2 Die ärztliche Zweitmeinung im deutschen Gesundheitssystem – Betrachtung der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung und empirische Analyse der Gesellschaft

Kathrin Eder, Lisa Gutmann und Volker Nürnberg

Zusammenfassung

Im andauernden Kampf mit den steigenden Kosten im Gesundheitswesen interessieren sich Krankenversicherungen für die Option der ärztlichen Zweitmeinung, vor allem um vermeidbare Ausgaben für kostspielige operative Eingriffe zu reduzieren. Experten bemängeln längst die hohe Operationsrate in deutschen Kliniken, die aus medizinischer Sicht nicht immer zwingend notwendig ist und oftmals ökonomischen Anreizen zugeschrieben wird. Durch einen weiteren Arztbesuch entstehen auf kurze Sicht Mehrkosten, jedoch könnten auf diese Weise Alternativen identifiziert werden, die langfristig niedrigere Behandlungskosten

K. Eder (✉)
Pécs, Ungarn
E-Mail: Eder.kathrin@gmx.de

L. Gutmann
München, Deutschland
E-Mail: lisa_gutmann@gmx.de

V. Nürnberg
Karlsbad, Deutschland
E-Mail: volker.nuernberg@fham.de

© Springer Fachmedien Wiesbaden 2016

V. Nürnberg (Hrsg.), *Die ärztliche Zweitmeinung,*
DOI 10.1007/978-3-658-11567-8_2

mit sich bringen. Im Rahmen dieser empirischen Arbeit wurden 130 Personen befragt, um Kenntnisse zum Thema ärztliche Zweitmeinung zu gewinnen. Die Untersuchung stellt dar, wie wichtig Versicherten die Option der ärztlichen Zweitmeinung ist und ob sie diese Möglichkeit kennen und bereits nutzen. In einem weiteren Schritt ist der Aspekt der Kostenersparnis und des Nutzens für das deutsche Gesundheitssystem eine interessante Untersuchungsthese.

2.1 Behandlungs- und Diagnosefehler in der Medizin

Kopfschmerzen, Bluthochdruck oder Rückenschmerzen: Tagtäglich nehmen Millionen Menschen das deutsche Gesundheitssystem in Anspruch und lassen sich – auf der Suche nach der geeigneten Schmerzlinderung – untersuchen und behandeln.

Nie war das Gesundheitswesen weiter entwickelt als jetzt. Der medizinisch-technische Fortschritt, sowie moderne Diagnoseverfahren erlauben, einst tödliche Krankheiten zu heilen oder zu kontrollieren. Doch je komplexer dieses System mit unbegrenzten Möglichkeiten ist, desto anfälliger wird es für Fehler. Sich zu irren und Fehler zu begehen ist menschlich, doch gerade in der Medizin kann ein Fehler schwerwiegende Folgen nach sich ziehen. So lassen sich auch Behandlungsfehler nie vollends vermeiden, auch wenn Ärzte und Kliniken die Qualitätsstandards zunehmend verbessern.

Voneinander abzugrenzen sind die Begrifflichkeiten „Behandlungsfehler“ und „Diagnosefehler“. Laut dem Bundesministerium für Gesundheit versteht man unter einem Behandlungsfehler „eine nicht ordnungsgemäße, d. h. nicht den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden allgemein anerkannten medizinischen Standards entsprechende Behandlung (…)“ (Bundesministerium für Gesundheit 2014), welche alle ärztlichen Tätigkeitsbereiche betreffen kann. Dabei kann es sich um Fehlverhalten medizinischen Charakters, organisatorischer Abläufe oder zuarbeitender Personen, wie z. B. Pflegepersonal handeln. Auch bereits fehlende, unvollständige oder unverständliche Aufklärung über Eingriffe und deren Risiken stellt eine Verletzung des Behandlungsvertrags dar und kann Schadensansprüche des Patienten zur Folge haben (Bundesministerium für Gesundheit 2014).

Der Diagnosefehler definiert sich durch das fehlende Erkennen oder eine unzureichende Auswertung von Krankheitssymptomen, durch nicht abgeklärte Verdachtsdiagnosen oder die mangelhafte Erhebung von Befunden. Wie auch im Rahmen eines Behandlungsfehlers können bei einem Diagnosefehler vom Patienten Schadensansprüche gegen den Behandelnden gefordert werden.

Zusammenfassend und für beide Begrifflichkeiten geltend, lässt sich sagen, dass „jede ärztliche Maßnahme, die gegen die Regeln der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung verstößt und die gebotene Sorgfalt vermissen lässt (…)“ (Zunker o. J.) vermieden werden will, um Folgen für Patient und Arzt sowie Kosten für das deutsche Gesundheitssystem zu sparen (Zunker o. J.). In folgender Arbeit wird ausschließlich als einheitliche Begrifflichkeit der Behandlungsfehler verwendet.

Eine genaue Zahl der Behandlungsfehler ist schwer einzuschätzen und liegt laut Bundesministerium bei 40.000 bis 170.000 Fehlern pro Jahr, was hohe Kosten für das Gesundheitssystem mit sich bringt. Da die Anzahl der durchgeführten Operationen in Deutschland mit 15,8 Mio. Eingriffen stetig ansteigt, wachsen die Behauptungen, die Entwicklung sei finanziellen Anreizen aufseiten der Krankenhäuser geschuldet (AOK Gesundheitskasse 2014). Nicht nur aus diesem Grund wird die Forderung zunehmend lauter, vor einer Operation oder bei Zweifeln an der Diagnose des Arztes, eine Zweitmeinung eines anderen Mediziners einzuholen. Warum diese Möglichkeit des Gesundheitssystems nicht häufiger Anwendung findet, soll mittels einer empirischen Untersuchung dargestellt werden.

2.1.1 Zielsetzung

Basierend auf vorhergehend erläuterte Grundlagen kann die Vermutung aufgestellt werden, dass die Kosten für das deutsche Gesundheitssystem mit verbreiteter Inanspruchnahme von ärztlicher Zweitmeinung gesenkt werden könnten. Somit entstehen zwar höhere Kosten durch einen weiteren Arztbesuch, jedoch könnten auf diese Weise Alternativen mit niedrigeren Behandlungskosten gefunden werden. Im Rahmen dieser empirischen Analyse wurden 130 Personen befragt, um fundierte Kenntnisse zum Thema ärztliche Zweitmeinung zu gewinnen. Mittels einer empirischen Untersuchung soll beantwortet werden, wie wichtig Versicherten die Option der ärztlichen Zweitmeinung ist und ob sie diese Möglichkeit kennen und nutzen. Besonders interessant ist dabei der Aspekt der Kostenersparnis und des Nutzens für das Gesundheitssystem.

2.2 Die ärztliche Zweitmeinung

2.2.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen

Angesichts der enorm ansteigenden Zahl an durchgeführten Operationen in Deutschland, wurde die Forderung nach einer gesetzlichen Regelung zur ärztlichen Zweitmeinung in der Vergangenheit zunehmend lauter. Ziel sollte unter

anderem die Überprüfung oder gar Reduktion der kostspieligen Eingriffe sein, da sich häufiger der Verdacht bestätigt, die rasant steigende Zahl gehe auf wirtschaftliche Interessen zurück. Schließlich werden operative Eingriffe weitaus besser vergütet als konservative Behandlungen, welche medikamentöse und physikalische Therapieformen umfassen (Nithard et al. 2013).

Bereits in der Charta der Patientenrechte von 1999 wurde das Patientenrecht auf eine ärztliche Zweitmeinung gefordert, jedoch nur im Zusammenhang mit den damit verbundenen Kosten für die Versicherten (Hart 2003). Eine gesetzliche Regelung zum Thema Zweitmeinung gab es jedoch lange Zeit nicht. Im Laufe der Jahre und mit Entwicklung der Gesundheitspolitik wurde Ende des Jahres 2014 der Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) beschlossen. Das Gesetz zielt in erster Linie auf die Sicherstellung einer gut erreichbaren medizinischen Versorgung auf hohem Niveau ab und beinhaltet darüber hinaus die Regelung der Zweitmeinung zur Erweiterung der Leistungsansprüche für Versicherte (Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit 2014). Demnach erfolgte eine Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, indem „§ 27b Zweitmeinung“ eingefügt wurde.

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – kurz GKV-VSG – stellt die Weiterentwicklung der eingeleiteten Maßnahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes aus dem Jahre 2011 dar und gilt als Reaktion auf „die demographische Entwicklung, neue Möglichkeiten der Behandlung, die sich aus dem medizinisch-technischen Fortschritt ergeben, sowie unterschiedliche Versorgungssituationen in Ballungsräumen und strukturschwachen Regionen“ (Gesetzesentwurf der Bundesregierung 2014). Mit Änderung des Gesetzesentwurfs sollen Versicherte einen „Anspruch auf die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung bei bestimmten planbaren Eingriffen [erhalten, um sicher zu gehen], dass nur solche Eingriffe durchgeführt werden, die auch tatsächlich medizinisch notwendig sind“ (Gesetzesentwurf der Bundesregierung 2014). Zudem legt der gemeinsame Bundesausschuss fest, dass „die Zweitmeinung (…) nicht bei einem Arzt oder einer Einrichtung eingeholt werden [darf], durch den oder durch die der Eingriff durchgeführt werden soll“ (Gesetzesentwurf der Bundesregierung 2014), wodurch Objektivität und Reliabilität des zweiten Befundes gegeben werden soll. Die Ergebnisse sollen somit unabhängig vom Messenden sein und eben auch im besten Fall dieselben Messwerte ergeben wie bei der Erstdiagnose.

Das Recht der Versicherten nach § 27b SGB V eine ärztliche Zweitmeinung einzuholen, erfordert unvermeidlich hohen organisatorischen Aufwand. Den entstehenden Mehrleistungen stellt der Gesetzesentwurf die „erheblichen Einsparungen durch eine Vermeidung medizinisch nicht indizierter operativer Eingriffe gegenüber“. In

welcher Höhe die Mehrausgaben und Einsparungen liegen, wird jedoch nicht quantifiziert (Gesetzesentwurf der Bundesregierung 2014). Um Einsparungen durch die reduzierte Anzahl an Operationen und Verhinderung von Fehlbehandlungen zu bewirken, muss neben der Aufnahme im Sozialgesetzbuch das Thema ärztliche Zweitmeinung nun auch vermehrt in der Bevölkerung kommuniziert werden.

2.2.2 Ärztliche Zweitmeinung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Im andauernden Kampf mit den steigenden Kosten im Gesundheitswesen sind besonders die gesetzlichen Krankenversicherungen an Einsparungen interessiert und unterstützen die Option der Zweitmeinung, um Versicherte vor vermeidbaren Indikationsausweitungen zu schützen. Experten bemängeln längst die hohe Operationsrate in deutschen Kliniken, die aus medizinischer Sicht nicht zwingend notwendig und oftmals ökonomischen Anreizen geschuldet ist (Der Spiegel 2013). Angesichts der Entwicklung vollstationärer Fälle, die in deutschen Krankenhäusern im Zeitraum von 2007 bis 2012 von 17,2 auf 18,6 Mio. und somit um 8,4 % angestiegen ist (Hamburg Center for Health Economics 2014), lassen sich die immensen Ausgaben für Krankenhausbehandlungen erklären: Im Jahre 2013 wurden hierfür knapp 65 Mrd. EUR ausgegeben, was zirka ein Drittel aller Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bedeutet (Abb. 2.1) (GKV-Spitzenverband 2014).

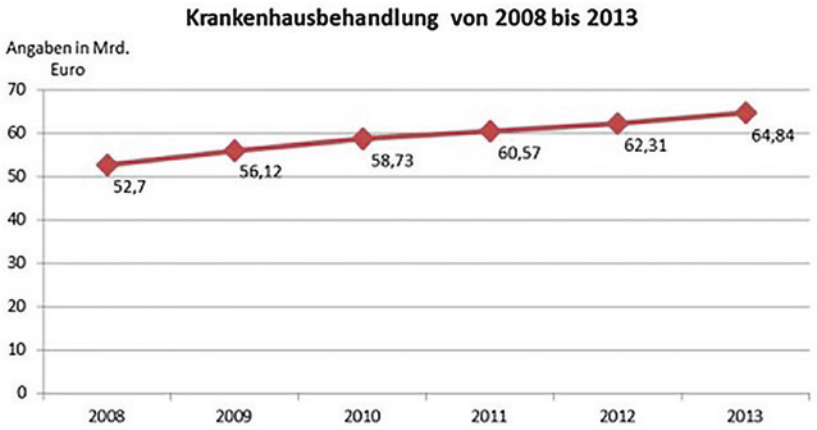


Abb. 2.1 Ausgaben der GKV für Krankenhausbehandlungen von 2008 bis 2013

Demnach sind Aufklärung und Angebote zur ärztlichen Zweitmeinung im Umfeld der GKVs nicht erst seit der gesetzlichen Regelung umfangreich. Die Techniker Krankenkasse (TK) als größte deutsche GKV (Handelsblatt 2014) bietet ausführliche Informationen und innovative Maßnahmen zum Thema Zweitmeinung. Auf der Internetseite schildert die Kasse den Versicherten das Recht zum Einholen einer zweiten Meinung und stellt verschiedene Optionen dar, beispielsweise das „Zweitmeinungstelefon", wodurch rund um die Uhr eine qualifizierte Beratung per Telefon möglich ist. Unter dieser Telefonnummer sind geschulte Fach- und Allgemeinmediziner zu Fragen bezüglich Gesundheitsproblemen, Medikamenten und Therapieoptionen erreichbar und sollen zeitnah Aufklärung ermöglichen. Auf diese Weise sollen lange Wartezeiten bei dem Facharztbesuch vermieden und vor allem Versicherten im ländlichen Raum längere Anfahrtswege abgenommen werden. Die Option der Zweitmeinung ersetzt nicht in jedem Fall eine persönliche Untersuchung beim Facharzt. Sie kann aber schnell und unkompliziert bei gewissen Fragestellungen weiterhelfen. Zusätzlich bietet die Kasse die Möglichkeit, bereits vorliegende Befunde an das TK-Ärztezentrum zu senden und nach Unterlageneingang in einem Rückruf umfassende Erläuterungen von einem Arzt zu erhalten (Techniker Krankenkasse 2010).

Zu dem aktuellen Thema der Wirbelsäulenoperationen bietet die TK einen besonderen Zweitmeinungsservice. Neben dem allgemeinen Anstieg der Operationen in Deutschland ist insbesondere die Entwicklung der Wirbelsäuleneingriffe enorm – diese haben sich von 2005 bis 2010 mehr als verdoppelt (Abb. 2.2) (Tamm 2013).

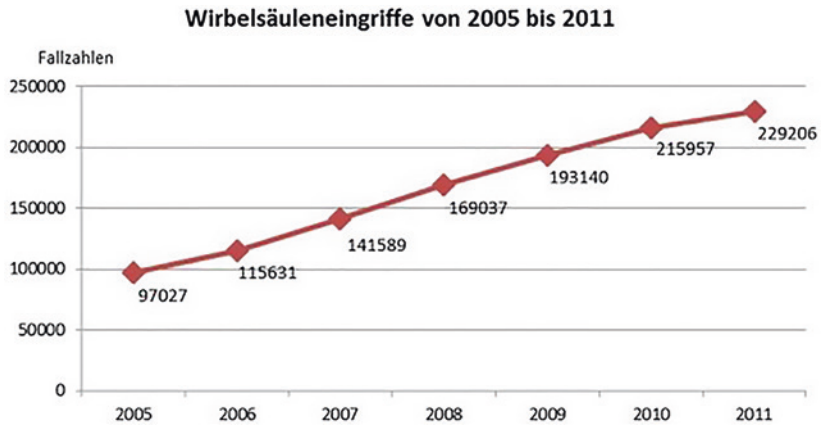


Abb. 2.2 Wirbelsäuleneingriffe in Deutschland von 2005 bis 2011

Um den daraus resultierenden Kosten und einem weiteren Operationsanstieg gegenzulenken, wird den TK-Versicherten eine spezielle Zweitmeinung vor Wirbelsäuleneingriffen angeboten. Demnach besteht für Patienten die Option, bundesweit in einem der kooperierenden 30 Schmerzzentren für Rückenerkrankungen eine fundierte ärztliche Zweitmeinung zu erhalten. Unter der Zusammenarbeit von Schmerz-, Physio- und Psychotherapeuten werden alternative Therapieoptionen untersucht und häufig die geplante Operation abgewendet. Besonderer Vorteil ist die kurze Wartezeit in einem der Schmerzzentren: Termine werden innerhalb von zwei Tagen erteilt (TKK 2010).

Neben der Techniker Krankenkasse bieten auch die AOK, die Barmer GEK oder die DAK Gesundheit ihren Versicherten ein umfangreiches Angebot an Zweitmeinungen. Wie im Gesetzesentwurf erläutert, können diese Maßnahmen der GKVs als Realisierung der zuvor erwähnten Kostenersparnis gesehen werden, welche unter anderem durch die Vermeidung von operativen Eingriffen erreicht werden soll.

2.2.3 Ärztliche Zweitmeinung in der privaten Krankenversicherung

Verglichen mit den gesetzlichen Kassen, wird der Umgang mit ärztlicher Zweitmeinung in der privaten Krankenversicherung (PKV) nicht eindeutig erkenntlich. Auch wenn GKVs regelrecht mit der Option der Zweitmeinung werben und großes Interesse an der Beanspruchung ihrer Versicherten zeigen, lässt sich diesbezüglich keine einheitliche Vorgabe aufseiten der PKVs finden.

Folgender Absatz der Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung des Verbands der Privaten Krankenversicherung gibt Auskunft über die Einschränkungen der Leistungspflicht:

> Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme (…) das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. 2009).

Sofern nicht individuell vertraglich festgelegt, garantiert die PKV ihren Versicherten keine Kostenübernahme bei zusätzlichen Forderungen durch eine ärztliche Zweitmeinung.

Das unterschiedliche Interesse der deutschen Krankenversicherungen ist mit deren Prinzipien zu erklären: GKVs pflegen das Solidaritätsprinzip, wodurch eine Umverteilung und Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken, Jungen und Alten und besser und schlechter Verdienenden erfolgt (Deutsche Sozialversicherung o. J.). Somit bleibt bei Kostenreduktion durch vermeidbare Operationen mehr Geld zur Verfügung, das die Krankenkasse an anderer Stelle einsetzen kann. Die PKVs dagegen verfolgen das Kostendeckungsprinzip, was bedeutet, dass jeder Versicherte mittels seines individuellen Beitrags das persönliche Risiko deckt (Waltermann 2014). Demzufolge kann die Mehrkostenübernahme für Zweitmeinungen individuell im Leistungskatalog aufgenommen oder dem Versicherten zusätzlich in Rechnung gestellt werden, sofern sie das „medizinisch notwendige Maß“ (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. 2009) übersteigen sollten. Da im Bereich der privaten Versicherungen noch kein einheitlich geltender Umgang mit der Kostenübernahme für Zweitmeinungen getroffen wurde, sollten Versicherte vor dem Arztbesuch Rücksprache mit ihrer Versicherung halten.

2.3 Empirische Untersuchung

Um die Meinung der Bevölkerung abbilden zu können, wurde eine empirische Untersuchung mittels eines Fragebogens durchgeführt. Dabei wurde versucht, die Einstellung von gesetzlich und privat Versicherten einzuholen und die aktuelle Lage in Bezug auf ärztliche Zweitmeinung zu ermitteln.

2.3.1 Bildung der Hypothesen

Anhand der empirischen Untersuchung sollte die allgemeine Einstellung der deutschen Bevölkerung zum Thema „ärztliche Zweitmeinung“ ermittelt werden. Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben hat jeder Versicherte in Deutschland die Möglichkeit, bei einem medizinischen Anliegen eine zweite Meinung einzuholen.

In Abb. 2.1 und 2.3 kann man erkennen, dass es rund 73 % von den 130 Patienten wichtig bis sehr wichtig ist, die Möglichkeit zu haben, eine Zweitmeinung einholen zu können.

Demnach kann angenommen werden, dass aufgrund der Wichtigkeit auch die Mehrzahl der Patienten die Möglichkeit einer ärztlichen Zweitmeinung nutzen.

Falls man dieser Hypothese folgt, ist auch annehmbar, dass folglich das deutsche Gesundheitssystem kurzfristig mit höheren Arzt- bzw. Behandlungskosten konfrontiert wird. Auf lange Sicht aber sollten die Ausgaben niedriger gehalten

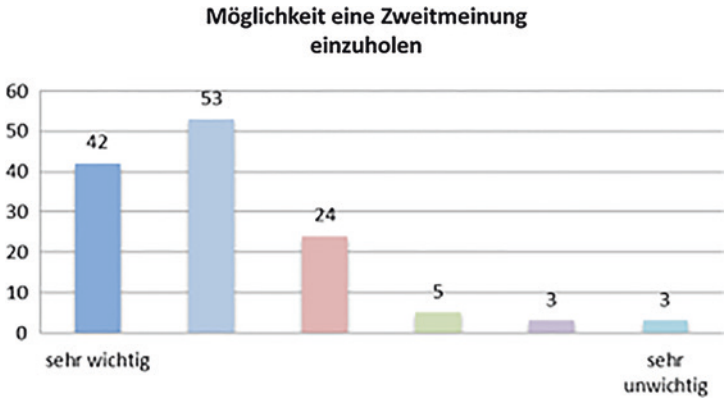


Abb. 2.3 Wichtigkeit der Möglichkeit eine Zweitmeinung einzuholen. (Eigene grafische Darstellung der Frage 3 aus dem Fragebogen)

werden, da man sich von dem Einholen der zweiten Meinung eine Reduktion von vermeidbaren Behandlungen verspricht, wie z. B. vermeidbare Operationen.

Laut einer Studie[1] der OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) aus dem Jahr 2011 (Abb. 2.4) ist erkennbar, dass Deutschland mit 4495 US$ Gesundheitsausgaben pro Kopf an dritter Stelle im internationalen Vergleich liegt. Die OECD misst die Ausgaben anhand zweier Indikatoren: Dem Anteil der Gesundheitsausgaben an der gesamten Wirtschaftsleistung und der Summe, die ein Land pro Einwohner für Gesundheit ausgibt.

Betrachtet man nun die Entwicklung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen für ärztliche Behandlungen in den Jahren 2000 bis 2013, so ist ein sehr starker Anstieg erkennbar. Waren es 2000 noch 22,01 Mrd. EUR, so sind es im Jahr 2013 fast 10 Mrd. EUR mehr (Abb. 2.5).

Bei Betrachtung dieser enormen Entwicklung in den letzten 13 Jahren kann man davon ausgehen, dass diese Ausgaben in den folgenden Jahren sicherlich noch steigen werden. Dies hat zur Folge, dass das deutsche Gesundheitssystem mit immer höheren Kosten belastet wird. Es kann angenommen werden, dass sich unter den 31,43 Mrd. Euro auch viele doppelte Behandlungen befinden. Denn jeder Patient, der sich nicht von seinem erstbetreuenden Arzt auch behandeln

[1]Statista hat die Daten der Gesundheitsausgaben von OECD für die ZEIT ONLINE grafisch dargestellt.

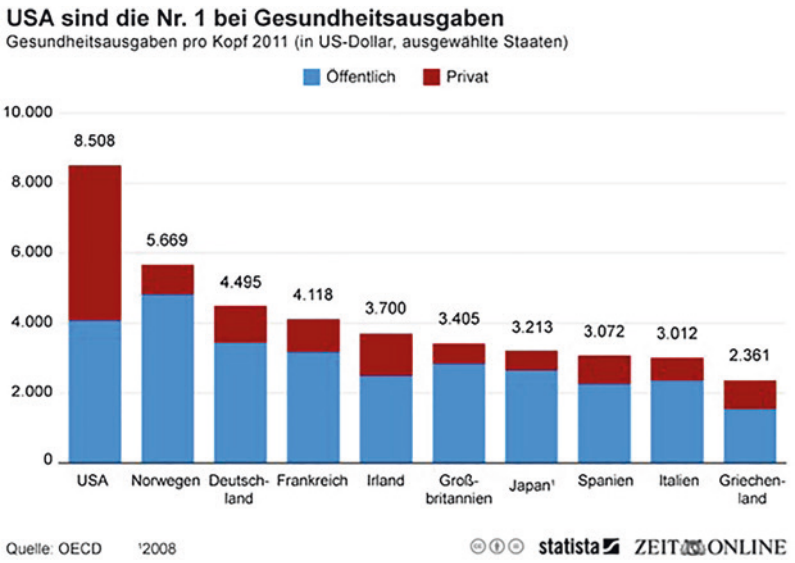


Abb. 2.4 Gesundheitsausgaben pro Kopf in ausgewählten Staaten. (Statista 2011)

lässt, sondern aus verschiedenen Gründen eine Zweitmeinung einholt, trägt zu den erhöhten Kosten, die ein weiterer Arztbesuch mit sich zieht, bei.

Nachfolgend beschäftigt sich die Arbeit mit den beschriebenen Zusammenhängen. Die Forschungsfragen lauten:

1. Wie viele Patienten haben sich in der Vergangenheit bereits eine ärztliche Zweitmeinung eingeholt?
   1.1. Warum wurde eine Zweitmeinung eingeholt?
   1.2. Welcher Behandlungsvorschlag wurde angenommen?
2. Wie viele Patienten haben sich in der Vergangenheit noch **keine** ärztliche Zweitmeinung eingeholt?
   2.1. Warum wurde bisher noch keine Zweitmeinung eingeholt?
   2.2. Würden sie in der Zukunft eine Zweitmeinung einholen?
   2.3. Entstehende Kosten für das Gesundheitssystem

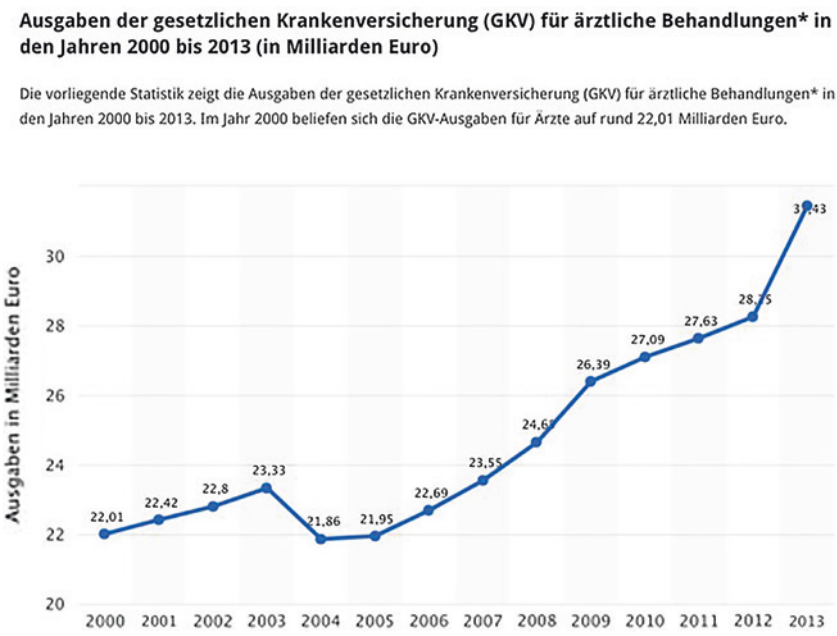


Abb. 2.5 Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für ärztliche Behandlungen in den Jahren 2000 bis 2013 (in Milliarden Euro). (Quelle: Statista 2015a)

2.3.2 Auswahl und Auswertung der Methode

Als Erhebungsmethode eignet sich hierbei am besten eine fragebogenbasierte Erfassung der Daten. Damit wird in kurzer Zeit eine Vielzahl an Fragebogenteilnehmern erreicht. Die Erstellung des Fragebogens fand über die Plattform von google.docs statt. Vor der Veröffentlichung des Fragebogens erfolgte ein Pilottest an fünf Probanden. Anschließend wurde die Befragung gestartet. Nach 14 Tagen lagen 130 ausgefüllte Fragebögen zur Auswertung bereit. Um den Einfluss der Kontrollvariable „Alter" insbesondere bei den älteren Probanden zu minimieren, wurden ältere Probanden vorwiegend mit der Paper-Pencil-Methode befragt. Dies stützte sich auf die Vermutung, dass ältere Probanden aufgrund mangelnder Erfahrung Schwierigkeiten bei der Handhabung mit dem Internet haben und sich dies auf ihr Antwortverhalten auswirken könnte. Von den 130 ausgefüllten Bögen wurden ca. 60 % über die Internetplattform bearbeitet, der Rest erfolgte als Paper-Pencil-Befragung. Das Durchschnittsalter der Befragten liegt bei 35,4 Jahren.

Die anschließende Datenauswertung erfolgte über das Microsoft Office Programm Excel. Ziel war dabei die Darstellung der Häufigkeiten und die Ermittlung von Zusammenhängen, die nachfolgend genauer erläutert werden.

2.4 Darstellung der Ergebnisse

In der Umfrage zur ärztlichen Zweitmeinung nahmen 130 Probanden teil. Das Durchschnittsalter beträgt 35,4 Jahre. Das Verhältnis der Geschlechteraufteilung liegt bei 9:11 (m:w). Bei den Probanden, die bereits eine Zweitmeinung eingefordert haben, liegt das Durchschnittsalter bei 39 Jahren. Bei denen, die in der Vergangenheit noch keine zweite ärztliche Meinung eingeholt haben, beträgt das Durchschnittsalter 32 Jahre. In Anbetracht des Versichertenstatus, sind 44 %, die bereits eine Zweitmeinung eingeholt haben (N = 64), gesetzlich versichert.

Wie bereits beschrieben, wirkt sich die erhöhte Anzahl an Arztbesuchen der Deutschen immer stärker auf die Gesamtausgaben im Gesundheitssystem aus. Statistiken zufolge besucht jeder Deutsche im Durchschnitt 9,7-mal pro Jahr einen Arzt (Statista 2015b). Laut der Ergebnisse sind darunter auch 49,2 %, die nicht bei einem Arzt bleiben, sondern bei einem medizinischen Anliegen auch einen weiteren aufsuchen. Demzufolge gibt es auch 50,8 %, die der Meinung des erstbehandelnden Arztes vertrauen und sich dort behandeln lassen.

Mit der Umfrage sollte demnach auch herausgestellt werden, worin die Gründe für eine ärztliche Zweitmeinung (N = 64[2]) liegen (Abb. 2.6).

Anhand der Auswertung ist zu sehen, dass das mangelnde Vertrauen zum Arzt der häufigste Grund für eine ärztliche Zweitmeinung ist. 59 % der Probanden, die bereits eine Zweitmeinung eingeholt haben, geben dies als Grund an. Auch erkennbar ist, dass 38 % möglicherweise mit dem ersten Behandlungsvorschlag nicht zufrieden waren und sich deshalb nach einer Behandlungsalternative umgesehen haben.

Interessanter ist jedoch die nächste Frage: Für welchen Behandlungsvorschlag hat sich der Proband schließlich entschieden? (Abb. 2.7).

Bei Betrachtung der Abb. 2.7 fällt auf, dass bei 53 % die zweite Meinung nicht mit der des erstbehandelnden Arztes übereinstimmte.

44 % der 64 Probanden, die bereits eine Zweitmeinung in der Vergangenheit eingeholt haben, gaben an, dass die beiden Behandlungsvorschläge nicht

[2]Anzahl von Befragten, die im Fragebogen angegeben haben, dass sie bereits eine ärztliche Zweitmeinung eingeholt haben.

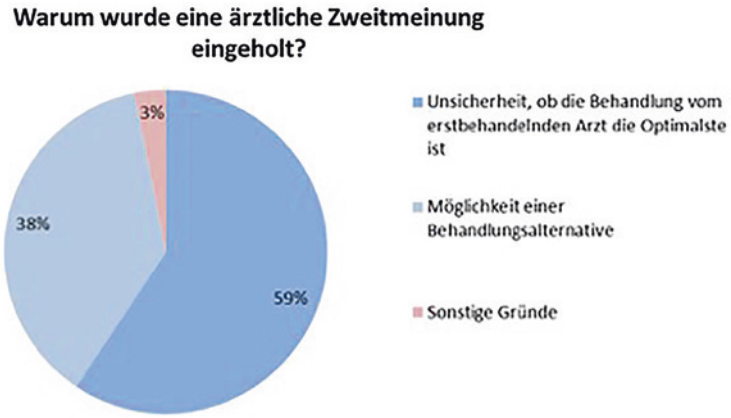


Abb. 2.6 Gründe für eine ärztliche Zweitmeinung. (Eigene grafische Darstellung der Ergebnisse aus dem Fragebogen (Frage 6a): Aus welchen Gründen haben Sie eine ärztliche Zweitmeinung eingeholt?)

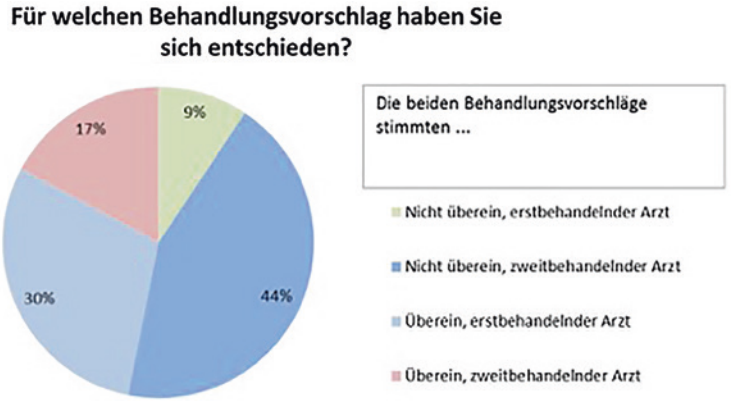


Abb. 2.7 Entscheidung für einen Behandlungsvorschlag. (Eigene grafische Darstellung der Ergebnisse aus dem Fragebogen (Frage 6c): Für welchen Behandlungsvorschlag haben Sie sich entschieden?)

miteinander übereinstimmten und sie der Meinung des zweiten Arztes größeres Vertrauen entgegenbrachten. Schließlich ließen sie sich von ihm behandeln.

Bei einer Übereinstimmung der Meinung beider Ärzte gingen 30 % der Patienten zu ihrem erstbehandelnden Arzt zurück, um sich von ihm behandeln zu lassen. Grund ist, dass sie die Zweitmeinung als Bestätigung der Meinung des ersten Arztes sahen und sich deshalb eher von dem erstbehandelnden Arzt behandeln ließen.

Bei der Umfrage gaben 50,3 % (N = 66) an, dass sie die Option der ärztlichen Zweitmeinung bisher noch nicht in Anspruch genommen haben (Abb. 2.8).

Bei der Frage nach dem Grund, wieso bisher noch keine ärztliche Zweitmeinung eingeholt wurde (Abb. 2.8), gab die Mehrzahl (45 %) an, dass sie aus Vertrauen zum erstbehandelnden Arzt die Möglichkeit der Zweitmeinung nicht beansprucht haben. Jedoch würden alle in Zukunft die Option nutzen. An zweiter Stelle (24 %) folgt die Begründung, dass bisher noch keine Notwendigkeit bestand, eine Zweitmeinung einzuholen.

Betrachtet man nun den Zusammenhang zwischen Frage 3 und 8 (Wie wichtig ist es für Sie, eine weitere Diagnose von einem anderen Arzt einholen zu können? & Ihre Einschätzung: In Anbetracht der Mehrkosten für das deutsche Gesundheitssystem, wie notwendig schätzen Sie das Einholen einer Zweitmeinung bei einer Diagnose ein?) in Abb. 2.9, fällt auf, dass den Befragten, denen

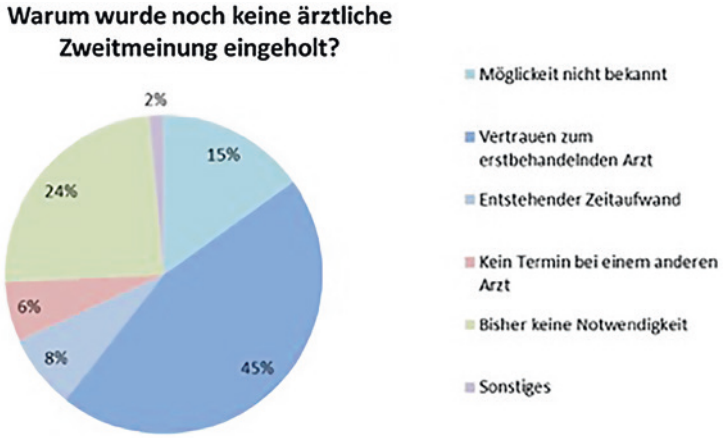


Abb. 2.8 Gründe für das Nicht-Einholen einer ärztlichen Zweitmeinung. (Grafische Darstellung der Ergebnisse aus dem Fragebogen (Frage 5a): Warum haben Sie bisher noch keine ärztliche Zweitmeinung eingeholt?)

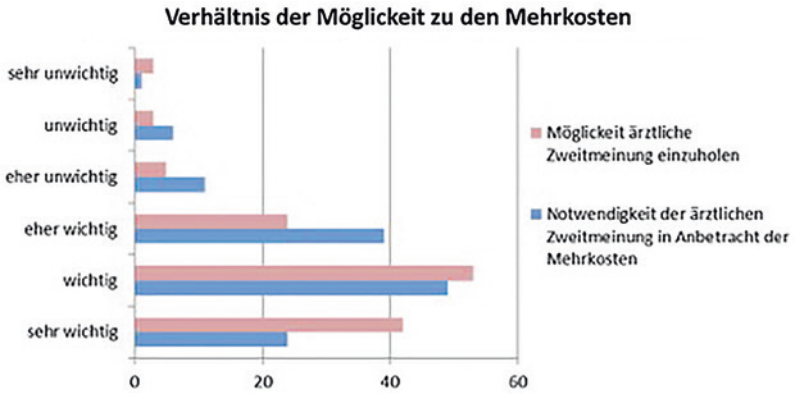


Abb. 2.9 Verhältnis der Möglichkeit einer ärztlichen Zweitmeinung zu den anfallenden Mehrkosten. (Grafische Darstellung der Ergebnisse aus dem Fragebogen (Frage 3 und 8): Zusammenhang zwischen der Wichtigkeit der ärztlichen Zweitmeinung und der Notwendigkeit in Anbetracht der Mehrkosten)

die Möglichkeit einer ärztlichen Zweitmeinung wichtig ist, die Mehrkosten für das Gesundheitssystem in Kauf nehmen. Wer im Gegensatz dazu die Möglichkeit der Zweitmeinung nicht sehr interessant findet, wiegt die Mehrkosten für das Gesundheitssystem höher.

Befragt man die Probanden nach den entstehenden Kosten bei einem zweiten Arztbesuch, geben 83,1 % an, dass diese die Krankenkasse tragen muss. In Anbetracht der Diagnose-Unterlagen (MRT-CD, Röntgenbilder, etc.) würden auch 60,8 % davon ausgehen, dass diese anfallenden Materialkosten von der Krankenkasse getragen werden sollen. 19,2 % geben an, dass der erstbehandelnde Arzt diese trägt und nur 15,4 % würden es gerechtfertigt finden, wenn diese Kosten auf sie selbst umgelagert würden. Tatsächlich ist dies aber eine Serviceleistung des erstbehandelnden Arztes. Da dies in Deutschland nicht bekannt ist, geben auch ca. 61 % an, dass die Kosten von ihrer Krankenkasse bezahlt werden. Der Arzt jedoch kann je nach Ermessen die entstehenden Kosten für Papier, CD-Material oder andere Unterlagen auf den Patienten verlagern und eine Aufwandsentschädigung verlangen.

Fazit

Basierend auf den erfassten Daten durch die Befragung kann ein Muster-Patient zusammengestellt werden, der auf die Möglichkeit der ärztlichen Zweitmeinung zurückgreift: Der Patient ist weiblich, gesetzlich versichert und ca.

34 Jahre alt. Diese Patientin ist vermutlich hoch gebildet und hinterfragt die Diagnose bzw. den Behandlungsvorschlag des studierten Arztes, indem sie noch eine zweite Meinung zur Bestätigung einholt. Problematisch ist, dass sie niemandem mehr vertraut.

Das Berufsbild des Arztes unterlag in den letzten Jahren einem starken Wandel: Es veränderte sich vom „Allwissenden" verstärkt hin zu einem „Dienstleister". Vor allem bei Arztbesuchen kennen die Patienten schon vor der Untersuchung bereits ihre Diagnose und wollen sich von dem gegenübersitzenden Mediziner nur noch die Bestätigung einholen. Das Internet macht dies möglich. Auf zahlreichen medizinischen Internetseiten kann sich der Patient anhand seiner Symptome seine Erkrankung zusammenstellen. Falls jedoch der Arzt die Diagnose nicht bestätigt oder nur eine halbwegs schlimme Erkrankung diagnostiziert, fühlt sich der Patient nicht richtig verstanden oder falsch behandelt. In ihm wird die Angst groß, dass der Arzt eine vermeintlich schwere Krankheit nicht erkennt. Er ist sich somit unsicher und sucht deshalb einen zweiten Arzt auf, um sich die Diagnose des ersten Arztes widerlegen zu lassen bzw. zu bestätigen.

Ebenso tragen zu der hohen Zweitmeinungsrate immer transparenter werdende Fehler bei der medizinischen Behandlung bei. Früher noch wurden die Mediziner als „Götter in Weiß" angesehen, denen keine Fehler passieren. Heutzutage werden Fehler von Medizinern immer öfter durch die Medien ans Tageslicht gebracht. Dies reicht so weit, dass sich ein Misstrauen bei den Patienten einstellt und sie sich selbst helfen wollen. Aus dem Anlass holen sie zwei Meinungen ein, um einen Fehler bei der Diagnose auszuschließen.

Für das deutsche Gesundheitssystem entstehen dadurch enorme Kosten, die sich voraussichtlich auch in den kommenden Jahren noch weiter erhöhen werden. Bei einem zweiten Arztbesuch fallen dementsprechend auch doppelte Arzthonorare an, da der Patient bei beiden Ärzten untersucht wird. Demnach werden auch die Untersuchungen doppelt berechnet, sofern der Patient keine Untersuchungsunterlagen von dem erstbehandelnden Arzt mitgebracht hat. Dies kann sich bei einer MRT-Untersuchung auf mehrere Tausend Euro belaufen.

Jedoch spricht in vielen Fällen nichts gegen eine ärztliche Zweitmeinung. Sowie bei ernsthaften Erkrankungen, wie zum Beispiel bei einer Krebserkrankung, bei schweren Rücken- und Bandscheiben-Operationen oder auch bei allen großen Operationen, die einen längeren stationären Aufenthalt und eine Anschlussheilbehandlung fordern. In solchen Fällen kann eine zweite Meinung sehr sinnvoll sein, denn manche Mediziner empfehlen

andere Therapiemöglichkeiten, die eine Operation nicht unbedingt notwendig machen. Befindet man sich bei einem vertrauenswürdigen Arzt in Behandlung, wird dieser bei schwereren Erkrankungen sogar dazu raten, eine zweite Meinung einzuholen.

In vielen Fällen, bei Unsicherheit mit der Diagnose des erstbehandelnden Arztes, reicht oft ein zweites und ausführlicheres Gespräch beim selben Arzt aus, anstatt einen zweiten Arzt zu konsultieren. In dem zweiten Termin können Unsicherheiten geklärt werden, der Patient im Zweifel nachfragen und sich alles gründlich erklären lassen.

Die allgemeine Einstellung gegenüber der zweiten Arztmeinung muss sich künftig wohl an die Entwicklung des heutigen modernen Gesundheitsverständnisses anpassen. Mediziner sollten die Zweitmeinung nicht als Zweifel an ihrer fachlichen Kompetenz betrachten, sondern bei schwierigen Diagnosefällen die Option begrüßen und ihren Patienten ermutigen, sich über weitere Therapiemöglichkeiten zu informieren.

Literatur

AOK Gesundheitskasse. (2014). Destatis: Zahl der Operationen steigt auch 2013.
Aus: Deutsches Ärzteblatt. 2013; *110,* 27–28.

Bundesministerium für Gesundheit. (2014). Behandlungsfehler. http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/patientenrechte/behandlungsfehler.html. (Zugegriffen: 12. Febr. 2015).

Deutsche Sozialversicherung. (o. J.). Grundprinzipien.

Gesetzentwurf der Bundesregierung. (2014). Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/V/Versorgungsstaerkungsgesetz/141217_Entwurf_VSG.pdf. Zugegriffen: 12. Febr. 2015.

GKV-Spitzenverband. (2014). *Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung*. Berlin: GKV-Spitzenverband.

Hamburg Center for Health Economics. (2014). *Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG*. Hamburg: Center for Health Economics.

Handelsblatt. (2014). Techniker ist die größte Krankenkasse. http://www.handelsblatt.com/unternehmen/banken-versicherungen/krankenversicherung-techniker-ist-die-groesste-krankenkasse/9328310.html. Zugegriffen: 01. März 2015.

Hart, D., & Francke, R. (2003). Patientenrecht. In Techniker Krankenkasse (Hrsg.), *Patientenrechts-Charta*. Hamburg: Techniker Krankenkasse.

http://www.aerzteblatt.de/archiv/142635/Endoprothetik-und-Wirbelsaeuleneingriffe-Uneinheitliches-Versorgungsgeschehen. (Zugegriffen: 20. Febr. 2015).

http://www.agz-rnk.de/agz/download/3/TK_Broschuere_Patientenrechte.pdf. (Zugegriffen: 20. Febr. 2015).

http://www.aok-gesundheitspartner.de/rh/krankenhaus/meldungen/index_10859.html. (Zugegriffen: 27. Febr. 2015).
http://www.bmg.bund.de/presse/pressemitteilungen/2014-04/kabinett-beschliesst-gkv-vsg.html. (Zugegriffen: 20. Febr. 2015).
http://www.deutsche-sozialversicherung.de/de/wegweiser/grundprinzipien.html. (Zugegriffen: 20. Dez. 2015).
http://www.gkv-spitzenverband.de/presse/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen/gkv_kennzahlen.jsp#lightbox. (Zugegriffen: 12. Febr. 2015).
Krankenkasse T. (2010). Zweitmeinung bei Wirbelsäulen-OP. http://www.tk.de/tk/behandlungen/zweitmeinung/zweitmeinung-wirbelsaeulen-op/213560. Zugegriffen: 20. Febr. 2015.
Krankenkassen sollen vor Operationen für Zweitmeinung bezahlen. (18. Nov. 2013), *Der Spiegel. Nr. 47.* http://www.spiegel.de/spiegel/vorab/krankenkassen-sollen-vor-operationen-fuer-zweitmeinung-bezahlen-a-933985.html. Zugegriffen: 27. Febr. 2015.
Niethard, F., Malzahn, J., & Schäfer, T. (2013). Endoprothetik und Wirbelsäuleneingriffe: Uneinheitliches Versorgungsgeschehen.
Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit. (2014). Bundeskabinett beschließt Versorgungsstärkungsgesetz.
Statista. (2011). Gesundheitsausgaben pro Kopf in ausgewählten Staaten. http://de.statista.com/infografik/2739/gesundheitsausgaben-pro-kopf-in-ausgewaehlten-staaten/. (Zugegriffen: 18. März 2015).
Statista. (2015a). GKV Ausgaben für Ärzte seit 1998. http://de.statista.com/statistik/daten/studie/157176/umfrage/gkv-ausgaben-fuer-aerzte-seit-1998/. (Zugegriffen: 18. März 2015).
Statista. (2015b). Jährliche Arztbesuche pro Kopf seit 1991. http://de.statista.com/statistik/daten/studie/77182/umfrage/deutschland-jaehrliche-arztbesuche-pro-kopf-seit-1991/. (Zugegriffen: 18. März 2015).
Tamm, B. (2013). Krankenhausreport 2013 des AOK-Bundesverbands: Anzahl der Operationen in deutschen Krankenhäusern allgemein stark gestiegen, besonders drastischer Anstieg im Bereich der Wirbelsäulenoperationen. http://www.tamm-law.de/AOK-Krankenhausreport_2013.pdf. (Zugegriffen: 20. Febr. 2015).
Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (2009). Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung. Köln. http://www.pkv.de/service/broschueren/musterbedingungen/mb-kk-2009.pdb.pdf. (Zugegriffen: 12. Febr. 2015).
Waltermann, R. (2014). *Sozialrecht*. Heidelberg. https://books.google.de/books?id=k6fcBAAAQBAJ&pg=PT148&lpg=PT148&dq=kostendeckungsprinzip+krankenversicherung&source=bl&ots=6JqS43b5Y5&sig=wCbCI9MuX4oCsWaGzQZXBwFOHUE&hl=de&sa=X&ei=bwf3VKWQGMXtUp_pg4gF&ved=0CE4Q6AEwCA#v=onepage&q=kostendeckungsprinzip%20krankenversicherung&f=false.
Zunker, U. (o. J.). Medizinische Behandlungsfehler – Was hilft Patienten und Ärzten? Alexandra-Lang-Stiftung. Kall. http://www.ekd.de/eaberlin/TG1509_Zunker.pdf. (Zugegriffen: 20. Febr. 2015).

Autorenporträts



Kathrin Eder, M.Sc. studierte Betriebswirtschaftslehre mit der Fachrichtung Gesundheitsmanagement an der Hochschule für angewandtes Management und absolvierte 2015 erfolgreich ihr Masterstudium. Im Anschluss startete sie ein Medizinstudium.



Lisa Gutmann absolvierte ihr Bachelorstudium an der Technischen Universität München und spezialisierte sich im Rahmen des betriebswirtschaftlichen Masters auf Gesundheitsmanagement und Personal. Während ihrer Ausbildung entdeckte sie ihre Affinität für Recruitment und arbeitet nun für eine spezialisierte Personalberatung im Bereich Pharma.



Prof. Dr. Volker Nürnberg absolvierte nach dem Abitur Zivildienst in der Pflege im Krankenhaus. Es folgte ein Studium (Stipendium der Begabtenförderung), Postgraduiertenstudium und Promotion. Seit 20 Jahren beschäftigt er sich mit allen Facetten des Gesundheitsmanagements. Zunächst setzte er Konzepte bei den gesetzlichen Krankenkassen (bis 2011 als Geschäftsführer bei der AOK und BKK) um. 2011 erhielt er einen Ruf als Professor an der BWL Fakultät der Hochschule für angewandtes Management in Erding und leitet

seitdem den Studiengang Gesundheitsmanagement. Darüber hinaus ist er Lehrbeauftragter an der TU München und Gastprofessor an der Universität der Ägäis. Er berät als Leiter „Health Management“ bei der internationalen Unternehmensberatung Mercer Deutschland GmbH insbesondere zu den Themen Arbeitgeberattraktivität, Personalmanagement, gesetzliche und private Krankenversicherung und weiteren Gesundheitsthemen. Volker Nürnberg ist Mitglied in verschiedenen Vereinigungen und Aufsichtsräten. Mit jährlich jeweils einer zweistelligen Anzahl an Vorträgen und Publikationen zählt er zu den gefragtesten Gesundheitsexperten Deutschlands.

http://www.springer.com/978-3-658-11566-1

Die ärztliche Zweitmeinung
Fehler, Vertrauen und Qualität in der Medizin
Nürnberg, V. (Hrsg.)
2016, IX, 106 S. 13 Abb., Softcover
ISBN: 978-3-658-11566-1