

Ergebnisse und Erkenntnisse aus der Abschlussdiskussion des Innovationsfondsprojekts ZWEIT

# Status quo und Perspektiven der Zweitmeinung

Das vom Innovationsfonds geförderte Projekt ZWEIT (Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse von medizinischen Zweitmeinungsverfahren in Deutschland)<sup>1</sup> (Fördernummer O1VSF18014) zielte einerseits darauf ab, das aktuelle Angebot von Zweitmeinungsverfahren in Deutschland abzubilden und andererseits die Inanspruchnahme und Bedürfnisse einer zweiten Meinung aus Sicht der Patient:innen und Ärzt:innen zu untersuchen.

>> Das Projekt wurde von der Medizinischen Hochschule Brandenburg – Theodor Fontane geleitet (Projektleitung Prof. Dr. E. A. M. Neugebauer). Konsortialpartner waren die Universität Witten/Herdecke, die AOK Nordost, die Medexo GmbH und die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg. Zum Abschluss des Forschungsprojektes wurden die Ergebnisse in einem Symposium am 8. April 2022 in Potsdam präsentiert und diskutiert. Dabei wurden die Forschungsergebnisse anhand zentraler Fragestellungen vorgestellt:

- Kann die telemedizinische Zweitmeinung Versorgungsprobleme auf dem Land lösen und sollte eine gute Zweitmeinung immer persönlich erbracht werden?
- Entspricht das aktuelle Zweitmeinungsangebot den Patientenbedürfnissen?
- Wird die Zweitmeinungsrichtlinie<sup>2</sup> in der Versorgung umgesetzt?
- Sind die Zulassungskriterien für Zweitmeiner angemessen?
- Ist die Zweitmeinungsrichtlinie notwendig oder überflüssig?

Auf Grundlage der unterschiedlichen qualitativen und quantitativen Zugänge der einzelnen Teilstudien lässt sich zusammenfassen:

- Die persönliche Zweitmeinung wird sowohl von Patient:innen als auch von der Bevölkerung als das Ideal angesehen. Darüber hinaus werden auch andere Arten der Zweitmeinungserbringung bspw. schriftlich, per Telefon oder per Videosprechstunde bevorzugt bzw. als ausreichend bewertet.
- Telemedizinische Zweitmeinungen könnten geeignet sein, Versorgungslücken wie bspw. eingeschränkte Mobilität der Patient:innen oder mangelnde Terminmöglichkeiten bei Fachärzt:innen zu überbrücken.
- Das aktuelle Zweitmeinungsangebot entspricht nur teilweise den Patientenbedürfnissen. Eine unzureichende Informationsvermittlung von existierenden Zweitmeinungsangeboten wurde offensichtlich.
- Das Einholen einer Zweitmeinung ist grundsätzlich relevant und wird in der Versor-

gung bereits von Patient:innen genutzt. Neben der Inanspruchnahme von Zweitmeinungsprogrammen der Krankenversicherungen oder telemedizinischen Zweitmeinungen, wird von Patient:innen vom Recht der freien Arztwahl Gebrauch gemacht und eine informelle Zweitmeinung eingeholt.

- Die 2018 eingeführte Zweitmeinungsrichtlinie wird aktuell in der Versorgung bisher nicht entsprechend ihrer Vorgaben umgesetzt. Aus der Perspektive der Ärzt:innen werden die Qualifikationskriterien für den Zweitmeiner-Status kritisch bewertet, vor allem jenes zur Lehrbefugnis wird abgelehnt.
- Die Zweitmeinungsrichtlinie fördert (bisher) nicht, dass Zweitmeinungen bzw. Zweitmeinungen auf strukturierte Weise eingeholt werden. Etablierte Möglichkeiten **eine** Zweitmeinung einzuholen, werden durch die Zweitmeinungsrichtlinie eingeschränkt.

**Auf der Homepage der MBH<sup>3</sup> steht eine Zusammenfassung der Ergebnisse der einzelnen Forschungsfragen zur Verfügung und ermöglichen durch die verknüpften Tonspuren eine Nachverfolgung des Symposiums.**

Die zum Abschluss des Symposiums durchgeführte Podiumsdiskussion kontextualisierte die zuvor vorgestellten Projektergebnisse, pointierte die identifizierten Herausforderungen und Ressourcen des Status quo ebenso, wie sie potenzielle zukünftige Entwicklungen adressierte.

Unter der Moderation von Dr. Matthias Fichtmüller waren an der Podiumsdiskussion folgende Personen beteiligt: Dr. Katharina Graffmann-Waschke (Leiterin der AOK Pflege Akademie), Dr. Henning Thole (Kassenärztliche Bundesvereinigung), Dr. Jan Loh (Geschäftsführer Medexo GmbH), Dr. Ilona Köster-Steinebach (Patientenvertreterin, Dt. Sepsis Stiftung), Dr. Daniel Schrednitzki als Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie und Orthopädie (DGOU) (Oberarzt der Klinik für Operative Orthopädie der Sana Kliniken Sommerfeld).

## Zweitmeinung – Status quo

Patient:innen haben einen im 5. Sozialgesetzbuch nach §27b kodifizierten Anspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) verfügt in der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren<sup>2</sup> die administrative und organisatorische Ausgestaltung dieses Gesetzes und gibt die Begrenzung dieses Rechtsanspruches in Bezug auf spezifische Indikationsstellungen vor.

Die Zweitmeinungsrichtlinie, die als Handlungsvorschrift mit bindendem Charakter §27b umsetzt, führte initial zu viel Kritik, wie beispielsweise der bisherigen Begrenzung nur auf wenige Indikationsstellungen oder der Intention, eine Mengenausweitung zu verhindern. Bis dato existierte daneben jedoch auch die sogenannte graue Zweitmeinung: die nicht standardisierte, freie Arztwahl nach bereits erfolgtem Arztbesuch in identischer Angelegenheit.

Diese gelebte Zweitmeinungspraxis übe unmittelbare Belastungen bspw. durch Mehrfachbefundungen auf das Gesundheitssystem aus und führe auf Patientenebene bspw. zur Verzögerung eigentlich zeitkritischer Interventionen. Um die Versorgung zu optimieren, sollten folgende Daten kontinuierlich und systematisch erhoben werden: Wieso wurde eine zweite Meinung eingeholt? Welche Art der Zweitmeinung wurde eingeholt? Handelt es sich um eine graue Zweitmeinung oder eine Zweitmeinung nach Richtlinie? Warum ergaben sich Abweichungen in der Indikationsstellung? Diese und andere Reflexionen ermöglichen erst die ökologische Validität dieser Regelung einzuschätzen und entsprechend zu erhöhen.

Abweichungen in der Indikationsstellung zur Operation bei elektiven Eingriffen müssen nicht zwingend im Krankheitsbild zu ver-

1: Weiterführende Projektinformationen:

<https://www.mhb-fontane.de/zweit.html>

2: Richtlinie über die Konkretisierung des Anspruchs auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung gemäß § 27b Absatz 2 SGB V – Zm-RL

3: <https://www.mhb-fontane.de/symposium-zweit.html>



Im Vordergrund das ZWEIT-Team der MHB (v.li.n.re.): Prof. Dr. Edmund Neugebauer, Alexander Alexandrov, Dunja Bruch, Nadja Könsgen, Dr. Barbara Prediger, Susann May, Katrin Toptschian, Dr. Felix Mühlensiepen. Im Hintergrund Teilnehmende der Podiumsdiskussion: Dr. Henning Thole, Kassenärztliche Bundesvereinigung; Dr. Ilona Köster-Steinebach, Patientenvertreterin, Dt. Sepsis-Stiftung; Dr. Katharina Graffmann-Weschke, Leiterin der AOK Pflege Akademie; Dr. Matthias Fichtmüller, Moderation; Dr. Daniel Schrednitzki, geschäftsführender Leitender Oberarzt der Klinik für Operative Orthopädie der Sana Kliniken Sommerfeld. Foto: Charlotte Kugler.

orten sein. Eine Vielzahl weiterer Faktoren wie regulatorische und ökonomische Aspekte sowie Unterschiede in der Berücksichtigung von Patientenpräferenzen (z. B. hinsichtlich einer partizipativen Entscheidungsfindung) können die Diagnosestellung signifikant beeinflussen.

Dabei sei das eigentliche Konstrukt einer Zweitmeinung wünschenswert und wertvoll, weil sie dem Umstand der zunehmenden Komplexität der Diagnosestellungen Rechnung trage, die Patientensicherheit erhöhe und durch die Standardisierung nicht einem zweiten Arztbesuch gleichzusetzen sei. Die zweite Meinung verhindere eine Limitierung auf eine sich aus der Präferenz des Diagnostizierenden ergebende Therapieform. Weiterhin sichere sie durch den möglichen Einbezug hochspezialisierter Expert:innen unter Umständen die Wahl des medizinisch richtigen Weges auch in allgemeiner orientierten

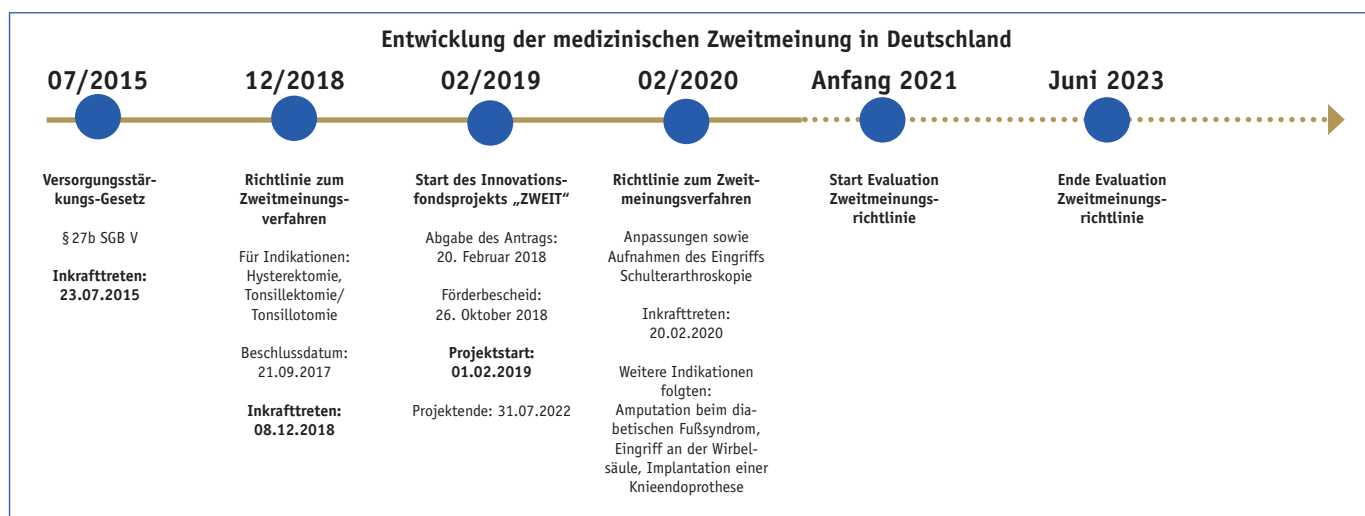
Institutionen. Auch eine stärkere Implementierung der Leitlinien in der Peripherie könne ein Zweitmeinungsverfahren nicht ersetzen: Eine gute Leitlinie zeige zwar wählbare Optionen, respektive verschiedene Handlungskorridore auf und solle explizit auch die Patientenpräferenzen berücksichtigen. Leitlinien unterschieden sich jedoch nicht nur durch diese Architektur von den Richtlinien, sondern auch durch die fehlende Rechtsverbindlichkeit.

### Das hehre Ziel der informierten und partizipativen Entscheidungsfindung

Auch seien Redundanzen, wenn bewusst eingesetzt, zielführend: Zweitmeinungen zielten weniger auf eine qualitative Beurteilung der Erstbefundung oder einer weiteren Erläuterung des geplanten Eingriffs ab. Vielmehr ginge es darum, Verständnis

für die Erkrankung zu erzeugen. Durch ein gemeinsames Erörtern der Therapieoptionen vor dem Hintergrund des individuellen Beschwerdebildes mit zugrunde liegender objektiver Befundung könne eine gemeinsame Entscheidung gefällt werden, die zum bisherigen Leben unter Umständen auch mit bestimmten Beschwerden oder Mitwirkungspflichten zu leben, passe.

Gelinge diese Entscheidungsfindung im Rahmen der Erstbefundung nicht, könne eine andere Art des Erklärens, ein anderer fachlicher Zugang oder auch ein Einbezug weiterer relevanter Professionen im Rahmen einer Zweitmeinung zum Gelingen dieser Problempriorisierung notwendig werden. Jedoch wendet sich § 27b durch seine Webart an Ärzt:innen und verhindert eine Konsultation nichtärztlicher Fachgruppen und damit letztlich eine integrale, professionsübergreifende Beratung.



Diese partizipative Entscheidungsfindung mit gemeinsam verantworteter Übereinkunft bedingt idealiter gesundheitskompetente Patient:innen, nur: Die hohe Fähigkeit aus den zur Verfügung stehenden Informationen die für sich richtigen Konsequenzen zu ziehen, kann nicht in allen Fällen vorausgesetzt werden. Zwei voneinander abweichende Indikationsstellungen dürften auch bei hoher Gesundheitskompetenz herausfordern. Und: Die Kernkomponenten einer partizipativen Entscheidungsfindung ist die gleichberechtigte Partnerschaft der Beteiligten. Diese Beziehung jedoch erfährt eine starke Belastung aus der gesetzlich kodifizierten Zielsetzung der Zweitmeinung: Eine Verhinderung der Indikationsausweitung planbarer Eingriffe.

Eine solche Verantwortung darf nicht bei den Patient:innen, sondern muss systemimmanent verortet werden, ein Kritikpunkt an § 27b von Beginn an. Additiv konfrontiert dieses Ziel Anstrengungen zur Beurteilung des aus Gesetz und Richtlinie resultierenden Zweitmeinungsverfahrens: Da im Rahmen von Notfällen nicht den einzuhaltenden Wartezeiten entsprochen werden kann, sind in der Zweitmeinungsrichtlinie, die als Handlungsvorschrift mit bindendem Charakter § 27b umsetzt, relative Indikationen adressiert. Diese sind charakterisiert durch heterogene, vielschichtige Behandlungsmöglichkeiten. Ein rein binärer, quantitativer Outcome-Parameter wie Operationszahlen oder Komplikationsraten können das Geschehen nicht suffizient abbilden respektive als alleiniges Qualitätskriterium herangezogen werden. Wenn das Ziel eine qualitativ hochwertige partizipative Entscheidungsfindung ist, sollte den möglicherweise differierenden Qualitätsebenen aus Arzt- und Patientensicht entsprochen werden.

### Zweitmeinungsverfahren ohne Assoziation zur G-BA-Richtlinie

Das Ziel der informierten Entscheidungsfindung, auch für die nicht von der Richtlinie abgedeckten Indikationen, nicht aber das der Reduktion der Mengenausweitung, verfolgen explizit weitere, zunehmend etablierte, privatwirtschaftliche Angebote einer Zweitmeinung. Deren Ausgestaltung unterliegt nicht der Zweitmeinungsrichtlinie: Die asynchron erfolgende Zweitmeinung bspw. des Anbieters Medexo sichert Patient:innen ebenfalls Zeit in ihrer Entscheidungsfindung zu. Sie supportiert diese durch das Ziel des möglichst ausführlichen Informations- und Aufklärungsangebots hinsichtlich Erkrankung und Therapieoptionen. Darüber hinaus werden die Auswirkungen durch Einbezug von Patient-Reported-Outcomes und Experience Measures z. B. hinsichtlich gesundheitsbezogener Lebensqualität über Betrachtungszeiträume von mehr als zwölf Monaten evaluiert. Während die Zweitmeinung nach § 27b SGB V und darauf basierender Richtlinie mündlich, damit synchron, zu erfolgen hat, können privatwirtschaftliche Zweitmeinungen asynchron, schriftlich nach Aktenlage erstellt werden. Diese Dienstleister verstehen sich klar als unabhängige, ergänzende Begutachter, nicht als Ferndiagnostiker.

### Zweitmeinung – Quo vadis?

Klar scheint zu sein: Das aktuelle Angebot der Zweitmeinung muss weiter reflektiert und zwingend faktenbasiert überarbeitet werden. Dabei könnte die Richtlinie als Kristallisationspunkt und Katalysator für notwendige Modifikationen dienen. In Summe konnte das Projekt „ZWEIT“ Stellschrauben identifizieren, auf deren Basis eine fakten-

basierte Modifikation des Zweitmeinungsverfahrens initiiert werden könnte. Dabei ist dem trilateralen Spannungsgefüge aus Politik, Patient:innen und Ärzt:innen, in das das Zweitmeinungsverfahren hineinkonstruiert wurde, Rechnung zu tragen: Beispielsweise müssten

- 1) Patient:innen ihren Lastenkatalog für eine gelingende Beratung erstellen und einbringen dürfen
- 2) Handwerkliche Fragestellungen in den Regelungen reflektiert werden: eine Abrechnung einer erfolgten Leistung sollte nicht an die Bedingung geknüpft sein, dass Patient:innen ihre Unterlagen abholen, sondern an ihrer Erbringung
- 3) Umstände wie die kontroverse Verschränkung einer Zulassung zum Zweitmeinenden mit der Lehr- und Weiterbildungsbezugnis neu bewertet werden
- 4) Die geringe Anzahl an zugelassenen zweitmeinenden Ärzt:innen vor allem im ambulanten Setting verstanden werden.

Weiterhin bedürfe es einer Standardisierung der Art der Entscheidungsfindung, bezogen auf Beratung, Aufklärung und Befundung. Zugänglichkeit und Zugriff auf bereits bestehende Befunde und Diagnosen bedürfen einer Operationalisierung. Die Erfahrungen der letzten Jahre lassen eine digitale Umsetzung vielversprechend erscheinen. Die elektronische Patientenakte verfüge theoretisch über dieses Potenzial, jedoch: Aufgrund datenschutzrechtlich wertvoller regulatorischer Limitationen, wie die der Verortung der Datenhoheit bei den Nutzer:innen, verbleibt stets offen, inwiefern gestellte Diagnosen und Indikationen vollständig abgespeichert wurden.

Der Wunsch nach Standardisierung scheint dabei nicht auf den Bereich der Zweitmei-

nung begrenzt: Die partizipative Entwicklung und Etablierung valider Standards für Erst- und Zweitmeinungen, für die Darstellung der Erkrankungen, der Diagnosen und der Behandlungsalternativen müsse vorangetrieben werden. Dies gelte ebenso für die Gesprächsdokumentationen, die Patientenpräferenzen, der Umgang mit Entscheidungsunsicherheit, ergänzt um Patient Reported Outcome und Experience Measures (PROMS & PREMS). Diese Anstrengungen sollten durch Überlegungen zur Einbeziehung der Gesundheitskompetenz von Leistungserbringern und Patient:innen erweitert werden.

Das laufende Evaluationsprojekt zur G-BA-Richtlinie (Eva-ZWEIT), in dem die Medizinische Hochschule Brandenburg in Zusammenarbeit mit der Revflect GmbH die Zweitmeinungsrichtlinie hinsichtlich der Implementierung und des Nutzens für die informierte Entscheidungsfindung evaluiert, wird weitere Einblicke in die aktuelle Versorgungspraxis geben.

Für die Teilnahme an der Podiumsdiskussion und den regen Austausch zum Thema Zweitmeinung möchten wir an dieser Stelle noch einmal allen Beteiligten danken. <<

von:

Susann May<sup>1</sup>,

Dr. Robert Darkow<sup>2</sup>,

Dr. Felix Mühlensiepen<sup>1</sup>,

Naja Könsgen<sup>3</sup>,

Dunja Bruch<sup>1</sup>,

Dr. Barbara Prediger<sup>3</sup>,

Alexander Alexandrov<sup>1</sup>,

Prof. Dr. Dawid Pieper<sup>1</sup>,

Dr. Matthias Fichtmüller<sup>4</sup>,

Univ. Prof. Dr. Prof. h.c. Dr. h.c. Edmund Neugebauer<sup>1</sup>

1: Zentrum für Versorgungsforschung der Medizinischen Hochschule Brandenburg, Rüdersdorf.

2: FH JOANNEUM, Department für Gesundheit, Graz, Austria.

3: Institut für Forschung in der Operativen Medizin Universität Witten/Herdecke, Köln.

4: Vorstand Verein Oberlinhaus, Potsdam.

#### Korrespondenzadresse

Univ.-Prof. Dr. Prof. h.c. Dr. h.c.  
Edmund A.M. Neugebauer  
Seniorprofessor für Versorgungsforschung  
Past-Präsident der MHB  
Medizinische Hochschule Brandenburg – Theodor Fontane (MHB)  
Campus Neuruppin, Haus O, R. 302.3  
Fehrbelliner Str. 38  
16816 Neuruppin  
Tel. 03391 39 14100/14181  
E-Mail: edmund.neugebauer@mhb-Fontane.de

## Innovationsfondsprojekt „ZWEIT“

Ziel des Projekts ist es, valide Kriterien für Zweitmeinungsverfahren zu entwickeln, die den Bedürfnissen der Patient:innen entsprechen, die Gesundheitskompetenz steigern und zur informierten Entscheidungsfindung beitragen. Sie können den Patient:innen durch weiterführende Informationen bei der Entscheidungsfindung unterstützen und sind geeignet, das Vertrauen in die Arzt-Patientenbeziehung zu stärken.

In einem ersten Schritt soll eine bundesweite Bestandsaufnahme von Zweitmeinungsverfahren von 110 gesetzlichen und 38 privaten Krankenkassen durchgeführt werden. Danach erfolgt eine Bedarfsanalyse aus Sicht der Allgemeinbevölkerung, ausgewählter Patientengruppen, Mitgliedern von Selbsthilfegruppen sowie von Ärzt:innen. Diese Bedarfsanalyse ist auf den Raum Berlin-Brandenburg begrenzt. Die erhaltenen Daten aus den Befragungen werden qualitativ und quantitativ ausgewertet und mit Experten diskutiert. Daraus werden dann Erfolgskriterien abgeleitet. Das Projekt wird für 42 Monate mit insgesamt ca. 1,33 Millionen Euro gefördert.

Im Erfolgsfall werden die gewonnenen Erkenntnisse zukünftig die Zweitmeinungsverfahren verbessern, die patientenzentrierte Medizin fördern und dabei helfen, die G-BA-Richtlinie zu Zweitmeinungsverfahren weiterzuentwickeln.

#### Konsortialführung/Antragsteller:

Medizinische Hochschule Brandenburg – Theodor Fontane

#### Konsortialpartner

IFOM der Universität Witten/Herdecke

AOK Nordost

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg

Medexo GmbH

#### Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats:

Prof. Dr. Gerd Glaeske, Universität Bremen (†)

Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Härter, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Prof. Dr. Nicole Ernstmann, Universität Bonn

Dr. Dominik von Stillfried, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

Dr. med. Monika Nothacker, MPH, AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement

Dr. Ilona Köster-Steinebach, Sepsis Stiftung



#### Zitationshinweis

Neugebauer et al.: „Status quo und Perspektiven der Zweitmeinung“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/22), S. 50-54. <http://doi.org/10.24945/MVF.04.22.1866-0533.2426>