

Verpflichtende Zweitmeinung bei planbaren Eingriffen: Was bringt sie wirklich?

iwp Policy Brief · Mai 2026 · Felix Mindl und Yero Ndiaye

Stellen Sie sich vor, Ihr Arzt empfiehlt Ihnen eine Bandscheibenoperation. Sie holen eine zweite Meinung ein – und der unabhängige Spezialist rät ab. Wem vertrauen Sie, und was passiert mit Ihrer Gesundheit, wenn Sie dem Rat folgen? Genau diese Fragen stehen im Mittelpunkt unserer empirischen Untersuchung. Mit dem aktuellen GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG, Kabinettsbeschluss vom 29. April 2026) verankert die Bundesregierung die verpflichtende Zweitmeinung als Abrechnungsvoraussetzung für bestimmte planbare Eingriffe.

Das Problem: Ärztliche Dienstleistungen als Vertrauensgut

Ärztliche Behandlungsempfehlungen sind sogenannte Vertrauensgüter: Der Patient kann die Qualität des Rates weder vor noch nach der Behandlung vollständig beurteilen. Dieses Informationsgefälle eröffnet Spielraum für arztinduzierte Nachfrage – die Tendenz, unter finanziellen Anreizen häufiger zu operieren als medizinisch geboten. Bonuszahlungen für Fallzahlen, Mindestmengenregelungen und Belegbettenumsätze konzentrieren sich dabei dort, wo planbare Eingriffe besonders häufig sind – in Orthopädie und Neurochirurgie. Empirisch passt dazu, dass die Raten orthopädischer und neurochirurgischer Eingriffe zwischen deutschen Landkreisen um ein Vielfaches schwanken, ohne dass Morbiditätsunterschiede dies vollständig erklären. Strukturelle Korrektive, die Diagnose und Behandlung institutionell trennen, sind hier ein theoretisch gut begründetes Gegenmittel.

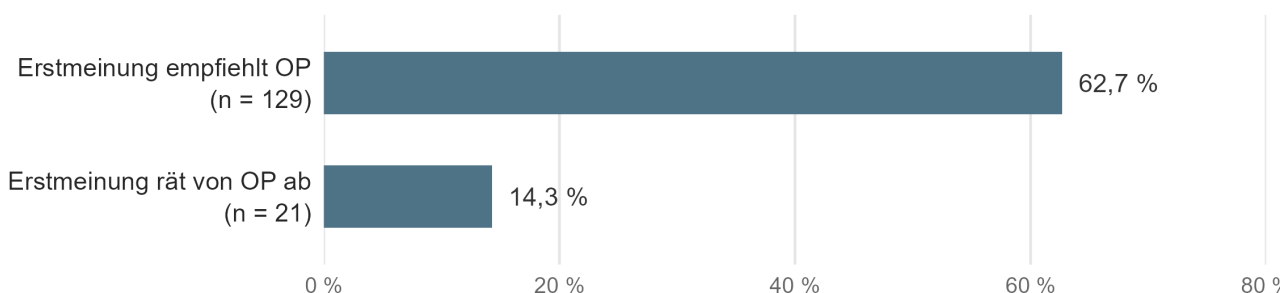
Was die Forschung zeigt: Wirkung ohne Versorgungsschaden

In unserer empirischen Studie (Ndiaye, Mindl und Wiesen 2026, unveröffentlicht) untersuchen wir die tatsächlichen Gesundheits- und Kosteneffekte eines strukturierten Zweitmeinungsprogramms anhand administrativer GKV-Abrechnungsdaten von 231 Versicherten in Orthopädie und Neurochirurgie (2013–2019). Das Programm folgt einer institutionellen Konstruktion, die Diagnose und Behandlung trennt: Der Zweitmeinungsarzt darf den von ihm bewerteten Eingriff selbst nicht durchführen. Damit sind seine Anreize vom Operationsvolumen entkoppelt.

Asymmetrie als Fingerabdruck arztinduzierter Nachfrage. Unter den 150 Patienten mit dokumentierter Erst- und Zweitmeinung widersprechen sich die beiden Experten in 56 Prozent der Fälle – stark asymmetrisch (Abbildung 1): Empfiehlt der Erstmeiner eine Operation, widerspricht die Zweitmeinung in 62,7 Prozent. Rät der Erstmeiner von einer Operation ab, sind es nur 14,3 Prozent. Dieses Muster passt zu einer systematischen Überempfehlung von Operationen durch erstbehandelnde Ärzte – wie die Vertrauensgutliteratur sie vorhersagt.

Abbildung 1: Widerspruch der Zweitmeinung

Anteil der Fälle, in denen die Zweitmeinung der Erstmeinung widerspricht



Lesehilfe: Stichprobe umfasst 150 Patienten mit dokumentierter Erst- und Zweitmeinung. bezeichnet die Patienten in der jeweiligen Erstmeinungs-Kategorie.
Quelle: Ndiaye, Mindl und Wiesen (2026), mimeo.

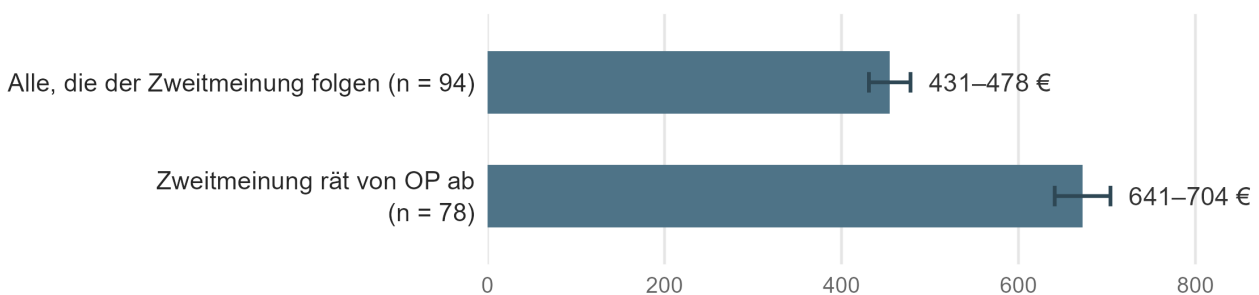
Patienten folgen der zweiten Meinung. Insgesamt befolgen 69,8 Prozent der Programmteilnehmer die Empfehlung des Zweitmeinungsarztes. Besonders hoch fällt diese Befolgingsquote aus, wenn die Zweitmeinung von einer Operation abrät: In dieser Konstellation richten sich knapp 80 Prozent der Patienten nach dem unabhängigen Rat.

Ausgabenreduktion ohne Gesundheitsverlust. Mittels Propensity-Score-Matching und Differenz-in-Differenzen-Schätzung vergleichen wir Patienten, die der Zweitmeinung folgen, mit jenen, die ihr nicht folgen. Über 18 Monate sinken die monatlichen Gesundheitsausgaben pro Befolger signifikant um 431 bis 478 Euro – ein Betrag, der dem monatlichen Ausgangsniveau entspricht. Arztbesuche und Krankenhaustage gehen ebenfalls leicht zurück; krankheitsbedingte Fehltagelassen bleiben unverändert.

Unser zentraler Befund liegt in der Subgruppenanalyse (Abbildung 2): Bei den 78 Patienten, die der Zweitmeinung folgen, welche von einer Operation abriet, sinken die monatlichen Ausgaben um signifikante 641 bis 704 Euro. Mindestens ebenso aufschlussreich ist, was wir nicht beobachten: In den 18 Folgemonaten finden keine Nachholoperationen statt; Schmerzmedikation und konservative Therapien wie Physiotherapie bleiben unverändert. Im Beobachtungszeitraum reflektieren die Einsparungen damit Überbehandlung – und nicht bloß aufgeschobene Versorgung.

Abbildung 2: Geringere Gesundheitsausgaben

Reduktion der monatlichen Gesundheitsausgaben pro Patient während der 18 Folgemonate, in Euro



Lesehilfe: Balken zeigen den Mittelwert zweier Spezifikationen, Querstriche markieren Unter- und Obergrenze der Bandbreite. Schätzung im Differenz-in-Differenzen-Design gegenüber Patienten, die der Zweitmeinung nicht folgen. Quelle: Ndiaye, Mindl und Wiesen (2026), mimeo.

Die offizielle Evaluation der bestehenden Zm-RL (MHB Brandenburg/revFLect 2024) stützt unsere Befunde: Auch dort verbessert eine in Anspruch genommene Zweitmeinung die informierte Entscheidungsfindung. Einen Effekt auf Versorgungsebene findet der Bericht nicht – bei einer Inanspruchnahme von nur 0,2 bis 0,4 Prozent der relevanten Indikationen rechnerisch auch nicht zu erwarten. Wir messen die Wirkung dort, wo sie sichtbar werden kann – bei den tatsächlichen Nutzerinnen und Nutzern – und liefern den kausalen Nachweis, den eine Makroperspektive nicht erbringen kann.

Das GKV-BStabG 2026: Verpflichtende Zweitmeinung als Reformelement

Vor diesem Hintergrund verdient die Reformarchitektur des GKV-BStabG Aufmerksamkeit. Das Gesamtpaket zielt auf eine GKV-Entlastung von rund 16,3 Milliarden Euro für 2027; den größten Teil tragen Vergütungsbegrenzungen bei Leistungserbringern. Das Zweitmeinungsverfahren wirkt vor allem als strukturelles Qualitätssicherungsinstrument im neuen § 27b SGB V.

Den Anspruch auf eine unabhängige Zweitmeinung kennt § 27b SGB V seit 2015 für eine Liste qualifizierter Indikationen. Neu ist das Pflicht-Element: Bei ausgewählten Eingriffen entsteht künftig nur dann ein Vergütungsanspruch des Operateurs, wenn vor dem Eingriff eine Zweitmeinung dokumentiert ist. Welche Eingriffe unter dieses Abrechnungsverbot fallen, muss der G-BA erst bestimmen – bis 31. März 2027 mindestens einen mengenanfälligen Eingriff, danach jährlich mindestens einen weiteren. Klar geregelt ist die institutionelle Trennung: Die Zweitmeinung darf nicht beim operierenden Arzt eingeholt werden.

Diese Konstruktion entspricht dem Design, dessen Wirksamkeit unsere Forschung belegt: Nicht die bloße Existenz einer zweiten Meinung wirkt, sondern die Trennung von Diagnose und Behandlung. Der Schritt vom Anspruch zur Abrechnungsvoraussetzung ist auch deshalb folgerichtig, weil die freiwillige Regelung praktisch nicht greift: Nur 0,2 bis 0,4 Prozent der relevanten Indikationen führten überhaupt

zu einer formellen Zweitmeinung; richtlinienkonform abgerechnete Aufklärungen liegen bei 8 bis 10 Prozent.

Die Gesetzesbegründung (S. 79) beziffert die jährlichen Minderausgaben auf einen “mittleren zweistelligen Millionenbetrag” ab 2027 – basierend auf der Annahme, dass 10 Prozent der Patienten in den diskutierten Indikationen (Knie, Hüfte, Wirbelsäule, Schulter) sich gegen den Eingriff entscheiden. Vor dem Hintergrund unserer Befunde wirkt diese Annahme vorsichtig kalibriert; eine direkte Hochrechnung verbietet sich aufgrund der Selektion freiwilliger Zweitmeinungsnutzer. Bei sorgfältiger Indikationsauswahl erscheint das fiskalische Potenzial aber eher unter- als überschätzt.

Handlungsempfehlungen

Der Gesetzentwurf setzt in seiner Grundkonstruktion an der richtigen Stelle an, lässt aber Gestaltungsräume offen, die über Erfolg oder Misserfolg entscheiden.

Entscheidend ist, welche Eingriffe der G-BA in die Pflicht aufnimmt. Unsere Befunde sprechen für Indikationen mit hoher Widerspruchsrate und ausgeprägter regionaler Variation – Orthopädie und Neurochirurgie erfüllen diese Kriterien in besonderem Maß. Der G-BA muss seine Auswahl an Mengenindikatoren knüpfen, transparent machen und regelmäßig evaluieren, damit das Instrument nicht zur bürokratischen Formalie verkommt.

Die institutionelle Trennung von Diagnose und Behandlung – das Abrechnungsverbot für den operierenden Arzt als Zweitmeinungsgeber – ist die zentrale Voraussetzung der Wirksamkeit. Programme, die lediglich auf eine weitere Chirurgenmeinung verweisen, ohne die Anreizstruktur zu entkoppeln, reproduzieren das Problem. KVen und Landeskrankenhausesellschaften müssen diese Anforderung in der Vermittlung geeigneter Zweitmeinungserbringer (§ 27b Abs. 5) konsequent umsetzen.

Zugleich gilt es, die Nutzungsbarrieren für Patienten abzubauen. Eine kassenunabhängige Suchplattform existiert mit dem KBV-Portal [116117.de/zweitmeinung](https://www.kbv.de/116117.de/zweitmeinung) bereits, ergänzt um Angebote vieler Krankenkassen – die Inanspruchnahme bleibt dennoch sehr gering. Die im Entwurf vorgesehene Aufklärungspflicht (Vorlauf 10, bei pflichtigen Eingriffen 15 Arbeitstage) ist daher notwendig, aber nicht hinreichend. Entscheidend ist, dass die Zweitmeinung aktiv vermittelt statt nur formal angeboten wird – etwa durch eine direkte Verknüpfung der Aufklärung mit einer Terminvermittlung über die bestehende Plattform. Unsere Ergebnisse zeigen: Informierte Patienten folgen der unabhängigen Zweitmeinung und profitieren davon.

Schließlich braucht die Reform eine konsequente Evaluationsverpflichtung: G-BA und Krankenkassen sollten Inanspruchnahmeraten, Widerspruchsquoten und Operationsraten in den zweitmeinungspflichtigen Indikationen jährlich veröffentlichen. Nur so lässt sich rechtzeitig nachsteuern.

Fazit

Unsere Befunde liefern erstmals belastbare Evidenz dafür, dass strukturierte Zweitmeinungsprogramme Überbehandlung zurückdrängen, ohne Versorgungsschäden zu erzeugen. Das GKV-BStabG greift diese Erkenntnis gesetzgeberisch auf. Ob die Reform ihr Potenzial entfaltet, hängt von einer mutigen Indikationsauswahl, der lückenlosen institutionellen Trennung und einer aktiven Vermittlung der Zweitmeinung an die Versicherten ab. Zweitmeinungen schützen Patienten vor unnötigen Operationen – und entlasten das Versorgungssystem nur dann, wenn die Versicherten sie auch tatsächlich nutzen.

Literatur

Ndiaye, Y. S., Mindl, F. und Wiesen, D. (2026). Second Opinions, Health Care Cost, and Outcomes in Elective Surgery: An Empirical Investigation. Unveröffentlichtes Arbeitspapier, Universität zu Köln.

Bundesregierung (2026). Gesetzentwurf: Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz). Kabinettsbeschluss vom 29. April 2026.

Medizinische Hochschule Brandenburg CAMPUS GmbH und revFLect GmbH (2024). Abschlussbericht: Evaluation der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren gemäß § 10 Zm-RL.