas hat im Sommer 2011 einen Aufmerksamkeitsschub erfahren, als das Online-Zweitmeinungsportal „Vorsicht! Operation“ ein mediales Echo auslöste. Seitdem wird in Deutschland wieder über den möglichen Nutzen strukturierter ärztlicher Zweitmeinungen bei der Therapiewahl diskutiert (Siegmond-Schultze und Hibbeler 2011). Empirisch hochwertige Arbeiten, die den Nutzen von Zweitmeinungen hierzulande belegen, wurden in den vergangenen Jahren aber nur hinsichtlich der Behandlung von Patienten mit einem Hodenkarzinom publiziert (Zengerling et al. 2014).



Zweitmeinungseffekte und Bedarf bisher unklar

In der Forschungsliteratur wurden auch international bisher nur relativ wenige Studien zu den Effekten von Zweitmeinungen publiziert (Geraedts 2013). Eine erste Studienwelle erschien in den 1970er Jahren, nachdem verschiedene Krankenversicherer in den USA obligatorische Zweitmeinungen bei bestimmten Operationen eingeführt hatten, die sehr häufig und mit großen regionalen Unterschieden durchgeführt wurden. Die Studien bestätigten den allgemein gewünschten Effekt einer Reduktion der Operationszahlen (etwa Grafe et al. 1978). In weiteren Studien wurden auch die damit möglichen Einsparungen untersucht. Hier kamen die Studien zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen, bei denen das Verhältnis von Programmkosten zu Einsparungen zwischen 1:3 und 1:22 schwankte. Eine längerfristige Evaluation eines Zweitmeinungsprogramms aus dem Staat New York quantifizierte dieses Verhältnis sogar mit nur 1:1,34 (McSherry et al. 1997).

Zusammenfassend wurden die bis 1990 vorliegenden Studien als insgesamt unzureichend bezeichnet, da die jeweiligen Studiendesigns keine kausale Interpretation zuließen (Lindsey und Newhouse 1990). Dies muss wohl auch für die zwischenzeitlich erschienenen Studien konstatiert werden. Es bleibt zu hoffen, dass das vom Gesetzgeber eingeführte Zweitmeinungsverfahren in Deutschland die gewünschten Effekte zeigen wird.

Aber nicht nur der Nutzen von Zweitmeinungen, sondern auch der Bedarf und eine eventuell bereits stattfindende Nutzung der von einzelnen Krankenkassen oder anderen Initiativen eingeführten Zweitmeinungsprogramme kann noch nicht sicher beziffert werden. Die bisherigen Erkenntnisse zum Bedarf und zur Nutzung ärztlicher Zweitmeinungen in

Deutschland können nur als widersprüchlich bezeichnet werden – und sie lassen viele Fragen offen.

So hatte die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in ihrer Versichertenbefragung 2006 eine Stichprobe von 4.315 Erwachsenen telefonisch zum Thema Zweitmeinungen befragt (KBV 2006). Hauptergebnis war, dass 16 Prozent der Befragten, die in den letzten zwölf Monaten beim Arzt gewesen waren, sich eine zweite Meinung eines anderen Arztes zu ihrer Erkrankung geholt hatten. Etwas häufiger nahmen Bürger zwischen 50 und 59 Jahren, chronisch Kranke und Privatversicherte eine Zweitmeinung in Anspruch. 61 Prozent derjenigen, die eine zweite Meinung eingeholt hatten, gaben an, dass die Ärzte zur gleichen Einschätzung gekommen waren. Hier unterschieden sich jedoch die Befragten hinsichtlich ihres (Aus-)Bildungsniveaus: Befragte mit höherem Bildungsabschluss gaben zur Hälfte an, dass es keine Übereinstimmung gab, während diejenigen mit dem niedrigsten Bildungsabschluss nur zu einem Viertel eine Diskrepanz zwischen den ärztlichen Meinungen erkannten.

Im Rahmen einer vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Studie wurden 1.925 Patienten befragt, die sich zum Zeitpunkt der Befragung im Krankenhaus befanden (de Cruppé und Geraedts 2014). Dabei repräsentierten die gewählten 46 Krankenhausabteilungen aus elf Fachgebieten 92 Prozent aller stationären Patienten im Jahr 2012. In dieser nicht nur theoretisch, sondern praktisch stark betroffenen Gruppe gaben lediglich sechs Prozent der Patienten an, vor dem Krankenhausaufenthalt eine zweite Meinung in Anspruch genommen zu haben. Die anschließende Frage, ob sie sich eine solche Zweitmeinung vorher gewünscht hätten, wurde von nur fünf Prozent positiv beantwortet. Die Frage, ob sie jemals vor einer ärztlichen Behandlung eine Zweitmeinung

genutzt hätten, bejahten allerdings 26 Prozent der Befragten.

Diese Ergebnisse stehen in starkem Kontrast zu Befragungsergebnissen, die kürzlich bekannt gegeben wurden. Eine repräsentative telefonische Befragung von rund 1.000 gesetzlich Versicherten im Sommer 2015 durch das Forsa-Institut im Auftrag der Techniker Krankenkasse ergab, dass sich 74 Prozent eine Zweitmeinung bei einem anderen Mediziner einholen würden, sollte ihr Arzt eine Operation oder Untersuchung in der Klinik vorschlagen (Techniker Krankenkasse 2015).

Eine Befragung aus der Asklepios-Gruppe (IMWF und Asklepios 2014) stellte ebenfalls eine hohe Nutzung von Zweitmeinungen fest. Hier gaben 52 Prozent an, schon einmal eine zweite ärztliche Meinung eingeholt zu haben. Auf die Frage, ob sie zukünftig im Krankheitsfall eine zweite Meinung einholen würden, gaben 16 Prozent an, dass sie dies bestimmt, 37 Prozent wahrscheinlich und 41 Prozent eventuell tun würden. Diese Angaben werden von den Studienautoren so zusammengefasst, dass 94 Prozent der Deutschen zukünftig im Krankheitsfall eine zweite Meinung einholen werden oder dies zumindest erwägen.

Die Diskrepanzen zu den früheren Befragungen können erklärt werden, wenn man die Gruppe der Befragten und den Befragungsmodus dieser Studie berücksichtigt. Hierbei handelte es sich um eine Online-Befragung von 1.000 Erwachsenen, womit die nicht online-affinen Bürger schon einmal nicht repräsentiert sind. Zudem zeigt die Aufschlüsselung des Bildungsabschlusses der Befragten, dass eine verzerrte Stichprobe befragt wurde: 53 Prozent verfügten hier über einen höheren Bildungsabschluss, während dies im Bundesdurchschnitt nur 29 Prozent sind.

Wollen Patienten eine Zweitmeinung – und bei welchen Erkrankungen?

Vor diesem Hintergrund bleibt zunächst unklar, wie viele Bürger es für wichtig erachten, eine Zweitmeinung einholen zu können, und für welche Erkrankungen, Untersuchungen und Behandlungen dies gewünscht wird. Beschränkt es sich auf die von der Gesundheitspolitik nun vorgesehenen planbaren Eingriffe sogenannter mengenanfälliger Leistungen oder wünschen sich Bürger eine Zweitmeinung in ganz anderen Bereichen?

Zudem bleibt offen, wie viele Bürger aktuell zweite ärztliche Meinungen einholen, bei welchen diagnostischen oder therapeutischen Prozeduren dies geschieht und ob es hierbei Unterschiede zwischen sozioökonomischen Statusgruppen gibt. Weiterhin unbekannt ist, ob die Versicherten über das Angebot der Krankenkassen Bescheid wissen und welche Erfahrungen damit vorliegen.

Darüber hinaus wurde bisher auch noch nicht die Zahlungsbereitschaft für eine zweite Meinung erfragt. Denn wenn es infolge des Versorgungsstärkungsgesetzes zu einer definitiven Benennung der Eingriffe kommt, für die die Einholung einer Zweitmeinung von der GKV vergütet wird, ist absehbar, dass die Kostenerstattung von Zweitmeinungen zu anderen Eingriffen schwierig werden kann. Hierzu sollte dringend die Meinung der Bevölkerung erfragt werden, um vorsorglich auf eventuelle Probleme der Gesetzgebung hinweisen zu können.

Methode

Die Antworten von 1.598 schriftlich Befragten wurden zunächst deskriptiv ausgewertet. Zusammenhänge zwischen den einzelnen Antworten und jeweils möglichen Einflussfaktoren wurden bivariat und multivariat mithilfe von Regres-

sionsanalysen untersucht (Gewichtung für Alter, Geschlecht, Region, Bildung und Einkommen – so kann eine Repräsentativität der Stichprobe für die Bevölkerung zwischen 18 und 79 Jahren erzielt werden).

Als mögliche Einflussfaktoren auf die Beantwortung der Fragen wurden folgende Variablen berücksichtigt: Wohnregion, Ortsgröße, Geschlecht, Patientenalter, Sozialschicht, Art der Krankenversicherung, Familienstand, Berufserfahrung im Gesundheitswesen, Unterstützung durch Angehörige, Gesundheitszustand, Arztkontakthäufigkeit, Hausarzt-Erfahrung und Erfahrungen mit Arzt Diagnosen.

Ergebnisse

Bedarf oder Wunsch nach Zweitmeinungen

Je nach konkreter Fragestellung äußerten sich die Befragten zu ihrem Bedarf an einer Zweitmeinung unterschiedlich. „Hatten Sie schon einmal (oder öfter) die Idee, dass Sie eine Zweitmeinung zu irgendeiner bei Ihnen anstehenden Untersuchung oder Behandlung einholen könnten?“, beantworteten 33 Prozent der Versicherten mit „ja, einmal“ (21 %) oder „ja, zweimal oder öfter“ (12 %). In den multivariaten Analysen erwiesen sich verschiedene Einflussgrößen als bedeutsam für die Idee, eine Zweitmeinung einzuholen.

Als wichtigster Faktor zeigte sich der Gesundheitszustand der Befragten. Im Vergleich zu Versicherten, die ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet einschätzten, hatten diejenigen mit schlechtem Gesundheitszustand 13-mal öfter die Idee, eine Zweitmeinung einzuholen. Versicherte, die angaben, schon einmal mit der Diagnose oder der vorgeschlagenen Behandlung eines Arztes nicht einverstanden gewesen zu sein, bejahten die Frage siebenmal öfter als

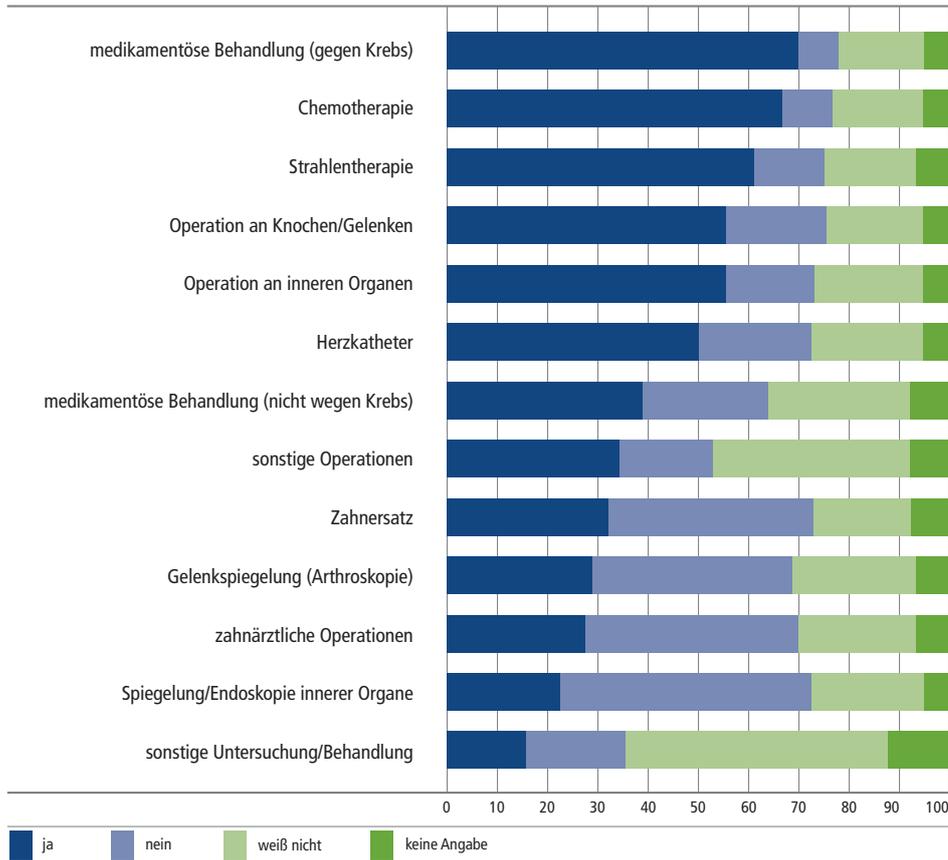
solche ohne diese Erfahrung. Weitere Einflussfaktoren waren das Patientenalter (vor allem die unter 25-Jährigen erwogen eher als Ältere eine Zweitmeinung), das Vorliegen einer privaten Krankenversicherung sowie häufigere Arztkontakte und bereits mindestens einmal durchgeführte Hausarztwechsel.

Wenn grundsätzlich danach gefragt wird, bei welchen Erkrankungen es für den Befragungsteilnehmer wichtig wäre, eine Zweitmeinung einholen zu können, ergibt sich eine starke theoretische Nachfrage. Bei einer Auswahl von vier konkreten Krankheitskomplexen und einer Rubrik „sonstige Erkrankungen“ fanden es 83 Prozent der Befragten wichtig, bei Krebserkrankungen die Möglichkeit einer Zweitmeinung zu haben, bei Erkrankungen am Herz oder an den Gefäßen sind es 71 Prozent, bei Hirnleistungsstörungen 66 Prozent und bei Erkrankungen an Knochen, Gelenken oder Muskeln 65 Prozent. Bei „sonstigen Erkrankungen“ erachteten es immer noch 29 Prozent als wichtig, eine Zweitmeinung einholen zu können.

Ein ähnliches Bild ergibt sich, wenn aus einer Liste von Untersuchungen und Behandlungen diejenigen angekreuzt werden sollen, für die die Befragten eine Zweitmeinung wichtig fänden. Mehr als die Hälfte empfindet eine solche Möglichkeit als wichtig bei medikamentösen Behandlungen wegen Krebs (70 %), bei einer Chemotherapie (67 %), einer Strahlentherapie (61 %), bei Operationen an Knochen/Gelenken (56 %) und Operationen an inneren Organen (56 %) (Abbildung 1).

Konkret danach gefragt, bei welchen Ärzten die Möglichkeit einer Zweitmeinung wichtig wäre, nannten 54 Prozent der Befragten Untersuchungen oder Behandlungen bei Orthopäden, 45 Prozent Fachärzte aus anderen Fachgebieten und 38 Prozent Ärzte im Krankenhaus. Für weni-

Untersuchungen und Behandlungen, bei denen die Möglichkeit einer Zweitmeinung für wichtig erachtet wird (Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsmonitor 2016; n = 1.598

Abbildung 1

gesundheitsmonitor

ger bedeutsam hielten dies die Befragten bei Augenärzten (30 %), Zahnärzten (29 %) und Hausärzten (20 %).

Beim Versorgungssektor, der für eine Zweitmeinung favorisiert wird, ergab sich eine leichte Präferenz für den niedergelassenen Bereich: 55 Prozent bevorzugten einen anderen niedergelassenen Arzt, 45 Prozent dagegen einen anderen Arzt einer Krankenhausambulanz oder Poliklinik. Seltener genannt wurden Ärzte von Patientenverbänden (29 %), Ärzte der Krankenkassen (25 %) oder des Gesundheitsamts (19 %).

Außer Frage steht dabei, dass Versicherte für eine Zweitmeinung den persönlichen Kontakt mit einem Arzt bevorzugen (90 %), während der Besuch einer Beratungsstelle (26 %) oder eine ärztliche Beratung über Telefon, Internet oder E-Mail (10 %) nur selten favorisiert wird.

Die multivariaten Analysen zur Frage, bei wem eine Zweitmeinung am ehesten eingeholt würde, ergaben als wesentliche Einflussgrößen die Region, das Patientenalter und das Patientengeschlecht. So wurde der Besuch einer Beratungsstelle eher von Patienten in den neuen Bundesländern präferiert. Die ärztliche Beratung

per Telefon, Internet oder E-Mail konnten sich hingegen eher jüngere und männliche Patienten vorstellen.

Inanspruchnahme und Erfahrungen mit Zweitmeinungen

Obwohl sehr viele Befragte den Wunsch äußern, insbesondere bei bedrohlichen Erkrankungen beziehungsweise Untersuchungen oder Behandlungen eine Zweitmeinung einzuholen, hat nur ein Viertel dies mindestens einmal tatsächlich umgesetzt: 24 Prozent der Befragten – immerhin 72 Prozent derjenigen, die schon einmal die Idee einer Zweitmeinung hatten – haben bereits einmal (16 %) oder öfter (8 %) eine Zweitmeinung bei einer anstehenden Untersuchung oder Behandlung in Anspruch genommen.

Von den Faktoren, die sich bei den multivariaten Analysen als statistisch bedeutsamer Einfluss herausstellten, sind zunächst die Zahl der Arztkontakte in den letzten zwölf Monaten zu nennen – wobei mehr Arztkontakte mit einer höheren Chance einhergehen, eine Zweitmeinung eingeholt zu haben. Weiterhin hatten Befragte, die schon einmal unzufrieden mit einer Diagnose oder Behandlung waren, bereits öfter eine Zweitmeinung in Anspruch genommen. Allerdings betraf das nicht diejenigen Befragten, die mit ihrem Hausarzt und der Praxis unzufrieden waren – stattdessen stieg die Chance, eine Zweitmeinung eingeholt zu haben, sogar mit der Zufriedenheit mit dem Hausarzt und der Praxis. Zudem war im Süden oder Nordwesten Deutschlands die Wahrscheinlichkeit höher als im Osten, dass eine Zweitmeinung genutzt wurde.

Die Erfahrungen der Befragten mit einer bereits eingeholten Zweitmeinung wurden weiter spezifiziert. Zunächst interessierte, von wem die erste Empfehlung oder Indikation zu einer notwendigen Untersuchung oder Behandlung stammte und bei wem anschließend die Zweitmeinung

Fachdisziplinen, von denen die Erst- und Zweitmeinung stammte (Befragte mit Zweitmeinungserfahrung)

Erstmeinung	Anteil in Prozent	Zweitmeinung	Anteil in Prozent
Hausarzt	38	anderer Hausarzt	13
Facharzt Disziplin	31	andere Facharzt Disziplin	40
Orthopäde	26	anderer Orthopäde	26
Zahnarzt	16	anderer Zahnarzt	14
Krankenhausarzt	9	anderer Krankenhausarzt	14
Augenarzt	6	anderer Augenarzt	5
Onkologe	2	anderer Onkologe	3

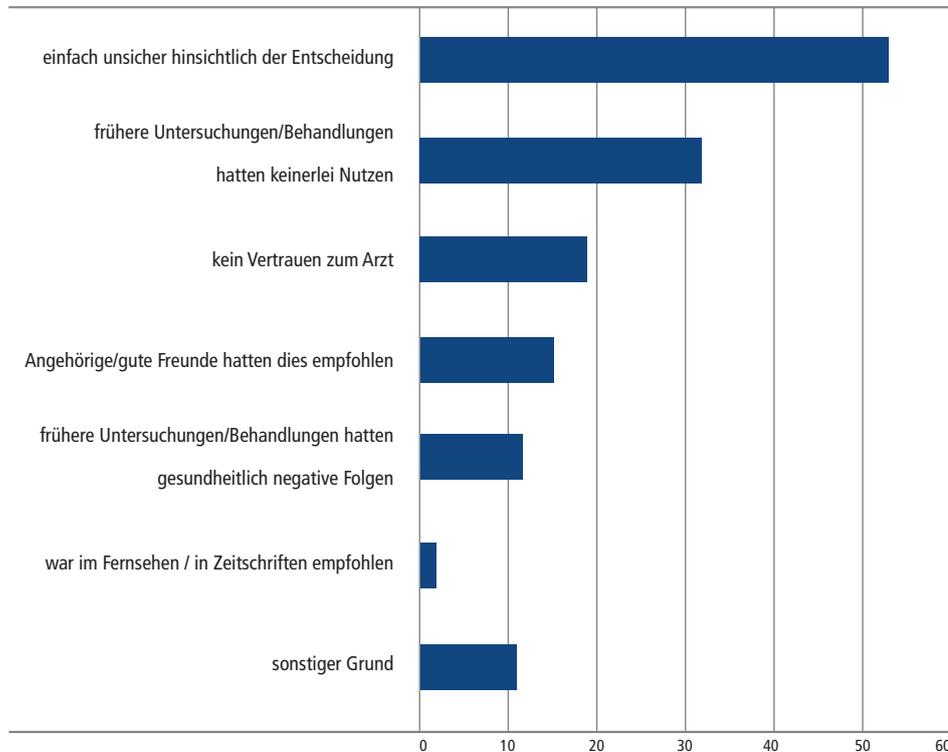
Quelle: Gesundheitsmonitor 2016; n = 382, Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 1

gesundheitsmonitor

eingeholt wurde. Tabelle 1 verdeutlicht, dass die erste Indikationsstellung, die dann in einer Zweitmeinung resultierte, am häufigsten vom Hausarzt stammte (38 %). Nur ein Drittel dieser Indikationsstellungen wurde bei einem anderen Hausarzt überprüft (13 %). Zumeist scheinen niedergelassene, spezialisierte Fachärzte und zu einem geringeren Teil Krankenhausärzte für eine Zweitmeinung aufgesucht worden zu sein. Wenn Orthopäden, Zahnärzte, Augenärzte oder Onkologen die erste Indikation gestellt hatten, scheint die zweite Meinung bei einem anderen Arzt der gleichen Fachdisziplin eingeholt worden zu sein.

Gründe für das Einholen einer Zweitmeinung (Befragte mit Zweitmeinungserfahrung; Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsmonitor 2016; n = 379, Mehrfachnennungen möglich

Abbildung 2

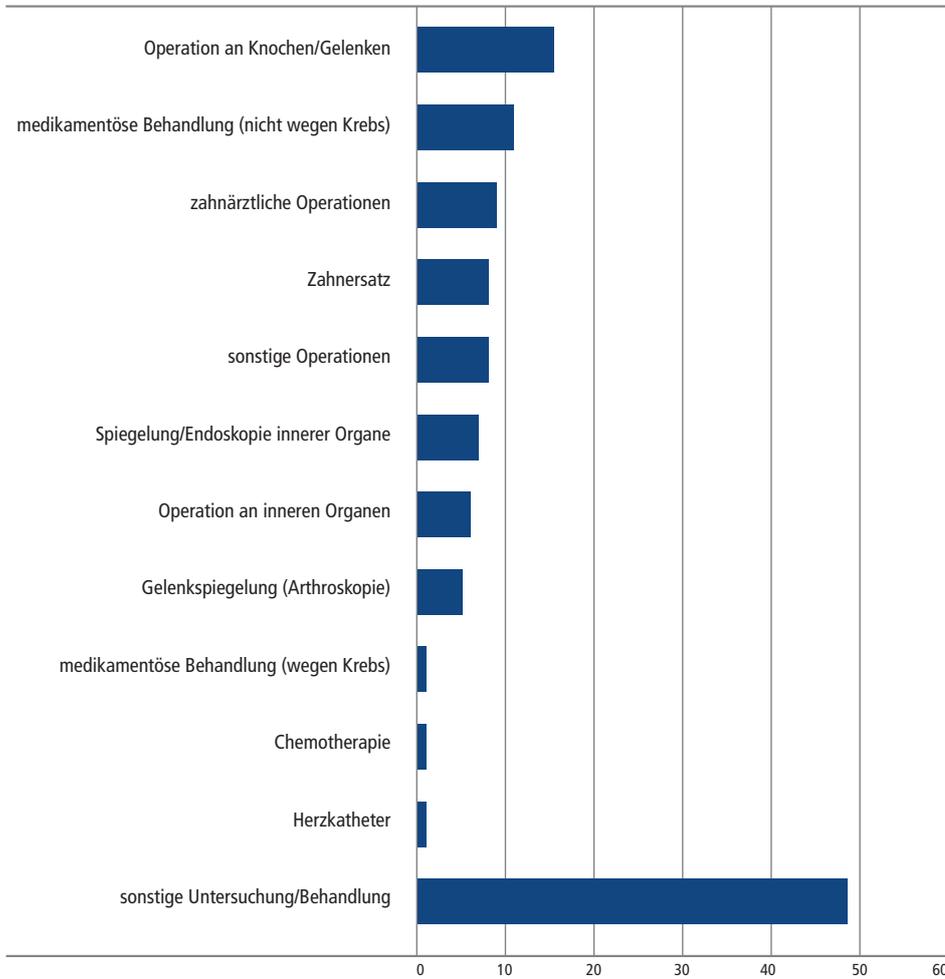
gesundheitsmonitor

Die Befragten, die tatsächlich eine Zweitmeinung in Anspruch genommen hatten, taten dies noch ausgeprägter (als bei der theoretischen Frage) durch einen persönlichen Kontakt zum Arzt (97 %) und nur selten in einer Beratungsstelle (1 %) oder via Telefon, Internet oder E-Mail mit einem Arzt (3 %).

Bei den Gründen für das Einholen einer Zweitmeinung lassen sich drei Gruppen unterscheiden (Abbildung 2): zum einen Befragte, die schlechte Erfahrungen mit früheren Untersuchungen oder Behandlungen gemacht haben (zusammen rund 43 %) beziehungsweise kein Vertrauen zum Arzt haben (19 %), zum anderen Befragte, die allgemein unsicher sind hinsichtlich der Entscheidung für oder gegen eine Behandlung (53 %), und dann noch Befragte, die aufgrund von Empfehlungen eine Zweitmeinung suchen (15 %).

Mögliche Einflussfaktoren sind das Patientenalter, das Patientengeschlecht und die Art der Krankenversicherung. So geht ein höheres Patientenalter mit einer größeren Chance einher, eine Zweitmeinung aufgrund von allgemeiner Unsicherheit oder fehlendem Vertrauen zum Arzt einzuholen. Weiterhin haben eher weibliche Patienten sowie Patienten mit einer gesetzlichen Krankenversiche-

Untersuchungen und Behandlungen, zu denen eine Zweitmeinung eingeholt wurde (Befragte mit Zweitmeinungserfahrung; Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsmonitor 2016; n = 379, Mehrfachnennungen möglich

Abbildung 3

gesundheitsmonitor

zung eine Zweitmeinung aufgrund von Unsicherheiten oder fehlendem Vertrauen eingeholt. In den Gruppen, die eine Zweitmeinung wegen schlechter Erfahrungen oder aufgrund von Empfehlungen eingeholt hatten, konnten hingegen keine statistisch bedeutsamen Unterschiede gefunden werden.

Betrachtet man das Spektrum der Untersuchungen und Behandlungen, bei denen eine Zweitmeinung eingeholt

wurde, dann unterscheidet sich die tatsächliche Inanspruchnahme wiederum vom theoretischen Wunsch, wie ein Vergleich von Abbildung 3 mit Abbildung 1 deutlich macht. Von den Befragten mit einer Zweitmeinungserfahrung gaben 16 Prozent an, diese zweite Meinung bei Operationen an Knochen oder Gelenken eingeholt zu haben. Am zweithäufigsten wurden medikamentöse Behandlungen genannt, die nicht wegen einer Krebserkrankung angezeigt waren (11 %).

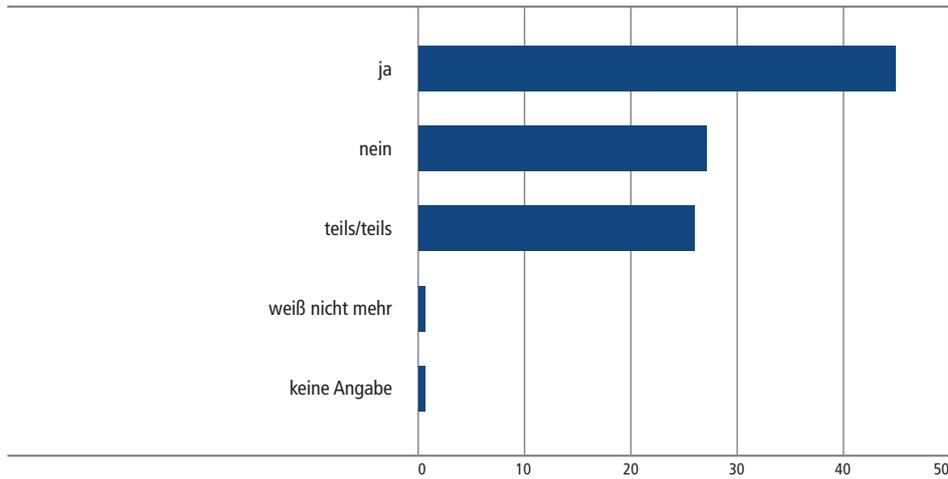
Während beim Wunsch nach einer Zweitmeinung die Krebserkrankungen führend waren (Abbildung 1), gaben nur wenige Befragte mit Zweitmeinungserfahrung an, diese bei einer medikamentösen Behandlung wegen Krebs, einer Chemotherapie oder Strahlentherapie gemacht zu haben. Die größte Gruppe derjenigen, die eine zweite Meinung wahrgenommen hatten, nutzte diese für andere als die bei der Befragung spezifisch aufgeführten Untersuchungen und Behandlungen, sodass die Rubrik „sonstige Untersuchung oder Behandlung“ angekreuzt wurde (rund 48 %).

Die Zweitmeinungen haben beim Großteil (72 %) der Befragten mit einer solchen Erfahrung zu einer Veränderung der Entscheidung in Bezug auf eine laut Erstmeinung indizierte Untersuchung oder Behandlung geführt: 45 Prozent der Befragten bejahten eine Entscheidungsänderung, 26 Prozent gaben dies „zum Teil“ an und nur 27 Prozent verneinten, ihre Entscheidung verändert zu haben (Abbildung 4).

Bei den multivariaten Analysen stellte sich unter anderem das Patientenalter als ein möglicher Einflussfaktor heraus. So ging ein jüngeres Patientenalter mit einer höheren Chance einher, dass eine Zweitmeinung auch zu einer Entscheidungsänderung führte. Zudem war die Zufriedenheit mit der bisherigen Untersuchung oder Behandlung ebenfalls ein statistisch bedeutsamer Einfluss: Die Zweitmeinung führte eher zu einer Entscheidungsänderung, wenn Patienten mit der bisherigen Diagnose oder Behandlung unzufrieden waren.

Dementsprechend hielten fast alle Befragten das Einholen der Zweitmeinung für sinnvoll: 74 Prozent konstatierten „ja, auf jeden Fall“ sinnvoll, weitere 15 Prozent „eher ja“ und sieben Prozent „teils, teils“. Nur vier Prozent antworteten „eher nein“ und ein Prozent „nein, auf keinen Fall“.

Entscheidungsveränderung aufgrund der Zweitmeinung (Befragte mit Zweitmeinungserfahrung; Angaben in Prozent)

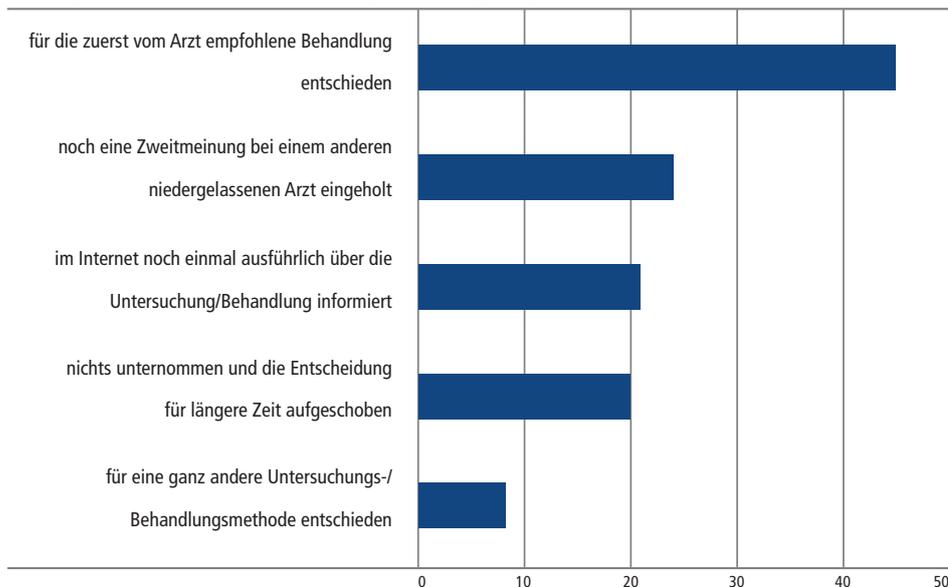


Quelle: Gesundheitsmonitor 2016; n = 379

Abbildung 4

gesundheitsmonitor

Reaktionen auf eine telefonische ärztliche Beratung der Krankenkasse (Befragte mit telefonischer Beratungserfahrung; Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsmonitor 2016; n = 89, Mehrfachnennungen möglich

Abbildung 5

gesundheitsmonitor

Erfahrungen mit dem Beratungsangebot der Krankenkassen

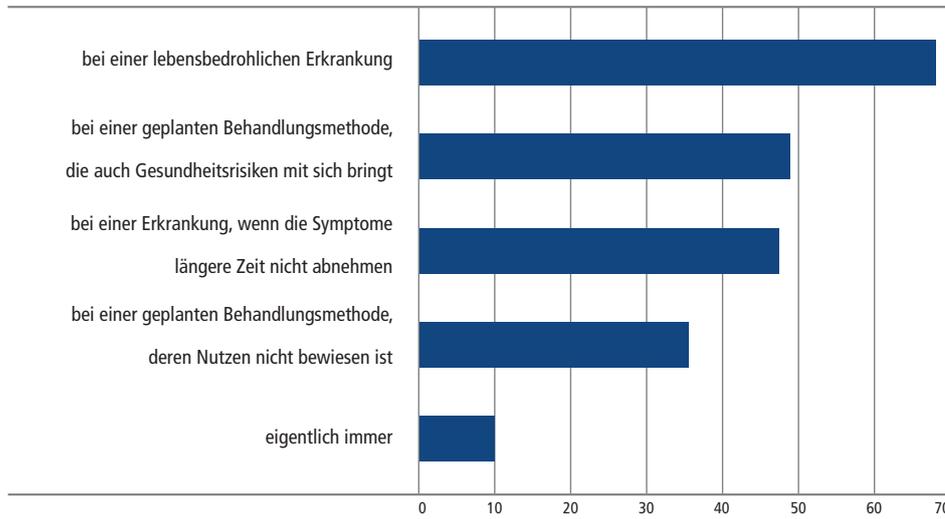
Die meisten Krankenkassen bieten ihren Versicherten inzwischen einen telefonischen Beratungsservice an, der bei Bedarf auch eine ärztliche Beratung umfasst, die wiederum zum Teil explizit auch Zweitmeinungen anbietet. Einige Krankenkassen benennen Erkrankungen, für die sie einen fachlich versierten Zweitmeinungsservice vorhalten. Der Bekanntheitsgrad dieses Angebots und die Erfahrungen mit einer telefonischen Beratung durch die Krankenkassen war ebenfalls Thema der Befragung.

Von dem Angebot einer telefonischen Beratung durch Ärzte der eigenen Krankenkasse wussten 27 Prozent der Befragten. Manche waren sich sicher, dass ihre Krankenkasse ein solches Angebot nicht vorhält (4 %). Die meisten Befragten (68 %) gaben an, dies nicht zu wissen. Von denen, die das Angebot ihrer Krankenkasse kannten, hatten 20 Prozent dieses schon einmal genutzt – das entspricht knapp sechs Prozent aller Befragungsteilnehmer.

Die Befragten, die eine telefonische ärztliche Beratung ihrer Krankenkasse in Anspruch genommen hatten, waren fast durchweg damit zufrieden: Knapp 69 Prozent waren entweder sehr (32 %) oder eher (36 %) zufrieden, weitere 19 Prozent vermerkten „teils, teils“. Nur zwölf Prozent waren eher (9 %) oder sehr unzufrieden (3 %).

Die telefonische ärztliche Beratung der Krankenkasse führte seltener zu einer Entscheidungsänderung als die meist im persönlichen Gespräch wahrgenommene Zweitmeinung (Abbildung 4). Stattdessen wurde eher das Vertrauen in die Erstmeinung gestärkt: So gaben 34 Prozent der Befragten einer Krankenkassenberatung an, dass das Vertrauen in die ursprüngliche Arztempfehlung sehr viel (9 %) oder etwas größer (25 %) als vor der Beratung war. Für 52 Prozent war das

Zahlungsbereitschaft für Zweitmeinungen in Abhängigkeit von der Art der Erkrankung/Behandlung (Befragte mit grundsätzlicher Zahlungsbereitschaft; Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsmonitor 2016; n = 89, Mehrfachnennungen möglich

Abbildung 6

gesundheitsmonitor

Vertrauen in die Erstmeinung unverändert und nur für 14 Prozent war es etwas (5 %) oder sehr viel geringer (8 %) als vorher.

Auf die ärztliche Beratung ihrer Krankenkasse reagierten die Befragten unterschiedlich: Die meisten (45 %) entschieden sich für die zuerst vom Arzt empfohlene Behandlung, 24 Prozent holten noch eine Zweitmeinung bei einem anderen niedergelassenen Arzt ein, 21 Prozent informierten sich weiter im Internet und 20 Prozent unternahmen nichts und schoben die Entscheidung auf. Nur acht Prozent entschieden sich für eine ganz andere Untersuchungs- oder Behandlungsmethode (Abbildung 5).

Zahlungsbereitschaft

Bei der Zahlungsbereitschaft teilen die Befragten sich in zwei fast gleich große Gruppen. „Wären Sie unter bestimmten Bedingungen bereit, einen Teil der Kosten für eine ärztliche Zweitmeinung selbst

zu bezahlen?“, beantworteten 54 Prozent mit „ja“ (7 %) oder mit „vielleicht, kommt drauf an“ (47 %), während 45 Prozent klar „nein, auf keinen Fall“ antworteten. Erwartungsgemäß waren in den bivariaten Analysen Privatversicherte und Oberschichtangehörige am ehesten bereit, einen Teil der Kosten zu zahlen. Zudem waren Mittelschichtangehörige im Vergleich zu Unterschichtangehörigen ebenfalls statistisch bedeutsam eher bereit zur Kostenübernahme.

Unter welchen Bedingungen können sich die Befragten die Übernahme eines Teils der Kosten vorstellen? Auch hier zeigten sich gleichartige bedeutsame Unterschiede, abhängig von der Zugehörigkeit zur Sozialschicht sowie vom Versicherungsstatus. Eine besonders hohe Zahlungsbereitschaft bewiesen die Befragten, wenn es sich um lebensbedrohliche Erkrankungen, solche mit Behandlungsrisiken oder lange andauernden Symptomen handelte (Abbildung 6).

Bei der Höhe der Zahlungsbereitschaft zeigten sich ebenfalls statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen den Sozialschichten – die jedoch anders als erwartet ausfielen: Während die Befragten im Median zu einer Kostenübernahme von 80 Euro bereit wären, lag der Mittelwert bei 154 Euro, wobei Angehörige der Unterschicht im Mittel 388 Euro, die der Mittelschicht 117 Euro und die der Oberschicht 124 Euro zu zahlen bereit wären.

Diskussion und gesundheitspolitische Implikationen für das Verfahren der Zweitmeinung

Mehr als zwei Drittel der Bevölkerung halten es für wichtig, dass das Gesundheitssystem die Möglichkeit bietet, eine Zweitmeinung einholen zu können. Für besonders relevant halten die Bürger eine solche Möglichkeit gerade bei Krebserkrankungen, bei Operationen an Knochen und Gelenken sowie inneren Organen und bei Herzkatheteruntersuchungen. Etwa ein Viertel der Bevölkerung hat bereits konkrete Erfahrungen mit Zweitmeinungen gemacht. Diese wurden größtenteils vor operativen Eingriffen aufgrund einer Entscheidungsunsicherheit oder schlechter Erfahrungen mit früheren Untersuchungen oder Behandlungen eingeholt.

Bei knapp drei Viertel derjenigen, die Erfahrungen mit Zweitmeinungen haben, hat die zweite Meinung zu einer Entscheidungsänderung geführt. Daher ist es auch nicht verwunderlich, dass Zweitmeinungen fast durchweg als sinnvoll eingeschätzt werden. Die Hälfte der Bevölkerung kann sich vorstellen, unter bestimmten Umständen zumindest einen Teil der Kosten selbst zu tragen, wobei diese Zahlungsbereitschaft in direktem Zusammenhang mit der individuellen Finanzkraft steht.

Die Befragung des Gesundheitsmonitors bestätigt damit zum einen die oben erwähnten Ergebnisse der KBV-Versichererbefragung und zum anderen die eigenen Ergebnisse bei der Befragung von Krankenhauspatienten – hier lag der Anteil der Patienten mit einer Zweitmeinungserfahrung bei rund 25 Prozent. Dagegen erscheinen die Befragungsergebnisse der Asklepios-Gruppe mit einer angeblichen Zweitmeinungserfahrung von 50 Prozent der Bevölkerung tatsächlich als zu hoch.

Ein wichtiges Ergebnis für die gesundheitspolitische Diskussion zur Ausgestaltung des gesetzlichen Zweitmeinungsverfahrens liegt darin, dass sich rund drei Viertel der Bevölkerung wünschen, eine Zweitmeinung einholen zu können. Dabei bezieht sich dieser Wunsch nicht nur auf die vom Gesetzgeber ins Auge gefassten elektiven, mengenrelevanten operativen Eingriffe, sondern die Versicherten halten eine zweite Meinung gerade bei schweren Erkrankungen, vor allem auch Krebserkrankungen, für wichtig.

Ebenfalls als Hinweis für die weitere Ausgestaltung der Verfahren zu werten sind die Ergebnisse zur Präferenz für Zweitmeinungen durch Fachärzte im niedergelassenen Bereich. Und die Befragten möchten sich im persönlichen Gespräch beraten lassen, nicht per Telefon oder Internet.

Die von den Krankenversicherungen bereits angebotenen, oft telefonbasierten Angebote sind den meisten Versicherten bisher unbekannt. Diese Beratungen führen wesentlich seltener zu einer Änderung der Entscheidung als eine zweite Meinung von Ärzten im persönlichen Kontakt. Ob dies Vorteil oder Nachteil ist, lässt sich anhand der Befragungsergebnisse nicht schlussfolgern. Auf jeden Fall scheint die telefonische Beratung durch Ärzte der Krankenkassen – im Vergleich zur persönlichen Beratung durch nieder-

gelassene Ärzte – die Ratsuchenden öfter mit Unsicherheiten über ihre Entscheidung zurückzulassen.

Mindestens die Hälfte der Bevölkerung ist grundsätzlich bereit, für eine ärztliche Zweitmeinung zu zahlen. Es gibt jedoch klar Unterschiede nach Sozialschichten. Bei einer Ausgestaltung des Zweitmeinungssystems als kostenpflichtiges Zusatzangebot der Krankenversicherungen wäre mit einer Verstärkung der sozialen Disparitäten von Gesundheit und Krankheit in Deutschland zu rechnen. Der ungewöhnliche Befund, dass Angehörige der unteren Schicht, die zahlungsbereit wären, einen höheren Betrag ausgeben würden als Angehörige höherer Schichten, lässt sich am ehesten dadurch erklären, dass die Kosten beziehungsweise die Vergütung ärztlicher Beratung möglicherweise überschätzt werden.

Insgesamt gibt es eine große Nachfrage nach Zweitmeinungen, vor allem bei Unsicherheiten hinsichtlich der Behandlung schwerer Erkrankungen. Zweitmeinungen werden zum Teil schon jetzt eingeholt und als entscheidungsrelevant und sinnvoll erachtet. Damit dies auch zukünftig so bleibt, sollte ein patientenorientiertes, gerechtes Angebot allen sozialen Schichten zur Verfügung gestellt werden, das nicht auf mengenrelevante Eingriffe beschränkt ist, im persönlichen Kontakt zu Ärzten stattfindet und keine Zuzahlung erfordert.

Literatur

- de Crupé, W., und M. Geraedts. Abschlussbericht Krankenhauswahlverhalten chronisch Kranker. 2014. www.forschung-patientenorientierung.de/files/abschlussbericht_geraedts_krankenhauswahlverhalten-bmbf-01gx1047.pdf (Download 4.11.2015).
- Geraedts, M. „Die ärztliche Zweitmeinung bei der Therapiewahl“. Krankenhaus-Report 2013 – Mengendynamik:

mehr Menge, mehr Nutzen? Hrsg. J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich und J. Wasem. Stuttgart und New York 2013. 215–222.

- Grafe, W. R., C. K. McSherry, M. L. Finkel und E. G. McCarthy. „The elective surgery second opinion program“. *Annals of Surgery* (188) 3 1978. 323–330.
- IMWF – Institut für Management- und Wirtschaftsforschung GmbH – und Asklepios Kliniken Hamburg GmbH. Studie Zweitmeinungsverfahren aus Patientensicht. Hamburg 2014. www.imwf.de/Studien-und-Untersuchungen/Studie-Zweitmeinungsverfahren-aus-Patientensicht-2014/ (Download 8.1.2015).
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung. Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage. Mai/Juni 2006. www.kbv.de/media/sp/Versichertenbefragung_2006_08_15_1_1_.pdf (Download 4.11.2015).
- Lindsey, P. A., und J. P. Newhouse. „The cost and value of second surgical opinion programs: a critical review of the literature“. *Journal of Health Politics, Policy and Law* (15) 3 1990. 543–570.
- McSherry, C. K., P.-J. Chen, T. M. Warner, N. Kupferstein und E. G. McCarthy. „Second surgical opinion programs: dead or alive?“ *Journal of the American College of Surgeons* (185) 5 1997. 451–456.
- Siegmund-Schultze, N., und B. Hibbeler. „Initiative gegen überflüssige Operationen: Zweitgutachten per Fernberatung“. *Deutsches Ärzteblatt* (108) 34–35 2011. A-1776–1777.
- Techniker Krankenkasse. „Drei Viertel der gesetzlich Versicherten würden bei OP-Empfehlung zweite Meinung einholen“. Pressemitteilung. 7.10.2015. www.tk.de/tk/pressemitteilungen/gesundheit-und-service/773104 (Download 22.10.2015).

Autorin und Autor



Prof. Dr. med. **Max Geraedts**, M. San., ist Universitätsprofessor für Gesundheitssystemforschung an der Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke. Nach dem Studium der Humanmedizin in Marburg und einer ärztlichen Tätigkeit in der dortigen Universitätsklinik studierte er Gesundheitswissenschaften und Sozialmedizin/Public Health an der Universität Düsseldorf. Er war wissenschaftlicher Mitarbeiter an den Universitäten Düsseldorf und Tübingen sowie Postdoctoral Fellow am Institute for Health Policy Studies der Universität in San Francisco. Nach der Habilitation im Fach Gesundheitssystemforschung in Tübingen war er Professor für Public Health in Düsseldorf, bevor er 2009 den Lehrstuhl für Gesundheitssystemforschung in Witten übernahm. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in der Evaluation gesundheitspolitischer Maßnahmen im Allgemeinen und der Messung und Evaluation der Qualität der gesundheitlichen Versorgung im Speziellen.



Rike Kraska, Diplom-Biomathematikerin, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheitssystemforschung an der Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke. Von 2007 bis 2012 studierte sie Biomathematik mit den Schwerpunkten Statistik/Stochastik und Molekularbiologie an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald. Zu ihren Arbeits- und Forschungsschwerpunkten gehören die Planung und Auswertung von Sekundärdatenanalysen und die Evaluation der Qualität der gesundheitlichen Versorgung.

LiteraturTipp

Gesundheits-Apps – Bedeutender Hebel für Patient Empowerment

Das Angebot an Gesundheits-Apps wächst stetig. Im Web buhlen unzählige Gesundheits-Websites um die Aufmerksamkeit der Nutzer. Doch was verbirgt sich hinter dem Angebot, welche Relevanz hat es für die Gesundheitsversorgung? Die Bertelsmann Stiftung hat den Markt der digitalen Gesundheits-Anwendungen für Bürger systematisch analysiert und Thesen zum Status quo des Angebots abgeleitet.

Der Diskurs um Chancen, Risiken und Folgen digitaler Anwendungen im Gesundheitsbereich erfordert eine strukturierende Basis. In der Grundlagenstudie „Digital-Health-Anwendungen für Bürger“ haben die Studienautoren im Auftrag der Bertelsmann Stiftung ein umfassendes Klassifikationsverfahren für Digital-Health-Anwendungen entwickelt und den bislang unübersichtlichen Markt der Anwendungen in sieben übersichtliche Typen eingeteilt. Im SPOTLIGHT GESUNDHEIT sind die zentralen Aussagen der Studie zusammengefasst. Die Kernthese lautet: Digital-Health-Anwendungen sind ein bedeutender Hebel für Patient Empowerment. Jedoch werden die Potenziale noch kaum genutzt. Die Akteure des klassischen Gesundheitssystems müssen die Chancen von digitalen Technologien aktiv aufgreifen und Verfahren für die Etablierung von Innovationen entwickeln, die der Dynamik des digitalen Marktes Rechnung tragen.

Das SPOTLIGHT GESUNDHEIT zu Gesundheits-Apps ist im Kontext des neuen Projekts „Der digitale Patient“ entstanden. In dem Projekt setzt sich die Bertelsmann Stiftung mit dem Einfluss der Digitalisierung auf die Gesundheitsversorgung auseinander.



Weblink: www.der-digitale-patient.de

Autoren: T. Thranberend, K. Knöppler, T. Neisecke

Gesundheits-Apps: Bedeutender Hebel für Patient Empowerment – Potenziale jedoch bislang kaum genutzt. SPOTLIGHT GESUNDHEIT Nr. 2 / 2016. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.)

Preis: kostenlos. ISSN (Online): 2364-5970

BuchTipp

BARMER GEK Arztreport 2016

Bereits zum zehnten Mal gibt der BARMER GEK Arztreport 2016 einen umfassenden Überblick zur ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland. Berichtet werden vorrangig Ergebnisse aus dem Jahr 2014 sowie Trends, die auf Auswertungen von anonymisierten Daten der BARMER GEK zu mehr als 8 Millionen Versicherten ab 2005 beruhen. Der diesjährige Schwerpunkt des Reportes befasst sich mit dem Thema »Alter und Schmerz«. Diagnosen mit direktem Schmerzbezug wurden 2014 bei 46 Prozent der Bevölkerung dokumentiert. Der von akuten Schmerzen betroffene Bevölkerungsanteil dürfte damit noch unterschätzt werden. Die Auswertungen fokussieren vorrangig auf chronische Schmerzen, die eine eigenständige Erkrankung darstellen. Entsprechende Diagnosen wurden 2014 in Deutschland bei rund 3,25 Millionen Menschen dokumentiert. Schmerzpatienten sind häufig von einer Vielzahl an Erkrankungen betroffen, das Arzneiverordnungsvolumen übersteigt altersentsprechend erwartete Werte um

mehr als 70 Prozent. Insbesondere bei älteren Schmerzpatienten ist mit Arzneimittelwechselwirkungen zu rechnen. Eine interdisziplinäre und gut vernetzte Versorgung erscheint vor diesem Hintergrund für Schmerzpatienten besonders wünschenswert.

Routinemäßig werden im Report aktualisierte Auswertungen zur Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung, zu Kosten sowie zu Erkrankungen präsentiert. Ein gesonderter Abschnitt des diesjährigen Reportes befasst sich ergänzend mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) und Methylphenidat-Verordnungen, womit ein Update zu Schwerpunktauswertungen aus dem Arztreport 2013 bereitgestellt wird.

Der BARMER GEK Arztreport wird in Zusammenarbeit mit dem AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, Göttingen, herausgeben.



Autoren: T.G. Grobe, S. Steinmann, J. Szecsenyi
BARMER GEK Arztreport 2016, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 37,
Preis: 14,90 € · ISBN: 978-3-946-19902-1
Mail: versorgungsforschung@barmer-gek.de