



Kölner Impulse zur Wirtschaftspolitik

Nr. 1/2024 | 06. Februar 2024

In diesem Impuls...

...beleuchtet Felix Mindl mit Razi Farukh, Yero Ndiaye, Eva Oeß und Daniel Wiesen Zweitmeinungsverfahren in der Gesundheitsversorgung. Eine Zweitmeinung ist eine unabhängige ärztliche Begutachtung und Beratung eines Patienten, nachdem eine Operation von einem ersten Arzt empfohlen wurde. Das Forscherteam stellt dar, wie häufig sich Erst- und Zweitmeinung widersprechen und in welchen Fällen es tatsächlich zu Operationen kommt, und gibt einen Forschungsausblick.

Außerdem kommentieren Michael Krause und Steffen J. Roth die geplante Bezahlkarte für Geflüchtete.



Neues aus dem iwp

Wir blicken zurück auf ein erfolgreiches Semester mit gut besuchten Veranstaltungen und einer interessanter Ringvorlesung zum Thema „Energie aus wirtschaftspolitischer Perspektive“.

Nun freuen wir uns auf die anstehenden Veranstaltungen im Sommersemester, unter anderem unsere traditionellen Formate wie die Wirtschaftspolitischen Dialoge oder das Seminar „Dialog Junge Wissenschaft und Praxis“ für Studierende, das vom 12. – 14. Juni im Haus Marienhof in Königswinter stattfinden wird.

Das iwp wünscht schöne Karnevalstage!

Kurz kommentiert: Was bringt die Bezahlkarte für Geflüchtete?

Michael Krause und Steffen J. Roth

Asylsuchende sollen nicht mehr Bargeld ausbezahlt, sondern die monatliche Unterstützung als Guthaben auf einer Debit-Karte zur Verfügung gestellt bekommen. Die „Bezahlkarte für Geflüchtete“ kommt. Nur warum, ist nicht so klar.

Vorgetragen werden vor allem drei denkbare Vorteile dieser Maßnahme: Erstens soll es mit der Bezahlkarte für die Kommunen einfacher und kostengünstiger werden, Asylsuchenden die ihnen zustehende Unterstützung zu gewähren. Ob das allerdings so ist, kann man infrage stellen. Schließlich muss weiterhin der Anspruch jeder Person geprüft und berechnet werden. Außerdem muss nun zunächst ein Anbieter gefunden werden, der die Bezahlkarten kostengünstig, aber rechtssicher ausgibt, in die bestehenden Bezahlssysteme integriert und auch den datenschutzrechtlichen Vorgaben genügt. Die für Geflüchtete zuständige NRW-Ministerin Josefine Paul mahnt jedenfalls, die Kommunen dürften durch die Bezahlkarte nicht mit neuer Bürokratie belastet werden. Sicher scheint man sich da nicht zu sein.

Zweitens wird gelobt, dass Asylsuchende dank der Bezahlkarte nicht mehr Geld ins Ausland überweisen könnten. „Die bereitgestellten finanziellen Mittel sollen [...] nicht der Finanzierung der Familien im Heimatland [dienen]“, erklärt Niedersachsens Regierungschef Stephan Weil (SPD). „Wir [...] bekämpfen dadurch die menschenverachtende Schlepperkriminalität“ lässt sich Hessens Ministerpräsident Boris Rhein (CDU) zitieren. In Teilen der Presse wird vereinfacht behauptet, dadurch würde dem „Missbrauch von Asylbewerberleistungen“ ein Riegel vorgeschoben. Auch hier sind Zweifel angebracht. Zwar ist bekannt, dass Migranten Geld in ihre Heimat sen-

den. Es gibt aber keine Belege dafür, dass ausgerechnet Asylsuchende größere Anteile der knapp bemessenen Unterstützungsleistungen in ihre Heimatländer überweisen. Wieso gilt es überhaupt als Missbrauch, wenn Geflüchtete geringe Beträge an ihre Familien schicken, statt sich vielleicht Zigaretten oder Datenvolumen für ihr Handy zu kaufen? Wenn die Empfänger das Geld nicht nach ihren eigenen Vorstellungen einsetzen dürfen, stiftet ihnen ein und derselbe Betrag einen geringeren Nutzen als wenn sie frei über die Mittel verfügen können. Das ist ineffizient. Die Einführung der Bezahlkarte lässt Schulden bei kriminellen Akteuren ebenso wenig verschwinden, wie das Bedürfnis, Verwandten zu helfen. Wer solche Verpflichtungen empfindet, wird sich behelfen müssen. Geflüchtete werden z. B. mit der Karte Waren einkaufen und diese Waren anschließend auf dem Schwarzmarkt wieder verkaufen, um an Bargeld zu kommen. Das brauchen sie nicht nur für Überweisungen ins Ausland. Genauso müssen sie vorgehen, um Bargeld für kleine Geschäfte und Markthändler zu bekommen, die keine Kartenzahlung akzeptieren, um lokale Sport- oder Kulturveranstaltungen zu besuchen etc. Auch diese Umgebungsmaßnahmen verursachen Wohlfahrtsverluste aufgrund von vermeidbarer Intransparenz, fehlender Rechtssicherheit und Mehraufwand.

Noch erstaunlicher wird es, wenn der Vorteil der Bezahlkarte drittens darin gesehen wird, Deutschland als Ziel für Geflüchtete unattraktiver zu machen. Wesentliche Gründe zum Verlassen der Heimat liegen in der existenziellen Not oder Bedrohung der Menschen. Die wichtigsten Gründe zur Auswahl der Zielländer liegen in erwarteter Unterstützung durch Freunde, Familienangehörige und andere Landsleute im Aufnahmeland, stabile politische und rechtliche Rahmenbedingungen sowie Chancen am Arbeitsmarkt. Niemand, der sich ernsthaft mit der Thematik auseinandergesetzt hat, erwartet geringere Asylbewerberzahlen aufgrund der Bezahlkarte.

Es scheint, dass die Einführung der Bezahlkarte vor allem ein Versuch ist, den Eindruck zu erwecken, dass die Politik „Probleme“ löst.

Ärztliche Zweitmeinungen im Gesundheitssystem

Felix Mindl mit Razi Farukh, Yero Ndiaye, Eva Oeß und Daniel Wiesen

Was darf's denn heute sein? Ein neues Knie? Eine neue Hüfte? Oder doch die Bandscheibenoperation? Besonders bei orthopädischen Krankheitsbildern steht die Frage nach einem operativen Eingriff schnell im Raum. Bei einer für die Patienten derart schwerwiegenden Entscheidung gibt es allerdings ein Dilemma: Die Abwägung der medizinischen Argumente ist ohne fachliche Expertise nahezu unmöglich. Wie kommt man also zu einer Entscheidung? Patienten vertrauen in dieser Situation in der Regel dem Rat des Experten – ihrem behandelnden Arzt.

Traditionell genießt der Beruf des Arztes ein hohes Ansehen in unserer Gesellschaft. Das Vertrauen darauf, dass der Arzt im Sinne der Gesundheit seiner Patienten handelt, ist groß. Zugegeben, der menschliche Körper ist komplex. Zudem müssen Ärzte innerhalb von kurzer Zeit Patienten untersuchen und eine Behandlungsempfehlung abgeben. Hinzu kommt der ständige Wandel der Behandlungsmethoden durch neue wissenschaftliche Erkenntnisse. Fehleinschätzungen können also passieren. Ein gewisses Risiko muss wohl hingenommen werden.

Allerdings sind schon seit über 80 Jahren auffällig große regionale Unterschiede in der Anzahl von planbaren operativen Eingriffen bekannt.¹ In

Deutschland beschäftigt sich das Projekt *Faktencheck Gesundheit* seit 2011 mit regionalen Unterschieden in der Gesundheitsversorgung.² Beispielsweise beobachten die Forschenden, dass sich die Fallzahlen der verschiedenen Landkreise bei Klinikaufenthalten und Operationen am Rücken bis zum Dreizehnfachen unterscheiden.³

Teile dieser Variation könnten mit bestimmten Therapiemustern und Gewohnheiten von einzelnen Ärzten oder auch großen spezialisierten Zentren erklärt werden. Einen weiteren Erklärungsansatz der großen Differenzen liefern die monetären Anreizstrukturen für bestimmte Eingriffe. Chefärzte erhalten Bonuszahlungen, wenn sie Planzahlen erfüllen, Mindestmengenregelungen bei bestimmten Eingriffen setzen kleinere Krankenhäuser unter Druck⁴ und niedergelassene Ärzte können durch Belegbetten zusätzliche Umsätze generieren, wenn Sie ambulant operieren. Die Betriebswirte der privaten Krankenhäuser und medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sprechen von „Mengenausweitung“, wenn es gezielt darum geht, einen bestimmten Eingriff möglichst häufig durchzuführen, um die Wirtschaftlichkeit zu fördern.⁵

¹ Siehe Glover (1983) The incidence of tonsillectomy in children. Proceedings of the Royal Society of Medicine.

² Siehe <https://faktencheck-gesundheit.de/de/startseite/index.html>.

³ Gemessen in Behandlungen pro 100.000 Einwohnern. Siehe <https://faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/faktencheck-ruecken/ergebnis-ueberblick-rueckenoperationen/index.html>.

⁴ Zur Qualitätssicherung setzt der Gemeinsame Bundesausschuss für bestimmte Eingriffe jährliche Mindestmengen fest, welche Krankenhäuser erreichen müssen, um erbringungsberechtigt zu sein. Von der Erbringungsberechtigung hängt auch die Abrechnungsberechtigung ab. Siehe <https://www.g-ba.de/richtlinien/5/>.

⁵ Siehe z.B. hier »Krankenhäuser: „Mengenausweitung als alleinige Strategie führt nicht mehr zum Erfolg“ « <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/66272/Krankenhaeuser-Mengenausweitung-als-alleinige-Strategie-fuehrt-nicht-mehr-zum-Erfolg>.

Zweitmeinungen aus ökonomischer Perspektive

Die ärztliche Dienstleistung mit dem beschriebenen Arzt-Patient-Verhältnis wird in der Volkswirtschaftslehre zu den *Vertrauensgütern* gezählt. Grundsätzlich wird auf der Informationsebene zwischen drei Güterkategorien unterschieden: Suchgüter, Erfahrungsgüter und Vertrauensgüter. Während der Konsument sich bei ersteren durch eigenen Suchaufwand über Eigenschaften und Qualität des Gutes im Vorfeld des Kaufes informieren und Erfahrungsgüter immerhin nach dem Kauf bzw. dem Konsum beurteilen kann,⁶ verhält es sich mit den Vertrauensgütern komplizierter. Ungleich gelagerte Informationen (in der Literatur *asymmetrische Informationen*) erlauben auch nach der Behandlung eine nur unzureichende Einschätzung über die Qualität der Behandlung. In Verbindung mit verdeckten monetären Anreizen können asymmetrische Informationen opportunistisches Verhalten – auch *Moral Hazard* genannt – fördern.

Setzt man die beobachteten geographischen Variationen und die Theorie der Vertrauensgüter in einen Kontext, kann davon ausgegangen werden, dass ein signifikanter Anteil von medizinischen Eingriffen nicht vollumfänglich dem Stand der Forschung beziehungsweise den Bedürfnissen der Patienten entsprechen. Hier setzt die ärztliche Zweitmeinung an.

Dabei versteht man unter einem Zweitmeinungsverfahren eine unabhängige ärztliche Begutachtung und Beratung eines Patienten, nachdem eine Indikation für eine medizinische Prozedur, zumeist ein planbarer Eingriff, von einem ersten

Arzt empfohlen wurde.⁷ So soll das Zweitmeinungsverfahren dem Patienten dabei helfen, besser beurteilen zu können, ob die Operation in der persönlichen Situation die beste Behandlungsmöglichkeit ist. Aus Versorgungsperspektive verspricht man sich dadurch, nicht angemessene Operationen zu vermeiden.⁸

Historie und Gesetzgebung der ärztlichen Zweitmeinung

Tatsächlich sind obligatorische oder auch freiwillige ärztliche Zweitmeinungsverfahren kein neuer Ansatz. Bereits 1972 wurden im US-Bundesstaat New York Versicherte gezwungen, sich bei bestimmten planbaren Operationen einer zweiten ärztlichen Begutachtung zu unterziehen.⁹ Auch im deutschen Sozialgesetzbuch ist schon seit 1989 vorgesehen, ein Zweitmeinungssystem einzuführen. Doch erst seit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) im Juli 2015 haben Patientinnen und Patienten gemäß § 27b Absatz 2 SGB V bei bestimmten planbaren Eingriffen einen Rechtsanspruch auf die Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung.¹⁰ Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) legt dabei in einer Richtlinie fest, für welche Eingriffe dies der Fall ist.¹¹ Die erste Zweitmeinungs-Richtlinie (ZM-RL) ist im Dezember 2018 in Kraft getreten und wird seitdem kontinuierlich angepasst.¹² Der Anspruch für eine Zweitmeinung entsteht mit der Operationsempfehlung zu einem in der Richtlinie des G-BA genannten Eingriff. Der behandelnde Arzt muss in diesem Fall den Patienten auf das Recht zur Einholung einer Zweitmeinung hinweisen. Der unabhängige Zweitmeinende muss dabei ein Experte des relevanten Fachgebietes sein und

⁶ Ein klassisches Beispiel für ein Erfahrungsgut ist der Restaurantbesuch und die damit verbundene Erfahrung „Dort hat es mir immer gut geschmeckt“.

⁷ Dies ist abzugrenzen von den gemeinsamen Beratungen mehrerer Ärzte über mögliche Behandlungsoptionen, wie sie in der stationären Versorgung üblich sind.

⁸ Siehe auch <https://gesund.bund.de/zweitmeinung>

⁹ Die Einführung wurde von der Cornell University Medical College begleitet und evaluiert. Siehe McCarthy und Widmer (1974).

¹⁰ Siehe https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_27b.html.

¹¹ Siehe <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/vorgaben-zur-qualitaetssicherung/zweitmeinung/>.

¹² Für einen Überblick zur Historie der Richtlinie siehe hier <http://www.g-ba.de/richtlinien/107/historie/>.

Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie sowie Therapiealternativen für den betreffenden Eingriff vorweisen. Eine Liste der Ärzte, die diese Voraussetzungen erfüllen und eine Zulassung haben, wird durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Internet veröffentlicht.¹³ Der Zweitmeiner erhält die bisherigen Untersuchungsbefunde und begutachtet den Patienten im Rahmen eines persönlichen Termins. Für seine Leistung erhält der Zweitmeiner eine pauschale Vergütung. Er ist weder der operierende Arzt, noch darf er bei demselben Träger wie der indikationsstellende Arzt angestellt sein. So sollen Interessenskonflikte ausgeschlossen werden. Sofern zusätzliche Untersuchungen notwendig sind, können diese über die Krankenversicherung abgerechnet werden. Insgesamt soll das Verfahren sicherstellen, dass der Patient innerhalb von zwei Wochen eine unabhängige zweite Meinung erhält.

Zweitmeinungsprogramme in der Praxis

Unabhängig von der Zweitmeinungs-Richtlinie haben zahlreiche Krankenkassen freiwillige Zweitmeinungssysteme deutlich früher eingeführt. In einer Übersichtsarbeit findet Pieper et al im Jahr 2016 bereits bei 59 von 117 untersuchten Krankenkassen mindestens ein angebotenes Zweitmeinungsprogramm und fügt hinzu, dass es sich bei den Krankenkassen ohne Programm um sehr kleine Krankenkassen handelt.¹⁴ Zusätzlich gibt es die Möglichkeit der informellen Zweitmeinung, indem der Versicherte mit dem gleichen Gesundheitsproblem selbständig einen zweiten Arzt aufsucht. Hierbei ist nicht sichergestellt, dass der Zweitmeiner die Qualitätsanforderung im Sinne der ZM-RL erfüllt und auch der Interessenskonflikt bleibt demnach bestehen. Zudem ist es meist schwierig, kurzfristig einen Termin bei ei-

nem Experten zu erhalten. Die Kosten für die informelle Zweitmeinung trägt ebenfalls die Krankenkasse.

Trotz der langjährigen internationalen Erfahrungen mit Zweitmeinungsprogrammen in der Gesundheitsversorgung und der Dynamik der letzten zehn Jahre bei den deutschen Krankenkassen gibt es bislang keine belastbaren Aussagen zu deren Wirkung.¹⁵ Obwohl die Einführung von Zweitmeinungen auf den ersten Blick effektiv erscheint, ruft die Maßnahme zwei gegenläufige Ef-

Infobox: Zweitmeinungsverfahren der speziellen Krankenkasse

Der Erstkontakt zwischen Patient und Zweitmeinungsprogramm findet telefonisch statt. Medizinisch ausgebildetes Personal nimmt bereits am Telefon eine Beratungsfunktion wahr, um zu prüfen, ob bei dem jeweiligen Fall eine Zweitmeinung sinnvoll erscheint. Anschließend wird bei einem Vertragspartner, welcher ein unabhängiger Spezialist im relevanten Fachgebiet ist, ein Termin für eine persönliche Beratung organisiert. Zur Begutachtung erhält der Experte außerdem die vorliegende Akte. Die Krankenkasse macht vorab explizit, dass im Falle einer Operations-Empfehlung der Zweitmeiner nicht der durchführende Arzt sein soll. Der Zweitmeiner erhält für die Begutachtung eine Pauschale von der Krankenkasse. Mit Start des Programmes stand der Service nur für orthopädische Krankheitsbilder zur Verfügung, jedoch ohne konkrete Vorauswahl der Indikationen. Nach drei Jahren wurden sukzessive weitere Fachgebiete aufgenommen. Eine Operationsempfehlung des ersten Arztes ist keine zwingende Voraussetzung für die Einholung einer Zweitmeinung.

¹³ Siehe <https://www.116117.de/de/zweitmeinung.php>.

¹⁴ In der Studie werden die Zweitmeinungsmodelle der Versicherungen in drei Kategorien unterteilt. 13% der Modelle erbringen die ZM durch bei der Krankenkasse angestelltes Personal (Kategorie *Inhouse*), 48% haben Verträge mit einzelnen Ärzten zur Erbringung der ZM (*Vertragspartner*) und 44% haben einen Vertrag mit einem externen Dienstleister, zur Abwicklung der Erbringung der ZM geschlossen (*Outsourcing*). Siehe Pieper (2017).

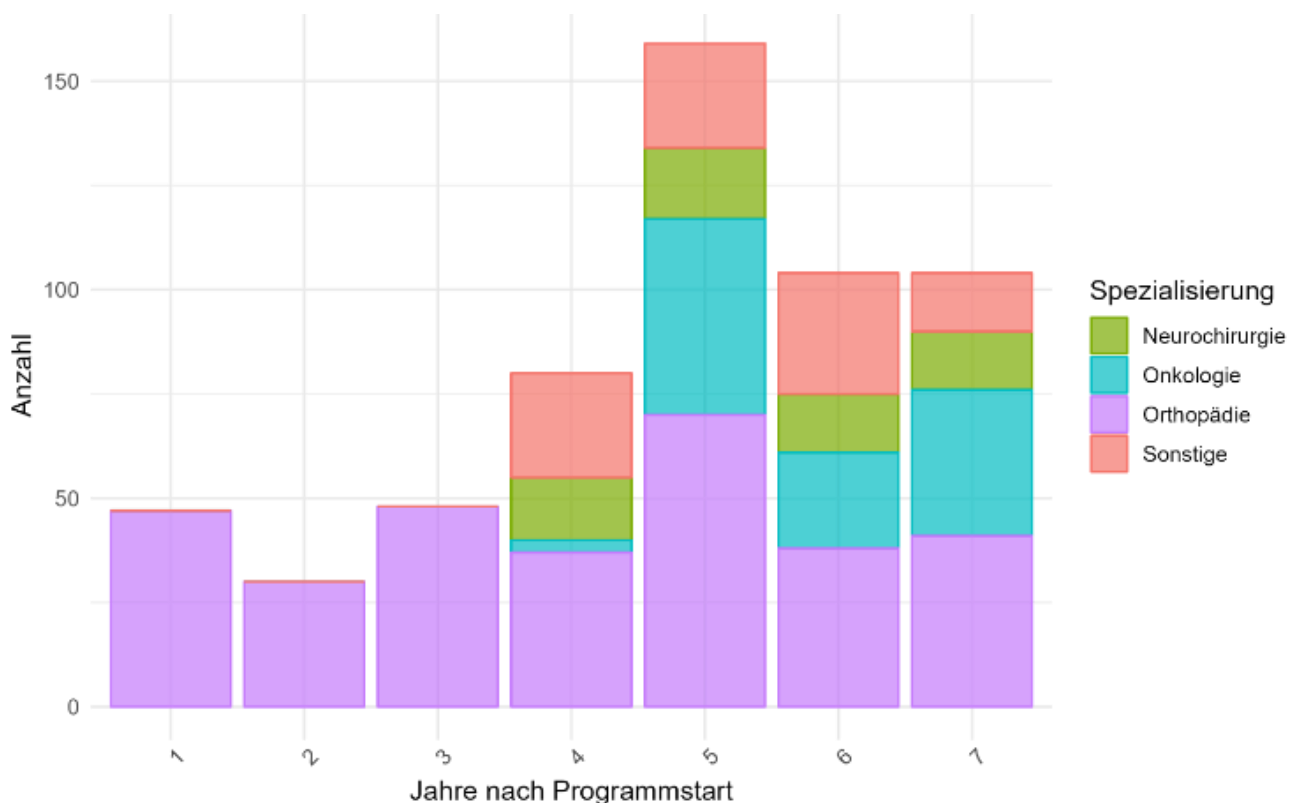
¹⁵ Vergleiche Lindsey und Newhouse (1990) zur Übersicht und Bewertung der ZM-Programme in den USA aus den 70ern und das SVR Gutachten (2018) Punk 1151 auf Seite 660.

fekte hervor. Während auf der einen Seite überflüssige Behandlungen vermieden werden könnten, kann die Einholung von Zweitmeinungen auch zu identischen Diagnosen führen und dabei zusätzliche Verwaltungskosten verursachen. Sie könnten sogar notwendige Operationen verhindern und hohe Folgekosten nach sich ziehen. Welcher Effekt überwiegt, ist derzeit unklar. Mit diesem Forschungsprojekt möchten wir den Kenntnisstand zur Wirkungsweise von Zweitmeinungsprogrammen erweitern. Konkrete Fragen sind dabei, ob eine Zweitmeinung zu langfristig niedrigerer Leistungsanspruchnahme, geringerem Medikamentenkonsum und weniger Krankheitstagen führt. Entsprechende Daten gewinnen wir durch das Zweitmeinungsprogramm einer großen deutschen GKV (Details zu dem speziellen Programm finden sich in der Infobox). Im Folgenden sollen erste deskriptive Befunde dargestellt und ein Forschungsausblick gegeben werden.

Analyse eines Zweitmeinungsprogramms einer großen deutschen GKV

Das untersuchte Zweitmeinungsprogramm startete bereits vor Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetz und umfasst 572 Fälle innerhalb der ersten sieben Jahre. *Abbildung 1* zeigt die Entwicklung der jährlichen Fallzahlen aufgeteilt nach medizinischem Fachgebiet. Programmbedingt finden sich in den ersten drei Jahren nur orthopädische Fälle. Während die Anzahl der orthopädischen Fälle weitestgehend konstant ist, kamen nach der Öffnung für anderen Fachgebiete im vierten Jahr vor allem neurochirurgische Zweitmeinungen hinzu. Seit dem fünften Jahr sind onkologische Fälle ebenfalls stark vertreten (durchschnittlich 35 Fälle pro Jahr). Die Gesamtfallzahl von 572 Fällen in sieben Jahren erscheint für eine große deutsche Krankenversicherung gering. Dies könnte damit zusammenhängen, dass die Programme bei den Versicherten bisher eher

Abbildung 1: Fallzahlen des Zweitmeinungsprogramms pro Jahr und nach Spezialisierung

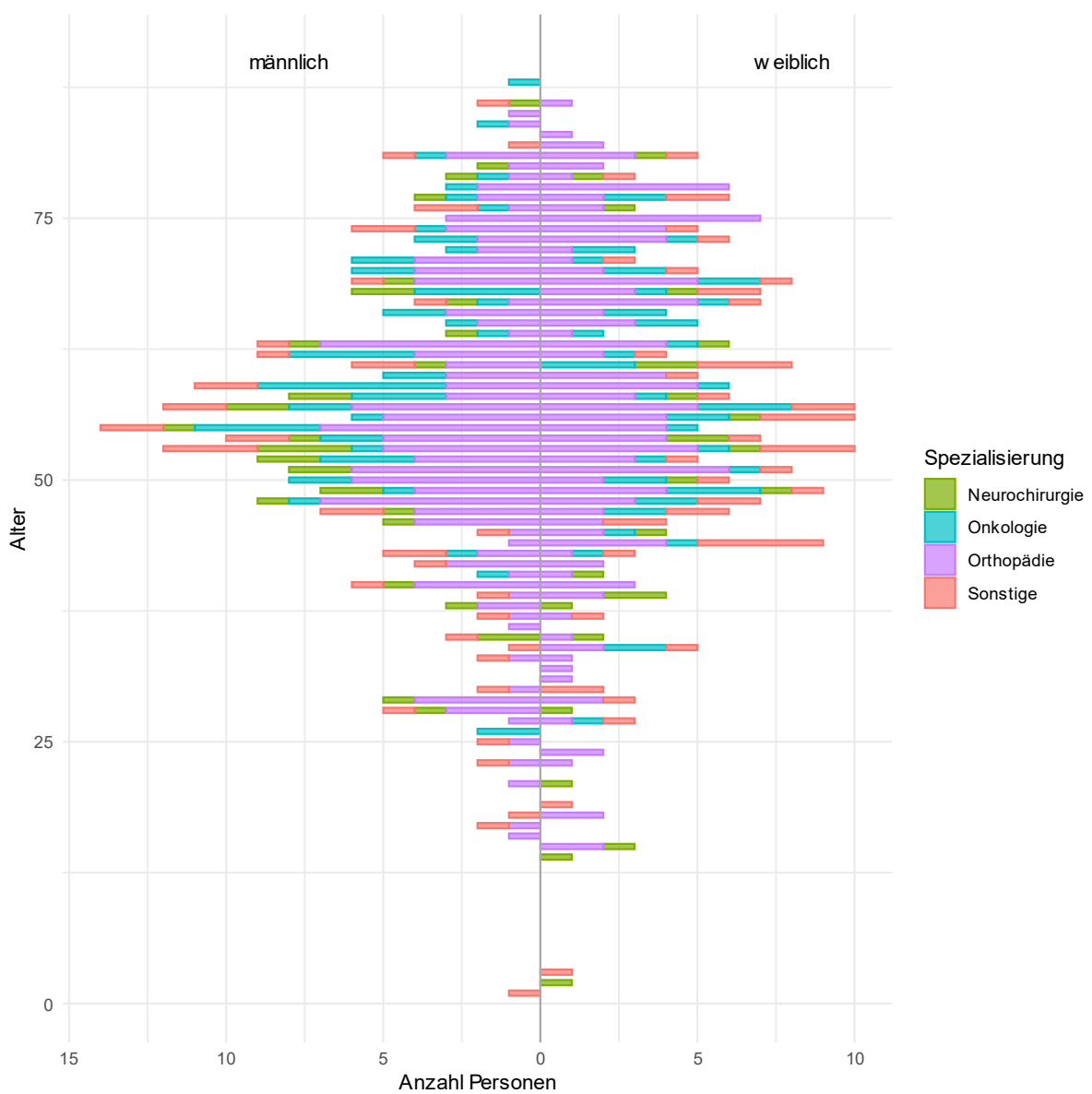


Quelle: Eigene Darstellung

unbekannt sind. So führten möglicherweise vermehrte Hinweise in dem Gesundheitsmagazin und den Infobroschüren der Krankenkasse zu den erhöhten Fallzahlen im fünften Programmjahr. Insgesamt ist auch nach der Öffnung für andere Fachgebiete die Nachfrage nach Zweitmeinungen für orthopädische sowie onkologische Krankheitsbilder im untersuchten Programm am höchsten. Dies entspricht sowohl den Ergebnissen der Befragungen von Versicherten durch Geraedets und Kraska (2016), als auch zu den Ergebnissen der Befragungen von Ärzten durch Obermann et al (2021).

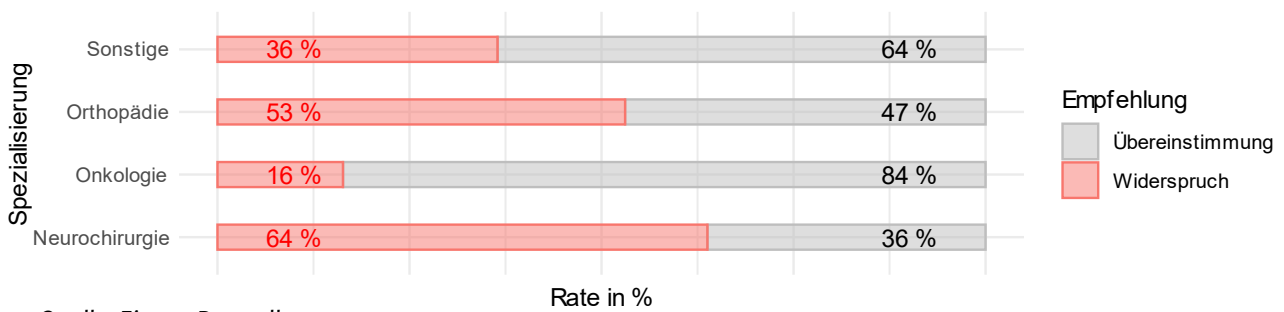
Die Altersstruktur zur Zeit der Einholung der Zweitmeinung (Abbildung 2) erscheint über alle Fachgebiete sowie über die Geschlechter bis auf wenige Ausnahmen relativ homogen. Der Großteil der Patienten ist zwischen 30 und 70 Jahren alt. Das Medianalter liegt für beide Geschlechter bei 55 Jahren (Durchschnitt der Frauen [Männer] bei 54 [55]), der älteste Patient ist 88 Jahre und

Abbildung 2: Population nach Alter, Geschlecht und Spezialisierung



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 3: Widerspruchsraten der Zweitmeinungen nach Fachgebiet in Prozent



Quelle: Eigene Darstellung

der jüngste ein Jahr alt. Insgesamt befinden sich 8% mehr Männer als Frauen im Datensatz.

Ein besonders interessantes Bild zeichnet sich bei der genaueren Betrachtung der Zweitmeinung im Vergleich zur Erstmeinung ab. In *Abbildung 3* ist zu erkennen, wie häufig sich die beiden Experten in den verschiedenen Fachgebieten widersprechen, respektive einig sind. Bei onkologischen Krankheitsbildern stimmen die Meinungen über die durchzuführende medizinische Maßnahme in 84% der Fälle überein. Demgegenüber widerspricht der Zweitmeiner im Fachgebiet der Orthopädie in 54% der Fälle der Handlungsempfehlung des Erstmeiners und im Fachgebiet der Neurochirurgie in 64% der Fälle.¹⁶ Die sehr hohen

Raten nicht übereinstimmender Expertenmeinungen sowie die höheren Fallzahlen bei der Orthopädie geben Anlass und Gelegenheit für eine genauere Betrachtung in diesem Fachgebiet.¹⁷ *Tabelle 1* zeigt isoliert für das Fachgebiet der Orthopädie, wie häufig der Erstmeiner eine Operationsempfehlung (OP-Empfehlung) ausspricht und wie die zweite Meinung dazu ausfällt.¹⁸ Zuerst ist festzuhalten, dass die überwiegende Mehrheit (147 von 179) der Patienten das Zweitmeinungsprogramm mit einer OP-Empfehlung aufsucht. Rät der Erstmeiner von einer Operation ab, so widerspricht der Zweitmeiner nur in 16% der Fälle. Hat der Patient hingegen eine OP-Empfehlung vom ersten Arzt erhalten, lehnt der Zweitmeiner diese in 61% der Fälle (90 von 147) ab.

Tabelle 1 Empfehlungen der Erst- und Zweitmeinung für das Fachgebiet der Orthopädie

		Zweitmeinung		Gesamt
		OP-Empfehlung	Keine OP-Empfehlung	
Erstmeinung	OP-Empfehlung	57	90	147
	Keine OP-Empfehlung	5	27	32
Gesamt		62	117	179

Quelle: Eigene Berechnungen

¹⁶ Alle anderen Fachgebiete werden aufgrund der niedrigen Fallzahlen zusammengefasst. Hier widersprechen sich Erst- und Zweitmeiner in 31 von 85 Fällen. Wegen der hohen Heterogenität der Krankheitsbilder werden diese im folgenden nicht näher betrachtet.

¹⁷ Wegen der niedrigeren Fallzahlen werden die neurochirurgischen Fälle in dieser Veröffentlichung nicht weiter betrachtet.

¹⁸ Die Daten geben an dieser Stelle leider keine Auskunft darüber, ob die Art der vorgeschlagenen operativen Eingriffe voneinander abweichen.

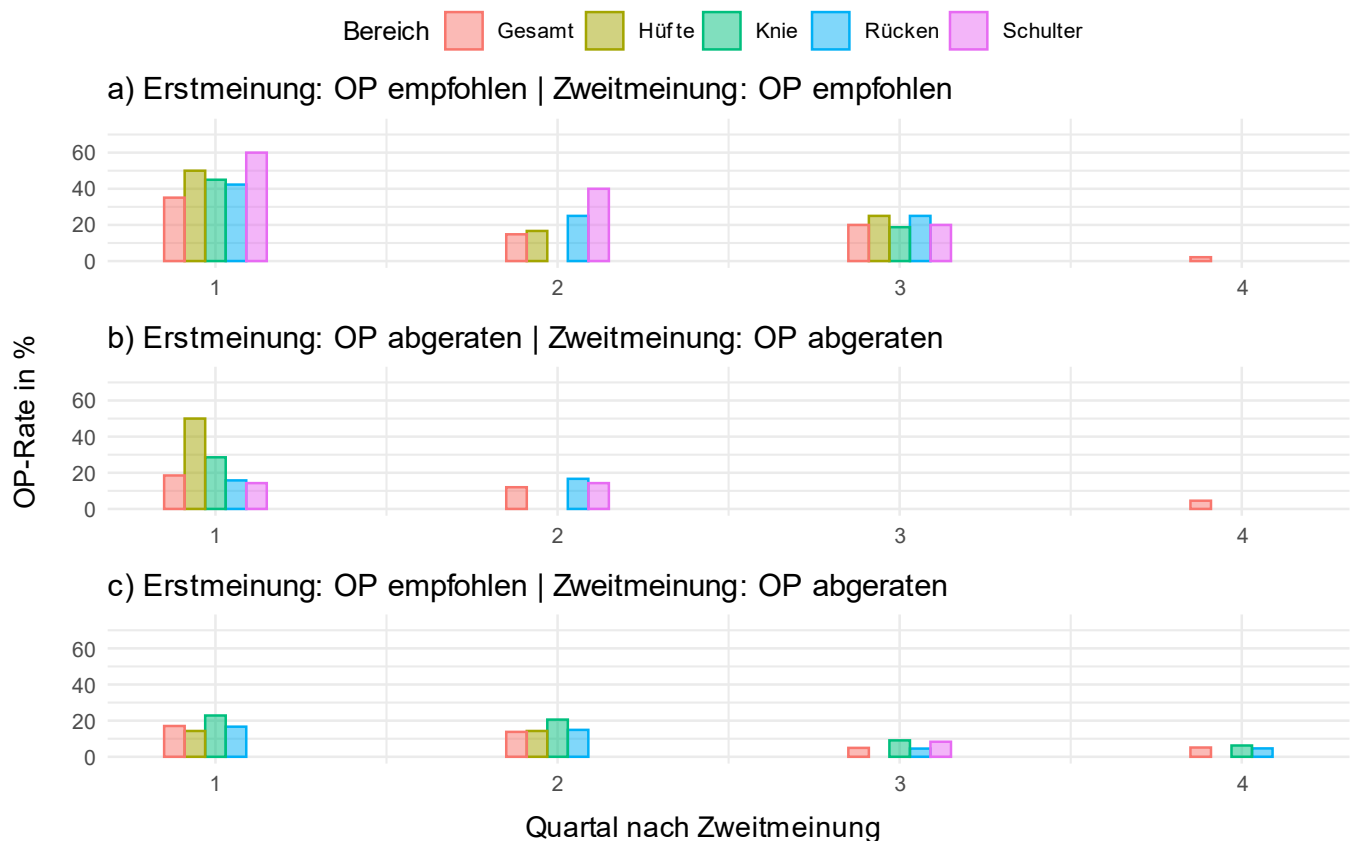
Auf den ersten Blick liegt der Gedanke nahe, dass die über das Zweitmeinungssystem beauftragten Vertragsärzte sich im Sinne der Versicherung dazu aufgefordert fühlen Operationen zu vermeiden. Notwendige, aufgeschobene Operationen führen mittel- bis langfristig jedoch keineswegs zu Kostensenkungen. Die Operationskosten würden damit nur in eine spätere Periode verschoben und möglicherweise Zusatzkosten verursachen. Da dies nicht im Interesse der Krankenkasse wäre, ist nicht ohne Weiteres zu erwarten, dass die zur Zweitmeinung aufgeforderten Ärzte entsprechend verzerrte Urteile abgeben.

Mindestens genauso wichtig wie die Zweitmeinung selbst, ist die Frage, wie der Patient mit der zusätzlichen Information umgeht. Die Zweitmeinung kann dem Patienten in mehrfacher Hinsicht

behilflich sein. Sind die Meinungen übereinstimmend, sollte dies das Vertrauen in die Therapieempfehlung stärken. Kommen die beiden Ärzte zu unterschiedlichen Handlungsempfehlungen, könnte die Zweitmeinung eine fehlerhafte Diagnostik des ersten Arztes aufdecken oder alternative Behandlungsmethoden aufzeigen. All dies sollte dazu beitragen, Über- und Fehlbehandlungen zu vermeiden und die beste Therapie im Sinne des Patienten zu finden.

Um dies näher zu untersuchen, zeigt *Abbildung 4* die Quoten derer, die sich innerhalb eines der vier folgenden Quartale nach der Zweitmeinung operieren lassen. Die Daten beschränken sich ebenfalls auf das Fachgebiet der Orthopädie. Die drei Graphen a) bis c) untergliedern sich je nach Empfehlungskombination der Experten¹⁹, innerhalb

Abbildung 4: Operationsrate pro Quartal nach Empfehlungskombination und Beschwerdebereich



Info: Die Grafik zeigt die Rate der operierten Patienten der jeweiligen Gruppe pro Quartal. Patienten, die innerhalb des ersten Jahres mehrfach operiert wurden, werden hier auch in mehreren Quartalen mitgezählt.

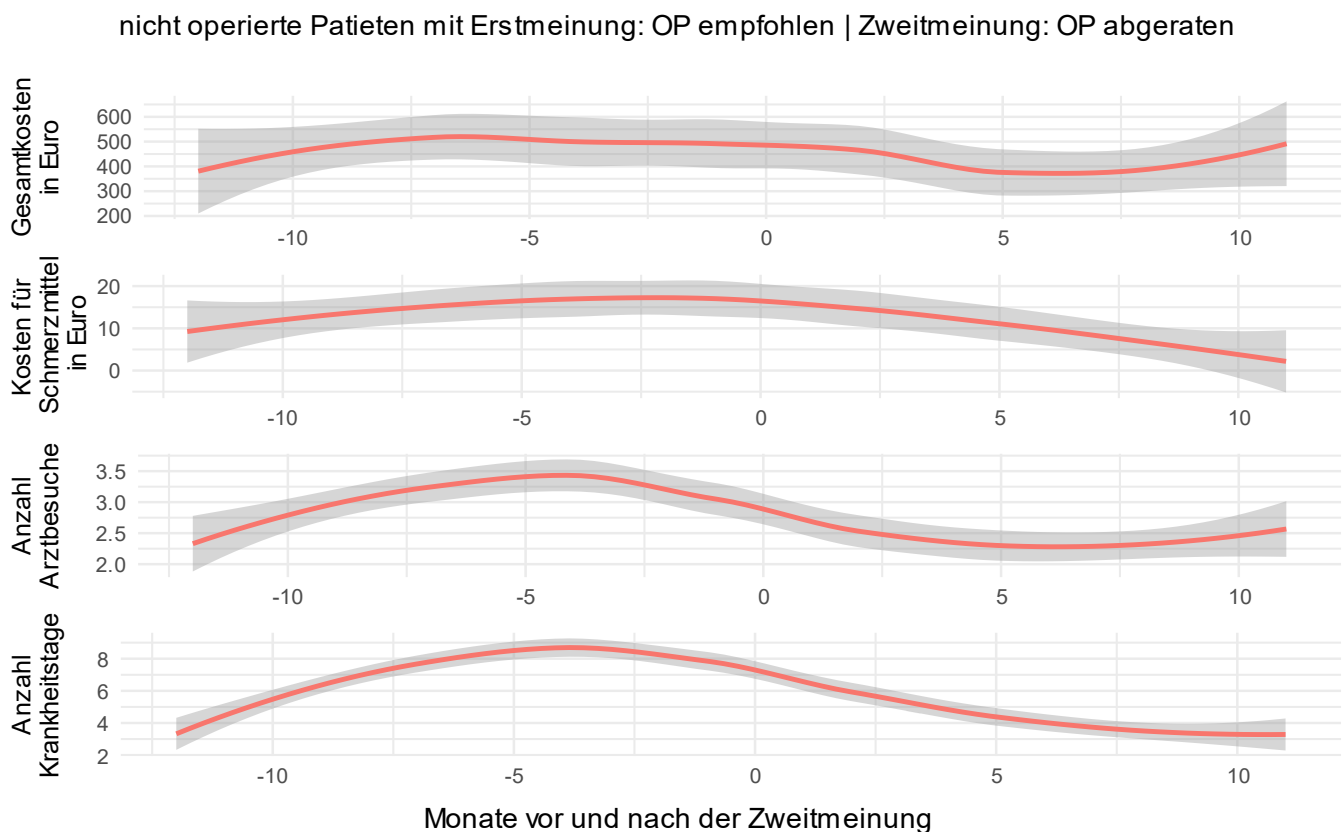
Quelle: Eigene Darstellung

¹⁹ Der Fall, dass der Erstmeiner von der Operation abrät, der Zweitmeiner die Operation empfiehlt, wird aufgrund der niedrigen Fallzahlen hier nicht betrachtet.

der Graphen werden die Beschwerden in die Bereiche *Rücken, Hüfte, Knie* und *Schulter* aufgeschlüsselt und einmal gesammelt mit allen sonstigen Krankheitsbildern in der Kategorie *Gesamt* dargestellt.²⁰ Die hohen Anteile derjenigen, die sich in zeitlicher Nähe zur Diagnose und Zweitmeinung tatsächlich einer Operation unterziehen deuten darauf hin, dass übereinstimmende OP-Empfehlung das Vertrauen der Patienten in die Therapieempfehlung stärken (*Graph a*). Bereits im ersten Quartal nach der Zweitmeinung wurden 35% und nach einem Jahr 47% der Patienten mindestens einmal operiert.²¹ Insbesondere die Patienten mit einer Schulterläsion sind nach einem halben Jahr allesamt operiert. Ebenfalls

übereinstimmend, aber eine Operation ablehnend, sind Erst- und Zweitmeiner in *Graph b*). Umso überraschender die Beobachtungen: Obwohl beide Experten von einer Operation abraten, kommt es hier bereits im ersten Quartal nach der Zweitmeinung in 19% der Fälle schließlich doch zur Operation. Vor allem tragen Gelenkeinsätze in der Hüfte zu den hohen Operationsquoten bei. Verwunderlich ist, dass die Operationen in zeitlich kurzem Abstand zur Zweitmeinung beobachtet werden. Ob es sich bei dem Operateur um den ersten Arzt und gar einen dritten Experten handelt, geht aus den Daten nicht hervor. *Graph c*) zeigt den meistbeobachteten Fall: Der Erstmeiner rät zur Operation, wohingegen der Zweitmeiner abrät. Trotz des Widerspruchs folgen immerhin 24% der Patienten der OP-Empfehlung des ersten

Abbildung 5: Entwicklung verschiedener Kenngrößen ein Jahr vor und nach der Zweitmeinung



Quelle: Eigene Darstellung

²⁰ Die Kategorie *Rücken* beinhaltet Deformitäten und degenerative Erkrankungen der Wirbelsäule. *Hüfte* umfasst die Koxarthrose. Unter die Kategorie *Knie* fallen die Gonarthrose, Krankheiten der Patella und Binnenschädigung des Kniegelenks. Die Rubrik *Schulter* deckt Schulterläsionen ab.

²¹ Die über die Quartale aufsummierten Operationsraten der Patienten mit mindestens einer Operation weichen von der Grafik ab, da in der Grafik mehrfach operierte Patienten auch mehrfach mitgezählt werden.

Arztes im ersten Halbjahr und insgesamt 30% innerhalb eines Jahres. Aus *Abbildung 4* geht hervor, dass die Entscheidung seitens der Patienten für eine Operation im Regelfall zeitnah zur Zweitmeinung fällt. 48% aller Operationen beobachten wir im ersten Quartal. Nur bei übereinstimmender OP-Empfehlung sind auch in den Folgequartalen größere Operationsraten zu sehen. Obwohl 122 Patienten mindestens einmal von der Operation abgeraten wurde, lassen sich 29% davon dennoch operieren. Auch wenn die Höhe der Operationsraten ohne direkte Vergleichsgruppe schwierig zu interpretieren ist, erscheint es intuitiv, dass sich Patienten, die zwei OP-Empfehlungen erhalten haben, am häufigsten operieren lassen. Bemerkenswert ist, dass diejenigen mit nur einer OP-Empfehlung ähnlich häufig operiert werden wie Patienten, denen zweimal von einer OP abgeraten wird.

Der Versuch den kausalen Wirkungszusammenhang der Zweitmeinung auf die Gesundheitsversorgung zu ermitteln, stößt mit den vorliegenden Daten auf statistische Grenzen. Die Frage, wieviel ein im Zweitmeinungssystem investierter Euro dem Gesundheitssektor erspart, lassen wir daher vorerst unbeantwortet. Dennoch kann *Abbildung 5* einen ersten Eindruck der mittelfristigen Entwicklung der monatlichen Kosten, Schmerzmitteleinnahme, Krankheitstage und Arztbesuche bei vermiedenen Operationen vermitteln. Hierbei werden nur Patienten in Betracht gezogen, die eine OP-Empfehlung vom Erstmeiner erhalten haben, während der Zweitmeiner davon abriet. Die Graphen zeigen den Zeitraum von einem Jahr vor bis einem Jahr nach der Zweitmeinung. Die durchschnittlichen monatlichen Gesamtkosten verlaufen auf einem konstanten Niveau von ungefähr 500 Euro. Erst im elften Monat ist ein sehr leichter Aufwärtstrend zu verzeichnen. Ob sich diese Entwicklung nach einem Jahr weiter verfestigt, kann hier nicht abschließend geklärt werden. Bei den monatlichen Arztbesuchen und Krankheitstagen beginnt schon kurz vor der Zweitmeinung ein Abwärtstrend, der beide Kenngrößen auf ein konstant niedriges Niveau in dem Jahr nach Zweitmeinung bringt. Die Kosten für Schmerzmittel nehmen erst zum Zeitpunkt der Zweitmeinung ab und sinken auf ein Level nahe Null bis zum Ende

des Beobachtungszeitraums. Auch wenn mit Hilfe dieser Abbildung kein kausaler Effekt einer Zweitmeinung quantifiziert werden kann, so zeigt sich immerhin im ersten Jahr nach der Zweitmeinung kein nennenswerter Anstieg der vier Kenngrößen bei den Patienten, die sich auf Anraten des Zweitmeiners gegen eine Operation entschieden haben. Dies spricht zumindest kurz- bis mittelfristig dagegen, dass durch die Operationsvermeidung Kosten nur in Folgeperioden verschoben werden und zusätzliche Kosten hervorrufen.

Fazit

Zweitmeinungen sind bereits ein halbes Jahrhundert ein stark diskutiertes Thema in der Gesundheitsversorgung. Trotz dieser langen Historie gibt es bisher keine belastbaren empirischen Befunde über deren Wirkungsweise. In den vergangenen fünfzehn Jahren haben ärztliche Zweitmeinungen auch in Deutschland an Bedeutung gewonnen. Mit diesem Forschungsprojekt möchten wir zum besseren Verständnis des Effektes von Zweitmeinungen auf die Gesundheitsversorgung beitragen. Erste deskriptive Erkenntnisse konnten im Rahmen dieses Impulses präsentiert werden. Wie bereits Arzt- und Versichertenbefragungen gezeigt haben, sehen wir ebenfalls in den Daten ein erhöhtes Interesse für ärztliche Zweitmeinung im Fachgebiet der Orthopädie. Insbesondere dort finden wir, dass sich die beiden Experten in mehr als der Hälfte der Fälle widersprechen. Während der Erstmeiner regelmäßig mit einem Interessenskonflikt konfrontiert ist, streben Zweitmeinungsprogramme per Design an, solche für den zweiten Experten auszuschließen. Ob deshalb die Zweitmeinung per se die „bessere“ Behandlungsmethode vorschlägt, können wir hier nicht beantworten. Allerdings konnten wir zeigen, dass bei denjenigen Patienten, die der Zweitmeinung folgen, wenn diese der OP-Empfehlung des ersten Experten widerspricht, mittelfristig keine signifikanten Anstiege bei Gesamtkosten, Schmerzmitteleinnahme, Arztbesuchen und Krankheitstagen auftreten. In Folge der Vermeidung von Operationen scheinen die Kosten nicht vertagt oder gar erhöht worden zu sein.

Diese Beobachtung stärkt die Hypothese des Gesetzgebers, dass durch ärztliche Zweitmeinungen nicht angemessene Operationen vermieden werden können.

Genauso interessant wie die Frage nach der Qualität der beiden Empfehlungen, ist die Frage danach, wie der Patient mit einer zweiten Expertenmeinung umgeht. Auf der einen Seite konnte beobachtet werden, dass übereinstimmende Expertenmeinungen zu einer höheren Wahrscheinlichkeit geführt haben, dieser zu folgen. Auf der anderen Seite sind die Raten derer, die sich trotzdem der Empfehlung widersetzen, erstaunlich hoch. So haben sich schon im ersten Quartal nach der Zweitmeinung 19% der Patienten, denen beide Ärzte von einer Operation abgeraten haben, dennoch operieren lassen. Auch haben sich 53% mit einer übereinstimmender OP-Empfehlung gegen eine Operation entschieden. Der Nettoeffekt eines jeden Zweitmeinungsprogramms hängt also nicht nur von den Experten ab, sondern auch von den handelnden Individuen, die zwischen den beiden Meinungen abwägen. Das Design von Zweitmeinungsprogrammen übernimmt somit eine wichtige Rolle und bietet ein interessantes zukünftiges Forschungsfeld.

Nur wenn die Qualität der Zweitmeinung und der Umgang damit zusammen analysiert werden können, lassen sich der Effekt von Zweitmeinungssystemen umfassend bewerten und entsprechende Handlungsempfehlungen aussprechen.

Literaturverzeichnis

Geraedets, M. & Kraska, R. (2016). Zweitmeinungen: Inanspruchnahme und Nachfrage aus Sicht der Bevölkerung. *Gesundheitsmonitor*, 2016 (1). <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/gesundheitsmonitor-nr-12016-zweitmeinungen/>.

Glover, J. A. (1938). The Incidence of Tonsillectomy in School Children: (Section of Epidemiology and State Medicine). *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 31 (10), 1219–1236.

Lindsey, P. A., & Newhouse, J. P. (1990). The cost and value of second surgical opinion programs: a critical review of the literature. *Journal of health politics, policy and law*, 15(3), 543–570. <https://doi.org/10.1215/03616878-15-3-543>.

McCarthy, E. G., & Widmer, G. W. (1974). Effects of screening by consultants on recommended elective surgical procedures. *The New England journal of medicine*, 291(25), 1331–1335. <https://doi.org/10.1056/NEJM197412192912506>.

Obermann, K., Brendt, I., Müller, P. (2021). Die ärztliche Zweitmeinung in der Praxis. *Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit*, 2021(1). https://www.stiftung-gesundheit.de/pdf/studien/aerzte-im-zukunftsmarkt-gesundheit_2021_1.pdf.

Pieper, D., Heß, S., Mathes, T. (2018). Bestandsaufnahme zu Zweitmeinungsverfahren in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). *Gesundheitswesen*, 2018(80), 859–863. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-105576>.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2018). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. <https://www.svr-gesundheit.de/gutachten/gutachten-2018/>.

IMPRESSUM

Abbildung S.1:
<https://www.pexels.com/de-de/foto/lupe-oben-auf-dem-dokument-6801648/>

Autorenkontakt:

Felix Mindl
Institut für Wirtschaftspolitik
Pohligstr. 1
50969 Köln
Tel. 0221 / 470-5680
mindl@wiso.uni-koeln.de

Herausgeber:

Institut für Wirtschaftspolitik
an der Universität zu Köln
Pohligstr. 1
50969 Köln
Tel. 0221 / 470-5347
Fax 0221 / 470-5350

Redaktion und V.i.S.d.P.:

Prof. Dr. Steffen J. Roth
Tel. 0221 / 470-5348
steffen.roth@wiso.uni-koeln.de