



Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe des Abschlussberichts der Medizinischen Hochschule Brandenburg CAMPUS GmbH und der revFlect GmbH zur Evaluation der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren zur Veröffentlichung

Vom 15. Februar 2024

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 15. Februar 2024 beschlossen, den Abschlussbericht der Medizinischen Hochschule Brandenburg CAMPUS GmbH (MHB) und der revFlect GmbH vom 9. Januar 2024 zur Evaluation der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL, in der Fassung vom 21. September 2017, in Kraft getreten am 8. Dezember 2018) gemäß **Anlage** für die Veröffentlichung auf den Internetseiten der MHB (www.mhb-fontane.de) und der revFlect GmbH (www.revreflect.com) freizugeben.

Berlin, den 15. Februar 2024

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Abschlussbericht

Evaluation der Richtlinie zum
Zweitmeinungsverfahren gemäß § 10 Zm-RL
Neuruppin, den 09. Januar 2024

Inhaltsverzeichnis	S.
Zusammenfassung	1
1 Hintergrund und Zielsetzung der Evaluation der Zm-RL	5
1.1 Beschreibung der zu evaluierenden QS-Maßnahme	6
1.2 Umfeld der Zm-RL	12
1.2.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen	13
1.2.2 Beschreibung der Akteur*innen und Strukturen	14
1.2.3 Ziele der QS-Maßnahmen und Legitimation	16
1.2.4 Zielgruppen für die Umsetzung der QS-Maßnahmen	16
1.3 Evaluationsgegenstand und -ziele	18
1.3.1 Allgemeine Ziele der Evaluation	19
1.3.2 Spezifische Ziele der Evaluation	19
1.4 Präzise Fragestellungen	20
2 Evaluationshypothesen	22
3 Methodik der Evaluation	33
3.1 Evaluationsdesign	34
3.2 Evaluationsform und Design	34
3.2.1 Quantitative Patientenbefragung	35
3.2.2 Qualitative Patientenbefragung	43
3.2.3 Qualitative Ärztebefragung	45
3.2.4 Quantitative Ärztebefragung	47
3.2.5 Analyse von KH-Qualitätsberichten und KVen/LÄKen-Daten	50
3.2.6 Routinedatenanalyse	51
3.2.7 Qualitative Stakeholderbefragung	52
3.3 Prozess und Methoden der Datenerhebung	54
3.3.1 Vorarbeiten	54
3.3.2 Datenerhebung	60
3.3.3 Bewertungsverfahren	83
3.3.4 Bewertungskriterien	86
3.3.5 Operationalisierungen	136
3.3.6 Überprüfung der Hypothesen	143
3.4 Zusammenfassung Methodik	145

4	Datengrundlagen	147
5	Organisatorischer und zeitlicher Ablaufplan	150
5.1	Zeitplan	157
5.2	Detaillierte Darstellung des Projektverlaufs und Anpassungen	161
5.2.1	Rekrutierung der Krankenkassen	162
5.2.2	Quantitative Patientenbefragung (AP1)	164
5.2.3	Qualitative Ärztebefragung (AP2)	167
5.2.4	Quantitative Ärztebefragung (AP3)	169
5.2.5	Analyse von KH-Qualitätsberichten und KVen/LÄKen-Daten (AP4)	171
5.2.6	Routinedatenanalyse (AP5)	173
5.2.7	Projektmeilensteine	175
5.3	Risikomanagement	176
5.3.1	Risikomatrix per Evaluationsplan	176
5.3.2	Vorab identifizierter Projektrisiken	183
5.3.3	Sonderbetrachtung der identifizierte Einzelrisiken in Bezug auf COVID-19	191
6	Inhaltliche Anpassungen, Anpassungen der Operationalisierung und methodische Erweiterungen des Evaluationsplans im Evaluationsverlauf	192
6.1	Inhaltliche Anpassungen	192
6.1.1	Weiterführende Integration der Forschungsfragen	192
6.1.2	Weiterentwicklung der Evaluationshypothesen	192
6.1.3	Anpassung Fragebogen	196
6.1.4	Anpassung Selektionskriterien	199
6.1.5	Anpassung Operationalisierungen	202
6.2	Methodische Erweiterungen	205
6.2.1	Qualitative Patientenbefragung (Ergänzungspaket 1)	205
6.2.2	Qualitative Stakeholderbefragung (Ergänzungspaket 2)	206
6.2.3	Erweiterung der Bewertungskriterien	207
7	Ablaufbeschreibung	207
8	Ergebnisse der Evaluation	209
8.1	Deskriptive Datenbeschreibung	209
8.1.1	Daten der quantitativen Patientenbefragung	209
8.1.2	Daten der qualitativen Patientenbefragung	241

8.1.3	Daten der quantitativen Ärztebefragung	243
8.1.4	Daten der qualitativen Ärztebefragung	252
8.1.5	Daten der KVen/KH-Qualitätsberichte-Analyse	257
8.1.6	Stichprobenbeschreibung Stakeholderbefragung	266
8.1.7	Stichprobenbeschreibung Routedaten	267
8.2	Überprüfung Evaluationsziele und Hypothesen	275
8.2.1	Spezifisches Evaluationsziel A: Gestaltung des Prozesses der ZM und Nutzen für die informierte Entscheidungsfindung	275
8.2.2	Spezifisches Evaluationsziel B: Indikationsstellung, Inanspruchnahme von ZM, Durchführung von Eingriffen	381
8.2.3	Spezifisches Evaluationsziel C: Verantwortungsbereiche und Inanspruchnahme von Leistungserbringern Bewertung der Ergebnisse	407
8.2.4	Zusammenfassung der Ergebnisse der Unterhypothesen	448
9	Bewertung der Ergebnisse	453
9.1	Bewertung Haupthypothese H1 Die Zm-RL verbessert die informierte Entscheidungsfindung der Patient*innen bei der Indikation der HE	453
9.2	Bewertung Haupthypothese H2 Die Zm-RL verbessert die informierte Entscheidungsfindung der/des Patient*in bzw. des Erziehungsberechtigten bei der Indikation TE oder TT	455
9.3	Bewertung Haupthypothese H3 Die Zm-RL trägt dazu bei, dass medizinisch nicht notwendige Eingriffe vermieden werden.	457
9.4	Bewertung der Haupthypothese H4 Die Zm-RL wird vollumfänglich umgesetzt	459
9.5	Bewertung Haupthypothese H5 Die Zm-RL erwirkt eine Abnahme der regionalen Variation der Eingriffshäufigkeiten von TE und TT.	462
9.6	Bewertung Haupthypothese H6 Die Zm-RL erwirkt eine Abnahme der regionalen Variation der Eingriffshäufigkeiten von HE.	462
9.7	Bewertung Haupthypothese H7 Die Versorgung hat sich seit der Einführung der Zm-RL verändert.	462
9.8	Bewertung Haupthypothese H8 Es gibt keine Hindernisse bei der Umsetzung der Richtlinie.	465
10	Diskussion - Schlussfolgerungen, Konsequenzen & Perspektiven	467
10.1	Schlussfolgerungen hinsichtlich der Ziele des Auftrags	467

10.2	Überprüfung der Zielerreichung der Richtlinie	467
10.3	Überprüfung der Umsetzung der Richtlinie	470
10.4	Vergleich zur Situation vor Inkrafttreten der Richtlinie	475
10.5	Auswirkungen der Richtlinie	478
10.6	Eventuelle Umsetzungshindernisse der Richtlinie	480
10.6.1	Auswirkungen der Coronapandemie auf die Umsetzung und Zielerreichung der Zm-RL	482
11	Zusammenfassung spezifischer Ziele und Fragestellungen	486
12	Limitationen der Evaluationsstudie	491
13	Handlungsempfehlungen	498
13.1	Ansatzpunkte und Handlungsempfehlungen zur aktuellen Ausgestaltung der Zm-RL und ihrer Rahmenbedingungen	498
13.1.1	Handlungsempfehlung Strukturqualität	501
13.1.2	Handlungsempfehlung Prozessqualität	506
13.1.3	Handlungsempfehlung Ergebnisqualität	513
13.1.4	Handlungsempfehlung Systemqualität	515
13.1.5	Zusammenführung der Handlungsempfehlungen	516
14	Ausgestaltung der Evaluation und des Evaluationsprozesses	518
14.1	Generelle Ansatzpunkte zur Optimierung vergleichbarer Evaluationen	518
14.2	Empfehlungen für die weiterführende Evaluation der Zm-RL	522
15	Fazit	527
16	Danksagung	528
17	Glossar	529
18	Referenzen	535

Appendix

Tabellenverzeichnis	S.
Tabelle 2-1: Darstellung der Haupthypothesen in Bezugnahme zu den allgemeinen Zielen der Evaluation	24
Tabelle 2-2: Darstellung der Unterhypothesen bzw. Haupthypothesen in Bezugnahme zu den spezifischen Zielen der Evaluation	25
Tabelle 2-3: Zuordnung der Nebenhypothesen zu den Haupthypothesen	30
Tabelle 3-1: Ergebnisse der Rekrutierungsmaßnahmen bzgl. der Krankenkassen	56
Tabelle 3-2: Darstellung der Einschlusskriterien für die einzelnen Indikationen	61
Tabelle 3-3: Darstellung der Ausschlusskriterien für die einzelnen Indikationen	65
Tabelle 3-4: Stichprobenplan der qualitativen Ärztebefragung	76
Tabelle 3-5: Bewertungskriterien und deren zugrundeliegendes Bewertungsschema	86
Tabelle 3-6: Operationalisierung des weiteren Informationsbedarfs nach thematischen Blöcken	137
Tabelle 3-7: Leistungsbestandteile der Zweitmeinungserbringung	142
Tabelle 3-8: Bewertungsschema der Hypothesen	145
Tabelle 4-1: Datengrundlagen	147
Tabelle 5-1: Projektübersicht	158
Tabelle 5-2: Zeitplan Rekrutierung der Krankenkassen	162
Tabelle 5-3: Zeitplan quantitative Patientenbefragung (AP1)	164
Tabelle 5-4: Zeitplan der Qualitative Ärztebefragung (AP2)	167
Tabelle 5-5: Zeitplan AP3 Quantitative Ärztebefragung	169
Tabelle 5-6: Zeitplan Analyse von KH-Qualitätsberichten und KVen/LÄKen-Daten (AP4)	171
Tabelle 5-7: Zeitplan Routinedatenanalyse (AP5)	173
Tabelle 5-8: Darstellung der teilweise angepassten Meilensteine	175
Tabelle 5-9: Beschreibung der Projektrisiken	177
Tabelle 5-10: Erkenntnisse aus dem Projektverlauf – Bezug zur Risikomatrix	185
Tabelle 6-1: Darstellung der aktualisierten Hypothesen	194
Tabelle 6-2: Umschichtung von Inhalten aus den Patientenfragebögen zur quantitativen Patientenbefragung	196
Tabelle 6-3: Anpassungen/Ergänzungen zu den Selektionskriterien mit Begründung	199
Tabelle 6-4: Ursprünglich geplante Operationalisierung der informierten Entscheidungsfindung	203
Tabelle 6-5: Qualitative Patientenbefragung (Ergänzungspakte 1)	206
Tabelle 6-6: Qualitative Stakeholderbefragung (Ergänzungspaket 2)	206
Tabelle 8-1: Darstellung des Rücklaufs der Fragebögen nach Indikation und Gruppen	210

Tabelle 8-2: Darstellung des Rücklaufs für die Patienteninterviews nach Indikation und Gruppen	241
Tabelle 8-3: Soziodemografische Angaben der teilnehmenden Patient*innen	242
Tabelle 8-4: Soziodemografische Angaben der teilnehmenden Ärzt*innen	253
Tabelle 8-5: ZMer HE und TT/TE je KV (absolute Häufigkeit und pro Million Einwohner*innen)	258
Tabelle 8-6: ZMer HE und TT/TE nach Standort je KV (absolute Häufigkeit und pro Million Einwohner*innen)	262
Tabelle 8-7: Stichprobenbeschreibung Stakeholderbefragung	266
Tabelle 8-8: Zusammenfassende Bewertung U1	286
Tabelle 8-9: Zusammenfassende Bewertung U2	294
Tabelle 8-10: Zusammenfassende Bewertung U3	301
Tabelle 8-11: Zusammenfassende Bewertung U4	308
Tabelle 8-12: Zusammenhangsanalysen Informationsmaterialien Patientenmerkblatt, Entscheidungshilfen (schriftlich und online), Befundunterlagen und Items für informierte Entscheidungsfindung (HE).	313
Tabelle 8-13: Zusammenhangsanalysen Informationsmaterialien Patientenmerkblatt, Entscheidungshilfen (schriftlich und online), Befundunterlagen und Items für informierte Entscheidungsfindung (TT/TE)	315
Tabelle 8-14: Zusammenfassende Bewertung U5	318
Tabelle 8-15: Zusammenhangsanalysen Bewertung Informationen Erkrankung, Behandlungsmöglichkeiten, Vorteile einer Operation sowie Risiken und Nebenwirkungen einer Operation mit Items für informierte Entscheidungsfindung (HE)	328
Tabelle 8-16: Zusammenhangsanalysen Bewertung Informationen Erkrankung, Behandlungsmöglichkeiten, Vorteile einer Operation sowie Risiken und Nebenwirkungen einer Operation mit Items für informierte Entscheidungsfindung (TT/TE)	329
Tabelle 8-17: Verständlichkeit der Informationen und informierte Entscheidungsfindung (HE)	331
Tabelle 8-18: Verständlichkeit der Informationen und informierte Entscheidungsfindung (TT/TE)	332
Tabelle 8-19: Zusammenfassende Bewertung U6	333
Tabelle 8-20: Zusammenfassende Bewertung U7	343
Tabelle 8-21: Zusammenfassende Bewertung U8	348
Tabelle 8-22: Anzahl berücksichtigter Leistungsbestandteile auf Erstmeinerebene (Gyn; n=260)	350
Tabelle 8-23: Anzahl berücksichtigter Leistungsbestandteile auf Erstmeinerebene (HNO; n=156)	351

Tabelle 8-24: Zusammenfassende Bewertung U9	352
Tabelle 8-25: Zusammenfassende Bewertung U10	353
Tabelle 8-26: Kategoriensystem mit Kategorienbeschreibung und Ankerzitate aus der Ärztebefragung zu den Herausforderungen bei der Umsetzung der Zm-RL auf der Ebene der EMer	355
Tabelle 8-27: Kategoriensystem mit Kategorienbeschreibung und Ankerzitate aus der Stakeholderbefragung zu den Herausforderungen bei der Umsetzung der Zm-RL auf der Ebene der EMer	357
Tabelle 8-28: Zusammenfassende Bewertung U11	361
Tabelle 8-29: Leistungsbestandteile der Zweitmeinungserbringung	362
Tabelle 8-30: Zusammenfassende Bewertung U12	364
Tabelle 8-31: Zusammenfassende Bewertung U13	366
Tabelle 8-32: Kategoriensystem mit Kategorienbeschreibung und Ankerzitate aus der Ärztebefragung zu den Herausforderungen bei der Umsetzung der Zm-RL auf der Ebene der ZMer	368
Tabelle 8-33: Kategoriensystem mit Kategorienbeschreibung und Ankerzitate aus der Stakeholderbefragung zu den Herausforderungen bei der Umsetzung der Zm-RL auf der Ebene der ZMer	371
Tabelle 8-34: Zusammenfassende Bewertung U14	377
Tabelle 8-35: Keine ZM und ZM, jeweils mit Eingriff/kein Eingriff (HE) mit prozentualem Vergleich Eingriff/kein Eingriff	385
Tabelle 8-36: Keine ZM und ZM, jeweils mit Eingriff/kein Eingriff (TT/TE) mit prozentualem Vergleich Eingriff/kein Eingriff	386
Tabelle 8-37: Zusammenfassende Bewertung U15	387
Tabelle 8-38: Durchschnittliche Eingriffshäufigkeiten pro Jahr bzw. vor und nach der Einführung der Zm-RL je 100.000 Versicherte nach Bundesland und Deutschland (TT/TE)	392
Tabelle 8-39: CV nach Jahr sowie vor und nach der Einführung der Zm-RL (TT/TE)	395
Tabelle 8-40: Zusammenfassende Bewertung H5	396
Tabelle 8-41: Durchschnittliche Eingriffshäufigkeiten pro Jahr bzw. vor und nach der Einführung der Zm-RL je 100.000 Patient*innen nach Bundesland und Deutschland (HE)	398
Tabelle 8-42: CV nach Jahr sowie vor und nach der Einführung der Zm-RL	401
Tabelle 8-43: Zusammenfassende Bewertung H6	402
Tabelle 8-44: Zusammenfassende Bewertung U16	406
Tabelle 8-45: Zusammenfassende Bewertung U17	409
Tabelle 8-46: Zusammenfassende Bewertung U18	413

Tabelle 8-47: Zusammenfassende Bewertung U19	415
Tabelle 8-48: Zusammenfassende Bewertung U20	420
Tabelle 8-49: Zusammenfassende Bewertung U21	430
Tabelle 8-50: Zusammenfassende Bewertung U22	433
Tabelle 8-51: Zusammenfassende Bewertung U23	437
Tabelle 8-52: Rückgang der stationären Eingriffe HE, Quellen: KH-Qualitätsberichte, DRG-Statistik Vollstationäre Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern Operationen und Prozeduren (OPS Version 2016-2021, Statistisches Bundesamt)	439
Tabelle 8-53: Rückgang der stationären Eingriffe TT/TE, Quellen: KH-Qualitätsberichte, DRG-Statistik Vollstationäre Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern Operationen und Prozeduren (OPS Version 2016-2021, Statistisches Bundesamt)	440
Tabelle 8-54: Vergleich der Erbringung der ZM und der Beurteilung der Verlagerung der Behandlung aus Sicht der ZMer (Gyn; n=58)	441
Tabelle 8-55: Vergleich der Erbringung der ZM und der Beurteilung der Verlagerung der Behandlung aus Sicht der ZMer (HNO; n=53)	443
Tabelle 8-56: Zusammenfassende Bewertung U24	444
Tabelle 8-57: Bewertung der Evaluationshypothesen für die Indikation HE	449
Tabelle 8-58: Bewertung der Evaluationshypothesen für die Indikationen TE/ TT	451
Tabelle 9-1: Gesamtbewertung H1 Die Zm-RL verbessert die informierte Entscheidungsfindung der Patient*innen bei der Indikation der HE	454
Tabelle 9-2: Gesamtbewertung H2 Die Zm-RL verbessert die informierte Entscheidungsfindung der Patient*innen bei der Indikation TE oder TT	456
Tabelle 9-3: Gesamtbewertung H3 Die Zm-RL trägt dazu bei, dass medizinisch nicht notwendige Eingriffe vermieden werden	458
Tabelle 9-4: Gesamtbewertung H4 Die Zm-RL wird vollumfänglich umgesetzt	460
Tabelle 9-5: Gesamtbewertung H5 Die Zm-RL erwirkt eine Abnahme der regionalen Variation der Eingriffshäufigkeiten von TE und TT	462
Tabelle 9-6: Gesamtbewertung H6 Die Zm-RL erwirkt eine Abnahme der regionalen Variation der Eingriffshäufigkeiten von HE	462
Tabelle 9-7: Gesamtbewertung H7 Die Versorgung hat sich seit der Einführung der RL verändert	464
Tabelle 9-8: Gesamtbewertung H8 Es gibt keine Hindernisse bei der Umsetzung der Richtlinie	466
Tabelle 11-1: Zusammenfassung spezifischer Ziele und Fragestellungen	486
Tabelle 13-1: Handlungsempfehlung Strukturqualität	501
Tabelle 13-2: Handlungsempfehlung Prozessqualität	506

Tabelle 13-3: Handlungsempfehlung Ergebnisqualität	513
Tabelle 13-4: Handlungsempfehlung Systemqualität	515

Abbildungsverzeichnis	S.
Abbildung 1-1: Wirkungsmodell Zweitmeinungsverfahren (Fokus der Evaluation der Zm-RL HE und TT/TE Projekts in Rot)	7
Abbildung 1-2: Prozess der Zm-RL	12
Abbildung 2-1: Generierung der Hypothesen	23
Abbildung 3-1: Datenzugänge zur Evaluation der Zm-RL	34
Abbildung 3-2: Patientengruppen	42
Abbildung 3-3: Rekrutierungsschritte und die entsprechenden Ergebnisse	55
Abbildung 3-4: Prozess Kontaktaufnahme zu den Ärzt*innen	59
Abbildung 3-5: Zusammenfassung Methodik	146
Abbildung 5-1: Ablaufplan für die Evaluation	152
Abbildung 5-2: Organigramm	154
Abbildung 5-3: Eintrittswahrscheinlichkeit der Risiken	176
Abbildung 5-4: Bewertung der Risiken	190
Abbildung 7-1: Ablaufbeschreibung	208
Abbildung 8-1: Verteilung der Stichprobe nach Patientengruppen bei HE G1: keine ZM nach RL, nicht aufgeklärt über Recht auf ZM; G2: keine ZM nach RL, aufgeklärt über Recht auf ZM; G3A: ZM nach RL, aufgeklärt über Recht auf ZM G3B: ZM nach RL, nicht aufgeklärt über Recht auf ZM; G3C: prospektive Patientenbefragung (mit ZM); Angaben in absoluten Zahlen; n=290	212
Abbildung 8-2: Verteilung der Stichprobe nach Bundesländern bei HE; Angaben in absoluten Zahlen; n=304; keine Angabe: 33	213
Abbildung 8-3: Verteilung der Stichprobe nach Größe des Wohnortes bei HE; Angaben in absoluten Zahlen, n=328; keine Angabe: 9	214
Abbildung 8-4: Verteilung der Stichprobe nach Alter bei HE; Angaben in absoluten Zahlen, n=328; keine Angabe: 9	215
Abbildung 8-5: Verteilung der Stichprobe nach Familienstand bei HE; Angaben in absoluten Zahlen, n=330; keine Angabe: 7	216
Abbildung 8-6: Verteilung der Stichprobe nach Bildungsstand bei HE; Angaben in absoluten Zahlen, n=325; keine Angabe: 12	217
Abbildung 8-7: Anzahl der Personen mit und ohne Eingriff bei HE; Angaben in absoluten Zahlen, n=337; keine Angabe: 10	218
Abbildung 8-8: Verteilung der Stichprobe nach zugrunde liegender Erkrankung/ Symptomatik bei HE; Angaben in absoluten Zahlen, n=337; Mehrfachantworten möglich	219
Abbildung 8-9: Anzahl der Personen mit und ohne Inanspruchnahme einer ZM bei HE; Angaben in absoluten Zahlen, n=334 keine Angabe: 3	220

Abbildung 8-10: Anzahl der Personen, die über ihr Recht auf ZM aufgeklärt wurden oder nicht bei HE; Angaben in absoluten Zahlen, n=337, keine Angabe: 12	221
Abbildung 8-11: Anzahl der Personen, die sich eine/keine ZM wünschen bei HE, Angaben in absoluten Zahlen, n=209	222
Abbildung 8-12: Ergebnisse zu den Gründen für die Nichtinanspruchnahme einer ZM bei HE; Angaben in absoluten Zahlen, n=171	223
Abbildung 8-13: Ergebnisse zu den Gründen für die Inanspruchnahme einer ZM bei HE; Angaben in absoluten Zahlen, n=118	224
Abbildung 8-14: Verteilung der Stichprobe nach Patientengruppen bei TT/ TE; G1: keine ZM nach RL, nicht aufgeklärt über Recht auf ZM; G2: keine ZM nach RL, aufgeklärt über Recht auf ZM; G3A: ZM nach RL, aufgeklärt über Recht auf ZM G3B: ZM nach RL, nicht aufgeklärt über Recht auf ZM; G3C: prospektive Patientenbefragung (Personen mit ZM); Angaben in absoluten Zahlen; gesamt n=290; Erwachsene n=111; Erziehungsberechtigte n=17	225
Abbildung 8-15: Verteilung der Stichprobe nach Bundesländern bei TT/ TE; Angaben in absoluten Zahlen; n=290; davon keine Angabe: 25	226
Abbildung 8-16: Verteilung der Stichprobe nach Größe des Wohnortes bei TT/ TE; Angaben in absoluten Zahlen, n=290; davon keine Angabe: 7	228
Abbildung 8-17: Verteilung der Gesamtstichprobe nach Alter bei TT/ TE; Angaben in absoluten Zahlen, n=290; davon keine Angabe: 9	229
Abbildung 8-18: Verteilung der Teilstichprobe Erwachsene nach Alter bei TT/ TE; Angaben in absoluten Zahlen, n=107; davon keine Angabe: 4	230
Abbildung 8-19: Verteilung der Teilstichprobe Erziehungsberechtigte nach Alter bei TT/ TE; Angaben in absoluten Zahlen, n=178; davon keine Angabe: 1	231
Abbildung 8-20: Verteilung der Stichprobe nach Familienstand bei TT/ TE; Angaben in absoluten Zahlen, n=290; davon keine Angabe: 3	232
Abbildung 8-21: Verteilung der Stichprobe nach Bildungsstand bei TT/ TE; Angaben in absoluten Zahlen, n=290; davon keine Angabe: 11	233
Abbildung 8-22: Anzahl der Personen mit und ohne Eingriff bei TT/ TE; Angaben in absoluten Zahlen, gesamt n=290; davon keine Angabe: 7; Erwachsene n=111, davon keine Angabe: 4; Erziehungsberechtigte n=179, davon keine Angabe: 4	234
Abbildung 8-23: Verteilung der Stichprobe nach zugrunde liegender Erkrankung/ Symptomatik bei TT/ TE; Angaben in absoluten Zahlen, n=337; Mehrfachantworten möglich	235
Abbildung 8-24: Anzahl der Personen mit und ohne Inanspruchnahme einer ZM bei TT/ TE; Angaben in absoluten Zahlen, n=290, davon keine Angabe: 4	236

Abbildung 8-25: Anzahl der Personen, die über ihr Recht auf ZM aufgeklärt wurden oder nicht bei TT/ TE; Angaben in absoluten Zahlen, n=290, davon keine Angabe: 5	237
Abbildung 8-26: Anzahl der Personen, die sich eine/keine ZM wünschen bei TT/ TE; Angaben in absoluten Zahlen, n=290; davon keine Angabe: 112	238
Abbildung 8-27: Ergebnisse zu den Gründen für die Nichtinanspruchnahme einer ZM bei TT/ TE; Angaben in absoluten Zahlen, gesamt n=154; Erwachsene n = 67, Erziehungsberechtigten=87	239
Abbildung 8-28: Ergebnisse zu den Gründen für die Inanspruchnahme einer ZM bei TT/ TE; Angaben in absoluten Zahlen, gesamt n=93; Erwachsene n = 36, Erziehungsberechtigte n=57	240
Abbildung 8-29: Verteilung der Stichprobe der HNO-Ärzt*innen nach Geschlecht, Angaben in %; gesamt n=189	243
Abbildung 8-30: Verteilung der Stichprobe der HNO-Ärzt*innen nach Art der Institution, in der sie tätig sind; Angaben in %; gesamt n=189	244
Abbildung 8-31: Verteilung der Stichprobe der HNO-Ärzt*innen nach Größe des Ausübungsortes, an dem sie tätig sind; Angaben in %; gesamt n=189	245
Abbildung 8-32: Verteilung der Stichprobe der HNO-Ärzt*innen nach Verteilung in den Bundesländern, in denen sie tätig sind; Angaben in absoluten Zahlen; gesamt n=189	246
Abbildung 8-33: Altersverteilung der HNO-Ärzt*innen; Angaben in absoluten Zahlen; gesamt n = 189, keine Angaben: 6	247
Abbildung 8-34: Verteilung der Stichprobe der Gynäkolog*innen nach Geschlecht; Angaben in %; gesamt n=318	248
Abbildung 8-35: Verteilung der Stichprobe der Gynäkolog*innen nach Art der Institution, in der sie tätig sind; Angaben in %; gesamt n=318	249
Abbildung 8-36: Verteilung der Stichprobe der Gynäkolog*innen nach Verteilung in den Bundesländern, in denen sie tätig sind; Angaben in absoluten Zahlen; gesamt n=318; davon keine Angaben: 12	250
Abbildung 8-37: Altersverteilung der Gynäkolog*innen; Angaben in absoluten Zahlen; gesamt n = 318, davon keine Angaben: 12	251
Abbildung 8-38: ZMer Gynäkologie und HNO nach Geschlecht. Quelle: eigene Darstellung, ZMer mittels Analyse der KVen-Webseiten (Stand Dezember 2022)	259
Abbildung 8-39: Verortung der zweitmeinenden Gynäkolog*innen. Quelle: eigene Darstellung, ZMer mittels Analyse der KVen-Webseiten (Stand Dezember 2022)	260
Abbildung 8-40: Verortung der zweitmeinenden HNO-Ärzt*innen. Quelle: eigene Darstellung, ZMer mittels Analyse der KVen-Webseiten (Stand Dezember 2022)	260

Abbildung 8-41: Art der Einrichtung der zweitmeinenden Gynäkolog*innen und HNO-Ärzt*innen. Quelle: eigene Darstellung, ZMer mittels Analyse der KVen-Webseiten (Stand Dezember 2022)	261
Abbildung 8-42: Eingriffshäufigkeiten 5-682, 5-683 und 5-685 nach Jahr (2016-2021). OPS-Codes, die in Analyse mit einbezogen wurden, sind im Kapitel 3.3.2.1 Quantitative Patientenbefragung detailliert aufgelistet. Quelle: KH-Qualitätsberichte der zweitmeinenden stationären Institutionen 2016-2021	264
Abbildung 8-43: Eingriffshäufigkeiten 5-281 und 5-282 nach Jahr (2016-2021). OPS-Codes, die in Analyse mit einbezogen wurden, sind im Kapitel 3.3.2.1 Quantitative Patientenbefragung	265
Abbildung 8- 44: Fallzahlen für die einzelnen Patientengruppen der Indikation HE (Routinedaten)	268
Abbildung 8-45: Zusammenfassende Darstellung der Fallzahlen für die Indikation HE (Routinedaten)	269
Abbildung 8-46: Fallzahlen für die einzelnen Patientengruppen der Indikation TT/TE (Routinedaten)	271
Abbildung 8-47: Zusammenfassende Darstellung der Fallzahlen für die Indikation TT/TE Erwachsene (Routinedaten)	272
Abbildung 8-48: Zusammenfassende Darstellung der Fallzahlen für die Indikation TT/TE Kinder (Routinedaten)	273
Abbildung 8-49: Zusammenfassende Darstellung der Fallzahlen für die Indikation TT/TE gesamt (Routinedaten)	274
Abbildung 8-50: Aufklärung über ZM und die dazugehörigen Anforderungen nach Zm-RL (HE), valide Antwortmöglichkeiten.	279
Abbildung 8-51: Aufklärung über ZM und die dazugehörigen Anforderungen nach Zm-RL (TE/TT), valide Antwortmöglichkeiten	282
Abbildung 8-52: Häufigkeit Aufklärung über das Recht auf ZM der Gynäkolog*innen (n=256)	283
Abbildung 8-53: Häufigkeit Aufklärung über das Recht auf ZM der HNO-Ärzt*innen (n=156)	284
Abbildung 8-54: Verständnis der Aufklärung über das Recht auf ZM (Gyn; n=248)	285
Abbildung 8-55: Verständnis der Aufklärung über das Recht auf ZM (HNO; n=150)	286
Abbildung 8-56: Wunsch nach zusätzlichen Informationen (HE) (n=98), valide Antwortmöglichkeiten	290
Abbildung 8-57: Wunsch nach zusätzlichen Informationen (TE/TT) (n=82, valide Antwortmöglichkeiten)	291
Abbildung 8-58: Art der Aufklärung über das Recht auf ZM (Gynäkolog*innen; n=257)	303

Abbildung 8-59: Art der Aufklärung über das Recht auf ZM (HNO-Ärzt*innen; n=156)	304
Abbildung 8-60: Informationsangebote (HNO-Ärzt*innen; n=156)	305
Abbildung 8-61: Informationsangebote (Gynäkolog*innen; n=257)	307
Abbildung 8-62: Informationsmaterialien und Befundunterlagen HE (n=324)	312
Abbildung 8-63: Informationsmaterialien und Befundunterlagen TT/TE (n=281)	314
Abbildung 8-64: Informationsquellen (HE), n=329 valide Antwortmöglichkeiten	323
Abbildung 8-65: Informationsquellen (TT/TE), n=288 valide Antwortmöglichkeiten	324
Abbildung 8-66: Bewertung der Informationen im Indikationsgespräch (HE)	326
Abbildung 8-67: Bewertung der Informationen im Indikationsgespräch (TT/TE)	327
Abbildung 8-68: Vereinfachtes Kategoriensystem aus der Ärztebefragung zu den Herausforderungen bei der Umsetzung der Zm-RL auf der Ebene der EMer	355
Abbildung 8-69: Vereinfachtes Kategoriensystem aus der Stakeholderbefragung zu den Herausforderungen bei der Umsetzung der Zm-RL auf der Ebene der EMer	357
Abbildung 8-70: Häufigkeit der ZM-Erbringung (Gynäkolog*innen; n=58)	359
Abbildung 8-71: Häufigkeit der ZM-Erbringung (HNO-Ärzt*innen; n=33)	360
Abbildung 8-73: Vereinfachtes Kategoriensystem aus der Ärztebefragung zu den Herausforderungen bei der Umsetzung der Zm-RL auf der Ebene der ZMer	368
Abbildung 8-74: Vereinfachtes Kategoriensystem aus der Stakeholderbefragung zu den Herausforderungen bei der Umsetzung der Zm-RL auf der Ebene der ZMer	371
Abbildung 8-75: Kartographische Darstellungen der durchschnittlichen Eingriffshäufigkeiten von TT/TE und deren Abweichung vom Bundesdurchschnitt je 100.000 Versicherte auf Bundeslandebene vor Einführung der Zm-RL und nach Einführung der Zm-RL	394
Abbildung 8-76: Kartographische Darstellungen der durchschnittlichen Eingriffshäufigkeiten von HE und deren Abweichung vom Bundesdurchschnitt je 100.000 Versicherte auf Bundeslandebene vor Einführung der Zm-RL und nach Einführung der Zm-RL	400
Abbildung 8-77: Relevanz der Aspekte bei der Indikationsstellung (Gynäkolog*innen; n=257)	404
Abbildung 8-78: Relevanz der Aspekte bei der Indikationsstellung (HNO-Ärzt*innen; n=156)	405
Abbildung 8-79: Durch wen wurden Sie auf die ZM aufmerksam gemacht? (HE), n=102, valide Antwortmöglichkeiten	418
Abbildung 8-80: Durch wen wurden Sie auf die ZM aufmerksam gemacht? (TT/TE), n=80 valide Antwortmöglichkeiten	419
Abbildung 8-81: Abstimmungsverhalten der Institutionen hinsichtlich des zur Verfügung Stellens von Informationen zur Zm-RL; Angabe in %	427
Abbildung 8-82: Häufigkeiten der Personengruppen, die über die Zm-RL über die entsprechenden Medien informiert werden; Mehrfachangabe möglich; n = 11	428

Abbildung 8-83: Häufigkeiten der Inhalte bzw. Dokumente, die zur Verfügung gestellt werden; n = 11, Mehrfachantworten möglich	429
Abbildung 8-84: Häufigkeiten der Verlagerung der Behandlung in die zweitmeinende Einrichtung; (Gyn; n=58)	441
Abbildung 8-85 Häufigkeiten der Verlagerung der Behandlung in die zweitmeinende Einrichtung (HNO; n=)	442
Abbildung 10-1: Stationäre Operationen in Deutschland 2016-2021	477
Abbildung 13-1: Identifizierten Umsetzungshindernissen der Struktur- und Prozessqualität anhand des Modells „Prozess der Zm-RL“	500
Abbildung 13-2: Zusammenführen der Handlungsempfehlungen	517

Abkürzung	Beschreibung
App.	Appendix
BAG	Berufsausübungsgemeinschaft
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CV	Variationskoeffizient
E	Eingriff
EMer	Erstmeiner*in
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
G1	Gruppe 1
G2	Gruppe 2
G3	Gruppe 3
GKV	Gesetzliche Krankenkasse
GOP	Gebührenordnungsposition
Gyn	Gynäkologie und Geburtshilfe
HE	Hysterektomie
HNO	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
I	Interviewer*in
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KE	Kein Eingriff
KH	Krankenhaus
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LÄK	Landesärztekammer
LKG	Landeskrankenhausgesellschaft
MHB	Medizinische Hochschule Brandenburg
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
OP	Operation
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
Pat.	Patient*in
Pseudo-GOP	Pseudo-Gebührenordnungspositionen
PVS	Praxisverwaltungssystem
QS	Qualitätssicherung
SDM	Shared-Decision-Making
TE	Tonsillektomie
TN	Teilnehmer*in
TT	Tonsillotomie
ZM	Zweitmeinung
Zm-RL	Zweitmeinungsrichtlinie
ZMer	Zweitmeiner*in

Zusammenfassung

Dieser Abschnitt fasst die wichtigsten methodischen Eckpunkte, Ergebnisse, Limitationen, Empfehlungen und zuletzt das Fazit der Evaluation zusammen.

Die Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL)

Die Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) gemäß § 27b Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch konkretisiert den Anspruch auf Einholung einer Zweitmeinung (ZM) bei in der Richtlinie aufgeführten planbaren Eingriffen. Sie legt Aufgaben der indikationsstellenden Ärztin / des indikationsstellenden Arztes sowie Anforderungen an die Zweitmeiner*in (ZMer) und Aufgaben der ZMer fest. Ziele der Zm-RL sind die Information der Patientin oder des Patienten über das Recht, eine unabhängige ärztliche ZM einholen zu können, um auf dieser Grundlage zu einer informierten Entscheidung über die Durchführung oder Nicht-Durchführung des empfohlenen planbaren Eingriffs zu gelangen, einschließlich der Erläuterung weiterer Behandlungsoptionen sowie die Vermeidung medizinisch nicht notwendiger Indikationsstellungen bei planbaren Eingriffen und die Durchführung von medizinisch nicht gebotenen planbaren Eingriffen und die Erbringung einer qualitativ hochwertigen ZM.

Beauftragung der Evaluation

Das Evaluationskonsortium bestehend aus der Medizinischen Hochschule Brandenburg (MHB) und der revFlect GmbH wurde am 19. April 2021 mit der Evaluation der Zm-RL in der Fassung vom 21. September 2017 beauftragt, die am 8. Dezember 2018 in Kraft getreten ist. Die Kernaufgabe der Evaluation bestand in der Untersuchung von Umsetzung, Umsetzungshindernisse, Zielerreichung und Auswirkungen der Richtlinie in den Indikationen Tonsillektomie (TE), Tonsillotomie (TT) und Hysterektomie (HE) sowie der Abgabe von Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Zm-RL.

Methodische Herangehensweise

Zur Zielerreichung der Evaluation wurden acht Haupthypothesen formuliert, die insgesamt 24 Unterhypothesen beinhalteten. Diese wurden in einem Mixed-Methods-Ansatz mithilfe quantitativer und qualitativer Methoden geprüft und anschließend bewertet. Es wurden 720 Personen, die eine richtlinienrelevante Indikation und/oder einen richtlinienrelevanten

Eingriff mittels Fragebogenerhebung sowie elf Personen mittels leitfadengestützter Interviews befragt. Die Rücklaufquote für die Fragebogenerhebung beträgt 10,4 % und die Rücklaufquote für die Interviews beträgt 0,3 %. Zudem wurde eine prospektive Patientenbefragung mit einem Online-Fragebogen umgesetzt, an der acht Personen teilgenommen haben. Insgesamt wurden 46 Ärzt*innen der Fachbereiche Gynäkologie und Geburtshilfe (Gyn) und Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (HNO) mittels leitfadengestützter Interviews befragt. Darüber hinaus wurden in einer Online-Fragebogenerhebung 318 Gynäkolog*innen und 189 Fachärzt*innen der HNO befragt. Es wurden weiterhin sechs Stakeholder, die an der Umsetzung der Zm-RL beteiligt sind, mittels leitfadengestützter Interviews und 19 Stakeholder mittels eines Online-Kurzfragebogens befragt. Die Rücklaufquote beträgt 26,8 %. Zusätzlich wurden Routinedaten von sechs gesetzlichen Krankenkassen ausgewertet. Weiterhin wurden Sekundärdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und der Landesärztekammern (LÄKen) analysiert und Krankenhaus-Qualitätsberichte ausgewertet.

Ergebnisse

Hinsichtlich der Zielerreichung der informierten Entscheidungsfindung (H1 & H2) zeigt sich, dass diese aus Sicht der Patient*innen bei den richtlinienrelevanten Indikationen TE/TT und HE erfüllt wird. Wohingegen die Zielerreichung der Vermeidung medizinisch nicht notwendiger Indikationsstellungen und medizinisch nicht notwendiger Eingriffe bei den Indikationen TE/TT und HE (H3) mithilfe verschiedener Datenzugänge nicht bestätigt werden konnte. Insgesamt konnte aufgezeigt werden, dass die Zm-RL aktuell nicht im Versorgungsalltag umgesetzt wird (H4). Die Evaluation zeigt, dass auf der Ebene der Erstmeiner*innen (EMer) die Aufklärung über das Recht auf ZM erfolgt, allerdings nicht flächendeckend und nicht anhand der Verfahrensspezifika der Richtlinie. Ebenso verhält es sich mit der Erbringung der ZM, die nicht anhand eines einheitlichen Vorgehens erfolgt. Hinsichtlich der Beurteilung der Situation vor Inkrafttreten der Richtlinie wird deutlich, dass es weder bei den Indikationen TE und TT (H5) noch bei der Indikation der HE (H6) zu einer Abnahme der regionalen Variation kommt und dass sich die Versorgung nach Einführung der RL nicht verändert hat (H7). So werden weder Eingriffe zeitlich verzögert durchgeführt oder vermehrt Drittmeinungen durch die Patient*innen eingeholt, noch hat sich die Behandlung der Patient*innen hin zu einer zweitmeinenden Institution verlagert. Insgesamt konnten

folgende Umsetzungshindernisse identifiziert werden (H8): Richtlinienrelevante Informationen sind für Patient*innen nicht leicht zugänglich. Die Bereitstellung der Informationen wird nicht durch die Stakeholder inhaltlich abgestimmt und es stehen nicht ausreichend zugelassene ZMer der Gyn und HNO zur Verfügung.

Limitationen der Evaluation

Bei den quantitativen Befragungen der Patient*innen und Ärzt*innen kann ein Recall Bias nicht ausgeschlossen werden. Darüber hinaus kann nicht mit absoluter Sicherheit davon ausgegangen werden, dass es sich bei der Inanspruchnahme der ZM durch die Patient*innen auch wirklich um eine ZM nach RL handelte. Bei den qualitativen Befragungen der Patient*innen und Ärzt*innen könnte das Phänomen der sozialen Erwünschtheit zum Tragen gekommen sein und das Antwortverhalten der Patient*innen und Ärzt*innen beeinflusst haben. Die Routinedaten der GKVen könnten durch eine fehlerhafte Dokumentation oder Übermittlung der Daten zu einem gewissen Grad verfälscht sein.

Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Richtlinie und Weiterführung der Evaluation

Auf Basis der Ergebnisse ließen sich 32 vorläufige Handlungsempfehlungen entwickeln, mit denen sich die Zm-RL in ihrem Versorgungskontext weiterentwickeln lässt – 13 Empfehlungen beziehen sich dabei unmittelbar auf die Zm-RL, 19 Empfehlungen berühren Handlungsfelder, die potentiell Gestaltungsinterventionen im weiteren Kontext der Zm-RL erfordern. Die Handlungsempfehlungen sind dabei nach erwartetem Umsetzungsaufwand gruppiert. Sie geben Hinweise, wie sich die ZM auf struktureller und prozessualer Ebene anpassen lässt, so dass sich die Ziele der Richtlinie in einer flächendeckenden, die Informationsbedürfnisse der Patient*innen in den Mittelpunkt stellenden und den Praxisalltag der Ärztin*innen berücksichtigenden Umsetzung besser realisieren lassen.

Die Handlungsempfehlungen sind bis auf wenige Ausnahmen als vorläufig anzusehen. Vorläufig deshalb, weil sich die Ergebnisse der Evaluation als Grundlage der Handlungsempfehlungen lediglich auf die beiden „Erstindikationen“ HE und TE/TT beziehen, auf deren Basis die Zm-RL neu in den Versorgungsalltag eingeführt wurde – in einer Zeit, in der das gesamte Gesundheitssystem und die Prioritäten in den Praxen und Krankenhäusern stark durch die Auswirkungen der COVID-Pandemie geprägt waren.

Es ist vor diesem Hintergrund deshalb fraglich, inwieweit sich Umsetzung und Wirkung der Zm-RL in anderen Indikationen im nunmehr wieder stabilisierten Versorgungszustand ähnlich darstellen und sich die aus HE und TE/TT abgeleiteten Handlungsempfehlungen generalisiert übertragen lassen. Anpassungen der Zm-RL nur auf Basis der Ergebnisse HE und TT/TE könnten sich somit als vorschnell erweisen. Unter dieser Perspektive lautet die Empfehlung, vor etwaigen Änderungen der Zm-RL und ggf. ihres weiteren regulatorischen Kontexts die Evaluation in weiteren Indikationen insbesondere auch mit Blick auf die Handlungsvorschläge fortzusetzen. Die „Folgeindikationen“ Arthroskopische Eingriffe an der Schulter, Amputation beim diabetischen Fußsyndrom, Implantationen einer Knieendoprothese und Eingriffe an der Wirbelsäule bieten dabei ein breites Spektrum unterschiedlicher „Zweitmeinungssituationen“, die sich hinsichtlich Schwere und Nutzen-Risikoprofil der Eingriffe mit den entsprechenden Auswirkungen auf die Informationsbedürfnisse der Patient*innen, den demographischen Merkmalen der Patient*innen, den Fallzahlen, dem Grad der „Elektivität“ der Eingriffe und der vermuteten „Übersorgung“ sowie den einbezogenen Facharztgruppen merklich von den beiden hier evaluierten Indikationen unterscheiden.

Unabhängig von der obigen Empfehlung zur Fortführung der Evaluation ist als Ausblick zudem ein Vorschlag skizziert, wie sich über eine gesetzlich anzulegende Möglichkeit zur Flexibilisierung des Geltungsbereichs der Richtlinie die Voraussetzungen schaffen lassen, um diese (oder ähnliche) Richtlinien perspektivisch merklich zügiger und evidenzbasierter anpassen und weiterentwickeln zu können.

Fazit

Alle relevanten Fragestellungen des Auftrags zur Evaluation der Zm-RL konnten multiperspektivisch mit einer hinreichenden Datengrundlage beantwortet werden. Insgesamt zeigt sich Verbesserungspotential bei der Umsetzung der Richtlinie auf der Ebene der Versorgung, bei der Kontrolle der Umsetzung und hinsichtlich der Weiterentwicklung der Anforderungen.

1 Hintergrund und Zielsetzung der Evaluation der Zm-RL

Auf der Grundlage des § 27b Absatz 2 SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die am 8. Dezember 2018 in Kraft getretene „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

über die Konkretisierung des Anspruchs auf eine unabhängige ärztliche ZM gemäß § 27b Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ (kurz: Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren/Zm-RL in der Version mit Inkrafttreten 21. September 2017, siehe Appendix (App.) 1.1) formuliert. Sie ist Bestandteil der Richtlinien über die Qualitätssicherung (QS) gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V. Der allgemeine Teil der Zm-RL hat sich im Verlauf der Evaluation nicht verändert. Der besondere Teil der Zm-RL ergänzte sich mit weiteren planbaren Eingriffen, deren Betrachtung ggf. in weiteren Evaluationsvorhaben gesondert Betrachtung finden.

Ziele der Richtlinie sind

- die Konkretisierung des Rechtsanspruchs der Patient*innen auf eine unabhängige ärztliche ZM zu bestimmten planbaren Eingriffen;
- die Information der Patient*innen über das Recht, eine unabhängige ärztliche ZM einholen zu können;
- die Vermeidung von medizinisch nicht notwendiger Indikationsstellungen und Eingriffen bei planbaren Eingriffen;
- die Festlegung einer qualitativ hochwertigen Erbringung der ZM durch definierte Anforderungen.

Die Zm-RL sieht ihre eigene Evaluation vor, die sich auf die Inanspruchnahmerate von ZM durch Patient*innen, eine mögliche Veränderungsrate bei den von der Richtlinie abgedeckten Eingriffen, den Nutzen für die informierte Entscheidungsfindung sowie die Erreichung der allgemeinen und speziellen Ziele der Richtlinie beziehen soll. Dabei soll sich die Evaluation auf das vom G-BA beschlossene Evaluations-Rahmenkonzept stützen.

Der Hintergrund und die Zielsetzungen der Evaluation sind im folgenden Kapitel detailliert beschrieben.

1.1 Beschreibung der zu evaluierenden QS-Maßnahme

Das vorliegende Evaluationsprojekt evaluierte die Implementierung und den Nutzen der Zm-RL für die Indikationen TT, TE und HE.

Das Wirkungsmodell

Das Projekt legte das folgende Wirkungsmodell des Zweitmeinungsverfahrens entsprechend der Zm-RL zugrunde (s. Abbildung 1-1 - Schwerpunkt der Evaluation im roten Rahmen). Es stellt dar, welche Wirkung das Zweitmeinungsverfahren erzielt bzw. erzielen sollte. Das Evaluationsprojekt untersuchte die Outcomes (Qualität des Zweitmeinungsprozesses, Nutzen für die Patientenversorgung) sowie den Impact auf die Versorgung (Strukturelle Anforderungen, Veränderungen regionaler Variationen der Eingriffe). Die Evaluationsergebnisse führen zu Bewertungen sowie Empfehlungen hinsichtlich der Zm-RL und zur Verbesserung struktureller Rahmenbedingungen.

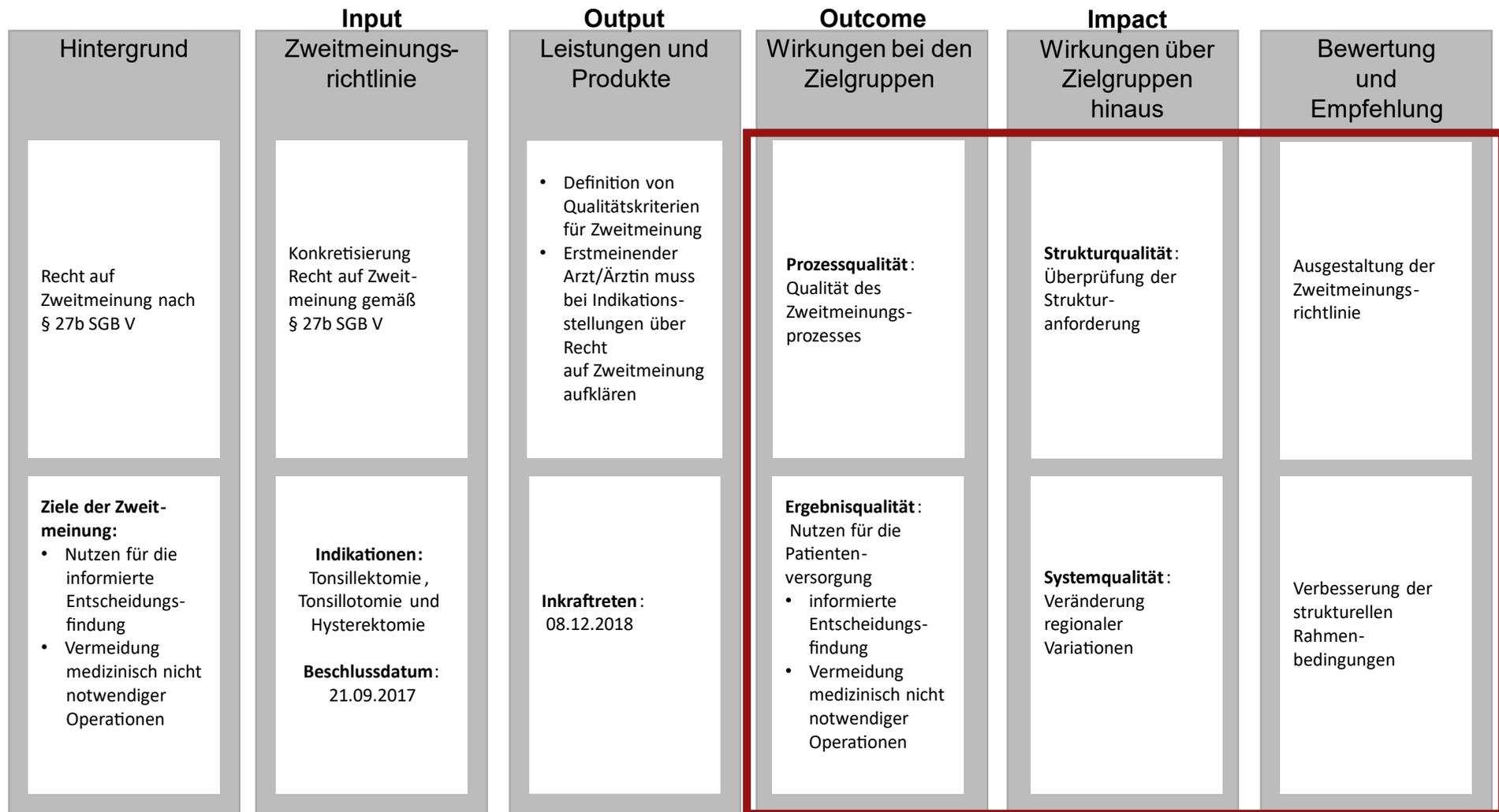


Abbildung 1-1: Wirkungsmodell Zweitmeinungsverfahren (Fokus der Evaluation der Zm-RL HE und TT/TE Projekts in Rot)

Definitionen der Qualität

Ein zentrales Motiv für regulatorische Interventionen im Rahmen der Patientenversorgung besteht in der QS bzw. Qualitätsverbesserung der Patientenversorgung. Dies gilt explizit auch für die „Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren/Zm-RL“ als Bestandteil der Richtlinien über die QS. Die Evaluation einer solchen Intervention erforderte damit ein klares Verständnis von „Qualität“. Dies galt und gilt umso mehr, als keine allgemeingültige Definition des Qualitätsbegriffs existiert – weder in einem übergeordneten Kontext noch im medizinischen Kontext. Das jeweilige Begriffsverständnis hängt vielmehr von den jeweiligen (sachlichen) Kontexten/Erfordernissen, den Perspektiven unterschiedlicher Anspruchsgruppen/Stakeholder und individueller Erwartungen ab.

Sowohl die gesetzlichen Grundlagen der Zm-RL (§ 27b Absatz 2 SGB V als auch § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V) als auch die Zm-RL selbst verwenden den Begriff der Qualität, ohne ihn jedoch weiter zu definieren. Das durch den G-BA beauftragte „Rahmenkonzept Evaluation“ [Veit 2013] lieferte einen Ansatz zum Schluss dieser definitorischen Lücke.

Dieses Rahmenkonzept ordnet Qualität im Kontext von QS-Maßnahmen in Anlehnung an Avedis Donabedian [Donabedian 1966] in die Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und ergänzt diese noch um die Dimension der Systemqualität. Alle vier Dimensionen finden sich dementsprechend auch im Wirkungsmodell im vorangehenden Abschnitt wieder und sind unten im Kontext der ZM genauer beschrieben.

Gleichzeitig erforderte die Operationalisierung von Qualität immer auch den Rückgriff auf Bezugsgrößen im Sinne von Eigenschaften/Merkmalen bzw. Zielgrößen, die ein materielles oder immaterielles Objekt der Qualitätsbeurteilung aufweisen sollte, sodass Qualität letztlich den Erfüllungsgrad definierter Merkmale eines Objekts beschreibt. Diese Sichtweise reflektiert die vorherrschende Perspektive in der Diskussion zum Qualitätsmanagement [Hensen 2019, Prütz 2012] und entspricht auch Hensen [Hensen 2019, S. 19], der unter Qualität den „Grad der Erfüllung (Ist) von Qualitätsanforderungen (Soll)“ versteht.

Eine besondere Herausforderung bestand in diesem Zusammenhang regelmäßig in der genauen Beschreibung der Bezugsgrößen/Eigenschaften/Merkmale. Dabei war zu unterscheiden zwischen Situationen, in denen die interessierenden (also qualitätsrelevanten) Merkmale klar definiert wurden, z. B. durch regulatorische vorgegebene oder vertraglich

festgelegte Eigenschaften, wie etwa die Informationsanforderungen an die indikationsstellenden Ärzt*innen bei der Aufklärung über das Recht auf eine ZM. Demgegenüber standen Situationen, in denen die qualitätsrelevanten Merkmale eines Objekts entweder nicht bzw. nur unscharf formuliert/konkretisiert wurden oder in denen sie von individuellen und nicht unter den betroffenen Parteien vereinbarten Erwartungen abhingen. Ein Beispiel für eine auf die individuellen Erwartungen beruhende Qualitätsbeurteilung wäre die individuellen Patientenerwartungen hinsichtlich der durch die EMer/ZMer gegebenen Informationen zur Erkrankung und zu den entsprechenden Therapiemöglichkeiten. Zusätzlich betrifft dies das Recht auf das Einholen einer ZM, das sich nicht notwendigerweise an kodifizierten Richtlinien orientieren muss.

Wie oben bereits beschrieben, soll nun Bezug auf die im Rahmenkonzept enthaltenen Qualitätsdimensionen nach Donabedian genommen werden. Diese gehen mit den spezifischen Evaluationszielen konform (s. Kapitel 1.3.2).

Die **Strukturqualität** erfasst die strukturellen Bedingungen/Merkmale zur Gewährleistung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Die Qualitätsdimension wird im Rahmen des Zweitmeinungskontexts mittels der Parameter Anzahl und Verortung der ZMer sowie der (Zugang zur) Qualifikation der indikationsspezifischen Fachärzt*innen beurteilt. Zusätzlich beinhaltet die Strukturqualität die Bewertung, inwieweit der Zugang zu und die Abstimmung über richtlinienrelevante Informationen für die Patient*innen erfolgt.

Die **Prozessqualität** erfasst alle Aktivitäten, Tätigkeiten und Handlungen der versorgungsbezogenen Leistung – hier des Zweitmeinungsprozesses nach Zm-RL. Im Fokus steht hierbei der gesamte Prozess von der Indikationsstellung bis zu einer möglichen Operation (OP) und darüber hinaus deren Verlauf. Es stehen besonders die kodifizierten Anforderungen der Zm-RL (Aufgaben des/der indikationsstellenden Ärzt*in, Aufgaben des/der ZMer, Abstimmung der Aufgaben bspw. zwischen den KVen und Landeskrankenhausgesellschaften), welche bestimmte Erfordernisse für den Prozess vorgeben, im Mittelpunkt.

Die **Ergebnisqualität** beleuchtet in diesem Kontext die Wirkungen der Leistungen hinsichtlich ihrer Zielerreichung. Der Begriff Ergebnisqualität wird demnach im Sinne eines versorgungsbezogenen zu messenden Outcomes verwendet. In der vorliegenden Evaluation

betrachtet die Ergebnisqualität die Ziele der Zm-RL - ob und in welchem Ausmaß eine informierte Entscheidungsfindung des/der Versicherten erreicht wird und ob medizinisch nicht notwendige Operation vermieden werden können.

Zusätzlich wird die **Systemqualität** herangezogen, die eine globale bzw. regionale Betrachtungsweise aufgreift, die durchaus Aspekte der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität inkludiert, sich aber nicht eindeutig diesen einzelnen Qualitätsdimensionen zuordnen lässt [Veit et al. 2013]. Die Veränderung der regionalen Variation zählt hierbei zur Systemqualität.

Beschreibung des Zweitmeinungsprozesses

Bei den Indikationen TT/TE und HE besteht der Rechtsanspruch, eine unabhängige ärztliche ZM nach Zm-RL bei einem/einer genehmigten ZMer einzuholen.

Indikationsstellende Ärzt*innen (EMer) müssen den/die Patient*innen über das Recht, eine unabhängige ärztliche ZM einholen zu können, mündlich und verständlich aufklären. Die Aufklärung über das Recht zur Einholung einer ZM hat in der Regel mindestens 10 Tage vor dem geplanten Eingriff zu erfolgen, in jedem Fall aber so rechtzeitig, dass die/der Patient*in die Entscheidung über die Einholung einer ZM wohlüberlegt treffen kann.

Die/der EMer hat den/die Patient*in auf die Informationsangebote über geeignete ZMer hinzuweisen. Der/die Patient*in ist darüber zu informieren, dass die ZM nicht bei einer/einem Ärzt*in oder einer Einrichtung durchgeführt werden kann, durch die oder durch den der Eingriff durchgeführt werden soll.

Die/der EMer soll dem/der Patient*in das Patientenmerkblatt (s. App. 1.2 Patientenmerkblatt Zweitmeinungsverfahren) in Textform zur Verfügung stellen und auf die eingriffsspezifische Entscheidungshilfen (s. App. 1.3 und 1.4 Beispiel 1 Patienten Entscheidungshilfe) des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hinweisen. Ggf. wird über weitere evidenzbasierte Informationen im Patientenmerkblatt verwiesen und informieren.

Die/der Patient*in ist auf ihr oder sein Recht zur Überlassung von Abschriften von Befundunterlagen aus der Patientenakte, die für die Einholung der ZM erforderlich sind, hinzuweisen. Der/dem Patient*en sind auf Wunsch die Befundunterlagen auszuhändigen.

Der/die ZMer soll die/den Patient*in Bezug auf den empfohlenen Eingriff und mögliche Therapie- oder Handlungsalternativen so informieren und beraten, dass eine informierte Entscheidung der/des Patient*in in Bezug auf die Notwendigkeit der Durchführung des empfohlenen Eingriffs ermöglicht wird. Dabei sollen mögliche Therapiealternativen unter Berücksichtigung der Anamnese und des Krankheitsverlaufs einbezogen werden, gestützt auf die Vorbefunde sowie auf die Präferenzen der/des Patient*in.

Der/die ZMer soll auf Nachfrage der/des Patient*in zu Beginn des Beratungsgesprächs Auskunft bzgl. möglicher Interessenkonflikte oder finanzieller Beziehungen geben. Die ZM soll im Rahmen eines persönlichen Gesprächs zwischen der/dem ZMer und der/dem Patient*in abgegeben werden. Die Option, telemedizinische Leistungen zu erbringen, soll unter Einhaltung berufsrechtlicher und vertragsärztlicher Vorgaben perspektivisch möglich sein, sofern eine Regelung getroffen wurde.

Der/die ZMer bezieht gemäß Vorbefunde, die ihm/ihr aus der Patientenakte zur Verfügung gestellt wurden, in die Beratung mit ein. Falls von dem/der ZMer relevante Untersuchungen als fehlend oder nicht verwendbar betrachtet oder weiterführende Untersuchungen als notwendig festgestellt werden, ist die/der Patient*in darüber zu informieren. Der/die ZMer informiert den/die EMer darüber, sofern die/der Patient*in dem zugestimmt hat.

Eine ZM gilt als abgegeben, wenn die Beurteilung und Beratung erfolgt sind und in diesem Rahmen die Indikation zum empfohlenen Eingriff bestätigt oder nicht bestätigt wurde und die weiteren Handlungsoptionen der/dem Patient*in erläutert wurden. Auf Wunsch der/des Patient*in wird das Ergebnis der ZM dem/der EMer mitgeteilt und ein ärztlicher Bericht wird für den/die Patient*in erstellt und ausgehändigt. Die folgende Abbildung 1-2 visualisiert den Prozess der Erbringung einer ZM nach Zm-RL.

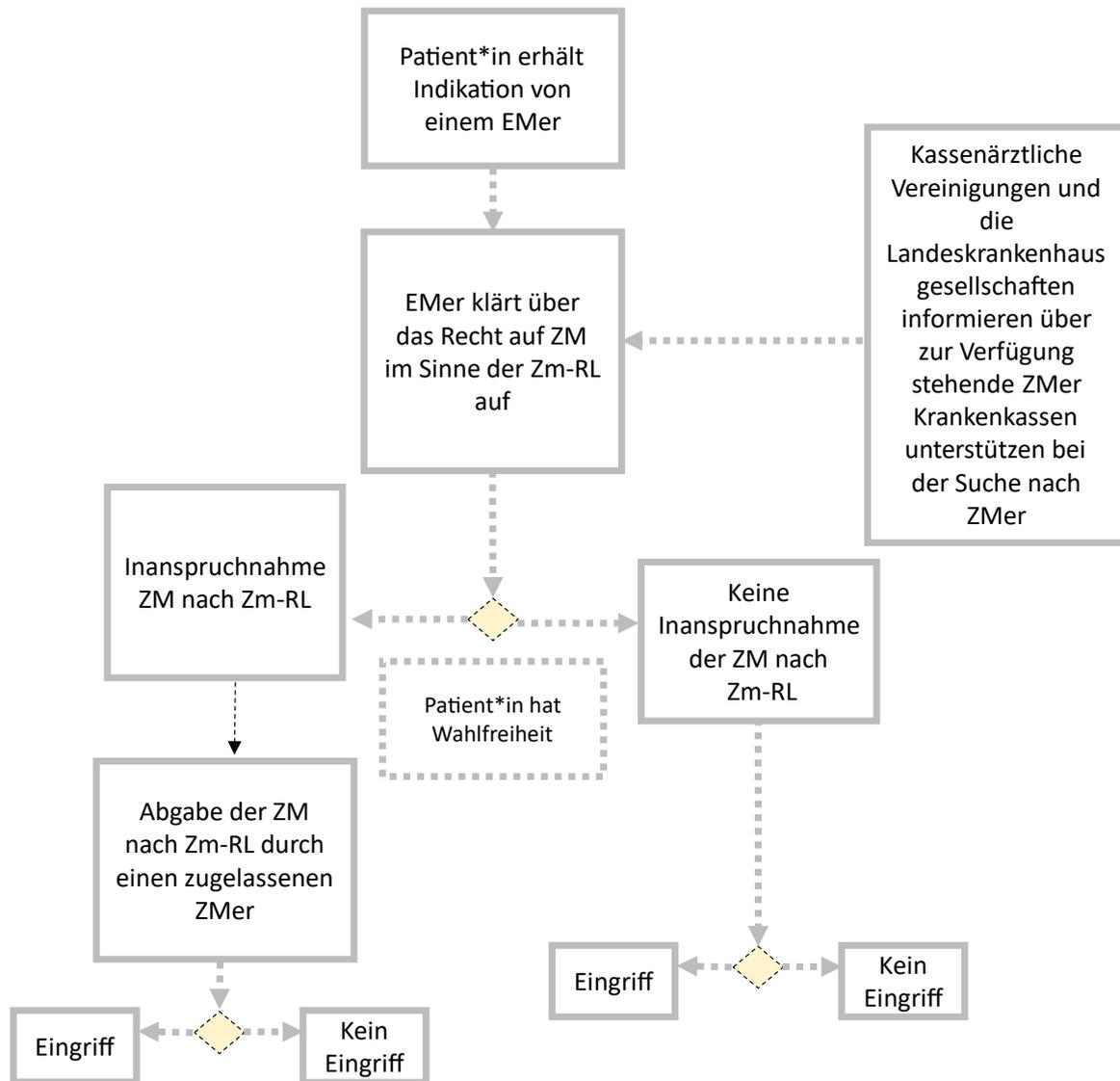


Abbildung 1-2: Prozess der Zm-RL

1.2 Umfeld der Zm-RL

Das Kapitel 1.2 beschreibt das Umfeld, in dem die Zm-RL eingebettet ist. Im Fokus stehen dabei die gesetzlichen Rahmenbedingungen, die Akteur*innen und Strukturen, die einen Einfluss auf die Umsetzung der Zm-RL haben, sowie Daten und Fakten, die die Ist-Situation bzgl. der ZMer widerspiegeln. Die Inhalte basieren unter anderem auf dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren vom 07. Dezember 2018. Gegenstand dieser Evaluation ist die zum Zeitpunkt der Ausschreibung gültigen Version der Zm-RL vom 21. September 2017.

1.2.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen

Das Recht gesetzlich versicherter Patient*innen auf eine ZM wurde 2015 im Rahmen des Versorgungsstärkungsgesetzes im SGB V § 27b verankert. Das Gesetz begrenzt gemäß § 27b Absatz 1 Satz 1 den Zweitmeinungsanspruch auf Indikationsstellungen bei einem planbaren Eingriff, bei dem insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung seiner Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist.

Das Gesetz legt fest, dass die ZM nicht bei einem/einer Ärzt*in oder einer Einrichtung eingeholt werden kann, durch den oder durch die der Eingriff ausgeführt werden soll. In der Begründung des Deutschen Bundestages zum Versorgungsstärkungsgesetz wird als Konsequenz bei Missachtung ergänzt: „ansonsten entfällt der Leistungsanspruch für die ZM“. Die Verpflichtung der operierenden Einrichtung zur Indikationsprüfung bleibt von dieser Regelung unberührt.

Der Auftrag, die planbaren Eingriffe für das Zweitmeinungsverfahren insbesondere im Hinblick auf die „Mengenanfälligkeit“ auszuwählen, liegt beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Der G-BA legt außerdem weitere Regelungen in der Richtlinie über die Konkretisierung des Anspruchs auf eine unabhängige ärztliche ZM gemäß § 27b Absatz 2 SGB V (Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren/Zm-RL) fest. Die Zm-RL wurde vom G-BA in den Sitzungen am 21. September 2017 und 18. Oktober 2018 beschlossen.

In der ersten Fassung wurden als Indikationen für das Zweitmeinungsverfahren die Eingriffe HE sowie die TT /TE festgelegt. In den tragenden Gründen begründet der G-BA die Auswahl der TT und TE u. a. mit den erheblichen regionalen Schwankungen der Eingriffshäufigkeit, die bislang medizinisch-wissenschaftlich nicht ausreichend erklärt werden konnten und der daraus resultierenden „Mengenanfälligkeit“ der Eingriffe. Zudem begründet der G-BA die Auswahl der Eingriffe mit einer Nutzen-Schaden-Abwägung im Vergleich zu konservativen Therapieformen.

Die Auswahl der HE wird u. a. damit begründet, dass die Notwendigkeit einer OP bei benignen Erkrankungen nicht zwangsläufig ist und daher die Frage einer alternativen nicht-operativen Behandlung besonders berücksichtigt werden sollte. Maligne Grunderkrankungen werden grundsätzlich ausgeschlossen, weil einerseits eine Verzögerung der Behandlung durch die

vorgegebene Mindestwartezeit von 10 Tagen unzumutbar sei und zum anderen redundante Versorgungsstrukturen (z. B. durch Tumorkonferenzen) vermieden werden sollen.

Neben dem Anspruch auf eine ZM nach SGB V § 27b bieten Krankenversicherungen Zweitmeinungsverfahren im Rahmen von Verträgen der besonderen Versorgung nach §140a an. Sofern diese Zweitmeinungsverfahren planbare Eingriffe entsprechend der Zm-RL betreffen, müssen die Zweitmeinungsverfahren der Krankenkassen die Anforderungen der Zm-RL erfüllen.

1.2.2 Beschreibung der Akteur*innen und Strukturen

Der folgende Punkt beschreibt die Akteur*innen mit ihren Aktivitäten, die für die Implementierung der Rahmenbedingungen der Zm-RL Umsetzung verantwortlich sind, z. B. den ZMer relevante Informationen für ihre Empfehlungsgespräche mit ihren Patient*innen zur Verfügung zu stellen.

Die KVen und die Landeskrankenhausgesellschaften informieren inhaltlich abgestimmt über die für das Zweitmeinungsverfahren gemäß dieser Richtlinie zur Verfügung stehenden ZMer. Die Informationen werden frei zugänglich auf regional oder überregional betriebenen Informationsplattformen zur Verfügung gestellt. Falls die Informationen über die ZMer ausschließlich auf überregionalen Informationsplattformen angeboten werden, müssen auf den landesbezogenen Informationsportalen der KVen und der Landeskrankenhausgesellschaften eindeutige Hinweise mit einer Verlinkung auf die überregionalen Angebote vorgehalten werden. Die Informationen über ZMer müssen mindestens die folgenden Informationen enthalten:

- Name des Arztes / der Ärztin und Kontaktdaten,
- Fachgebietsbezeichnung,
- und die Ärztin oder den Arzt betreffendes Zweitmeinungsthema oder die Themen.

Die Informationen sind so aufzubereiten, dass ZMer von Patient*innen mindestens nach Name, Fachgebiet, Eingriff, Ort sowie Bundesland oder KV-Bereich gesucht werden können. Auch eine Kombinationssuche dieser Informationen soll ermöglicht werden.

Sofern die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft weitere Vorgaben für die KVen und die

Landeskrankengesellschaften in Bezug auf technische Anforderungen an die zu erstellende Liste und die durchzuführenden Prozesse zum Datenaustausch und zur Datenaktualisierung festgesetzt haben, ist der G-BA über die getroffene Vereinbarung zu informieren.

Die gemäß § 135b Absatz 1 Satz 2 SGB V von den KVen erhobenen und an die KBV weitergeleiteten Angaben zur Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren werden von der KBV zusammengeführt. Ein auf dieser Grundlage erstellter Bericht wird dem G-BA bis zum 30. September des dem Berichtsjahr folgenden Jahres zur Verfügung gestellt. Der Bericht enthält je Eingriff folgende aggregierte Angaben:

- Anzahl der Anträge auf Zweitmeinungserbringung gemäß § 7 Absatz 1,
- davon erteilte Genehmigungen zur Durchführung einer Abrechnung und Ablehnungen,
- Gründe für Ablehnungen differenziert gemäß § 7 Absatz 2 bis 5,
- Anzahl Beendigungen,
- Anzahl vorliegender Genehmigungen zur Durchführung einer Abrechnung zum Dezember des Berichtsjahres.

Die Evaluation der Zm-RL soll nicht später als zwei Jahre nach dem Inkrafttreten dieser Richtlinie beauftragt werden. Deren Ergebnisse sollen spätestens zwei Jahre nach Beauftragung vorliegen. Die Evaluation soll sich auf die Inanspruchnahmerate von ZM durch Patient*innen, eine mögliche Veränderungsrate bei den im besonderen Teil der Richtlinie bzgl. der aufgeführten Eingriffe, den Nutzen für die informierte Entscheidungsfindung sowie die Erreichung der im allgemeinen Teil benannten allgemeinen Ziele und der im besonderen Teil gegebenenfalls benannten speziellen Ziele beziehen. Der konkrete Auftrag zur Evaluation wird gesondert durch den G-BA erteilt und soll sich auf das vom G-BA beschlossene Evaluations-Rahmenkonzept stützen.

Auf die in § 6 Absatz 3 und in § 8 Absatz 7 benannten, durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) entwickelten, eingriffsspezifischen Entscheidungshilfen ist erst dann hinzuweisen, wenn diese durch das IQWiG im Auftrag des G-BA erstellt wurden.

1.2.3 Ziele der QS-Maßnahmen und Legitimation

Die Ziele der Richtlinie sind

- den Rechtsanspruch des/der Patient*in auf eine unabhängige ärztliche ZM zu den im besonderen Teil der Richtlinie aufgeführten planbaren Eingriffen zu konkretisieren,
- die Information des/der Patient*in über das Recht, eine unabhängige ärztliche ZM einholen zu können, um auf dieser Grundlage zu einer informierten Entscheidung über die Durchführung oder nicht-Durchführung des empfohlenen planbaren Eingriffs zu gelangen, einschließlich der Erläuterung weiterer Behandlungsoptionen,
- medizinisch nicht notwendige Indikationsstellungen bei planbaren Eingriffen und die Durchführung von medizinisch nicht gebotenen planbaren Eingriffen zu vermeiden,
- eine qualitativ hochwertige Erbringung der ZM durch definierte Anforderungen festzulegen.

1.2.4 Zielgruppen für die Umsetzung der QS-Maßnahmen

Die Akteur*innen, die die QS-Maßnahme umsetzen, sind die indikationsstellenden Ärzt*innen (EMer), zweitmeinende Ärzt*innen (ZMer) sowie die KVen und die Landeskrankenhausgesellschaften.

Anforderungen an den/die ZMer

Der/die ZMer unterliegen der Aufklärungspflicht (s. Beschreibung des Zweitmeinungsprozesses). Für ZMer gelten folgende Anforderungen an die Qualifikation:

- eine mindestens 5-jährige ganztägige Tätigkeit als Facharzt*in,
- die Erfüllung der Fortbildungspflicht,
- eine von der LÄKen erteilte Befugnis zur Weiterbildung oder eine akademische Lehrbefugnis.

Die Zielgruppe der/die ZMer, die in dieser Evaluation berücksichtigt wird, lässt sich in zwei Gruppen unterteilen.

Erste Zielgruppe – ZMer für Mandeloperationen (TT, TE)

Zur Erbringung der ZM für den Eingriff sind Facharzt*innen folgender Fachrichtungen berechtigt:

- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
- Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendmedizin können gemäß § 8 Absatz 3 im Allgemeinen Teil der Richtlinie in den Prozess der Zweitmeinungserbringung mit einbezogen werden.

Zweite Zielgruppe – ZMer für Gebärmutterentfernungen (HE)

Zur Erbringung der ZM für den Eingriff sind Fachärzt*innen folgender Fachrichtungen berechtigt:

- Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Anforderungen an die KVen und die Landeskrankenhausgesellschaften (LKG)

Die folgenden Verantwortungen liegen bei den KVen und der LKG:

- regelmäßige Informationen über genehmigte ZMer,
- Informationen frei zugänglich in regionalen oder überregional betriebenen Informationsplattformen,
- relevante Informationen:
 - Arztname und Kontaktdaten,
 - Fachgebietsbezeichnung,
 - das/die Ärztin oder den Arzt betreffende Zweitmeinungsthema oder Themen.

Zielgruppen der Patient*innen

Die Zielgruppen der Patient*innen, die von der QS-Maßnahme profitieren sollen, sind gesetzlich versicherte Patient*innen mit planbaren Eingriffen. Die planbaren Eingriffe sind in der Zm-RL wie folgt definiert.

Definition des geplanten Eingriffs HE

- Der Eingriff umfasst Uterusexstirpationen, die als totale oder subtotale HE durchgeführt werden.
- Gegenstand des Zweitmeinungsverfahrens ist die Indikationsstellung der HE bei allen nicht malignen Erkrankungen des Uterus.

Definition des geplanten Eingriffs TT/TE

- Der Eingriff an den Gaumen- oder Rachenmandeln (Tonsillektomie auch mit zusätzlicher Adenotomie) umfasst entweder eine vollständige Resektion („Tonsillektomie“) oder eine Teilentfernung („Tonsillotomie“).
- Gegenstand des Zweitmeinungsverfahrens ist die Indikationsstellung zur TT/TE bei allen nicht malignen Erkrankungen der Tonsillen.

1.3 Evaluationsgegenstand und -ziele

Dieses Kapitel befasst sich mit dem Evaluationsgegenstand, den allgemeinen und spezifischen Evaluationszielen des Projekts sowie mit den Evaluationshypothesen. Gegenstand ist die Evaluation der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren, in der Fassung von 21. September 2017 unter Bezugnahme auf den zugrundeliegenden § 27b SGB V und dessen Gesetzesbegründungen. Die Evaluation bezieht sich dabei auf die Eingriffe TT, TE sowie HE.

1.3.1 Allgemeine Ziele der Evaluation

Ziel der Evaluation war es insbesondere, die Zielerreichung entsprechend § 2 Zm-RL und die Umsetzung der Zm-RL zu überprüfen. Die Schwerpunkte lagen dabei vor allem auf:

- Überprüfung der Zielerreichung und der Umsetzung der Richtlinie,
- wenn möglich dem Vergleich zur Situation vor Inkrafttreten der Richtlinie,
- Auswirkungen der Richtlinie,
- eventuellen Umsetzungshindernissen der Richtlinie,
- Empfehlungen hinsichtlich einer Weiterentwicklung der Richtlinie.

1.3.2 Spezifische Ziele der Evaluation

Die Evaluation verfolgte drei spezifischen Evaluationsziele: A, B und C.

Spezifisches Evaluationsziel A: Gestaltung des Prozesses der Zweitmeinung und Nutzen für die informierte Entscheidungsfindung

Es wurde bewertet, inwieweit die am Informationsbedarf der Versicherten orientierten Prozesse gemäß der Zielsetzung nach § 2 Nr. 1-2 (Sicherung des Rechtsanspruches, Information) und Nr. 4 (qualitativ hochwertige Erbringung der ZM) adäquat umgesetzt wurden. Einzelne Fragen umfassten u. a. folgende Aspekte:

- Qualität der Information im Rahmen der Empfehlung zum Eingriff und der Bestimmungen zu den Informationen nach § 6 (z. B. Rechtzeitigkeit, Information über ZMer, Merkblatt, Entscheidungshilfen, Befunde),
- Qualität der ZM im Hinblick auf die in § 8 genannten Aufgaben (z. B. Therapiealternativen, Interessenkonflikte, Verwertbarkeit von Befundunterlagen, Rückmeldungen, Bericht an Patientinnen/Patienten),
- Beitrag der ZM zur informierten Entscheidungsfindung für den/die Patient*in.

Spezifisches Evaluationsziel B: Indikationsstellung, Inanspruchnahme von ZM, Durchführung von Eingriffen

Es sollte untersucht werden, ob und in welchem Maße es nach dem in § 2 Nr. 3 Zm-RL genannten Ziel gelingt, medizinisch nicht notwendige Indikationsstellungen bei planbaren Eingriffen und die Durchführung von medizinisch nicht gebotenen planbaren Eingriffen zu vermeiden. Einzelne Fragen waren u. a.:

- Ob und in welchem Ausmaß ggf. die Anzahl von Eingriffen zurückgeht, regionale Variationen ggf. reduziert werden, und ob und in welchem Ausmaß sich dies insbesondere nach Erbringung der ZM bei zunächst empfohlenen Eingriffen beobachten lässt?
- Ob sich sowohl bei der dokumentierten Begründung der Indikationsstellungen als auch bei der dokumentierten Begründung tatsächlich durchgeführten Eingriffe, insbesondere bezogen auf die medizinische Evidenzbasierung (z. B. in Bezug auf Leitlinienempfehlungen) Veränderungen beobachten lassen?

Spezifisches Evaluationsziel C: Verantwortungsbereiche und Inanspruchnahme von Leistungserbringern

Es wurde untersucht, in welchem Ausmaß und in welcher Weise ggf. die Zm-RL nicht intendierte Folgen hat und damit von den in der Richtlinie in § 2 formulierten Zielen abgewichen wurde. Aus den Evaluationsergebnissen wurden Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Zm-RL abgeleitet. Dies betraf u. a. folgende Aspekte:

- Erhebung und Bewertung ggf. zusätzlicher (ersetzender oder weiterführender) Diagnostik an Einrichtungen, die zum Zweck der Durchführung der ZM kontaktiert wurden im Sinne von § 3 Absatz 2 der Zm-RL.
- Prüfung, ob eine generelle Verlagerung der Durchführung der betreffenden Eingriffe hin zu Einrichtungen beobachtet werden konnte, die die ZM anbieten (insofern davon ausgegangen werden konnte, dass Einrichtungen, die die ZM anbieten, den Eingriff grundsätzlich auch selbst durchführen).

1.4 Präzise Fragestellungen

Im Evaluationsplan wurden neben den o. g. spezifischen Evaluationszielen noch folgende präzise Fragestellungen formuliert.

- a. Wie wird die Qualität der ZM, die Qualität des Aufklärungsgesprächs und der Nutzen für die informierte Entscheidungsfindung aus Patientenperspektive beurteilt?
- b. Welche Behandlungspfade können durch die Zm-RL identifiziert werden?
- c. Inwieweit werden Leitlinien bei der Indikationsstellung der betreffenden Eingriffe von den Fachärzt*innen berücksichtigt?

- d. Wie wird die ZM im Versorgungsalltag umgesetzt?
- e. Wie häufig wird über das Recht auf eine ZM im Sinne der RL aufgeklärt und wie häufig werden ZM im Sinne der Richtlinie in Ansprache genommen?
- f. Wie entwickeln sich die OP-Zahlen der Eingriffe TT/TE und HE regionsbezogen im Vergleich vor und nach Einführung der Zm-RL?

Aufgrund der systematisierenden Vollständigkeit ließen sich diese präzisen Fragestellungen mit den im vorangehenden Kapitel ausgeführten spezifischen Evaluationszielen A-C integrieren. Sodass sich eine an den spezifischen Evaluationszielen orientierte erweiterte Systematik an den Forschungsfragestellungen herleiten ließ:

Spezifische Fragestellungen A (orientiert an Evaluationsziel A):

- Wie wird die Qualität der ZM, die Qualität des Aufklärungsgesprächs und der Nutzen für die informierte Entscheidungsfindung aus Patientenperspektive beurteilt?
- Wie wird die ZM im Versorgungsalltag umgesetzt?
- Wie häufig wird über das Recht eine zweite Meinung im Sinne der RL aufgeklärt und wie häufig werden ZM im Sinne der Richtlinie in Ansprache genommen?
- Werden Patient*innen mit einer richtlinienrelevanten Indikation über ihr Recht auf Einholung einer ZM im Sinne der Zm-RL aufgeklärt?
- Werden alle Aufklärungspflichten berücksichtigt?
- Wie wird die inhaltliche Qualität des Aufklärungsgesprächs und die eingesetzten Informationsmaterialien bewertet?
- Wie wird die Qualität der erbrachten ZM beurteilt?
- Welchen Beitrag leistet die Zm-RL für eine informierte Entscheidungsfindung?

Spezifische Fragestellungen B (orientiert an Evaluationsziel B):

- Inwieweit werden Leitlinien bei der Indikationsstellung der betreffenden Eingriffe von den Fachärzt*innen berücksichtigt?
- Wie entwickeln sich die OP-Zahlen der Eingriffe TT/TE und HE regionsbezogen im Vergleich vor und nach Einführung der Zm-RL?
- Gelingt es durch die Zm-RL, medizinisch nicht notwendige Indikationsstellungen bei planbaren Eingriffen sowie die Durchführung von medizinisch nicht gebotenen planbaren Eingriffen zu vermeiden?

- Erwirkt die Zm-RL eine Abnahme der regionalen Variation der Eingriffshäufigkeiten von HE, TT/TE?
- Werden evidenzbasierte Leitlinieninhalte bei der Indikationsstellung und der finalen OP-Empfehlung berücksichtigt?

Spezifische Fragestellungen C (orientiert an Evaluationsziel C):

- Welche Behandlungspfade können durch die Zm-RL identifiziert werden?
- Welche durch die Zm-RL nicht intendierten Folgen können im Versorgungsalltag beobachtet werden?
- Welche weiterführenden Diagnostiken werden an zweitmeinenden Institutionen durchgeführt?
- Findet eine Verlagerung der Behandlung hin zu zweitmeinenden Institutionen statt?

2 Evaluationshypothesen

Das folgende Kapitel beinhaltet die Darstellung der Haupt- und Unterhypothesen sowie die Beschreibung der Bewertung der Hypothesen (siehe Abbildung 2-1 und Tabelle 2-1). Die Generierung der Hypothesen für die Evaluation erfolgte auf Grundlage des Rahmenkonzepts Evaluation [Veit et al. 2013] und orientiert sich an den Zielen der Evaluation. Dabei wurden die (Haupt-)Hypothesen, die initial im Evaluationsplan formuliert wurden, weiter ergänzt. Darüber hinaus wurden weiterführende Unterhypothesen formuliert, die einzelne Haupthypothesen ausdifferenzieren und eine detailliertere Analyse erlaubten. Alle Änderungen bzw. Erweiterungen werden auch nochmals im Kapitel 6.1.2 Weiterentwicklung der Evaluationshypothesen dargestellt.

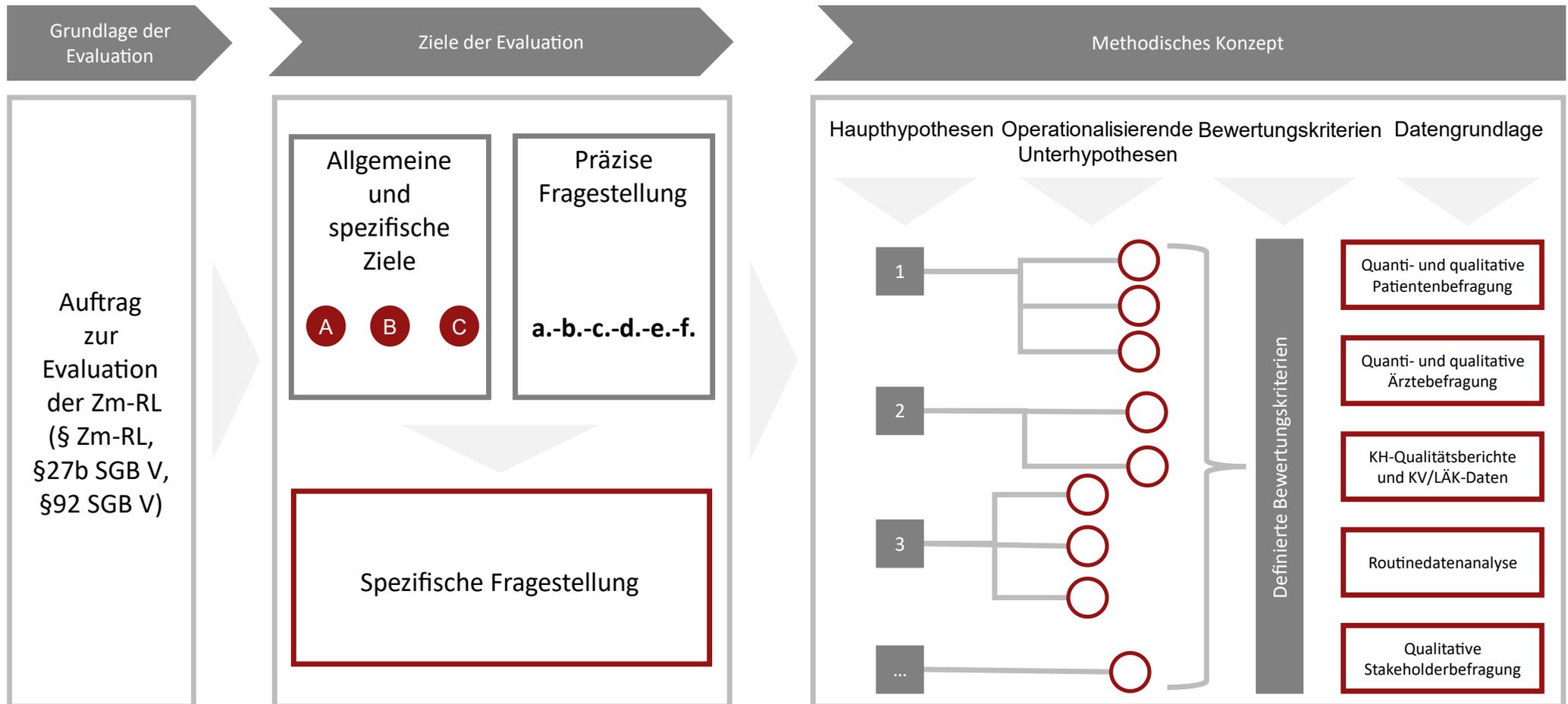


Abbildung 2-1: Generierung der Hypothesen

Tabelle 2-1: Darstellung der Haupthypothesen in Bezugnahme zu den allgemeinen Zielen der Evaluation

Allgemeine Ziele	Haupthypothesen
Überprüfung der Zielerreichung und der Umsetzung der Richtlinie	<p>H1 Die Zm-RL verbessert die informierte Entscheidungsfindung der Patient*innen bei der Indikation der HE.</p> <p>H2 Die Zm-RL verbessert die informierte Entscheidungsfindung der/des Patient*in bzw. des Erziehungsberechtigten bei der Indikation TT oder TE.</p> <p>H3 Die Zm-RL trägt dazu bei, dass medizinisch nicht notwendige Eingriffe vermieden werden.</p> <p>H4 Die Zm-RL wird vollumfänglich umgesetzt.</p>
Wenn möglich Vergleich zur Situation vor Inkrafttreten der Richtlinie	<p>H5 Die Zm-RL erwirkt eine Abnahme der regionalen Variation der Eingriffshäufigkeiten von TT und TE.</p> <p>H6 Die Zm-RL erwirkt eine Abnahme der regionalen Variation der Eingriffshäufigkeiten von HE.</p>
Auswirkungen der Richtlinie	H7 Die Versorgung hat sich seit der Einführung der Zm-RL verändert.
Eventuelle Umsetzungshindernisse der Richtlinie	H8 Es gibt keine Hindernisse bei der Umsetzung der Richtlinie.
Empfehlungen hinsichtlich einer Weiterentwicklung der Richtlinie	Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Richtlinie ergeben sich aus der zusammenfassenden Betrachtung der Evaluationsergebnisse.

Den Haupthypothesen wurden thematisch Unterhypothesen zugeordnet, die aus den spezifischen Zielen des Evaluationsauftrags resultierten. Gleichzeitig dienten die Unterhypothesen summativ zur Prüfung der Haupthypothesen (siehe Tabelle 2-2).

Tabelle 2-2: Darstellung der Unterhypothesen bzw. Haupthypothesen in Bezugnahme zu den spezifischen Zielen der Evaluation

Spezifische Ziele	Unterhypothesen/ Haupthypothesen	
Spezifisches Evaluationsziel A:	Es soll bewertet werden, ob die in der Zm-RL bestimmten, am Informationsbedarf der Versicherten orientierten Prozesse gemäß der Zielsetzung nach § 2 Nr. 1-2 (Sicherung des Rechtsanspruches, Information) und Nr. 4 (qualitativ hochwertige Erbringung der ZM) adäquat umgesetzt werden. Dies umfasst sowohl die Pflichten im Rahmen der Empfehlung zum Eingriff (§ 5) und besonders die Aufgaben gemäß § 6 und § 8.	<p>U1: Patient*innen werden über Recht auf Einholung einer ZM im Sinne der Zm-RL aufgeklärt.</p> <p>U2: Die Informationsbedarfe der Patient*innen werden im Rahmen der Indikationsstellung erfüllt.</p> <p>U3: Die Informationsbedarfe der Patient*innen werden im Zweitmeinungsgespräch nach Zm-RL erfüllt.</p>
Gestaltung des Prozesses der ZM und Nutzen für die Informierte Entscheidungsfindung	<p>Qualität der Information im Rahmen der Empfehlung zum Eingriff und der Bestimmungen zu den Informationen nach § 6 (z. B. Rechtzeitigkeit, Information über ZMer, Merkblatt, Entscheidungshilfen, Befunde)</p> <p>Qualität der ZM im Hinblick auf die in § 8 genannten Aufgaben (z. B. Therapiealternativen, Interessenkonflikte, Verwertbarkeit von Befundunterlagen, Rückmeldungen, Bericht an Patientinnen/Patienten)</p>	<p>U4: Ärzt*innen klären die Patient*innen entsprechend der Vorgaben der Zm-RL auf.</p> <p>U5: Die im Rahmen der Aufklärung über das Recht auf ZM eingesetzten Informationsmaterialien sowie die Zusammenstellung der Befundunterlagen unterstützen die Patient*innen bei der informierten Entscheidungsfindung.</p> <p>U6: Die Qualität der Information trägt zu einer</p>

Spezifische Ziele		Unterhypothesen/ Hauptypothesen
		<p>informierten Entscheidungsfindung bei.</p> <p>U7: ZMer erbringen eine qualitativ hochwertige ZM und berücksichtigen bei der Erbringung der ZM alle in der Zm-RL aufgeführten Aufgaben.</p> <p>U8: Das Ziel einer vollständigen Durchdringung auf Ebene der EMer wurde erreicht.</p> <p>U9: Das Ziel einer vollständigen Implementierung auf Ebene der EMer wurde erreicht.</p> <p>U10: Das Ziel einer vollständigen Umsetzung auf Ebene der EMer wurde erreicht.</p> <p>U11: Das Ziel einer vollständigen Durchdringung auf Ebene der ZMer wurde erreicht.</p> <p>U12: Das Ziel einer vollständigen Implementierung auf Ebene der ZMer wurde erreicht.</p> <p>U13: Das Ziel einer vollständigen Umsetzung auf</p>

Spezifische Ziele		Unterhypothesen/ Hauptypothesen
		Ebene der ZMer wurde erreicht.
	Beitrag der ZM zur informierten Entscheidungsfindung für den/ die Patient*in	U14: Patient*innen werden durch die ZM in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt.
Spezifisches Evaluationsziel B: Indikationsstellung, Inanspruchnahme von ZM, Durchführung von Eingriffen	Daher soll auf Grundlage von § 10 Abs. 3 Zm-RL bewertet werden, ob und in welchem Maße es nach dem in § 2 Nr. 3 genannten Ziel gelingt, medizinisch nicht notwendige Indikationsstellungen bei planbaren Eingriffen und die Durchführung von medizinisch nicht gebotenen planbaren Eingriffen auf der Grundlage der Bewertung zur Evidenzbasierung von Eingriffen und der Grundlage der Gestaltung des Prozesses der ZM zu vermeiden. (2. Phase)	U15: Medizinisch nicht notwendige Indikationsstellungen bei planbaren Eingriffen sowie die Durchführung von medizinisch nicht gebotenen planbaren Eingriffen können durch die Zm-RL vermieden werden.
	Ob und in welchem Ausmaß ggf. die Anzahl von Eingriffen zurückgeht, regionale Variationen ggf. reduziert werden, und ob und in welchem Ausmaß sich dies insbesondere nach ZM bei zunächst empfohlenen Eingriffen beobachten lässt? (2. Phase)	H5 Die Zm-RL erwirkt eine Abnahme der regionalen Variation der Eingriffshäufigkeiten von TT und TE. H6 Die Zm-RL erwirkt eine Abnahme der regionalen Variation der Eingriffshäufigkeiten von HE.

Spezifische Ziele	Unterhypothesen/ Hauptypothesen	
	<p>Ob sich, sowohl bei der dokumentierten Begründung der Indikationsstellungen als auch bei der dokumentierten Begründung tatsächlich durchgeführten Eingriffe insbesondere bezogen auf die medizinische Evidenzbasierung (z. B. in Bezug auf Leitlinienempfehlungen), Veränderungen beobachten lassen? (2. Phase)</p>	<p>U16: Evidenzbasierte Leitlinieninhalte werden bei der für die Indikationsstellung und der finalen OP-Empfehlung berücksichtigt.</p>
<p>Spezifisches Evaluationsziel C: Verantwortungsbereiche und Inanspruchnahme von Leistungserbringer</p>	<p>Es soll zudem untersucht und dargestellt werden ob, in welchem Ausmaß und in welcher Weise ggf. die Zm-RL nicht intendierte Folgen hat und damit von den in der Richtlinie in § 2 formulierten Zielen abgewichen wird.</p>	<p>U17: Die Zm-RL führt dazu, dass Eingriffe zeitlich verzögert durchgeführt werden.</p> <p>U18: Die Zm-RL führt dazu, dass sich Patient*innen mit ihrer Entscheidung sicher fühlen.</p> <p>U19: Die Zm-RL führt dazu, dass vermehrt Drittmeinungen eingeholt werden.</p> <p>U20: Richtlinienrelevante Informationen sind für Patient*innen leicht zugänglich.</p> <p>U21: Richtlinienrelevante Informationen sind von den an der Zm-RL beteiligten</p>

Spezifische Ziele		Unterhypothesen/ Hauptypothesen
		Stakeholdern inhaltlich abgestimmt. U22: Es stehen ausreichend Fachärzt*innen der Gyn und HNO zur Verfügung, die die Voraussetzung erfüllen, um als ZMer zugelassen zu werden.
	Erhebung und Bewertung ggf. zusätzlicher (ersetzender oder weiterführender) Diagnostik an Einrichtungen, die zum Zweck der Durchführung der ZM kontaktiert wurden im Sinne von § 3 Absatz 2 der Zm-RL	U23: ZMer führen zusätzliche Untersuchungen durch, um zu ihrer Indikationsstellung zu gelangen.
	Prüfung, ob eine generelle Verlagerung der Durchführung der betreffenden Eingriffe hin zu Einrichtungen beobachtet werden kann, die die ZM anbieten (insofern davon ausgegangen werden kann, dass Einrichtungen, die die ZM anbieten den Eingriff grundsätzlich auch selbst durchführen)	U24: Eine Verlagerung der Behandlung hin zu zweitmeinenden Institutionen findet statt.

Die Darstellung der Haupt- und Unterhypothesen können der Tabelle 2-3 entnommen werden.

Tabelle 2-3: Zuordnung der Nebenthesen zu den Haupthesen

Allgemeine Ziele	Hauptthesen	Unterthesen
Überprüfung der Zielerreichung und der Umsetzung der Richtlinie	<p>H1 Die Zm-RL verbessert die informierte Entscheidungsfindung der Patient*innen bei der Indikation der HE.</p> <p>H2 Die Zm-RL verbessert die informierte Entscheidungsfindung der/des Patient*in bzw. des Erziehungsberechtigten bei der Indikation TT oder TE.</p>	<p>U2: Die Informationsbedarfe der Patient*innen werden im Rahmen der Indikationsstellung erfüllt.</p> <p>U3: Die Informationsbedarfe der Patient*innen werden im Zweitmeinungsgespräch nach Zm-RL erfüllt.</p> <p>U5: Die im Rahmen der Aufklärung über das Recht auf ZM eingesetzten Informationsmaterialien sowie die Zusammenstellung der Befundunterlagen unterstützen die Patient*innen bei der informierten Entscheidungsfindung.</p> <p>U6: Die Qualität der Information trägt zu einer informierten Entscheidungshilfe bei.</p> <p>U14: Patient*innen werden durch die ZM in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt.</p>
	<p>H3 Die Zm-RL trägt dazu bei, dass medizinisch nicht notwendige Eingriffe vermieden werden.</p>	<p>U15: Medizinisch nicht notwendige Indikationsstellungen bei planbaren Eingriffen sowie die</p>

Allgemeine Ziele	Hauptthesen	Unterthesen
		<p>Durchführung von medizinisch nicht gebotenen planbaren Eingriffen können durch die Zm-RL vermieden werden.</p> <p>U16: Evidenzbasierte Leitlinieninhalte werden bei der für die Indikationsstellung und der finalen OP-Empfehlung berücksichtigt.</p>
	H4 Die Zm-RL wird vollumfänglich umgesetzt.	<p>U1: Patient*innen werden über Recht auf Einholung einer ZM im Sinne der Zm-RL aufgeklärt.</p> <p>U4: Ärzt*innen klären die Patient*innen entsprechend der Vorgaben der Zm-RL auf.</p> <p>U7: ZMer erbringen eine qualitativ hochwertige ZM und berücksichtigen bei der Erbringung der ZM alle in der Zm-RL aufgeführten Aufgaben.</p> <p>U8: Das Ziel einer vollständigen Durchdringung auf Ebene der EMer wurde erreicht.</p> <p>U9: Das Ziel einer vollständigen Implementierung auf Ebene der EMer wurde erreicht.</p> <p>U10: Das Ziel einer vollständigen Umsetzung auf</p>

Allgemeine Ziele	Hauptthesen	Unterthesen
		<p>Ebene der EMer wurde erreicht.</p> <p>U11: Das Ziel einer vollständigen Durchdringung auf Ebene der ZMer wurde erreicht.</p>
Vergleich zur Situation vor Inkrafttreten der Richtlinie	<p>H5 Die Zm-RL erwirkt eine Abnahme der regionalen Variation der Eingriffshäufigkeiten von TT und TE.</p> <p>H6 Die Zm-RL erwirkt eine Abnahme der regionalen Variation der Eingriffshäufigkeiten von HE.</p>	
Auswirkungen der Richtlinie	H7 Die Versorgung hat sich seit der Einführung der RL verändert.	<p>U17: Die Zm-RL führt dazu, dass Eingriffe zeitlich verzögert durchgeführt werden.</p> <p>U18: Die Zm-RL führt dazu, dass sich Patient*innen mit ihrer Entscheidung sicher fühlen.</p> <p>U19: Die Zm-RL führt dazu, dass vermehrt Drittmeinungen eingeholt werden.</p> <p>U23: ZMer führen zusätzliche Untersuchungen durch, um zu ihrer Indikationsstellung zu gelangen.</p> <p>U24: Eine Verlagerung der Behandlung hin zu zweitmeinenden Institutionen findet statt.</p>

Allgemeine Ziele	Hauptthesen	Unterthesen
Eventuelle Umsetzungshindernisse der Richtlinie	H8 Es gibt keine Hindernisse bei der Umsetzung der Richtlinie.	<p>U20: Richtlinienrelevante Informationen sind für Patient*innen leicht zugänglich.</p> <p>U21: Richtlinienrelevante Informationen sind von den an der Zm-RL beteiligten Stakeholdern inhaltlich abgestimmt.</p> <p>U22: Es stehen ausreichend Fachärzt*innen der Gyn und HNO zur Verfügung, die die Voraussetzung erfüllen, um als ZMer zugelassen zu werden.</p>
Empfehlungen hinsichtlich einer Weiterentwicklung der Richtlinie	Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Richtlinie ergeben sich aus der zusammenfassenden Betrachtung der Evaluationsergebnisse	

Die weiterführenden Ausführungen zur Bewertung der Hypothesen sind dem Kapitel 3.3 Prozess und Methoden der Datenerhebung (Bewertungsverfahren) zu entnehmen.

3 Methodik der Evaluation

Dieses Kapitel beinhaltet den Prozess und die Methoden der Datenerhebungen sowie die Definition der Bewertungskriterien.

3.1 Evaluationsdesign

Das folgende Kapitel stellt die Evaluationsform und das Evaluationsdesign sowie die methodische Vorgehensweise der Datenerhebung auf Basis der multimethodischen Datenzugänge vor.

3.2 Evaluationsform und Design

Um die geplante Evaluation strukturiert durchzuführen, wurden verschiedene Datenzugänge genutzt. Diese beinhalteten qualitative und quantitative Patientenbefragungen, qualitative und quantitative Ärztebefragungen, Interviews mit relevanten Stakeholdern, eine Analyse von Krankenhaus-Qualitätsberichten und KVen/LÄKen Daten und Routinedatenanalyse von Krankenkassen (s. Abbildung 3-1). Die Ergebnisse der verschiedenen Datenerhebungen wurden im Rahmen der Analyse trianguliert, um somit die aktuelle Versorgungsrealität hinsichtlich der Umsetzung der Zm-RL multiperspektivisch abbilden zu können.

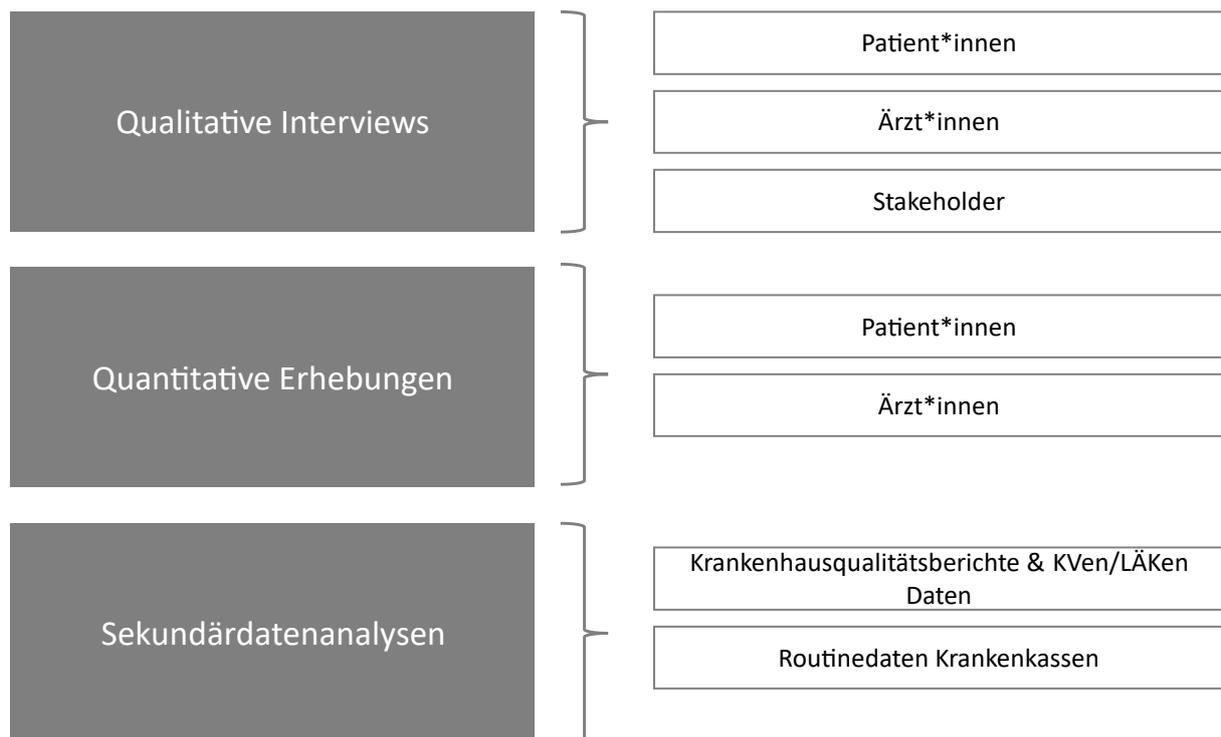


Abbildung 3-1: Datenzugänge zur Evaluation der Zm-RL

Der Evaluation liegt ein konvergierendes Mixed-Methods-Design zugrunde. Bei dem konvergierenden Design wurden qualitative und quantitative Teilstudien simultan durchgeführt [Creswell/Plano Clark 2017]. Die Teilstudien umfassten sowohl die Datensammlung als auch die -analyse. Die Ergebnisse wurden dann kombiniert und verglichen

und abschließend interpretiert. Dabei wurden die Ergebnisse der einzelnen Datenquellen miteinander verknüpft und in Beziehung zueinander gesetzt [Fetters et al. 2013].

3.2.1 Quantitative Patientenbefragung

Mittels einer quantitativen Patientenbefragung wurde die Umsetzung der Zm-RL und Bewertung der Prozesse der ZM nach Richtlinie aus Patientenperspektive untersucht. Hier standen besonders

- die Qualität des Gesprächs im Rahmen der Indikationsstellung,
- die Erhebung der Informationsbedarfe und die angewandten Strategien zur Informationssuche
- sowie die Erhebung und Darstellung der Behandlungspfade aller Patient*innen

im Fokus.

Der finale Fragebogen wurde durch folgende Themenbereiche strukturiert. Der Aufbau sollte durch die inhaltlichen Themenblöcke und der zeitlichen Abfolge des Prozesses die Beantwortung für den/die Patient*in nachvollziehbar machen und die Bearbeitung erleichtern. Als Referenzfragebogen wurde hier der Fragebogen zu HE herangezogen. Im App. ist ein Paper-Pencil-Fragebögen Beispiel hinterlegt (s. App. 2.5 Fragebogen Beispiel für die quantitative Patientenbefragung).

Allgemeines zu Ihrer Operation

In diesem Abschnitt des Fragebogens wurden die Ursache der Beschwerden für die Indikationsstellung, der Zeitpunkt der Indikationsstellung und der Operation (falls die Operation durchgeführt wurde) erfragt. Bei keiner Durchführung der Operation konnten alternative Therapiemöglichkeiten angegeben werden. Mittels dieses Abschnitts sollten die Behandlungspfade erhoben und dargestellt werden sowie Informationen zur Patientenjourney erhoben werden.

Die Antwortmöglichkeiten zur Ursache der Beschwerden wiesen die häufigsten Erkrankungen für die jeweilige Indikationsstellung auf [Prütz et al. 2013]. Nach der Zm-RL werden jedoch maligne Erkrankungen ausgeschlossen. Bei der Antwortmöglichkeit "Bösartiger Tumor/Krebs" handelte sich hier um ein Kontrollitem.

Fragen zu dem Entscheidungsprozess und Informationen über die Operation

Um die Qualität des Aufklärungsgesprächs aus Patientensicht zu überprüfen, erfolgte eine differenzierte Beurteilung zu den einzelnen Aspekten der Erkrankung, der Behandlungsmöglichkeiten, der Vorteile sowie der Risiken und der Nebenwirkungen einer Operation des Aufklärungsgesprächs. Des Weiteren wurden Globalfragen zur Qualität der Informationen und Informationsbedarfe gestellt, sodass eine gesamte Bewertung der Informationen sowie der Wunsch nach zusätzlichen Informationen ermittelt werden konnte.

Fragen zum Aufklärungsgespräch

Die formelle Qualität des Aufklärungsgesprächs wurde anhand der Aspekte

- der Rechtzeitigkeit (mind. 10 Tage vor dem geplanten Eingriff),
- Information zum Ort der Operation,
- Qualifikation des/der ZMer zur Erbringung der ZM nach Zm-RL,
- Informationen über ZMer,
- Hinweis des/der Ärzt*in zum Patientenmerkblatt und der Entscheidungshilfe
- sowie Information über Mitnahme von Kopien der Befundunterlagen des/der EMer

erfragt. Mittels dieser Items sollten die Aufgaben der indikationsstellenden Ärztin / des indikationsstellenden Arztes nach § 6 Zm-RL aus Patientensicht überprüft werden.

Zudem erfolgte eine Erhebung der Informationsbedarfe sowie angewandte Strategien, um Informationen zu sammeln, die zu der OP-Entscheidung führten. Fragen zu

- der Nutzung und Globalbewertung von Informationsmaterialien (u. a. Patientenmerkblatt, Entscheidungshilfen),
- Nutzung von weiteren Informationsquellen (bspw. Austausch mit Angehörigen und Bekannten, Webseiten im Internet)
- und die Verwendung von Webseiten für Informationen zum Zweitmeinungsverfahren

waren dabei zentral.

Fragen zu einer ZM

Fragen zur ZM umfassten eine Inanspruchnahme der ZM, ggf. den Wunsch einer ZM, sowie individuelle Gründe der Patient*innen sich eine ZM einzuholen bzw. diese nicht einzuholen.

Informationen zur Patientjourney im Zweitmeinungsprozess wurden durch Items

- Art der ZM,
- Zugang zum/zur ZMer,
- ein möglicher Arztwechsel nach der ZM
- und die Inanspruchnahme einer Drittmeinung

überprüft.

Um Informationen zu potentiellen Entscheidungskonflikten in Erfahrung zu bringen, wurde erfragt, ob die zweite ärztliche Meinung die erste Meinung bestätigt hat, oder nicht, und für welche Meinung der/die Patient*in sich letztendlich entschieden hat. Die Frage zur Zufriedenheit des/der Patient*in zum Zweitmeinungsprozess sollte Hinweise zur Qualität des Zweitmeinungsgesprächs geben.

Falls eine Operation stattfand, sollte der/die Patient*in angeben, bei welchem/welcher Ärzt*in diese umgesetzt wurde. Zweck dieser Frage ist die Überprüfung der korrekten Umsetzung der Zm-RL und § 27b Abs. 1 Satz 2 SGB V.

Soziodemographische Daten

Die soziodemographischen Daten gaben Aufschluss über bestimmte Merkmale der Stichprobe und umfassten bei allen Fragebögen Items zur befragten Person –

- das Alter,
- den Familienstand,
- den höchsten Bildungsabschluss zum Zeitpunkt der Operation,
- die Größe des Wohnorts
- sowie das Bundesland,

in dem die befragte Person lebt.

Der Familienstand wurde als soziodemographisches Merkmal erhoben. Der Partnerschaftsstatus wurde in der Befragung nicht berücksichtigt, weil dieser in den Forschungsfragestellungen und Hypothese keine hohe Priorität hat und der Fragebogen bereits recht lang war.

In den Fragebögen TT/TE Erwachsene und Erziehungsberechtigte wurde das Geschlecht als weiteres Item aufgeführt. Dieses Item wurde im Fragebogen HE nicht erfragt, weil der Großteil dem weiblichen Geschlecht zugeordnet wurde. Hier kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass es Personen mit einer Gebärmutter gibt, die sich nicht dem weiblichen bzw. keinem Geschlecht zuordnen.

Zusätzlich wurde im Fragebogen TT/TE für Erziehungsberechtigte nach dem Alter und Geschlecht des Kindes gefragt, weil Hinweise auf eine alters- und geschlechtsspezifische Verteilung der Eingriffe in der Sekundäranalyse von Windfuhr und Gerste [2016] identifiziert wurden. Der Bildungsstand des Kindes wurde nicht erhoben, weil der Fragebogen das Entscheidungsverhalten der Erziehungsberechtigten untersucht. Dementsprechend wurde der Bildungsabschluss der Erziehungsberechtigten als prioritär bewertet. Der Bildungsabschluss des Kindes wurde wegen geringerer Relevanz und aus Platzgründen weggelassen. Zudem wäre bei der Auswertung die Vergleichbarkeit der Bildungsabschlüsse nicht gewährleistet, da anzunehmen ist, dass viele Kinder aufgrund ihres Alters noch keinen Bildungsabschluss haben.

Eine detaillierte Übersicht zu den Fragen mit Begründungen ist dem App. (s. App. 2.3 Begründung Items quantitative Patientenbefragung) zu entnehmen. Der Fragebogen stand als Paper-Pencil-Version und als Online-Format zur Verfügung. Als Online-Plattform wurde Unipark verwendet. Im Folgenden wird der Verlauf der Entwicklung und Pilotierung der Fragebögen dargestellt.

Entwicklung und Pilotierung der Fragebögen

- **August 2021:** Beginn der Entwicklung der Fragebögen von einer Psychologin, einer Versorgungsforscherin mit einschlägiger Expertise in der Forschung zur Zm-RL und einem Versorgungsforscher.
- Erstellung eines Entwurfs für die Befragung von Patient*innen, die eine Empfehlung zur OP erhalten haben.
- Überprüfung des Entwurfs auf statische Auswertbarkeit von einer Versorgungsforscherin mit einschlägiger Expertise in der Forschung zur ZM sowie einem Methodiker des Zentrums für Versorgungsforschung Brandenburg.

- Übertragung des Fragebogens auf die Indikationen TT und TE, wobei eine Fragebogenversion für Patient*innen und eine Version für Erziehungsberechtigte von Patient*innen erstellt wird.
- **September 2021:** Pre-Test der Fragebögen mit je drei Expert*innen (Versorgungsforscher*innen), Anmerkungen und Hinweise wurden gesammelt, abgestimmt und eingearbeitet.
- **Oktober und November 2021:** Pilotierung der Fragebögen.
- Insgesamt sechs Pilotinterviews.
- Dokumentation der Unklarheiten und Verbesserungsvorschläge, anschließende Übernahme in den Fragebogenentwurf durch die Think-Aloud Methode.
- Ausschluss der Decisional Conflict Scale & Decision Regret Scale sowie der Einkommensfrage und die Zusammenfassung der Fragen zur schulischen und beruflichen Bildung*.
- **November 2021:** Abschluss der Pilotierung.
- In diesem Prozess sind insgesamt 41 Zwischenversionen der Fragebögen entstanden, wobei schließlich eine finale Version für die HE und zwei finale Versionen für TT/TE (Patient*innen / Erziehungsberechtigte) vorliegen.
- Übertragung der schriftlichen Fragebögen in das Umfrage-Tool Unipark. Hierfür werden insgesamt 12 Onlinesurvey-Versionen aufgesetzt.
- **Januar 2022:** Beauftragung eines Grafikers, die 12 Fragebögen für die Paper-Pencil-Befragung grafisch aufzubereiten und somit die Nutzerfreundlichkeit (insb. Orientierung bei Filterfragen) zu erhöhen.
- **Ab Februar 2022:** Weiterleitung der Fragebögen an die beteiligten Krankenkassen.

Prospektive quantitative Patientenbefragung

Um die geringen absoluten Fallzahlen der Personen, die eine ZM in Anspruch nehmen, teilweise kompensieren zu können, wurde eine prospektive quantitative Patientenbefragung durchgeführt. Grundlage hierfür bildeten die bereits bestehenden Fragebögen zu HE und TT/TE. Unipark diente als Plattform für die Erstellung und Durchführung der Befragung.

Der finale Fragebogen der prospektiven quantitative Patientenbefragung inkludiert alle ursprünglichen Fragen der Fragebögen in einer Online-Version. Mithilfe der folgenden Frage

erfolgt die Zuteilung der Patient*innen: *Haben Sie (bzw. Ihr Kind) eine Empfehlung für eine (Teil-)Entfernung der Gaumenmandeln oder eine Empfehlung für eine Gebärmutterentfernung erhalten?*

Danach folgte eine simultane Struktur und ein eng an den bereits vorhandenen Fragebögen orientierter Inhalt, um so eine hohe Vergleichbarkeit der Daten aus beiden quantitativen Patientenbefragungen zu erreichen. Im App. können Unterschiede im Vergleich zu den bereits bestehenden Fragebögen anhand des HE-Fragebogens nachvollzogen werden (s. App. 2.2 Prospektive quantitative Patientenbefragung: Unterschiede zu den retrospektiven Fragebögen).

Beschreibung der Stichprobe

Es wurden Patient*innen mit TT, TE oder HE eingeschlossen. Bei minderjährigen Patient*innen mit TT oder TE wurden die Erziehungsberechtigten befragt. Ob sich die Erziehungsberechtigung aus einer biologisch-sozialen Elternschaft oder rein sozialen Elternschaft/Fürsorge ergibt, wurde dabei nicht unterschieden, weil es aufgrund des Forschungshintergrunds keinen Anlass zu der Annahme gibt, dass diese Unterscheidung für die Auswertung im besonderen Maße relevant ist. Die Vorselektion erfolgte mittels Abrechnungsdaten der kooperierenden Krankenkassen.

Dabei wurde prinzipiell zwischen Patient*innen mit und ohne ZM unterschieden. Bei Patient*innen ohne ZM gab es eine Gruppe, die nicht über ihr Recht auf eine ZM aufgeklärt wurde (Gruppe 1), und eine Gruppe, die entsprechend der Abrechnungszahlen aufgeklärt wurde (Gruppe 2). Patient*innen, die eine ZM in Anspruch genommen haben, bildeten die Gruppe 3. Diese unterteilte sich wiederum in 3A und 3B. Die Gruppe 3A –identifiziert über Abrechnungszahlen- hatte eine Aufklärung zur ZM erhalten und diese anschließend in Anspruch genommen – diese ZM erfolgte also entsprechend der Zm-RL. Die Gruppe 3B hat laut der Abrechnungszahlen keine Aufklärung erhalten und dennoch eine ZM nach Zm-RL eingeholt. Eine Veranschaulichung der jeweiligen Gruppen kann der Abbildung 3-2 entnommen werden.

Differenzen in der Vorselektion und Selbstangabe der Patient*innen konnten auf eine informelle ZM hindeuten. Ergab die Vorselektion beispielsweise bei einem/einer Patient*in

die Gruppe 1 oder 2, die Selbstangabe jedoch eine Zuordnung in Gruppe 3A oder 3B, konnten dies Hinweise auf die Einholung einer informellen ZM darstellen. Zudem konnte eine differente Zuteilung der Gruppen aufgrund von Abrechnungsungenauigkeiten oder Kennzeichnungsfehlern nicht ausgeschlossen werden.

Die Gruppeneinteilung traf für die quantitative Patientenbefragung sowie die Routinedaten zu und wurde bewusst für beide Evaluationsformen harmonisiert, um die Arbeit für die GKVen zu erleichtern und die Ergebnisse im Nachgang besser interpretieren zu können. Abbildung 3-2 gibt einen zusammenfassenden Gesamtüberblick über die Struktur der Stichprobe:

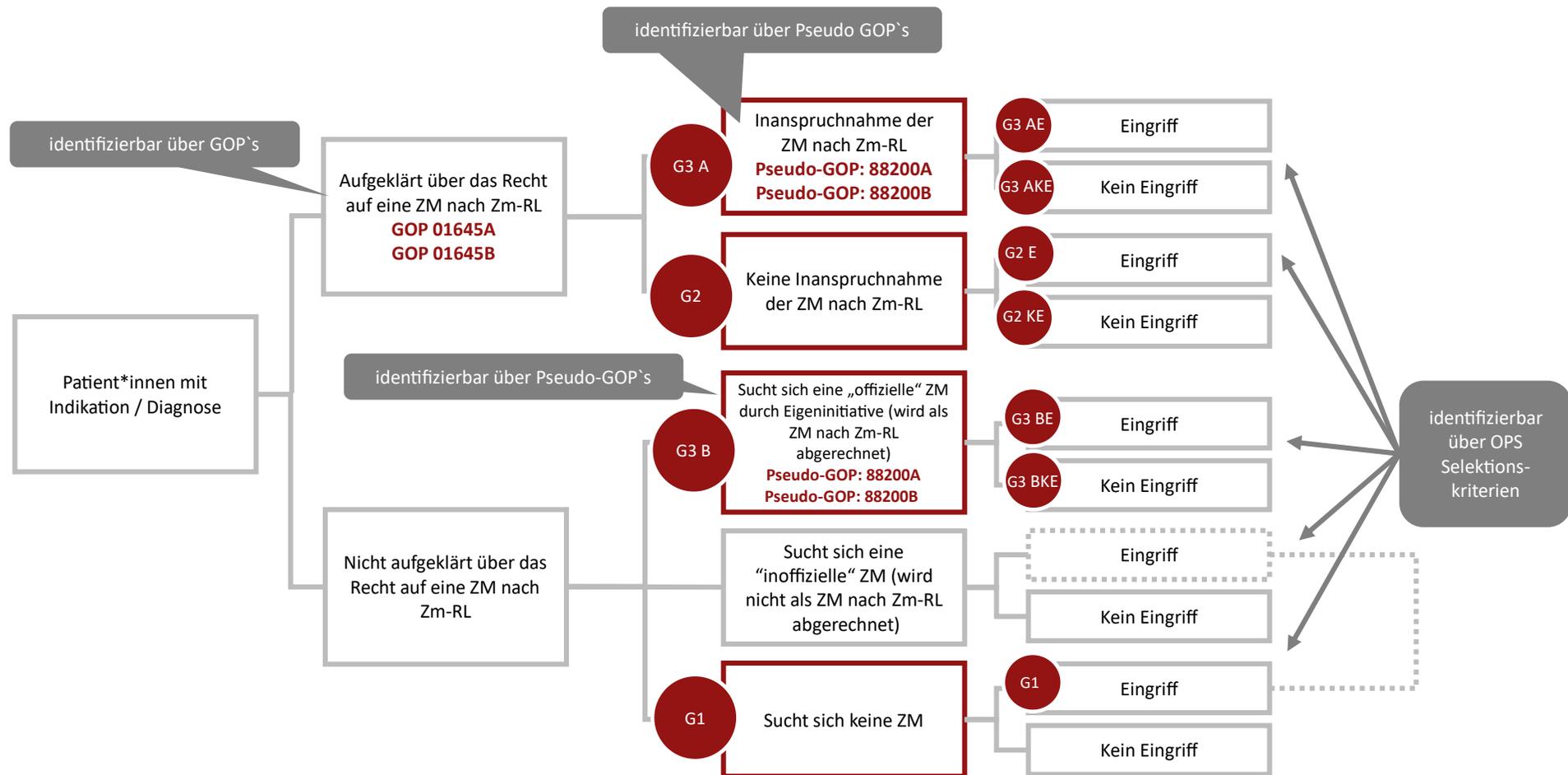


Abbildung 3-2: Patientengruppen

Legende

	Patientengruppen
G1	Gruppe 1
G2	Gruppe 2
G3	Gruppe 3
E	Eingriff
KE	Kein Eingriff
A	Inanspruchnahme der ZM nach Zm-RL
B	Sucht sich eine „offizielle“ ZM durch Eigeninitiative (wird als ZM nach Zm-RL abgerechnet)

3.2.2 Qualitative Patientenbefragung

Neben der Fragebogenerhebung wurden leitfadengestützte Interviews mit Patient*innen geführt. Gemäß der formulierten Forschungsfragen wurde eine qualitative Herangehensweise gewählt, um patientenbezogene Erfahrungen im Versorgungsprozess und der Versorgungsrealität detailliert zu erfassen. Mit dieser Vorgehensweise sollte der Beantwortung im Sinne der sozialen Erwünschtheit entgegengewirkt werden. Verständnisprobleme, Missverständnisse und Fehlinterpretationen von Sachverhalten können mithilfe von Interviews minimiert werden und der Grad der Zuverlässigkeit der Antworten wird gesteigert.

Die Forschungsfragen wurden hinreichend spezifisch formuliert, sodass ihre Beantwortung anhand einer geringen Fallzahl möglich ist. Mittels Leitfadeninterviews sollen gemäß der Fragestellungen Aspekte und Perspektiven der Patient*innen identifiziert werden. Entsprechend erfolgte die Interviewführung leitfadengestützt. Die Leitfäden ließen dabei ausreichend Raum für die eigene Relevanzsetzung der Befragten. Als Gesprächsstimuli für die Interviews dienten eher weniger vorstrukturierte, offene Fragen. Folgende Inhalte wurden in den Interviews fokussiert:

- Bewertung des Indikations- und Zweitmeinungsgesprächs,
- Nutzung und Bewertung von Entscheidungshilfen,
- Umgang mit dem Patientenmerkblatt,
- Auswirkungen der Aufklärung über das Recht auf ZM,
- Unterstützung in der Entscheidungsfindung,
- Informationsbedarf,
- Auswirkungen der Corona-Pandemie,
- Falls ZM in Anspruch genommen: Bewertung der erbrachten ZM,

- Auswirkungen der Aufklärung über das Recht auf ZM auf die Arzt-Patienten-Beziehung.

Die Teilnehmenden wurden initial aufgefordert über ihre persönlichen Erfahrungen hinsichtlich der Zm-RL bzw. der Aufklärung über das Recht auf Einholung einer ZM zu berichten. Im Fokus standen dabei prozessuale Aspekte, wie bspw.

- Zeitpunkt der Aufklärung,
- Art der Aufklärung,
- Ablauf der Aufklärung
- sowie eingesetzte Informationsmaterialien (Patientenmerkblatt, Entscheidungshilfen oder Ähnliches)
- und Zusammenstellung der Befundunterlagen.

Anschließend sollten die Teilnehmenden über ihre Erfahrungen mit den Informationsmaterialien berichten und diese bewerten. Summativ wurden die Teilnehmenden gebeten, den Gesamtprozess und den Einfluss der Zm-RL auf ihre Entscheidungsfindung zu bewerten. Flankierend wurde der Einfluss der Corona-Pandemie auf den gesamten Prozess beleuchtet.

Sofern Teilnehmende eine ZM nach Richtlinie in Anspruch genommen haben, wurden diese Personen zusätzlich zum Ablauf der ZM befragt. Hierbei wurden prozessuale Aspekte und die Art der Erbringung der ZM fokussiert.

Nach einer Pilotphase von drei Interviews wurde der Leitfaden überarbeitet und präzisiert. Der Interviewleitfaden wurde vor Beginn der Erhebung an einem Probanden auf Verständlichkeit der Fragen getestet. Anschließend wurde der Leitfaden mehrfach diskutiert und revidiert. Der Interviewleitfaden befindet sich im App. 5.2 Qualitative Patientenbefragung Interviewleitfaden

Im Vorfeld wurden alle Teilnehmenden mittels einer schriftlichen Aufklärung ausführlich über den Studieninhalt, -ablauf und Verwertung der Ergebnisse sowie datenschutzrechtliche Aspekte aufgeklärt und gebeten eine Einverständniserklärung zu unterzeichnen. Nur wenn diese vorlag, konnte ein Interview durchgeführt werden.

3.2.3 Qualitative Ärztebefragung

Im Rahmen der Evaluation wurden leitfadengestützte Interviews mit indikationsstellenden Ärzt*innen sowie zweitmeinenden Ärzt*innen geführt, wobei diverse Fragestellungen adressiert wurden. Da es galt, den Versorgungsalltag möglichst differenziert und präzise abzubilden, wurde eine qualitative Erhebung von konkreten Erfahrungen gewählt, die eine Offenheit gegenüber dem Forschungsgegenstand bot. Das Erheben von akteursbezogenen Erfahrungen im Versorgungsprozess ergab somit die Möglichkeit die Versorgungsrealität detailliert abzubilden. Darüber hinaus war der Einsatz von Interviews mit Ärzt*innen ebenso wie bei den Interviews mit den Patient*innen durch die Reduktion von Verständnisproblemen, Missverständnissen und Fehlinterpretationen von Sachverhalten motiviert.

Vorbemerkungen zur Indikationsqualität - Verständnis von Indikationsqualität

Der Begriff der Indikationsqualität stellt ein komplexes Konstrukt dar. Dabei beinhaltet der Begriff der Indikationsqualität nicht nur die Indikationsstellung in Bezug auf Leitlinien-treue, sondern setzt sich aus verschiedenen Aspekten zusammen. Um sich der Thematik zu nähern, wurden die Ärzt*innen explorativ zum Verständnis der Indikationsqualität bzw. zu den berücksichtigenden Aspekten bei der Indikationsstellung befragt.

Umsetzung der Messbarkeit der Indikationsqualität: Indikationsqualität an Leitlinien zu definieren wäre zu kurz gedacht, weil das den/die Patient*in nicht in den Prozess einschließt und Patientenpräferenzen/-wünsche, Leidensdruck oder Auswirkungen der zugrundeliegenden Erkrankung auf das private und/oder berufliche Umfeld außen vorlassen würde. Denkbar wäre eine Analyse der Dokumentationen behandelnder Ärzt*innen; doch hier besteht die Schwierigkeit, eben die patientenrelevanten Aspekte erfassen zu können, die oftmals nicht in Dokumentationen der Ärzt*innen abgebildet sind.

Um sich den Fragestellungen der Umsetzung der Zm-RL im Versorgungsalltag sowie der Indikationsqualität respektive der Vermeidung medizinisch nicht notwendiger Indikationsstellungen bei planbaren Eingriffen sowie die Durchführung von medizinisch nicht gebotenen planbaren Eingriffen zu nähern, wurde die Erhebung an die Ausführungen von Dörries [2019] angelehnt, die den Einsatz diskursiver Verfahren anregt. Folgende Inhalte wurden in den Interviews fokussiert:

- Allgemeine Fragen zur Umsetzung der Richtlinie,
- Überprüfung der Umsetzung der Zm-RL,
- Identifikation von Potentialen und Herausforderungen bei der Umsetzung der Zm-RL,
- Fragen zur Zielerreichung (Vermeidung medizinisch nicht notwendiger Eingriffe, Unterstützung der Patient*innen in der Entscheidungsfindung),
- Ablauf Indikationsstellung / beeinflussende Aspekte / Berücksichtigung von Leitlinien bei der Indikationsstellung,
- Auswirkungen der Corona-Pandemie.

Die Teilnehmenden wurden initial aufgefordert über ihre persönlichen Erfahrungen hinsichtlich der Zm-RL zu berichten. Im weiteren Verlauf wurden die Teilnehmer*innen zur Umsetzung der Zm-RL befragt; Schwerpunkte waren der Ablauf der Aufklärung über das Recht auf ZM sowie Potentiale und Herausforderungen bei der Umsetzung der Richtlinienvorgaben im Versorgungsalltag. Da es sich um einen explorativen Ansatz handelt, wurden konkrete Leitlinien in den Interviews als solches nicht a priori operationalisiert, sondern die Ärzt*innen wurden aufgefordert, zu berichten, ob und wenn ja, welche Leitlinien bei der betreffenden Indikationsstellung zur Anwendung kommen. Der Fokus lag dabei auf den folgenden Themen:

- Kenntnis von Leitlinien, die bei der entsprechenden Indikationsstellung zum Einsatz kommen können,
- Erhebung von Akzeptanzaspekten gegenüber den potentiell eingesetzten Leitlinien,
- Erhebung von Erfahrungen und Umsetzung von Leitlinien im Praxisalltag
- und die Kommunikation mit den Patient*innen über leitliniengerechte Behandlung.

Sofern Leitlinien nicht ausschlaggebend für die Indikationsstellung waren, wurde erhoben, auf welcher Grundlage die Indikationsstellung erfolgte (z. B. Wissen aus dem Studium und der Facharztweiterbildung, Erfahrungswissen, Patientenpräferenzen). Neben den Leitlinienempfehlungen wurde bei der Erhebung berücksichtigt, inwiefern persönliche Lebensumstände und Patientenpräferenzen bei der Indikationsstellung einbezogen wurden.

Zusätzlich zu indikationsstellenden Ärzt*innen wurden darüber hinaus zugelassene zweitmeinende Ärzt*innen mittels qualitativer Interviews befragt. Hierbei wurden die Interviews zusätzlich um folgende Themenbereiche erweitert:

Erbringung der ZM,

- Erhebung weiterführender diagnostischer Maßnahmen.

In den Interviews mit zweitmeinenden Ärzt*innen wurden die Teilnehmenden zusätzlich zu den vorhergehend beschriebenen Themen zum Erleben des Prozesses der Zweitmeinungserbringung befragt. Dabei wurde zusätzlich untersucht, inwieweit die Ärzt*innen die in der Richtlinie formulierten Pflichten im Rahmen der Leistungserbringung berücksichtigen. Zusätzlich wurden die Teilnehmenden befragt, welche diagnostischen Maßnahmen überwiegend zum Einsatz kommen und wie Ärzt*innen diese bewerten.

Der Interviewleitfaden wurde vor Beginn der Erhebung an drei Proband*innen auf Verständlichkeit der Fragen getestet. Anschließend wurde der Leitfaden mehrfach diskutiert und revidiert. Auf eine rigide Vorstrukturierung der Interviews wurde verzichtet: Fragen werden offen formuliert und den Gesprächspartner*innen die Möglichkeit gegeben, den Gesprächsverlauf gemäß der ihnen relevant erscheinenden Aspekte zu gestalten. Dabei kann der Ablauf des Leitfadens situativ verändert werden.

Im Vorfeld wurden alle Teilnehmenden mittels einer schriftlichen Aufklärung ausführlich über den Studieninhalt, -ablauf und Verwertung der Ergebnisse sowie datenschutzrechtliche Aspekte aufgeklärt und gebeten, eine Einverständniserklärung zu unterzeichnen. Nur wenn diese vorlag, konnte ein Interview durchgeführt werden. Die Teilnahme wurde mittels einer Aufwandsentschädigung in Höhe von 50€ vergütet.

3.2.4 Quantitative Ärztebefragung

Bei der quantitativen Ärztebefragung wurden neben zweitmeinenden Ärzt*innen die indikationsstellenden Ärzt*innen befragt. Für die Online-Befragung wurde ein Link für beide Zielgruppen erstellt. Nach wenigen Eingangsfragen, die an beide Zielgruppen gerichtet wurden, splittete sich der Fragebogen bei der ersten Filterfrage "Sind Sie im Rahmen der Zweitmeinungsrichtlinie genehmigter Zweitmeiner oder genehmigte Zweitmeinerin?". Im Folgenden werden die Inhalte der beiden Zielgruppen getrennt voneinander dargestellt.

Fragebogenteil für die ZMer

ZMer wurden initial gefragt, seit wann sie die Zulassung zum/zur ZMer haben und aus welcher Motivation sie die Zulassung beantragt haben. Diese Fragen sollten Erkenntnisse zur Umgebung der Richtlinie erlauben. Inwieweit es durch die Inanspruchnahme einer ZM zu einer Verlagerung der Behandlung hin zu zweitmeinenden Institutionen kommt, sollte mit der Frage exploriert werden, wie häufig sich Patient*innen nach der Einholung einer ZM in die Behandlung des/der Ärzt*in begeben haben. Hier standen den Teilnehmenden verschiedene Mengenangaben zur Verfügung. Darüber hinaus wurden Fragen zur Richtlinienkonformität im Sinne der Abrechnung der ZM adressiert.

Fragebogenteil für die indikationsstellenden Ärzt*innen

Schwerpunktmäßig wurde bei den indikationsstellenden Ärzt*innen erhoben, in welchem Maße EMer die Eingriffe selbst durchführen. Um sich der Thematik der Indikationsqualität zu nähern, wurden neben den Interviews mit Fachärzt*innen auch Items zur Relevanz von Aspekten, die bei der Indikationsstellung berücksichtigt werden, adressiert. Hierzu wurden die Ärzt*innen gebeten die Relevanz von diversen Aspekten mittels einer fünfstufigen Skala zu bewerten (sehr relevant, relevant, teilweise relevant, weniger relevant, gar nicht relevant).

Darüber hinaus sollte erfasst werden, inwieweit die EMer die Aufklärung zur Einholung einer ZM als generelle Empfehlung ansehen oder im Sinne der Zm-RL. Die Ärzt*innen haben hier vier Auswahlitems:

1. Unabhängig von der Zweitmeinungsrichtlinie weise ich Patientinnen und Patienten darauf hin, dass sie sich eine zweite Meinung einholen können.
2. Da die Zweitmeinungsrichtlinie mich zur Aufklärung verpflichtet, weise ich Patientinnen und Patienten darauf hin, dass sie sich eine zweite Meinung einholen können.
3. Weder noch.
4. Ich kläre meine Patientinnen und Patienten nicht auf.

Hinsichtlich der adäquaten Umsetzung der Zm-RL wurden die Ärzt*innen befragt, welche Aspekte sie bei der Aufklärung über das Recht auf ZM berücksichtigen. Hierzu wurden die in der Zm-RL definierten Aspekte als Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Weiterhin wurden die Ärzt*innen gebeten, zu schildern, in welcher Form sie Informationsangebote austeilten. Die

Ärzt*innen hatten verschiedene Optionen (Ich teile das Patientenmerkblatt des G-BA aus. Ich habe selbst Patienteninformationen entworfen und teile mein eigenes Patientenmerkblatt aus. Ich gebe den Patientinnen und Patienten eine Liste mit Kontaktdaten für zugelassene zweitmeinende Ärztinnen und Ärzte mit. Ich verweise auf die Informationsangebote der Kassenärztlichen Vereinigung. Anderes: ___), die sie mit ja oder nein beantworten können. Die Ärzt*innen wurden anschließend gefragt, ob sie die Informationsangebote immer austeilten. Folgende Antwortmöglichkeiten werden vorgegeben: ja, immer; ja, wenn die Patientinnen und Patienten es wünschen und eine ZM einholen wollen; nein; anderes: ___). Die Ärzt*innen wurden anschließend gefragt, ob sie die Befundunterlagen für die Patient*innen immer zusammenstellen würden. Hierbei wurden die gleichen Antwortkategorien, wie in der vorhergehenden Frage vorgegeben. Die indikationsstellenden Ärzt*innen wurden ebenfalls zu Abrechnungs- bzw. Kennzeichnungsmodalitäten befragt.

Neben den spezifischen Fragen für die EMer und ZMer wurden darüber hinaus gemeinsame Fragen adressiert. Beide Gruppen wurden dazu befragt, wie sie das Interesse der Patient*innen an der Einholung einer ZM im Sinne der Zm-RL einschätzen. Folgende Antwortmöglichkeiten sind vorgegeben: sehr interessiert, interessiert, neutral, weniger interessiert und gar nicht interessiert. Die Ärzt*innen wurden zur persönlichen Einstellung gegenüber der Zm-RL befragt. Hier wurden die Antwortmöglichkeiten positiv, eher positiv, eher negativ und negativ vorgegeben. Zur Umsetzbarkeit der Zm-RL wurde das Item "Ist die Zweitmeinungsrichtlinie aus Ihrer Sicht im Versorgungsalltag umsetzbar?" in den Fragebogen integriert, welches die Ärzt*innen mit ja oder nein beantworten können. Um mögliche Umsetzungshindernisse aus Sicht der Ärzt*innen zu identifizieren, schloss sich dieser Frage eine Filterfrage an. Sofern Ärzt*innen mit "nein" antworten, hatten sie im Anschluss die Gelegenheit in einer Freitextantwort, Herausforderungen bei der Umsetzung zu beschreiben. Zum Abschluss wurden soziodemografische Fragen gestellt. Erhoben wurden folgende Aspekte: Alter, Geschlecht, Art der Institution, in der sie arbeiten, Größe des Ortes, an dem sie arbeiten und das Bundesland.

Um zusätzlich mögliche Umsetzungshindernisse erfassen zu können, hatten die befragten Ärzt*innen bei der letzten Frage noch einmal die Möglichkeit, ihre Gedanken oder Erfahrungen im Kontext der Zm-RL zu äußern.

Der Fragebogen wurde vorab von fünf Personen (EMer und ZMer) auf Verständlichkeit getestet. Im Wesentlichen waren die Fragen gut verständlich. Teilweise wurden Fragestellungen noch einmal angepasst. Bei der Befragung der ZMer wurde die Frage "Wie erfolgt die Abgabe der ZM in der Regel?" in die Fragebogenerhebung initial aufgenommen. Im Rahmen der Pilotierung sowie auf Grundlage der Interviews wurde dieses Item final ausgeschlossen. Die Ärzt*innen machten darauf aufmerksam, dass die Beurteilung der Patient*innen bzw. die Abgabe der ZM immer individuell erfolgt und man diese Frage nicht pauschal beantworten kann. Dazu würden sich die Patient*innen und ihre Krankheitsgeschichte zu sehr unterscheiden, als dass man hierzu generalisierbare Aussagen treffen könnte.

3.2.5 Analyse von KH-Qualitätsberichten und KVen/LÄKen-Daten

Entsprechend des Evaluationsziels C und der dazugehörigen Unterhypothesen U22 und U24 sollte untersucht werden, inwiefern die Zm-RL nicht intendierte Folgen hat, also indem beispielsweise Patient*innen zu ZMer „abwandern“ und sich dadurch die Operationshäufigkeit in zweitmeinenden Einrichtungen erhöht.

Damit eine Verlagerung stattfinden kann, sollte zunächst überprüft werden, ob Kliniken überhaupt ZM anbieten. Zur Analyse der strukturellen Gegebenheiten wurde untersucht, zu welchem Anteil Klinikärzt*innen (stationär) im Vergleich zu niedergelassenen Ärzt*innen (ambulant) ZMer sind. Zu den Verortungen der ambulanten ZMer zählen Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), Praxismgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Die stationäre Verortung bezieht sich auf die Haupttätigkeit des/der ZMer einer Klinik. Die Daten wurden von den Webseiten der KVen der Bundesländer entnommen, ggf. wurde auf den Verweis/Link auf der KV-Webseite zurückgegriffen (z. B. 116117.de). Die KVen stellten die Informationen zu den ZMer unterschiedlich dar, sodass eine Liste mit den ZMer der jeweiligen Indikation zur Verfügung gestellt wurde und/oder die Möglichkeit bestand, mittels der Arztsuche die ZMer zu identifizieren und/oder auf die Webseite der KBV 116117.de verwiesen wurde. Je nach KV-Webseite wurden hier die jeweiligen Verortungen angegeben.

Des Weiteren wurden auf Grundlage der Qualitätsberichte der Kliniken, in denen zuvor die ZMer der jeweiligen Fachrichtung identifiziert wurden, die Operationszahlen in Bezug auf die

Zeiträume verglichen. Die Zeiträume beziehen sich auf die Zeitspannen bevor und nachdem die Zm-RL eingeführt wurde. Zudem orientieren sich die Zeitspannen an den festgelegten Zeiträumen der Routinedaten (s. Kapitel 3.3.2.6 Routinedatenanalyse), d. h. es wurden Qualitätsberichte von 2016 bis 2021 analysiert und die in den Selektionskriterien angegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)-Codes zur Erfassung der Eingriffshäufigkeiten verwendet. Fehlte mehr als ein Qualitätsbericht, wurde das KH insgesamt aus der Analyse ausgeschlossen.

Zudem wurde anhand von Datenbanken der LÄKen untersucht, wie viele Fachärzt*innen überhaupt die definitorischen Voraussetzungen erfüllen, um als ZMer tätig zu werden. Hierbei wurde das Vorliegen einer Weiterbildungsbefugnis fokussiert, weil bereits in einer vorhergehenden Studie die Weiterbildungsbefugnis als häufigster Hindernisgrund zur Zweitmeinertätigkeit genannt wurde [May et al. 2022a]. Somit sollten mögliche Ursachen für strukturelle Probleme für das Einholen einer ZM identifiziert werden.

3.2.6 Routinedatenanalyse

Um die Auswirkung der Zm-RL auf die Versorgung auch großzahlig im Zeitablauf beurteilen zu können, griff die Evaluation auf Routinedaten kooperierender Krankenkassen zurück. In einem ersten Schritt wurde dabei analysiert, in welchem Umfang Patient*innen über ihr Recht auf ZM aufgeklärt wurden (identifizierbar über Abrechnungsdaten: Gebührenverordnungsposition (GOP) 01645) und in welchem Umfang eine ZM in Anspruch genommen wurde (identifizierbar über Abrechnungsdaten: Grundpauschale plus KV-spezifische Kennzeichnung). Dies kann in der Stichprobenbeschreibung Kapitel 8.1.7 nachvollzogen werden.

Im nächsten Schritt wurden die Eingriffshäufigkeiten regionalspezifisch zwischen dem Zeitpunkt vor Einführung der Richtlinie mit dem Zeitraum nach Einführung der Richtlinie verglichen. Dafür wurde ein Zeitraum von drei Jahren gewählt, weil davon ausgegangen wurde, dass ein gewisser zeitlicher Rahmen benötigt wird, um die Zm-RL flächendeckend umzusetzen. Ein weiterer Grund für den gewählten Zeitraum war, dass die Entscheidung der Patient*innen für oder gegen einen Eingriff durch die ZM beeinflusst werden kann und der/die Patient*in somit möglicherweise länger braucht, um eine Entscheidung zu treffen. Ein Zeitraum, der auch die Abrechnungsmodalitäten berücksichtigte, kann dieser möglichen

verlängerten Entscheidungssituation entgegenwirken, womit möglichst viele Fälle inkludiert wurden.

Die Daten wurden von den kooperierenden Krankenkassen unter Einhaltung datenschutzrechtlicher Richtlinien übermittelt. Diese haben im Voraus eine Vorlage erhalten, um die Häufigkeiten der Abrechnungen quartalsweise bei der jeweiligen Postleitzahl der jeweiligen Indikation und Zielgruppe zu hinterlegen. Die gewählten Zeiträume können den Selektionskriterien entnommen werden. Folgende Fragestellungen lagen den Krankenkassen vor und orientierten sich an den jeweiligen Gruppen (s. Beschreibung der Stichprobe und App. 6. Selektionskriterien für die Kooperation mit den GKVEn):

- Wie haben sich die Fallzahlen der Richtlinien-Eingriffe im Zeitvergleich entwickelt? (G1)
- Wie viele der Patient*innen wurden über die ZM aufgeklärt, haben die ZM nicht in Anspruch genommen und sich für einen Eingriff entschieden? (G2E)
- Wie viele der Patient*innen wurden über die ZM aufgeklärt, haben die ZM nicht in Anspruch genommen und sich gegen einen Eingriff entschieden? (G2KE)
- Wie viele der Patient*innen haben sich nach der Inanspruchnahme einer ZM für einen Eingriff entschieden? (G3AE)
- Wie viele der Patient*innen haben sich nach der Inanspruchnahme einer ZM gegen einen Eingriff entschieden? (G3AKE)
- Wie viele der Patient*innen suchten sich eine "offizielle" ZM durch Eigeninitiative und habe sich für einen Eingriff entschieden? (G3BE)
- Wie viele der Patient*innen suchten sich eine "offizielle" ZM durch Eigeninitiative und habe sich gegen einen Eingriff entschieden? (G3BKE)

Zusätzlich sollte die Anzahl der Versicherten der jeweiligen Krankenkasse im jeweiligen Landkreis/Bundesland angegeben werden, um entsprechend die Entwicklung der OP-Zahlen ins Verhältnis zur Grundgesamtheit zu setzen.

3.2.7 Qualitative Stakeholderbefragung

Im Rahmen der Evaluation wurden verschiedene Stakeholder halbstrukturiert unter Zuhilfenahme eines Leitfadens befragt. Diese Erhebung wurde im Verlauf des Projekts konzeptualisiert und ergänzt den Evaluationsplan. Sie wurde in den letzten Projektmonaten umgesetzt, weil die Ergebnisse der anderen Datenerhebungen als Diskussionsgrundlage

dienten. Die Entwicklung dieser Erhebung wurde demnach erst nach Auswertung anderer Erhebungen finalisiert. Inhalte, die unter anderem in den Interviews adressiert wurden, fokussieren folgende Punkte:

Bewertung der Zm-RL und deren Umsetzung,

- Relevante Informationen aus Sicht der Stakeholder,
- Informationsplattformen und Kommunikation der Informationen durch die, Stakeholder/ Abstimmung zwischen den Stakeholdern
- Identifikation Umsetzungshindernisse,
- Bewertung Zuweiserverhalten.

Darüber hinaus wurde mittels eines Online-Kurzfragebogen (s. App. 4.1 Online-Kurzfragebogen Stakeholderbefragung) eine weitere und gleichzeitig weniger zeitintensive Möglichkeit geschaffen, Daten aus der Sicht der Stakeholder zu generieren. Sofern interessierte Personen keine Kapazitäten hatten, an einem Interview teilzunehmen, konnten sie den Kurzfragebogen ausfüllen. Die Inhalte orientierten sich hierbei an den Themen der Interviews. Es wurden zwei Fragebogenversionen erstellt: Eine Version für die Krankenkassen und eine Version für die KBV, die KVen, die LÄKen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, Landesverbände der Krankenhausgesellschaft, Berufsverbände Gynäkolog*innen, Berufsverbände HNO-Ärzt*innen und Fachgesellschaften.

Der Fragebogen für die Krankenkassen beinhalteten folgende Themen:

- Bewertung der Zm-RL und deren Umsetzung in der Versorgung,
- Art und Weise bei der Unterstützung nach der Suche nach ZMern,
- Herausforderungen und Verbesserungsbedarf.

Der Fragebogen für die KBV, die KVen, die LÄKen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Landesverbände der Krankenhausgesellschaft, Berufsverbände Frauenärzt*innen, Berufsverbände HNO-Ärzt*innen und Fachgesellschaften beinhalte folgende Themen:

- Bewertung der Zm-RL und deren Umsetzung in der Versorgung,
- Form der Bereitstellung der Informationen und Adressat*innen,
- Art der Informationen/Dokumente, die bereitgestellt werden,
- Abstimmung der Inhalte mit anderen Akteur*innen,
- Herausforderungen und Verbesserungsbedarf.

3.3 Prozess und Methoden der Datenerhebung

Der Prozess und die Methoden der Datenerhebung werden entsprechend des Datenzugangs dargestellt. Die hier im Bericht vorgestellte Methodik ist übertragbar auf weitere Indikationen.

3.3.1 Vorarbeiten

Im Kontext der Rekrutierung von Teilnehmenden (Patient*innen, Ärzt*innen & Stakeholder) wurde das Evaluationsteam von verschiedenen Krankenkassen sowie der KBV unterstützt. Im folgenden Abschnitt werden alle Aktivitäten, die in Zusammenhang mit der Rekrutierung von Krankenkassen sowie der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und der KBV standen, dargestellt.

3.3.1.1 Datenerhebung in Zusammenarbeit mit unterstützenden GKVen

Die folgende Abbildung 3-3 stellt die einzelnen Rekrutierungsschritte und die entsprechenden Ergebnisse der Aktivitäten dar. Zu jedem Schritt ist die Anzahl der Krankenkassen, mit denen das Evaluationskonsortium kommuniziert hat, angezeigt. Als Summe ist der Marktanteil aufgeführt, den die Krankenkassen mit der Anzahl ihrer GKV Patient*innen deutschlandweit gemeinsam abdecken.

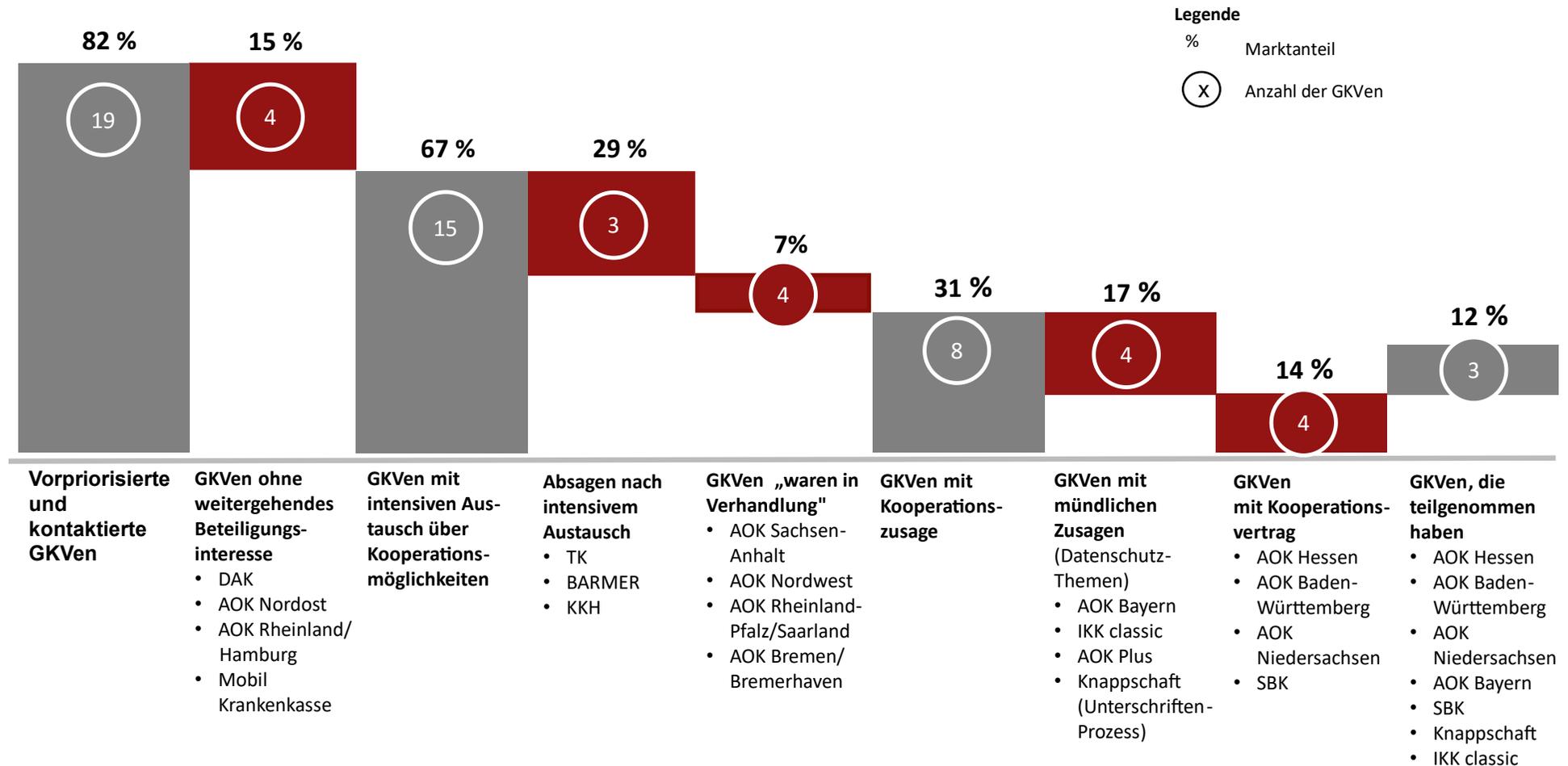


Abbildung 3-3: Rekrutierungsschritte und die entsprechenden Ergebnisse

Insgesamt haben sieben Krankenkassen bzgl. einer Kooperation zugestimmt. Diese deckten gemeinsam den Markt mit GKV Patient*innen deutschlandweit zu 26,4% ab (s. Tabelle 3-1). Kooperiert haben die AOK Hessen, die AOK Baden-Württemberg, die AOK Niedersachsen, die AOK Bayern, SBK, Knappschaft und die IKK classic.

Die AOK Bayern hat aus zeitlichen Gründen nicht an der Patientenbefragung teilgenommen, aber die Routinedaten für die Evaluation bereitgestellt.

Tabelle 3-1: Ergebnisse der Rekrutierungsmaßnahmen bzgl. der Krankenkassen

Krankenkasse	Marktanteil	Anzahl Versicherte
Alle GKV Patient*innen in Deutschland	100%	73.360.000
AOK Hessen	2,3%	1.691.568
AOK Baden-Württemberg	6,2%	4.522.680
AOK Niedersachsen	4,0%	2.923.861
AOK Bayern	6,3%	4.589.516
SBK	1,5%	1.088.628
Knappschaft	2,0%	1.465.790
IKK classic	4,2%	3.068.299
Total	26,4%	19.350.342

Festzuhalten ist die mangelnde Bereitschaft der großen Ersatzkassen, sich an der Evaluation zu beteiligen. Der Aufwand für jede Kasse, sich durch Datenselektion und Unterstützung der Versichertenbefragungen einzubringen war beträchtlich - er war aber nahezu unabhängig von der Größe der Kasse.

Die TK, Barmer und DAK mit ihrem kumulativen Versichertenmarktanteil von ca. 34% waren der Evaluation ferngeblieben. Inwieweit sich diese Entscheidungen mit dem gesetzlich verankerten Evaluationsauftrag vereinbaren lassen, kann und will das Evaluationskonsortium nicht beurteilen. Für zukünftige Evaluationen wären aber in jedem Fall Mechanismen zu überlegen, welche die Beteiligung einer Gruppe der größeren Kassen fördert.

3.3.1.1.1 Kooperationshindernisse und Implikationen für zukünftige Evaluationsprojekte

Im Folgenden werden die identifizierten Hindernisse aus Sicht der Krankenkassen aufgeführt:

- Hohe Auslastung von schon laufenden Projekten z. B. Innovationsfondsprojekte,
- Unzureichend hohe finanziellen Kompensationsmöglichkeiten,
- Datenschutzbedenken,
- Zu hoher Arbeitsaufwand für zu geringen Nutzen an den Projektergebnissen aufgrund einer geringen Versichertenzahl,
- Gewährleistung der Anonymität wurde durch die geringe Versichertenzahl als kritisch bewertet.

Es ist jedoch zu bedenken, dass diese Gründe von denjenigen Krankenkassen angeführt wurden, die in einen Erstaustausch mit dem Evaluationsteam eingestiegen sind. Für diejenigen Kassen, die weder auf Anschreiben noch auf Erinnerungsschreiben bzw. Anrufe reagiert haben, ist eine Aussage naturgemäß nicht möglich.

Der Kooperationsaufbau mit den Krankenkassen stellte sich für alle Seiten als sehr zeit- und arbeitsaufwändig dar.

Eine weitere Herausforderung war die wiederkehrende Fragestellung, inwieweit der § 75 SGB X - Übermittlung von Sozialdaten für die Forschung und Planung – hier "greift". Der Evaluationsplan sah explizit vor, keine personenbezogenen Daten zu nutzen. Dennoch argumentierten einige Krankenkassen, dass ihre Mitarbeiter*innen die Daten verarbeiten und dieser Schritt bereits unter den § 75 SGB X fällt. Die damit einhergehenden Klärungsprozesse und die Erstellung individueller Datenschutzkonzepte bzw. Stellungnahmen von Datenschutzbeauftragten beeinflussten den Evaluationsprozess – bis hin zur Entscheidung mancher Kassen zur Nichtteilnahme.

Kontaktaufbau zu den Ärzt*innen

Das Evaluationskonsortium hat bei der Abgabe des Evaluationsplans nach Unterstützung der KBV erbeten, den Kontakt über die KVen zu den EMen und ZMer für die quantitative und qualitative Ärztebefragung aufzubauen - sowie optional entsprechend den Kontaktaufbau zu den ZMer für die prospektive quantitative Patientenbefragung. Das organisatorische Vorgehen wurde im Evaluationsplan nicht explizit aufgeführt, weil sich die Zusammenarbeit

mit der KBV und den KVen erst im Anschluss nach Einreichen des Evaluationsplans im Detail definiert hat. Diese unterstützende Rolle der KBV bei dem Kontaktaufbau zu den KVen wurde vorab mit dem G-BA besprochen und vom G-BA freigegeben.

Die folgende Abbildung 3-4 visualisiert den Prozess der Kontaktaufnahme zu den Ärzt*innen bzw. zu den Patient*innen für die prospektive quantitative Patientenbefragung. Die Informationsmaterialien bzgl. der Studie wurden von der MHB erstellt und der KBV, mit der Bitte um Weiterleitung an die KVen übergeben. Das Anschreiben an die KVen beinhaltete eine dezidierte Beschreibung, welche Arbeitsschritte für die Studie von den KVen umgesetzt und welche Informationsmaterialien, wie an die Ärzt*innen weitergereicht werden sollte.

In dem Prozess war ebenfalls dargestellt, dass die KVen schrittweise um ihre Unterstützung gebeten wurden, damit die Aktivitäten klar voneinander getrennt und bei den KVen keine Überlastung und ggf. Verwirrung entstand.



Abbildung 3-4: Prozess Kontaktaufnahme zu den Ärzt*innen

Der entwickelte Kontaktaufnahmeprozess zu den potenziellen Studienteilnehmer*innen für die Ärztebefragung über die KBV und den KVen stellte sich als überaus effizient heraus. Die Teilnahmebereitschaft an der Studie lässt sich an dem positiven Ergebnis (s. Kapitel 8.1.3 Daten der quantitativen Ärztebefragung und 8.1.4 Daten der qualitativen Ärztebefragung) ablesen. Die folgenden Faktoren begünstigten das Interesse an der Studie und das effiziente Vorgehen:

- die KBV ist ein wirkungsvoller Kontaktmultiplikator für eine effiziente Kommunikation mit den KVen,
- die KVen sind für die Ärzt*innen bekannte Ansprechpartner*innen,
- die KVen verfügen über die notwendigen Kontaktdaten der Ärzt*innen,
- und die KVen haben datenschutzrechtlich die Freigabe, die Ärzt*innen direkt anzuschreiben.

Eine Limitation bzgl. der Kontaktdaten der Ärzt*innen ist, dass die KVen zum Teil nur die postalische Adresse statt einer E-Mail-Adresse vorliegen hatten. Dadurch stieg der Aufwand für die KVen die Ärzt*innen zu kontaktieren, weil sie statt einer E-Mail ein postalisches Anschreiben versenden mussten.

3.3.2 Datenerhebung

Im folgenden Abschnitt werden für die einzelnen Datenerhebungen die Rekrutierungs- bzw. Samplingstrategie, die Selektionskriterien und entsprechende Limitationen detailliert dargestellt.

3.3.2.1 Quantitative Patientenbefragung

Das folgende Kapitel beinhaltet die Selektionskriterien, die Rekrutierungsstrategie sowie die Limitationen der quantitativen Patientenbefragung.

Selektionskriterien

Die nachfolgenden Ein- und Ausschlusskriterien bleiben für alle Gruppen (Gruppe 1, Gruppe 2, Gruppe 3A, Gruppe 3B, s. Kapitel 8.1.1 Daten der quantitativen Patientenbefragung) konstant. Die Abbildung 3-2 veranschaulicht die Einteilung der Gruppen. Eingeschlossen wurden alle bei den kooperierenden Krankenkassen versicherten Patient*innen, die im

Zeitraum vom 1. Quartal 2019 bis zum 4. Quartal 2021 eine Indikationsstellung erhalten haben und somit im Abrechnungssystem hinterlegt waren. Das Jahr ab der Einführung der Zm-RL wurde inkludiert. Das 4. Quartal 2021 wurde festgelegt, um möglichst viele/aktuelle Fälle zu erfassen, aber gleichzeitig den Abrechnungszeitraum der Krankenkassen zu berücksichtigen.

Selektionskriterien - Einschlusskriterien

Das folgende Kapitel beinhaltet die Einschlusskriterien der quantitativen Patientenbefragung (s. Tabelle 3-2).

Tabelle 3-2: Darstellung der Einschlusskriterien für die einzelnen Indikationen

Indikation	Einschlusskriterium	Begründung
TT/TE	- Ambulante und stationäre Prozeduren mit OPS-Code: - 5-281 - 5-281.0 Mit Dissektionstechnik - 5-281.2 Radikal, transoral - 5-281.3 Radikal, durch Pharyngotomie - 5-281.5 Partiiell, transoral, Inkl.: TT - 5-281.x Sonstige - 5-281.y N.n.bez. - 5-282* - 5-282.0 Mit Dissektionstechnik - 5-282.1 TE mit Adenotomie: Partiiell, transoral inkl.: TT - 5-282.x Sonstige - 5-282.y N.n.bez.	Die Zm-RL fokussiert die Prozedur und nicht die ICD-10-Codes, welche zu dem jeweiligen Eingriff führen. In Zusammenarbeit mit einem /einer an einem Universitätsklinikum tätigen Facharzt*in für HNO wurden die stationären Prozeduren der OPS-Codes bestimmt.
	- Alle Altersgruppen	TT und TE werden besonders bei Kindern und Jugendlichen vorgenommen. In einer Sekundärdatenanalyse der AOK-Versicherten von Windfuhr und Gerste [2016] betrug das Durchschnittsalter 21,6

Indikation	Einschlusskriterium	Begründung
		<p>Jahre. Da sowohl minderjährige Personen als auch erwachsene Personen betroffen sind, werden alle Altersgruppen inkludiert.</p> <p>Bei Kindern und Jugendlichen < 18 Jahre werden die Erziehungsberechtigten angeschrieben.</p>
HE	<p>Ab dem vollendeten 18. Lebensjahr</p> <p>- Stationäre Prozeduren mit OPS-Code: - 5-682* - 5-682.0 Suprazervikal - 5-682.1 Supravaginal - 5-682.2 Hemihysterektomie (bei Uterus bicornis)</p>	<p>Eine HE wurde bei den meisten Frauen (48,5%) im Alter von 40 bis 49 Jahren durchgeführt [Prütz et. al 2013]. Unter dem 35. Lebensjahr wird nach Leitlinie eine Einzelfalldarstellung des/der Operateur*in empfohlen. Diese liegt bei 2%, d.h. Beurteilungen zu einer HE werden unter dem 35. Lebensjahr bei 2% der Betroffenen vorgenommen [Neis et al. 2016].</p> <p>Die Anzahl der Teilnehmenden unter dem vollendeten 18. Lebensjahr könnte somit zu gering ausfallen, um einen messbaren Effekt identifizieren zu können. Außerdem wäre die Gewährleistung der Anonymität eingeschränkt.</p> <p>Die Zm-RL fokussiert die Prozedur und nicht die ICD-10-Codes, die zu dem jeweiligen Eingriff führen.</p> <p>In Zusammenarbeit mit einem /einer Gynäkolog*in wurden die stationären Prozeduren der OPS-Codes bestimmt.</p>

Indikation	Einschlusskriterium	Begründung
	<ul style="list-style-type: none"> - 5-682.x Sonstige - 5-682.y N.n.nbez. - 5-683* - 5-683.0 Ohne Salpingoovariektomie - 5-683.1 Mit Salpingoovariektomie, einseitig - 5-683.2 Mit Salpingoovariektomie, beidseitig - 5-683.5 Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, ohne Salpingoovariektomie, Inkl.: Bei Endometriose - 5-683.6 Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, mit Salpingoovariektomie, einseitig, Inkl.: Bei Endometriose - 5-683.7 Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, mit Salpingoovariektomie, beidseitig, Inkl.: Bei Endometriose - 5-683.x Sonstige - 5-683.y N.n.nbez. - 5-685* - 5-685.0 Ohne Lymphadenektomie - 5-685.00 Offen chirurgisch (abdominal) - 5-685.01 Vaginal 	

Indikation	Einschlusskriterium	Begründung
	<ul style="list-style-type: none"> - 5-685.02 Vaginal, laparoskopisch assistiert - 5-685.03 Umsteigen vaginal - offen chirurgisch - 5-685.0x Sonstige - 5-685.1 Mit pelviner Lymphadenektomie - 5-685.2 Mit paraaortaler Lymphadenektomie - 5-685.3 Mit pelviner und paraaortaler Lymphadenektomie - 5-685.4 Totale mesometriale Resektion des Uterus, Info: Diese Form der radikalen Uterusexstirpation beinhaltet die Freilegung und Schonung der Nervi splanchnici lumbales, der Plexus hypogastrici superiores, der Nervi hypogastrici, der Plexus hypogastrici inferiores und der bilateralen Gefäß-Nerven-Versorgung der Harnblase - 5-685.40 Ohne Lymphadenektomie - 5-685.41 Mit pelviner Lymphadenektomie Inkl.: Resektion zusätzlicher Lymphknotenstationen, z. B. präsakrale Lymphknoten, Glutea-superior- und Glutea-inferior-Lymphknoten 	

Indikation	Einschlusskriterium	Begründung
	<ul style="list-style-type: none"> - 5-685.42 Mit paraaortaler Lymphadenektomie - 5-685.43 Mit pelviner und paraaortaler Lymphadenektomie Inkl.: Resektion zusätzlicher Lymphknotenstationen, z. B. präsakrale Lymphknoten, Glutea-superior- und Glutea-inferiorLymphknoten - 5-685.4x Sonstige - 5-685.x Sonstige - 5-685.y N.n.bez. 	

Der Einschluss in die Studie erfolgte in erster Linie über die OPS-Codes. Die ICD-10 Codes waren nur in Kombination mit den OPS-Codes relevant. Die ICD-10 Codes waren dabei sehr wichtig, um Notfalleingriffe (z. B. Peritonsillarabszess) und Eingriffe aufgrund von Krebserkrankungen auszuschließen. Eingriffe aufgrund eines Notfalls oder aufgrund einer bösartigen Grunderkrankung wurden explizit von der Zm-RL ausgeschlossen.

Selektionskriterien - Ausschlusskriterien

Das folgende Kapitel beinhaltet die Ausschlusskriterien der quantitativen Patientenbefragung (s. Tabelle 3-3).

Tabelle 3-3: Darstellung der Ausschlusskriterien für die einzelnen Indikationen

Indikation	Ausschlusskriterium	Begründung
TT/TE	<ul style="list-style-type: none"> - Ambulante (gesichert) und Stationäre (alle Diagnosearten) Diagnosen mit ICD-Code: - J36 Peritonsillarabszess Inkl.: Phlegmone, peritonsillär, Tonsillarabszess(Diese Indikationen 	Nach der Leitlinie werden TE bei einem Abszess nur bei einem Rezidiv empfohlen oder, wenn die entsprechende Anzahl akuter Tonsillitiden in der Vorgeschichte aufgetreten sind.

Indikation	Ausschlusskriterium	Begründung
	<p>haben keine gesonderten ICD-Codes)</p> <p>Exkl.: Retropharyngealabszess (J39.0), Tonsillitis: akut (J03.-), Tonsillitis: chronisch (J35.0), Tonsillitis: o.n.A. (J03.9)</p>	
	<p>C00-C14 Bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx</p> <p>- C76.- Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen</p> <p>- C77.- Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten</p> <p>- C78.- Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane</p> <p>- C79.- Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen</p> <p>- C80.- Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation</p>	<p>Nach der Zm-RL werden maligne Erkrankungen ausgeschlossen.</p>
	<p>- Aktuell nicht mehr bei der Krankenkasse versichert</p>	<p>Aktuell nicht mehr bei der Krankenkasse Versicherte dürfen nicht mehr von der ehemaligen Krankenkasse angeschrieben werden.</p>
	<p>- Verstorbene</p>	<p>Verstorbene können nicht in die quantitative Patientenbefragung involviert werden.</p>

Indikation	Ausschlusskriterium	Begründung
	<ul style="list-style-type: none"> - Notfälle - Ambulant Technische Anlagen für DTA nach §295 (Anlage 6 BMV-Ä) für amb. Ärztliche Versorgung (KV), Seite 22, Punkt 2/2.3.1, Arte der Inanspruchnahme - „N“ Notfallschein - Stationär Technischer Anlage für DTA nach § 301 (Anlage 1 Seite 6) Aufnahmesatz, Segment Aufnahme, Schlüssel 1Aufnahmegrund, 3. und 4. Stelle - 07 Notfall 	<p>Nach der Zm-RL muss ein Mindestabstand von 10 Tagen zwischen der ZM und der geplanten OP bestehen.</p> <p>Zudem kann davon ausgegangen werden, dass der Eingriff bei einem Notfall keine ZM aufgrund der Dringlichkeit zulässt.</p>
HE	<p>Stationäre Diagnosen mit ICD-Code:</p> <ul style="list-style-type: none"> - D06 Carcinoma in situ der Cervix uteri - C51-58 Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane - C76.- Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen - C77.- Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten - C78.- Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane - C79.- Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen - C80.- Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation 	<p>Nach der Zm-RL werden maligne Erkrankungen ausgeschlossen.</p>

Indikation	Ausschlusskriterium	Begründung
	- Kinder und Jugendliche < 18 Jahre	s. Altersbegrenzung bei den Einschlusskriterien
	- Männer	HE werden bei Personen durchgeführt, die eine Gebärmutter haben. Bei Männern können aus anatomischen Gründen somit keinen HE durchgeführt werden.
	- Aktuell nicht mehr bei der Krankenkasse versichert	Aktuell nicht mehr bei der Krankenkasse Versicherte dürfen nicht mehr von der ehemaligen Krankenkasse angeschrieben werden.
	- Verstorbene	Verstorbene können nicht in die quantitative Patientenbefragung involviert werden.
	<p>- Notfälle</p> <p>- Ambulant Technische Anlagen für DTA nach §295 (Anlage 6 BMV-Ä) für amb. Ärztliche Versorgung (KV), Seite 22, Punkt 2/2.3.1, Arte der Inanspruchnahme - „N“ Notfallschein</p> <p>- Stationär Technischer Anlage für DTA nach § 301 (Anlage 1 Seite 6) Aufnahmesatz, Segment Aufnahme, Schlüssel 1 Aufnahmegrund, 3. und 4. Stelle - 07 Notfall</p>	<p>Nach der Zm-RL muss ein Mindestabstand von 10 Tagen zwischen der ZM und der geplanten OP bestehen.</p> <p>Zudem kann davon ausgegangen werden, dass der Eingriff bei einem Notfall keine ZM aufgrund der Dringlichkeit zulässt.</p>

Rekrutierung

Die Rekrutierung der Patient*innen für die quantitative Patientenbefragung erfolgte über die Krankenkassen. Die Krankenkassen informierten die Patient*innen mit einem Anschreiben über das Projekt und legten zeitgleich den Papierfragebogen mit einem frankierten Rücksendebriefumschlag bei. Neben der Paper-Pencil-Variante hatten die teilnehmenden Personen die Möglichkeit den QR-Code bzw. Link im Anschreiben zu nutzen, um so an der Online-Version der Befragung teilzunehmen. Die Verwendung von sowohl Paper-Pencil- als auch Online-Fragebögen sollte die Schwelle zur Teilnahme aufgrund verschiedener Möglichkeiten verringern und so zu einer hohen Rücklaufquote führen. Zudem konnte so neben den motivationalen Gründen auch altersspezifischen Effekten entgegengewirkt werden [Reuband 2014]. Um die Teilnahmebereitschaft der Patient*innen zusätzlich zu erhöhen, gab es die Möglichkeit an einem Gewinnspiel (Tabletverlosung) teilzunehmen. Hierfür wurde die Zustimmung der kooperierenden Krankenkasse benötigt. Die Option einer monetären Incentivierung der Patient*innen bei Teilnahme an der Befragung wurde ebenfalls individuell mit den GKVn abgesprochen.

Die anzustrebenden Stichprobengrößen wurden bereits im Vorfeld der Evaluationsbeauftragung festgelegt und in den abgestimmten Evaluationsplan aufgenommen. Sie orientierten sich u. a. an

- den realen Gegebenheiten der ZM,
- Erfahrungen aus vergleichbaren Projekten
- und Abwägungen zwischen stichprobengrößenabhängigen zusätzlichen Erkenntnisgewinnen und dem dazu erforderlichen Aufwand diese zu generieren.

Dementsprechend wurde ein Rücklauf von $N = 600$ ($N = 100$ je Einzelgruppe) angestrebt.

Per Mitteilung des G-BA im Vorfeld, wonach wenige Abrechnungen im Jahr 2019 und Anfang 2020 getätigt wurden (Erstmeinungserbringungen im niedrigen fünfstelligen Bereich und Zweitmeinungserbringungen im mittleren dreistelligen Bereich) [Referenz: Fragenkatalog an die Bietergemeinschaft Medizinische Hochschule Brandenburg/ revFlect GmbH] bestand Grund zur Annahme, dass bei der geringen Fallzahl absolut gesehen nur ein relativ kleiner Versichertenpool für eine Teilnahme an der Befragung zur Verfügung stehen konnte. Darüber

hinaus bestanden Erfahrungswerte bei breit angelegten Versichertenbefragungen im hier relevanten Themenbereich, nach denen mit einem Rücklauf von ca. 5-10% zu rechnen war (s. Evaluationsplan) – was in Kombination bereits zu „natürlichen Stichprobenobergrenzen“ führte (bei vertretbarem Rekrutierungs- und Incentivierungsaufwand/-budget). Um möglichst differenzierte Ergebnisse zu erzielen, wurde zusätzlich zu der quantitativen Fragebogenerhebung, eine qualitative Patientenbefragung mittels Interviews durchgeführt. Die Kombination quantitativer und qualitativer Methoden sollte somit eine möglichst differenzierte und detaillierte Darstellung der aktuellen Versorgungssituation ermöglichen [Creswell 2003].

Vor diesem Hintergrund wurde im abgestimmten Evaluationsplan auf die gesonderte Durchführung einer Powerberechnung verzichtet.

Es bestanden auch keine ethischen Bedenken im Rahmen der Befragung aufgrund von möglichen (nicht wirksamen oder sogar kontraproduktiven) Interventionen bzw. Therapien [Kutschmann et al. 2006], weswegen eine die Stichprobengrößen begrenzende Powerberechnung im Rahmen dieser Evaluationsstudie ebenfalls nicht erforderlich war. Je nach Powerberechnung wäre des Weiteren eine Anzahl der Grundpopulation (die eine Bezugsgröße dargestellt und somit für Gewährleistung der Repräsentativität der Stichprobe gesorgt hätte) vonnöten gewesen, denkbar wäre hierfür die Versichertenzahl der kooperierenden Krankenkassen. Diese Grundpopulation sollte jedoch einen Bezug zur Thematik haben, was bei allen Versicherten nicht gegeben war. Die Anzahl der Grundpopulation hätte zudem mittels der Routinedaten ermittelt werden können, die zeitgleich eine genaue Aufschlüsselung der jeweiligen Gruppen aufweist. Diese Daten ergaben sich jedoch erst im Verlauf des Projekts. Die Verwendung der differenzierten Routinedaten könnte insofern für eine Powerberechnung in zukünftigen Evaluationen dienen. Nach Abschluss der Datenerhebung, bei der die Anzahl des Rücklaufs feststeht, wäre eine “post hoc” Powerberechnung denkbar. Da diese jedoch von wissenschaftlichen Expert*innen eher kritisch aufgefasst wird, fand das Verfahren in Rahmen dieses Projekts keine Anwendung [Kutschmann et al. 2006].

Die Rekrutierungsstrategie unterschied sich in den jeweiligen Gruppen und wird nachfolgend aufgelistet:

Gruppe 1 – keine Aufklärung zur Inanspruchnahme einer ZM und keine Inanspruchnahme der ZM

In der ersten Befragungsrunde wurden bzgl. der Gruppe 1 TT/TE 916 Fragebögen und bei HE 892 Fragebögen an die Patient*innen mit der Annahme einer konservativen Rücklaufquote von 5-6% versendet. Zudem bestand die Annahme, dass die Gruppe 1 über eine geringere Motivation verfügt, an der Befragung teilzunehmen, weil sie weder eine ZM noch eine Aufklärung bzgl. der ZM nach Zm-RL erhalten hat. Aus diesem Grund hat das Evaluationskonsortium den Faktor Anzahl der geplanten Anschreiben pro Gruppe und Indikation von 1333 auf 2000 für diese Gruppe erhöht.

Gruppe 2 - Aufklärung zur Inanspruchnahme einer ZM und keine Inanspruchnahme der ZM

Die G2 TT/TE und HE hatte einen besonderen Stellenwert, weil diese Gruppe im Gegensatz zur Gruppe 1 Erkenntnisse über den Aufklärungsprozess bzgl. der Zeitmeinung nach Zm-RL mit sich bringt. Da das vorbestimmte Budget für die Gruppe 3 aufgrund der geringen Fallzahl nicht vollends beansprucht werden konnte, bestand die Möglichkeit das noch verfügbare Budget für die quantitative Patientenbefragung der Gruppe 2 einzusetzen.

Gruppe 3 – Inanspruchnahme einer ZM

Die G3 war die wichtigste Gruppe der quantitative Patientenbefragung, weil die Patient*innen den vollständigen Prozess der Zm-RL durchlaufen sind. Aus der G3 TT/TE und HE erhielten alle Patient*innen einen Fragebogen. Patient*innen, die Mitarbeiter*innen der jeweiligen Krankenkassen waren, wurden aus der Befragung ausgeschlossen. Aufgrund der geringen Fallzahl haben sich drei Krankenkassen bereit erklärt ein Erinnerungsschreiben an die Versicherten zu senden. Die AOK Bayern konnte aufgrund von zeitlich begrenzten Kapazitäten innerhalb des Evaluationszeitplans nicht an der quantitativen Patientenbefragung teilnehmen und somit keine Personen mit einer ZM nach Richtlinie kontaktieren.

Entsprechend der Mitteilung des G-BA werden bislang verhältnismäßig wenig ZM nach Zm-RL abgerechnet (s. Mitteilung *“Die Zahlen stellen sich so dar, dass für das Jahr 2019 und den Anfang des Jahres 2020 Erstmeinungserbringungen im niedrigen fünfstelligen Bereich und Zweitmeinungserbringungen im mittleren dreistelligen Bereich abgerechnet wurden”*) [Referenz: Fragenkatalog an die Bietergemeinschaft (MHB/revFlect GmbH) zur Evaluation der

Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL)]. Zudem waren die Fallzahlen aufgrund der Corona-Pandemie rückläufig.

Aufgrund der geringen Fallzahlen, die trotz guter Rücklaufquoten relativ wenig absolute Fälle auswertbar machten, wurde sich dafür entschieden, die prospektive quantitative Patientenbefragung durchzuführen. Die Rekrutierung der prospektiven quantitative Patientenbefragung wird nachfolgend beschrieben.

Rekrutierung prospektive quantitative Patientenbefragung

Der Zugang zur prospektiven quantitativen Patientenbefragung erfolgte über die ZMer aller Bundesländer (s. Abbildung 3-4). Dafür informierte die KBV die KVen über den Studieninhalt und –ablauf. Die folgenden Unterlagen wurden vom Evaluationskonsortium erstellt und anschließend von der KBV an die KVen weitergeleitet:

- Anleitung / Informationsschreiben zur prospektiven quantitativen Patientenbefragung für die KVen,
- Vorlage für das Informationsschreiben für die ZMer,
- Flyer für die Patient*innen.

Die KVen sendeten wiederum allen ZMer der Gyn und HNO des jeweiligen Bundeslandes die Informationsschreiben mit den abgezählten Flyern. Die ZMer sollten nach Erbringung der ZM den Patient*innen jeweils einen Flyer übergeben. Der Flyer beinhaltete die notwendigen Informationen zur Studie sowie einen QR-Code und einem Link zum Online-Fragebogen.

Limitationen

Es liegt in den Eigenschaften quantitativer Designs (deren Stärke in der Beantwortung präziser ex-ante formulierter Fragestellungen liegt), dass sich explorative Fragestellungen und differenzierte Sachverhalte/Prozesse nur bedingt abbilden lassen. Dementsprechend ließen sich auch in der Evaluation der Zm-RL einige Fragestellungen der Leistungsbeschreibung bzw. des Evaluationsplans (s. Kapitel 6 Inhaltliche Anpassungen, Anpassungen der Operationalisierung und methodische Erweiterungen des Evaluationsplans im Evaluationsverlauf) mit dem quantitativen Design nicht ausreichend erfassen. Weitere Limitationen von Fragebogenerhebungen sind mögliche Missverständnisse oder Fehlinterpretationen von Fragen, sodass das Antwortverhalten verzerrt sein könnte, obwohl

eine umfassende intensive Pilotierung des Fragebogens auf Verständlichkeit durchgeführt wurde. Fehlende Angaben bei Fragebogenerhebungen (die nicht durch ein gezieltes Nachfragen kompensiert werden konnten) können zudem zu einer unvollständigen Ergebnisdarstellung führen. Eine geringe Teilnahmebereitschaft der Patient*innen aufgrund geringer Motivation bzw. keinem Interesse an der Thematik oder anderer einschränkender Faktoren (Zeit, eingeschränkte sprachliche Kenntnisse, Angst vor keiner Gewährleistung der Anonymität) kann nicht ausgeschlossen werden. Um diesen Limitationen teilweise entgegenzuwirken, wurden Patienteninterviews hinzugezogen.

Der G-BA hat bereits festgestellt, dass wenige ZM abgerechnet wurden (s. Mitteilung "Die Zahlen stellen sich so dar, dass für das Jahr 2019 und den Anfang des Jahres 2020 Erstmeinungserbringungen im niedrigen fünfstelligen Bereich und Zweitmeinungserbringungen im mittleren dreistelligen Bereich abgerechnet wurden") [Referenz: Fragenkatalog an die Bietergemeinschaft (MHB /revFLect GmbH) zur Evaluation der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL)]. Im Projektverlauf hat sich dieses Ergebnis bestätigt, sodass die Gruppe 3 (Inanspruchnahme einer ZM) erneut von den Krankenkassen angeschrieben wurde. Dabei bestand das Angebot einer Incentivierung, um den Rücklauf zu maximieren. Aufgrund der kleinen Versichertenzahl im Zweitmeinungsprozess sollte dieser mittels Patienteninterviews so differenziert wie möglich beleuchtet werden. Die Teilnahme an einem Patienteninterview sollte durch einen monetären Anreiz begünstigt werden.

Zudem kann es zu Verzerrungen bei der Vorselektion der jeweiligen Gruppen gekommen sein. So sind im Abrechnungssystem einer teilnehmenden Krankenkasse keine Pseudo-Gebührenordnungspositionen (GOPs) oder andere Kennzeichnungen hinterlegt worden, die auf eine Inanspruchnahme der ZM deuten ließen. Personen, welche eine ZM in Anspruch genommen haben, konnten nicht identifiziert werden und wurden der Gruppe 1 oder 2 zugeordnet. Eine genaue Zuordnung der Gruppen in der Vorselektion war somit eingeschränkt. Darüber hinaus konnten Abrechnungsfehler von Ärzt*innen, welche zu einer falschen Zuordnung der Gruppe führen, nicht ausgeschlossen werden.

Die prospektive quantitative Patientenbefragung war abhängig von der Anzahl erbrachter ZM, von der Anzahl aktiv werbender Ärzt*innen und von der Teilnahmebereitschaft der Patient*innen. Da die Personenanzahl, die eine ZM in Anspruch genommen haben, sehr klein

war, wurde ein insgesamt geringer Rücklauf erwartet. Um dennoch einen möglichst hohen Rücklauf der Gruppe 3 zu erreichen, wurde die prospektive Patientenbefragung umgesetzt.

3.3.2.2 Qualitative Patientenbefragung

Das folgende Kapitel beinhaltet die Samplingstrategie, Rekrutierung und die Limitationen der qualitativen Patientenbefragung. Die qualitative Patientenbefragung wurde mittels leitfadengestützter Interviews geführt, um so ein differenziertes und umfassendes Bild der Versorgungsrealität aus Patientensicht zu erhalten.

Samplingstrategie

Interviewpartner*innen wurden auf Basis eines „purposive sampling“ ausgewählt [Robinson 2014], mit dem Ziel, eine möglichst hohe Heterogenität bezüglich der nachstehenden Kategorien zu erreichen: Geschlecht, Alter, Art der Indikation.

Rekrutierung

Der Zugang zu den Teilnehmenden erfolgte dabei über die Krankenkassen. Die kooperierenden Krankenkassen luden die vorab identifizierten Personen zur Teilnahme an der Fragebogenerhebung ein. Gleichzeitig erhielten die Personen eine Einladung zur telefonischen Interviewteilnahme. Interessierte Personen konnten sich über ein Kontaktformular auf der MHB-Homepage (www.mhb-fontane.de/evazweit.html), per E-Mail oder telefonisch an Projektmitarbeitende bezüglich einer Teilnahme wenden. Voraussetzungen zur Teilnahme an einem Interview waren die Fähigkeiten zur informierten Zustimmung und zum verbalen Ausdruck. Im Vorfeld wurden alle Teilnehmenden mittels einer schriftlichen Aufklärung ausführlich über den Studieninhalt, -ablauf und Verwertung der Ergebnisse sowie datenschutzrechtliche Aspekte aufgeklärt und gebeten eine Einverständniserklärung zu unterzeichnen. Nur wenn diese vorlag, konnte ein Interview durchgeführt werden. Die Option einer monetären Incentivierung der Patient*innen bei Teilnahme an den Interviews wurde individuell mit den GKVern abgesprochen.

Limitationen

Kleine Fallzahlen können keine Generalisierbarkeit bedingen, allerdings konnten Aspekte differenziert abgebildet werden, die mittels quantitativer Methoden nicht möglich sind.

Verzerrte Äußerungen könnten durch die soziale Erwünschtheit bedingt werden, weswegen eine Berücksichtigung dieser Tendenz in der Bewertung notwendig war.

3.3.2.3 Qualitative Ärztebefragung

Das folgende Kapitel beinhaltet die Beschreibung der Sampling- und Rekrutierungsstrategie sowie die Darstellung potentieller Limitationen. Im Rahmen der qualitativen Datenerhebung wurden leitfadengestützte Interviews mit Ärzt*innen geführt, weil sie unmittelbar an der Umsetzung der Zm-RL beteiligt sind und einen detaillierten Einblick in die Versorgungsrealität geben können. Da es gilt, den Versorgungsalltag möglichst differenziert und präzise abzubilden, wurde eine qualitative Erhebung von konkreten Erfahrungen gewählt, die eine Offenheit gegenüber dem Forschungsgegenstand bietet.

Samplingstrategie

Um einen umfassenden Einblick in die Versorgungsrealität zu erhalten, wurde unter dem Aspekt der Zusammensetzung eine heterogene Stichprobe angestrebt. Heterogene Stichproben setzen sich entsprechend aus unterschiedlichen Fällen zusammen und eignen sich besonders zur Erstellung zur Beschreibung der Variabilität eines Phänomens [Schreier 2010]. Um ein möglichst breites Spektrum an Personen mit unterschiedlichen Interessenslagen zu generieren, erfolgte die Auswahl der Proband*innen mittels qualitativer Stichprobenpläne. Demnach wurden zu Untersuchungsbeginn Kriterien für die Fallauswahl auf Grundlage von Vorwissen über den Untersuchungsgegenstand festgelegt.

Bei der Stichprobenziehung wurden zunächst Personengruppen identifiziert, die für die Fragestellung relevant erschienen. Diese umfassten die Ärzt*innen der Fachgebiete der Gyn sowie der HNO. Anschließend wurden Faktoren definiert, von denen auszugehen war, dass sie die Umsetzung des Zweitmeinungsverfahrens und den Einfluss auf den Praxisalltag der einzelnen Personengruppen beeinflussen könnten. Hierzu zählten

- der Ausübungsort,
- folglich eine ärztliche Tätigkeit in einem Ballungsgebiet oder einer ländlichen Siedlung,
- die Dauer der Facharztstätigkeit,
- und der Status als zugelassener/zugelassene ZMer.

Darüber hinaus wurde bei der Rekrutierung darauf geachtet, dass entsprechend des Geschlechts und des Alters ein relativ ausgewogenes Verhältnis bestand. Es wurde zusätzlich darauf geachtet, dass die Ärzt*innen in unterschiedlichen Bundesländern tätig waren. In der Tabelle 3-4 ist der Stichprobenplan dargestellt.

Tabelle 3-4: Stichprobenplan der qualitativen Ärztebefragung

	ZMer-Status		Ausübungsort		Dauer Facharztstätigkeit	
	ZMer	Kein ZMer	ländlich	urban	Dauer Facharztstätigkeit niedrig bis mittel	Dauer Facharztstätigkeit mittel bis hoch
HNO	3-4	3-4	3-4	3-4	3-4	3-4
Gyn	3-4	3-4	3-4	3-4	3-4	3-4
Summe	6-8	6-8	6-8	6-8	6-8	6-8
Summe	12-16		12-16		12-16	
Summe	42-45					

Rekrutierung

Im Rahmen der Rekrutierung wurde initial der Kontakt zur KBV hergestellt. Die KBV versandte anschließend Informationsschreiben an alle KVen in Deutschland, in denen über Studieninhalt und –Ablauf informiert wurde. Die KVen leiteten daraufhin die Informationsschreiben an Fachärzt*innen der Gyn sowie der HNO weiter. Interessierte Ärzt*innen konnten sich über ein Kontaktformular auf der MHB-Homepage (www.mhb-fontane.de/evazweit.html), per E-Mail oder telefonisch an Projektmitarbeitende bezüglich einer Teilnahme wenden. In einem ersten telefonischen Gespräch wurden noch vor der Interviewführung vorab soziodemografische Angaben abgefragt. Ein telefonisches Interview kam zustande, wenn der/die Teilnehmende die Kriterien des Stichprobenplans erfüllte.

Limitationen

Eine Generalisierbarkeit der Erkenntnisse ist vor dem Hintergrund der eher kleinen Stichprobengröße nur begrenzt möglich. Allerdings boten die Interviews die Möglichkeit, detaillierte Einblicke in die Versorgungsrealität zu generieren, um ein Verständnis bzgl. des

Ablaufs der Indikationsstellungen zu erhalten und somit die Fragestellungen der Evaluation differenziert beantworten zu können. Möglicherweise waren die Äußerungen der Ärzt*innen Verzerrungen unterlegen. Die Bewertung der Zm-RL erfolgte aus der Position der Betroffenen, die die Anforderungen umzusetzen haben. So könnten die Ergebnisse unter Umständen mit einem Bias verbunden sein.

Dies ist insbesondere bei der Beurteilung folgender Hypothese möglich: "Medizinisch nicht notwendige Indikationsstellungen bei planbaren Eingriffen sowie die Durchführung von medizinisch nicht gebotenen planbaren Eingriffen können durch die Zm-RL vermieden werden." Dies kann vermutlich auf Grundlage der qualitativen Erhebungen nicht vollumfänglich be- bzw. widerlegt werden. Um sich dieser komplexen Thematik und der damit einhergehenden Fragestellung zu nähern, wurden Interviews mit Ärzt*innen zur Begriffsbestimmung geführt. Explorativ galt es, diese Begrifflichkeit aus Sicht der versorgenden Ärzt*innen zu definieren, wobei sich nach der ersten Auswertung der Interviews abzeichnete, dass eine binäre Unterscheidung nicht der Versorgungsrealität entspricht, weil sich die Indikationsstellung aus vielen verschiedenen Aspekten zusammensetzt und sich nicht nur auf Leitlinien bezieht bzw. orientiert. Ein wesentlicher Aspekt stellt dabei die Patientenorientierung dar. Aus leitlinienbasierter Sicht ist eine Indikation womöglich nicht gegeben, allerdings lässt diese Perspektive die Sicht der Patient*innen außen vor und schließt ihn bzw. sie somit aus. In diesem Kontext würde dieses Verständnis dem Ansatz des Shared Decision Makings völlig widersprechen. Somit wurden darüber hinaus die Interviews mit Patient*innen zur Beurteilung dieser Fragestellung hinzugezogen, um die Perspektive der Patient*innen zu berücksichtigen. Eine weitere Annäherung an die Operationalisierung bestand darin, die ZM über die Erstmeinung zu stellen. Somit würde sich ein medizinisch notwendiger Eingriff bzw. eine medizinisch notwendige Indikationsstellung draus ergeben, wenn Erst- und ZM einander gleichen. Medizinisch nicht notwendig würde sich ergeben, wenn die ZM von der Erstmeinung abweicht. Da beide Meinungen aber für sich stehen und eine „Hierarchie“ regulatorisch nicht angelegt ist und die Evaluation die Einzelentscheidungen auch nicht bewerten konnte, entspricht diese Operationalisierung auch nur einer Annäherung und wurde im Kontext der anderen Datenquellen berücksichtigt.

3.3.2.4 Quantitative Ärztebefragung

Das folgende Kapitel beinhaltet die Beschreibung der Ein- und Ausschlusskriterien, der Rekrutierungsstrategie sowie die Darstellung potentieller Limitationen der quantitativen Ärztebefragung.

Einschlusskriterien

Bei der quantitativen Ärztebefragung wurden indikationsstellende Ärzt*innen sowie zugelassene ZMer der Fachbereiche HNO sowie Gyn eingeschlossen.

Ausschlusskriterien

Fachärzt*innen anderer Facharztbereiche, als die der HNO und Gyn, wurden ausgeschlossen.

Rekrutierung

Im Rahmen der Rekrutierung wurde initial der Kontakt zur KBV hergestellt. Die KBV versandte anschließend Informationsschreiben an alle KVen in Deutschland, in denen über Studieninhalt und -ablauf informiert wurde. Darüber hinaus wurde zeitgleich der QR-Code und Link zur Online-Fragebogenerhebung mitversandt. Die KVen leiteten daraufhin die Informationsschreiben an Fachärzt*innen der Gyn sowie der HNO weiter. Der Zeitraum der Rekrutierung erstreckte sich über fünf Monate, weil die einzelnen KVen unterschiedlich schnell die Studieninformationen sowie die Einladung zur Studienteilnahme weiterleiteten. Nach einem Zeitraum von zwei Monaten wurde stichpunktartig der Rücklauf hinsichtlich des Bundeslandes teilnehmender Ärzt*innen überprüft. Sofern Ärzt*innen einzelner Bundesländer nicht vertreten waren, wurden wiederholt die entsprechenden KVen mit der Bitte um eine erneute Versendung der Studieninformationen sowie der Studieneinladung kontaktiert.

Limitationen

Bei Fragebogenerhebungen kann es zu Missverständnissen oder Fehlinterpretationen von Fragen kommen, sodass das Antwortverhalten, trotz intensiver Pilotierung des Fragebogens auf Verständlichkeit, nicht uneingeschränkt verlässlich ist. Nach- und Rückfragen sind bei Fragebogenerhebungen ausgeschlossen. Darüber hinaus können Teilnehmende, im Gegensatz zu qualitativen Interviews, nur einen kleinen Einblick in ihr Erleben der Versorgung geben, weil in Fragebogenerhebungen nicht alle Umstände, die das Antwortverhalten

beeinflussen, berücksichtigt werden können. Die Gefahr von fehlenden Angaben besteht bei Fragebogenerhebungen, sodass unter Umständen die Ergebnisdarstellung nicht vollständig sein könnte.

3.3.2.5 Analyse von KH-Qualitätsberichten und KVen/LÄKen-Daten

Mittels der Analyse der KH-Qualitätsberichte sowie KVen- und LÄKen-Daten sollten die Auswirkungen sowie Umsetzung der Zm-RL überprüft werden. Dabei standen besonders die Unterhypothesen U22 (Fachärzt*innen mit Weiterbildungsbefugnis) und U24 (Verlagerung zu zweitmeinenden Institutionen) im Fokus. Nähere methodische Darlegungen finden Sie im Kapitel 3.2.5 Analyse von KH-Qualitätsberichten und KVen/LÄKen-Daten.

Nachfolgend soll auf die Ein- und Ausschlusskriterien sowie Limitationen der Analyse von KH-Qualitätsberichten und KVen/LÄKen-Daten eingegangen werden.

Einschlusskriterien

Mittels Daten der KVen und LÄKen wurden ZMer der Gyn und HNO bzw. die Weiterbildungsbefugten dieser Fachrichtungen pro Bundesland identifiziert und bilden somit das Einschlusskriterium.

Für die Jahre der KH-Qualitätsberichte wurden die Jahre 2016 bis 2021 betrachtet. Die in den Selektionskriterien festgelegten OPS-Codes wurden verwendet, um die Eingriffshäufigkeiten pro KH-Qualitätsbericht zu identifizieren.

Ausschlusskriterien

ZMer und Fachärzt*innen anderer Fachrichtungen als oben benannt werden ausgeschlossen. KH-Qualitätsberichte, die älter als 2016 war, wurden in der Analyse nicht berücksichtigt. Die OPS-Codes, die in den Selektionskriterien ausgeschlossen wurden, fanden bei der Erfassung der Eingriffshäufigkeiten keine Berücksichtigung.

Limitationen

Der Informationszugang, um die ZMer zu ermitteln, unterschied sich auf den KV-Webseiten. So standen beispielsweise Listen zur Verfügung, die die aktuellen Zweimeiner*innen aufführten, aber auch mittels erfolgreicher Arztsuchfunktion konnten ZMer identifiziert werden. Hier bleibt fraglich, ob und wie die Patient*innen bei der Suche nach einer/einem ZMer vorgehen und die Informationen auffassen. Mittels Patienteninterviews wurde der Zugang zu Informationen erfragt, womit sich dieser Thematik teilweise angenähert wurde.

Die von den KVen bereitgestellten Informationen zu den ZMer stellten sich nach der ersten Sichtung unterschiedlich dar. Informationen zu den Verortungen der ZMer waren teilweise nicht hinterlegt und bedurften einer zusätzlichen Recherche. Somit kann die Datenqualität aufgrund einer weiteren Quelle, die ggf. unzureichenden Qualitätsstandards entspricht, eingeschränkt sein. Aus zusätzlichen Quellen können sich dennoch interessante Fakten zu den ZMer ergeben, die durch eine ausschließliche Suche über die KVen-Webseiten eingeschränkt ist (z. B. weitere Standorte, belegärztliche Tätigkeit im Krankenhaus).

3.3.2.6 Routinedatenanalyse

Im Mittelpunkt der Routinedatenanalyse standen besonders die Themen zur Abnahme der regionalen Variation der jeweiligen Indikationen (H5 und H6) sowie die Notwendigkeit von medizinisch nicht notwendigen Eingriffen (U15) im Mittelpunkt. Nähere methodische Darlegungen finden Sie im Kapitel 3.2.6 Routinedatenanalyse.

Nachfolgend werden die Selektionskriterien, Rekrutierung sowie Limitationen der Analyse der Routinedaten dargestellt.

Selektionskriterien

Die Ein- und Ausschlusskriterien der quantitativen Patientenbefragung sind ausführlich im Kapitel 3.2.1 Quantitative Patientenbefragung beschrieben. Diese treffen ebenso auf den Großteil der Routinedaten zu, wobei sich folgende Unterschiede ergeben:

- Verstorbene und Nicht-mehr-bei-der-Kasse-Versicherte werden in der Routinedatenanalyse berücksichtigt, um die tatsächlichen Eingriffshäufigkeiten der vergangenen Jahre zu erfahren

- G1: TT/TE Zeitraum stationär Q1 2016 – Q4 2021 Zeitraum ambulant Q1 2016 – Q4 2021; HE Zeitraum stationär Q1 2016 – Q4 2021
 - Die Zeiträume sind jeweils 3 Jahre vor und 3 Jahre nach der Einführung der Zm-RL gewählt wurden, um einen Vergleich bzw. die Entwicklung der Eingriffshäufigkeiten beurteilen zu können
- Zusätzlich Unterscheidung, ob Eingriff sattgefunden (E) hat oder nicht (KE) werden im Routinedatenblatt erfasst (s.5.1)
 - G2 E und G2 KE; G3 AE und G3 AKE; G3BE und G3 BKE

Rekrutierung

Die Routinedaten wurden von den kooperierenden Krankenkassen übermittelt. Der Prozess zur Rekrutierung der Krankenkassen und Rekrutierung der Versicherten wurde (Kapitel 3.3.1.1 Datenerhebung in Zusammenarbeit mit unterstützenden GKVen und Kapitel 5.2.1 Rekrutierung der Krankenkassen) bereits ausführlich beschrieben.

Limitationen

Eine teilnehmende Krankenkasse hatte keine Pseudo-GOPs oder alternative Kennzeichnungen, die die Inanspruchnahme einer ZM aufzeigte. D. h. für diese Krankenkasse konnten keine Abrechnungsdaten für die G3A und G3B identifiziert und für die Auswertung genutzt werden.

Mittels Routinedaten sollte sich einem Vergleich zur Situation vor Inkrafttreten der Zm-RL angenähert werden. Dieser Vergleich zur Situation vor Inkrafttreten der Zm-RL ist insofern nur begrenzt möglich, weil eine interventionsfreie Referenzgruppe aus ethischen und regulatorischen Gründen nicht eingesetzt werden konnte. Eine mögliche Patientenbefragung, die sich auf den Zeitraum vor der Einführung der Zm-RL bezieht, war mit gewissen Erinnerungsverzerrungen der Patient*innen verbunden, weswegen die Beurteilung der Indikationsstellung verzerrt sein könnte (Recall Bias).

Die sich aus dem Inkrafttreten der Zm-RL sozusagen natürlich ergebende Nullpunktmessung ist immer in die allgemeine Versorgungsdynamik einzuordnen. Dabei können historische Veränderungsdaten nicht einfach auf die Zukunft extrapoliert werden. Zudem spielen eine Vielzahl von Einflussfaktoren eine Rolle (deren Analyse den Rahmen der Evaluation sprengen

würde). Mittels folgender Daten wurde sich jedoch einem Vergleich zur Situation vor Inkrafttreten der Zm-RL angenähert : Vergleich der regionalen Variation (bzw. deren Verläufe) sowie die Fallzahlentwicklung vorher/nachher.

Eine Gewichtung der Perspektiven (Patientenperspektive – Leistungserbringerperspektiven) war bewusst nicht vorgesehen. Nicht nur, dass sie eine unzulässige Wertigkeit impliziert hätte, auch methodisch wäre sie nur schwer begründbar. Deshalb wurden die Perspektiven immer getrennt ausgewertet und diskutiert.

3.3.2.7 Qualitative Stakeholderbefragung

Das folgende Kapitel beinhaltet die Beschreibung der Sampling- und Rekrutierungsstrategie sowie die Darstellung potenzieller Limitationen. Im Rahmen der qualitativen Datenerhebung wurden leitfadengestützte Interviews mit Stakeholdern geführt. Da es gilt, den Versorgungsalltag möglichst differenziert und präzise abzubilden, wurde eine qualitative Erhebung von konkreten Erfahrungen gewählt, die eine Offenheit gegenüber dem Forschungsgegenstand bat. Das Erheben von Erfahrungen im Versorgungsprozess bat somit die Möglichkeit, die Versorgungsrealität detailliert abzubilden. Sofern Stakeholder nicht an einem Interview teilnehmen konnten, hatten sie die Gelegenheit einen Online-Kurzfragebogen auszufüllen.

Samplingstrategie

Eingeschlossen wurden Vertreter*innen, die an der Umsetzung der Zm-RL beteiligt sind oder ein Interesse an der Umsetzung der Zm-RL haben. Hierzu zählen bspw. KVen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Landeskrankenhausgesellschaften sowie Vertreter*innen von Krankenkassen. Die Samplingstrategie beinhaltete somit eine absichtsvolle Stichprobenziehung.

Rekrutierung

Folgende Institutionen haben eine Einladung zur Studienteilnahme erhalten:

- KVen
- KBV
- LKG

- Vertreter*innen Krankenkassen
- Marburger Bund
- Hartmannbund
- Berufsverbände Frauenärzt*innen der Bundesländer
- Berufsverbände Hals-Nasen-Ohrenärzt*innen der Bundesländer
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V.

Interessierte Vertreter*innen konnten sich über ein Kontaktformular auf der MHB-Homepage (www.mhb-fontane.de/evazweit.html), per E-Mail oder telefonisch an Projektmitarbeitende bezüglich einer Teilnahme wenden.

Limitationen

In den Interviews mit relevanten Stakeholdern berichteten diese über ihre eigenen Erfahrungen und Beobachtungen in der Versorgung. Eine Generalisierung dieser Schilderungen kann unter Umständen nicht gewährleistet werden. Darüber hinaus könnte es durch soziale Erwünschtheit zu verzerrten Äußerungen kommen. Diese Tendenz galt es bei der Bewertung zu berücksichtigen. Der Kurzfragebogen konnte nur einen gewissen inhaltlichen Teilaspekt abdecken, sodass differenzierte Schilderungen von Prozessen und Strukturen nur eingeschränkt beleuchtet werden konnten.

3.3.3 Bewertungsverfahren

Methodisch kamen sowohl standardisierte Befragungen als auch qualitative Verfahren (Interviews) zum Einsatz. Standardisierte Befragungen wurden angewandt, um ein repräsentatives und umfassendes Bild der unterschiedlichen Gruppen zu erhalten und die Antworten vergleichbar zu machen. Die qualitativen Methoden eigneten sich dazu, bereits gewonnene Daten differenziert zu analysieren und zu kontextualisieren, bzw. sachgerecht zu interpretieren [Queirós & Faria & Almeida 2017, Craig et al. 2008]. Möglicherweise inkonsistente Ergebnisse der standardisierten Befragung konnten durch Ergebnisse der qualitativen Evaluation erklärt und verständlich gemacht werden.

Quantitative Erhebungen (Fragebögen Patient*innen und Ärzt*innen)

Die Online-Befragungen wurden mit dem Befragungstool Unipark durchgeführt. Die Angaben wurden automatisch elektronisch erfasst. Die Daten wurden anschließend bereinigt. Von der Analyse ausgeschlossen wurden Datensätze, bei denen weniger als 50% der Fragen beantwortet wurden. Die statistische Analyse der Fragebogendaten erfolgte überwiegend auf deskriptiver Ebene.

Die Darstellung der deskriptiven Daten erfolgte mittels absoluter und relativer Häufigkeit, Median und Standardabweichung. Um einen soliden Einblick in die Zusammenhänge der Variablen zu gewinnen, wurden univariate Analysen durchgeführt. Der Zusammenhang zwischen zwei binären Variablen wurde mit dem χ^2 -Test (alternativ exakter Test nach Fisher) untersucht. Der Zusammenhang zwischen zwei ordinalen Variablen wurde mit der Rangkorrelation nach Spearman untersucht. Für kontinuierliche Zielgrößen und binäre Einflussfaktoren wurden t-Tests (alternativ U-Test) durchgeführt und Mittelwerte bestimmt. Da die Voraussetzungen für eine lineare oder logistische Regression nicht stimmten, wurden ausschließlich die oben genannten Tests für Zusammenhangs- bzw. Unterschiedsanalysen verwendet.

Für die Zusammenhangsanalysen wurden die Rangkorrelation nach Spearman, der Chi-Quadrat-Test und der exakte Test nach Fisher verwendet. All diese Tests haben gemein, dass sie überprüfen, ob ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen zwei Variablen vorliegt. Hierbei können jedoch keine kausalen Aussagen getätigt werden. Vorteil dieser Tests ist, dass diese weniger Voraussetzungen als beispielsweise lineare oder logistische Regressionen haben und beispielsweise stabiler gegenüber „Ausreißern“ sind.

Mittels der Rangkorrelation nach Spearman konnte die Richtung des Effekts (positiv oder negativ) und die Effektstärke berechnet werden. Die Stärke der Korrelation wurde nach Cohen [1992] eingeschätzt:

- Schwacher Effekt: $r = 0.10$
- Mittlerer Effekt: $r = 0.30$
- Starker Effekt: $r = 0.50$

Der exakte Test nach Fisher war eine Alternative zum Chi-Quadrat-Test, wenn die Stichprobe unter 50 lag oder die erwartete Zelhäufigkeit kleiner 5 war.

Um zentrale Unterschiede zu ermitteln, wurde der Mann-Whitnes-U-Test verwendet. Der U-Test wird verwendet, wenn die Voraussetzungen des t-Tests nicht gegeben sind. Mit diesem wird überprüft, ob die zentralen Tendenzen zweier unabhängiger Stichproben verschieden sind.

Für die Angaben zu den Fragen mit offenem Antwortformat, beispielsweise ein Freitextfeld, wurden die Daten inhaltsanalytisch ausgewertet (s. Auswertungsmethodik qualitative Erhebungen).

Qualitative Erhebungen (Interviews mit Patient*innen, Ärzt*innen und relevanten Stakeholdern)

Die Interviews wurden aufgenommen und anonymisiert transkribiert. Die Auswertung der qualitativen Daten erfolgte mit Hilfe der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse [Kuckartz 2018], die eine regelgeleitete Extraktion relevanter Bedeutungsdimensionen erlaubt. Die analytische Arbeit erfolgte innerhalb der Arbeitsgruppe für qualitative Versorgungsforschung der MHB mit Hilfe der Software MAXQDA. In Zweier-Teams wurden Bedeutungsaspekte mit dem Ziel einer systematischen Beschreibung der Textinhalte ausgewählten Textteilen zugeordnet. Die Arbeit in Teams erfolgte zur Sicherung der Nachvollziehbarkeit und interpersoneller Validierung der Ergebnisse. Für die Analyse der Experteninterviews im Rahmen dieser Evaluation wurde eine Mischform aus deduktiver und induktiver Kategorienbildung gewählt. Die Auswertung der qualitativen Daten folgte keinem binären Ansatz, im Sinne eines Richtig oder Falsch. Vielmehr sollen Gegenstandsbereiche oder Phänomene interpretativ kontextualisiert werden, um somit die Versorgungsrealität differenzierter abbilden zu können und ein Verständnis für Sachverhalte oder Prozesse erzeugen zu können.

Analyse von KH-Qualitätsberichten und KVen/LÄKen-Daten

Für die Analyse von den KVen/LÄKen-Daten und den KH-Qualitätsberichten wurden deskriptive Analysen verwendet.

Analyse der Routinedaten

Für die Analyse der Routinedaten wurden deskriptive Analysen durchgeführt. Zur Bestimmung der regionalen Variation wurde der Variationskoeffizient (CV) genutzt. Die Verwendung der deskriptiven Analyse und des CV beruht auf bisher durchgeführten Studien im Kontext regionaler Variationen [Leeser & Neukirch & Drösler 2022; Bertelsmann Stiftung 2015]. Zudem wurden kartographische Darstellungen angewendet.

3.3.4 Bewertungskriterien

Um die einzelnen Hypothesen bewerten zu können, wurden im Vorfeld Bewertungskriterien festgelegt, die sich der Tabelle 3-5 entnehmen lassen. Zur Interpretation der Ergebnisse lagen den einzelnen Bewertungskriterien folgende Bewertungsschemata zugrunde.

Tabelle 3-5: Bewertungskriterien und deren zugrundeliegendes Bewertungsschema

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
	Bewertung Vollständigkeit der Informationen im Rahmen der Aufklärung	
U1: Patient*innen werden über Recht auf Einholung einer ZM im Sinne der Zm-RL aufgeklärt.	Quantitative Patientenbefragung Item: Der Arzt/ Die Ärztin hat mich über das Recht auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung aufgeklärt.	Bei der Bewertung wird die Antwortkategorie "Ja" fokussiert, wobei folgendes Bewertungsschema zugrunde liegt: 100%-95%: Patient*innen werden über das Recht auf Einholung einer ZM im Sinne der Zm-RL (nahezu) vollumfänglich aufgeklärt. 94%-75%: Patient*innen werden über das Recht auf Einholung einer ZM im Sinne der Zm-RL in einem guten Ausmaß aufgeklärt.

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
		<p>74%-50%: Patient*innen werden über das Recht auf Einholung einer ZM im Sinne der Zm-RL in einem noch ausreichenden Ausmaß aufgeklärt.</p> <p>49%-25%: Patient*innen werden über das Recht auf Einholung einer ZM im Sinne der Zm-RL in einem nicht ausreichenden Ausmaß aufgeklärt.</p> <p>Unter 25%: Patient*innen werden kaum über das Recht auf Einholung einer ZM im Sinne der Zm-RL aufgeklärt.</p>
	<p>Quantitative Patientenbefragung Item (Referenzfragebogen HE):</p> <p>Erfolgte diese Aufklärung über Zweitmeinung mindestens 10 Tage vor dem geplanten OP-Termin?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht</p> <p>Der Arzt/ Die Ärztin:</p> <p><input type="checkbox"/> Hat mich darauf hingewiesen, dass die Zweitmeinung nicht in der Einrichtung eingeholt werden kann, wo der Eingriff durchgeführt werden soll.</p>	<p>Bei der Bewertung liegt folgendes Bewertungsschema zugrunde:</p> <p>100%-95%: Werden alle Antwortmöglichkeiten gewählt, dann werden Patient*innen über das Recht auf ZM (nahezu) vollumfänglich aufgeklärt.</p> <p>94%-75%: Werden alle Antwortmöglichkeiten gewählt, dann werden Patient*innen über das Recht auf ZM in einem guten Ausmaß aufgeklärt.</p> <p>74%-50%: Werden alle Antwortmöglichkeiten gewählt, dann werden Patient*innen über das Recht auf ZM in einem noch</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hat mich darauf hingewiesen, dass die Zweitmeinung nur von Ärztinnen und Ärzten erbracht werden kann, die eine Genehmigung zur Erteilung einer Zweitmeinung nach Richtlinie haben. <input type="checkbox"/> Hat mich darüber informiert, wo ich einen für eine Zweitmeinung geeigneten Arzt oder eine geeignete Ärztin finde. <input type="checkbox"/> Hat mich auf ein Patientenmerkblatt zum Thema ZM aufmerksam gemacht. <input type="checkbox"/> Hat mich auf Entscheidungshilfen zur Gebärmutterentfernung aufmerksam gemacht. <input type="checkbox"/> Hat mir deutlich gemacht, dass ich Abschriften / Kopien von Befundunterlagen für die Zweitmeinung mitnehmen kann. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht 	<p>ausreichendem Ausmaß aufgeklärt.49%-25%: Werden alle Antwortmöglichkeiten gewählt, dann werden Patient*innen über das Recht auf ZM in einem nicht ausreichendem Ausmaß aufgeklärt.</p> <p>Unter 25%: Werden alle Antwortmöglichkeiten gewählt, dann werden Patient*innen über das Recht auf ZM kaum aufgeklärt.</p> <p>Hierbei ist zu erwähnen, dass es sich nicht um den Durchdringungsgrad handelt, sondern die Patientenperspektive beleuchtet werden soll. Es erfolgt bewusst keine Differenzierung der einzelnen Anforderungen, da nach der Zm-RL alle Anforderungen an den EMer verpflichtend sind.</p>
	<p>Bewertung Häufigkeit der Aufklärung und Beurteilung des Verständnisses der Aufklärung im Sinne der Zm-RL</p>	

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
	<p>Quantitative Ärztebefragung</p> <p>Item:</p> <p>Wie häufig klären Sie Patientinnen und Patienten bei den Indikationen Tonsillektomie/Tonsillotomie oder Hysterektomie über das Recht auf, eine zweite Meinung einholen zu können?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Gar nicht 	<p>Bei der Bewertung wird die Antwortkategorie "Immer" fokussiert, wobei folgendes Bewertungsschema zugrunde liegt:</p> <p>100%-95%: Patient*innen werden über das Recht auf Einholung einer ZM im Sinne der Zm-RL (nahezu) vollumfänglich aufgeklärt.</p> <p>94%-75%: Patient*innen werden über das Recht auf Einholung einer ZM im Sinne der Zm-RL in einem guten Ausmaß aufgeklärt.</p> <p>74%-50%: Patient*innen werden über das Recht auf Einholung einer ZM im Sinne der Zm-RL in einem noch ausreichenden Ausmaß aufgeklärt.</p> <p>49%-25%: Patient*innen werden über das Recht auf Einholung einer ZM im Sinne der Zm-RL in einem nicht ausreichenden Ausmaß aufgeklärt.</p> <p>Unter 25%: Patient*innen werden kaum über das Recht auf Einholung einer ZM im Sinne der Zm-RL aufgeklärt.</p>
	<p>Quantitative Ärztebefragung</p> <p>Item:</p>	<p>Bei der Bewertung wird die Antwortkategorie "Da die Zweitmeinungsrichtlinie mich zur Aufklärung über die Möglichkeit</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
	<p>Wenn Sie Patientinnen und Patienten über ihr Recht auf eine Zweitmeinung aufklären, welche der folgenden Aussagen trifft dann auf Sie zu?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Unabhängig von der Zweitmeinungsrichtlinie weise ich Patientinnen und Patienten darauf hin, dass sie sich eine zweite Meinung einholen können. <input type="checkbox"/> Da die Zweitmeinungsrichtlinie mich zur Aufklärung über die Möglichkeit eine Zweitmeinung einholen zu können verpflichtet, weise ich Patientinnen und Patienten darauf hin, dass sie sich eine zweite Meinung einholen können. <input type="checkbox"/> Weder noch. <input type="checkbox"/> Ich kläre meine Patientinnen und Patienten nicht auf. 	<p>eine ZM einholen zu können verpflichtet, weise ich Patientinnen und Patienten darauf hin, dass sie sich eine zweite Meinung einholen können.“ fokussiert, wobei folgendes Bewertungsschema zugrunde liegt:</p> <p>100%-95%: Patient*innen werden über das Recht auf Einholung einer ZM im Sinne der Zm-RL (nahezu) vollumfänglich aufgeklärt.</p> <p>94%-75%: Patient*innen werden über das Recht auf Einholung einer ZM im Sinne der Zm-RL in einem guten Ausmaß aufgeklärt.</p> <p>74%-50%: Patient*innen werden über das Recht auf Einholung einer ZM im Sinne der Zm-RL in einem noch ausreichendem Ausmaß aufgeklärt.</p> <p>49%-25%: Patient*innen werden über das Recht auf Einholung einer ZM im Sinne der Zm-RL in einem nicht ausreichendem Ausmaß aufgeklärt.</p> <p>Unter 25%: Patient*innen werden kaum über das Recht auf Einholung einer ZM im Sinne der Zm-RL aufgeklärt.</p>
	Erfassung des Informationsbedarfs	

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
<p>U2: Die Informationsbedarfe der Patient*innen werden im Rahmen der Indikationsstellung erfüllt.</p>	<p>Quantitative Patientenbefragung</p> <p>Items:</p> <p>Hätten Sie sich zusätzliche Informationen gewünscht?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, folgende...</p> <p><input type="checkbox"/> Informationen über die Erkrankung</p> <p><input type="checkbox"/> Informationen über die Behandlungsmöglichkeiten</p> <p><input type="checkbox"/> Informationen über die Vorteile einer Operation</p> <p><input type="checkbox"/> Informationen über die Nachteile einer Operation</p> <p><input type="checkbox"/> Andere: _____</p>	<p>Für die Bewertung wird das operationalisierte Item für den Informationsbedarf verwendet (Kapitel 3.3.4 Bewertungskriterien, Abschnitt Operationalisierung des Informationsbedarfs). Folgendes Bewertungsschema liegt hierbei zugrunde, wobei die Einstufung "kein weiterer Informationsbedarf" fokussiert wird:</p> <p>100%-95%: Es liegt kein weiterer Informationsbedarf vor.</p> <p>94%-75%: Es liegt ein weiterer geringer Informationsbedarf vor.</p> <p>74%-50%: Es liegt ein weiterer mittlerer Informationsbedarf vor.</p> <p>49%-25%: Es liegt ein weiterer hoher Informationsbedarf vor.</p> <p>Unter 25%: Es liegt ein weiterer sehr hoher Informationsbedarf vor.</p>
	<p>Qualitative Patientenbefragung</p> <p>Interviewleitfaden Thema:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informationen im Aufklärungsgespräch • Nutzung von Informationsmaterialien und weiteren Unterlagen 	<p>Identifikation der erhaltenen Informationen und Informationsbedarfe im Aufklärungsgespräch. Es besteht folgende Annahme: Das Patientenmerkblatt und die Entscheidungshilfen sollen dazu beitragen, dass Informationsbedarfe erfüllt werden. Wenn diese zur Verfügung gestellt</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
		<p>werden, ist davon auszugehen, dass Informationsbedarfe (nahezu) vollumfänglich erfüllt werden. 100%-95% der Befragten haben angegeben, dass das Patientenmerkblatt und die Entscheidungshilfen ausgeteilt wurden. +</p> <p>94%-75% der Befragten haben angegeben, dass das Patientenmerkblatt und die Entscheidungshilfen ausgeteilt wurden. (+)</p> <p>74%-50% der Befragten haben angegeben, dass das Patientenmerkblatt und die Entscheidungshilfen ausgeteilt wurden. +/-</p> <p>49%-25% der Befragten haben angegeben, dass das Patientenmerkblatt und die Entscheidungshilfen ausgeteilt wurden. (-)</p> <p>Weniger als 25% der Befragten haben angegeben, dass das Patientenmerkblatt und die Entscheidungshilfen ausgeteilt wurden. -</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
<p>U3: Die Informationsbedarfe der Patient*innen werden im Zweitmeinungsgespräch nach Zm-RL erfüllt.</p>	<p>Qualitative Patientenbefragung</p> <p>Interviewleitfaden Thema:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informationen im Zweitmeinungsgespräch • Nutzung von Informationsmaterialien und weiteren Unterlagen 	<p>Identifikation von Informationsbedarfen im Zweitmeinungsgespräch</p> <p>100%-95% der Befragten haben angegeben, dass ihre Informationsbedarfe erfüllt wurden.</p> <p>+</p> <p>94%-75% der Befragten haben angegeben, dass ihre Informationsbedarfe erfüllt wurden.</p> <p>(+)</p> <p>74%-50% der Befragten haben angegeben, dass ihre Informationsbedarfe erfüllt wurden.</p> <p>+/-</p> <p>49%-25% der Befragten haben angegeben, dass ihre Informationsbedarfe erfüllt wurden.</p> <p>(-)</p> <p>Weniger als 25% der Befragten haben angegeben, dass ihre Informationsbedarfe erfüllt wurden.</p> <p>-</p>
<p>U4: Ärzt*innen klären die Patient*innen entsprechend der</p>	<p>Bewertung Vollständigkeit der Informationen (verbale Informationsvermittlung und Austeilen von Patientinformationen)</p>	
	<p>Quantitative Ärztebefragung</p>	<p>Bei der Bewertung liegt folgendes Bewertungsschema zugrunde:</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
Vorgaben der Zm-RL auf.	<p>Item:</p> <p>Welche Aspekte berücksichtigen Sie bei der Aufklärung über das Recht auf Zweitmeinung?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ich weise darauf hin, dass die ZM nur von Ärztinnen und Ärzten erbracht werden kann, die eine Genehmigung zur Erteilung einer ZM nach Richtlinie haben. <input type="checkbox"/> Ich weise darauf hin, wo die Patientinnen und Patienten Informationen über zugelassene ZMer finden können. <input type="checkbox"/> Ich weise auf die Entscheidungshilfen des IQWiG hin. <input type="checkbox"/> Ich weise auf das Patientenmerkblatt des G-BA über das Zweitmeinungsverfahren hin. <input type="checkbox"/> Ich weise darauf hin, dass die Patientinnen und Patienten das Recht auf eine Befundüberlassung für die zweitmeinende Ärztin oder den zweitmeinenden Arzt haben. <input type="checkbox"/> Ich kläre den Patienten oder die Patientin über das Recht 	<p>100%-95%: Ärzt*innen klären die Patient*innen entsprechend der Vorgaben der Zm-RL (nahezu) vollumfänglich auf.</p> <p>94%-75%: Ärzt*innen klären die Patient*innen entsprechend der Vorgaben der Zm-RL in einem guten Ausmaß auf.</p> <p>74%-50%: Ärzt*innen klären die Patient*innen entsprechend der Vorgaben der Zm-RL in einem noch ausreichenden Ausmaß auf.</p> <p>49%-25%: Ärzt*innen klären die Patient*innen entsprechend der Vorgaben der Zm-RL in einem nicht ausreichenden Ausmaß auf.</p> <p>Unter 25%: Ärzt*innen klären die Patient*innen entsprechend der Vorgaben der Zm-RL kaum auf.</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
	<p>zur Einholung einer ZM mindestens 10 Tage vor dem geplanten Eingriff auf</p> <p><input type="checkbox"/> Ich informiere Patientinnen und Patienten darüber, dass die ZM nicht bei einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Einrichtung erfolgen kann, durch die oder durch den der Eingriff durchgeführt werden soll.</p> <p><input type="checkbox"/> Anderes: _____</p>	
	<p>Quantitative Ärztebefragung</p> <p>Item:</p> <p>In welcher Form teilen Sie Informationsangebote hinsichtlich der Einholung einer Zweitmeinung aus?</p> <p><input type="checkbox"/> Ich teile das Patientenmerkblatt des G-BA aus.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe selbst Patienteninformationen entworfen und teile mein eigenes Patientenmerkblatt aus.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich gebe den Patientinnen und Patienten eine Liste mit Kontaktdaten für zugelassene zweitmeinende Ärztinnen und Ärzte mit.</p>	<p>Bei der Bewertung wird die Antwortkategorie "Ich teile das Patientenmerkblatt des G-BA aus." fokussiert, wobei folgendes Bewertungsschema zugrunde liegt:</p> <p>100%-95%: Ärzt*innen klären die Patient*innen entsprechend der Vorgaben der Zm-RL (nahezu) vollumfänglich auf.</p> <p>94%-75%: Ärzt*innen klären die Patient*innen entsprechend der Vorgaben der Zm-RL in einem guten Ausmaß auf.</p> <p>74%-50%: Ärzt*innen klären die Patient*innen entsprechend der Vorgaben der Zm-RL in einem noch ausreichenden Ausmaß auf.</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
	<input type="checkbox"/> Ich verweise auf die Informationsangebote der Kassenärztlichen Vereinigung. <input type="checkbox"/> Anderes: _____	<p>49%-25%: Ärzt*innen klären die Patient*innen entsprechend der Vorgaben der Zm-RL in einem nicht ausreichenden Ausmaß auf.</p> <p>Unter 25%: Ärzt*innen klären die Patient*innen entsprechend der Vorgaben der Zm-RL kaum auf.</p>
<p>U5: Die im Rahmen der Aufklärung über das Recht auf ZM eingesetzten Informationsmaterialien und die Zusammenstellung der Befundunterlagen unterstützen die Patient*innen bei der informierten Entscheidungsfindung.</p>	<p>Bewertung der Vollständigkeit der zur Verfügung gestellten Informationsmaterialien</p>	<p>Bei der Bewertung wird die Antwortkategorie "Ja" fokussiert, wobei folgendes Bewertungsschema zugrunde liegt:</p> <p>100%-95%: Die Aufklärung im Sinne der Zm-RL wird (nahezu) vollumfänglich umgesetzt.</p> <p>94%-75%: Die Aufklärung im Sinne der Zm-RL wird in einem guten Ausmaß umgesetzt.</p> <p>74%-50%: Die Aufklärung im Sinne der Zm-RL wird in einem noch ausreichenden Ausmaß umgesetzt.</p> <p>49%-25%: Die Aufklärung im Sinne der Zm-RL wird in einem nicht ausreichenden Ausmaß umgesetzt.</p> <p>Unter 25%: Die Aufklärung im Sinne der Zm-RL wird kaum umgesetzt.</p> <p>Es wird für jedes einzelne Item das Bewertungsschema angewandt.</p>
	<p>Quantitative Patientenbefragung</p> <p>Item (Referenzfragebogen HE):</p> <p>Der Arzt/ Die Ärztin hat mich auf ein Patientenmerkblatt zum Thema Zweitmeinung aufmerksam gemacht.</p> <p>Der Arzt/ Die Ärztin hat mich auf Entscheidungshilfen zur Gebärmutterentfernung aufmerksam gemacht.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht</p>	

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
	<p>Quantitative Patientenbefragung</p> <p>Item (Referenzfragebogen HE):</p> <p>Haben Sie eines der folgenden Informationsmaterialien gelesen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ja, schriftliches Informationsmaterial des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Patientenmerkblatt zur Zweitmeinung <input type="checkbox"/> Entscheidungshilfe zur Gebärmutterentfernung <input type="checkbox"/> Myome <input type="checkbox"/> Endometriose <input type="checkbox"/> Starke Regelblutung <input type="checkbox"/> Scheidensenkung und Gebärmutterensenkung <input type="checkbox"/> Ja, online Informationsmaterial des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Patientenmerkblatt zur ZM <input type="checkbox"/> Entscheidungshilfe zur Gebärmutterentfernung <input type="checkbox"/> Myomen <input type="checkbox"/> Endometriose <input type="checkbox"/> Starke Regelblutung <input type="checkbox"/> Scheidensenkung und Gebärmutterensenkung <input type="checkbox"/> Befundunterlagen 	<p>Der Zusammenhang zwischen den einzelnen Informationsmaterialien und der informierten Entscheidungsfindung wird ermittelt. Bei einer statistischen Signifikanz von $p < 0,05$ tragen die Informationsmaterialien zu einer informierten Entscheidungsfindung bei.</p> <p>Die Antwortmöglichkeiten "Andere", "Nein" und "Ich kann mich nicht erinnern" werden von der Analyse ausgeschlossen.</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
	<input type="checkbox"/> Andere: _____ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich kann mich nicht erinnern. Und Informierte Entscheidungsfindung	
	Quantitative Patientenbefragung Item: War das Informationsmaterial verständlich? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bei der Bewertung wird die Antwortkategorie "Ja" fokussiert, wobei folgendes Bewertungsschema zugrunde liegt: Die im Rahmen der Aufklärung über das Recht auf ZM eingesetzten Informationsmaterialien und die Zusammenstellung der
	Quantitative Patientenbefragung Item: Fanden Sie das Informationsmaterial hilfreich? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Befundunterlagen unterstützen die Patient*innen bei der informierten Entscheidungsfindung: 100%-95%: (nahezu) vollumfänglich 94%-75%: in einem guten Ausmaß
	Quantitative Patientenbefragung Item: Hat Sie das Informationsmaterial unterstützt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	74%-50%: in einem noch ausreichenden Ausmaß 49%-25%: nicht ausreichend Unter 25%: kaum
	Qualitative Patientenbefragung Interviewleitfaden Themen: <ul style="list-style-type: none"> • Informierte Entscheidungsfindung 	Bewertung der inhaltlichen Qualität 100%-95% der Befragten haben angegeben, dass die Informationsmaterialien ausgeteilt wurden und das Patientenmerkblatt

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
	<ul style="list-style-type: none"> • Umgang mit und Bewertung des Patientenmerkblatts • Umgang mit und Bewertung der Entscheidungshilfen 	<p>und die Entscheidungshilfen hilfreich waren +</p> <p>94%-75% der Befragten haben angegeben, dass die Informationsmaterialien ausgeteilt wurden und das Patientenmerkblatt und die Entscheidungshilfen hilfreich waren (+)</p> <p>74%-50% der Befragten haben angegeben, dass die Informationsmaterialien ausgeteilt wurden und das Patientenmerkblatt und die Entscheidungshilfen hilfreich waren +/-</p> <p>49%-25% der Befragten haben angegeben, dass die Informationsmaterialien ausgeteilt wurden und das Patientenmerkblatt und die Entscheidungshilfen hilfreich waren (-)</p> <p>Weniger als 25% der Befragten haben angegeben, dass die Informationsmaterialien ausgeteilt wurden und das Patientenmerkblatt und die Entscheidungshilfen hilfreich waren -</p>
	Bewertung der Qualität der Informationen des Aufklärungsgesprächs	

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
<p>U6: Die Qualität der Information trägt zu einer informierten Entscheidungsfindung bei.</p>	<p>Quantitative Patientenbefragung</p> <p>Item:</p> <p>Denken Sie bitte zurück an das Gespräch mit Ihrem Arzt oder Ärztin, der / die Ihnen eine Gebärmutterentfernung empfohlen hat. Bitte ordnen Sie jeweils zu: Wie fühlten Sie sich aufgeklärt hinsichtlich...</p> <p>... Ihrer Erkrankung?</p> <p>... der Behandlungsmöglichkeiten?</p> <p>... der Vorteile einer Operation?</p> <p>... der Risiken und Nebenwirkungen einer Operation?</p> <p><input type="checkbox"/> Sehr gut</p> <p><input type="checkbox"/> Gut</p> <p><input type="checkbox"/> Mittel</p> <p><input type="checkbox"/> Schlecht</p> <p><input type="checkbox"/> Sehr schlecht</p>	<p>Bei der Bewertung wird die Antwortkategorien "sehr gut" und "gut" summiert, wobei folgendes Bewertungsschema zugrunde liegt:</p> <p>Die Qualität der Information trägt zu einer informierten Entscheidungsfindung bei:</p> <p>100%-95%: (nahezu) vollumfänglich</p> <p>94%-75%: in einem guten Ausmaß</p> <p>74%-50%: in einem noch ausreichenden Ausmaß</p> <p>49%-25%: nicht ausreichend</p> <p>Unter 25%: kaum</p> <p>Es wird eine globale Bewertung der Faktoren (Erkrankung, Behandlungsmöglichkeiten, Vorteile einer Operation, Risiken und Nebenwirkungen einer Operation) vorgenommen.</p>
	<p>Quantitative Patientenbefragung</p> <p>Item:</p> <p>Denken Sie bitte zurück an das Gespräch mit Ihrem Arzt oder Ärztin, der / die Ihnen eine Gebärmutterentfernung empfohlen hat. Bitte ordnen Sie jeweils zu: Wie fühlten Sie sich aufgeklärt hinsichtlich...</p>	<p>Es wird der Zusammenhang zwischen den einzelnen Faktoren (Erkrankung etc.) und der informierten Entscheidungsfindung ermittelt. Bei einer statistischen Signifikanz von $p < 0,05$ trägt die Qualität der Information zu einer informierten Entscheidungsfindung bei.</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
	<p>... Ihrer Erkrankung?</p> <p>... der Behandlungsmöglichkeiten?</p> <p>... der Vorteile einer Operation?</p> <p>... der Risiken und Nebenwirkungen einer Operation?</p> <p><input type="checkbox"/> Sehr gut</p> <p><input type="checkbox"/> Gut</p> <p><input type="checkbox"/> Mittel</p> <p><input type="checkbox"/> Schlecht</p> <p><input type="checkbox"/> Sehr schlecht</p> <p>Und</p> <p>Informierte Entscheidungsfindung</p>	
	<p>Quantitative Patientenbefragung</p> <p>Item (Referenzfragebogen HE):</p> <p>Denken Sie bitte zurück an das Gespräch mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin, der / die Ihnen eine Gebärmutterentfernung empfohlen hat. Bitte kreuzen Sie das für Sie zutreffende an:</p> <p>Die Informationen waren verständlich.</p> <p><input type="checkbox"/> Trifft vollständig zu</p> <p><input type="checkbox"/> Trifft eher zu</p> <p><input type="checkbox"/> Trifft teilweise zu</p> <p><input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu</p> <p><input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu</p>	<p>Bei der Bewertung wird die Antwortkategorien "Trifft vollständig zu" und "Trifft eher zu" summiert, wobei folgendes Bewertungsschema zugrunde liegt:</p> <p>Die Qualität der Information trägt zu einer informierten Entscheidungsfindung bei:</p> <p>100%-95%: (nahezu) vollumfänglich</p> <p>94%-75%: in einem guten Ausmaß</p> <p>74%-50%: in einem noch ausreichenden Ausmaß</p> <p>49%-25%: nicht ausreichend</p> <p>Unter 25%: kaum</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
	<p>Quantitative Patientenbefragung</p> <p>Item (Referenzfragebogen HE):</p> <p>Denken Sie bitte zurück an das Gespräch mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin, der / die Ihnen eine Gebärmutterentfernung empfohlen hat. Bitte kreuzen Sie das für Sie zutreffende an:</p> <p>Die Informationen waren verständlich.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Trifft vollständig zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Trifft teilweise zu <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <p>Und</p> <p>Informierte Entscheidungsfindung</p>	<p>Es wird der Zusammenhang zwischen der Verständlichkeit der Information und der informierten Entscheidungsfindung ermittelt.</p> <p>Bei einer statistischen Signifikanz von $p < 0,05$ trägt die Qualität der Information zu einer informierten Entscheidungsfindung bei.</p>
<p>U7: ZMer erbringen eine qualitativ hochwertige ZM und berücksichtigen bei der Erbringung der ZM alle in der Zm-RL aufgeführten Aufgaben.</p>	<p>Qualitative Ärztebefragung</p> <p>Interviewleitfaden Thema: Erbringung der ZM</p>	<p>Identifikation und Bewertung prozessualer Aspekte</p> <p>100%-95% der Befragten haben angegeben, dass die ZM gemäß der Verfahrensspezifika erfolgt +</p> <p>94%-75% der Befragten haben angegeben, dass die ZM gemäß der Verfahrensspezifika erfolgt (+)</p> <p>74%-50% der Befragten haben angegeben, dass die ZM gemäß der Verfahrensspezifika erfolgt +/-</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
		<p>49%-25% der Befragten haben angegeben, dass die ZM gemäß der Verfahrensspezifika erfolgt (-)</p> <p>Weniger als 25% der Befragten haben angegeben, dass die ZM gemäß der Verfahrensspezifika erfolgt -</p>
	Beurteilung der Zufriedenheit hinsichtlich der erhaltenen ZM	
	<p>Quantitative Patientenbefragung</p> <p>Item:</p> <p>Welche Erfahrung(en) haben Sie damals dabei gemacht?</p> <p><input type="checkbox"/> Ich war mit der zweiten ärztlichen Meinung zufrieden.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich war mit der zweiten ärztlichen Meinung unzufrieden.</p>	<p>Bei der Bewertung wird die Antwortkategorie "Ich war mit der zweiten ärztlichen Meinung zufrieden." fokussiert, wobei folgendes Bewertungsschema zugrunde liegt:</p> <p>100%-95%: Die ZMer erbringen (nahezu) vollumfänglich eine qualitativ hochwertige ZM.</p> <p>94%-75%: Die ZMer erbringen in einem guten Ausmaß eine qualitativ hochwertige ZM.</p> <p>74%-50%: Die ZMer erbringen in einem noch ausreichenden Ausmaß eine qualitativ hochwertige ZM.</p> <p>49%-25%: Die ZMer erbringen in einem nicht ausreichenden Ausmaß eine qualitativ hochwertige ZM.</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
		<p>Unter 25%: Die ZMer erbringen kaum eine qualitativ hochwertige ZM.</p>
<p>U8: Das Ziel einer vollständigen Durchdringung auf Ebene der EMer wurde erreicht.</p>	<p>Quantitative Ärztebefragung</p> <p>Item:</p> <p>Wie häufig klären Sie Patientinnen und Patienten bei den Indikationen Tonsillektomie/Tonsillotomie oder Hysterektomie über das Recht auf, eine zweite Meinung einholen zu können?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Gar nicht 	<p>Bei der Bewertung werden alle Antwortkategorien herangezogen und die positiven Ausprägungen (immer, manchmal, selten) als "durchdrungen" gewertet (s. hierfür detaillierter Operationalisierungen des Durchdringungsgrades auf Erstmeinerebene). Folgendes Bewertungsschema liegt zugrunde:</p> <p>100%-95%: Die Aufklärung im Sinne der Zm-RL ist (nahezu) vollumfänglich durchdrungen.</p> <p>94%-75%: Die Aufklärung im Sinne der Zm-RL ist in einem guten Ausmaß durchdrungen.</p> <p>74%-50%: Die Aufklärung im Sinne der Zm-RL ist in einem noch ausreichenden Ausmaß durchdrungen.</p> <p>49%-25%: Die Aufklärung im Sinne der Zm-RL ist in einem nicht ausreichenden Ausmaß durchdrungen.</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
		Unter 25%: Die Aufklärung im Sinne der Zm-RL ist kaum durchdrungen.
U9: Das Ziel einer vollständigen Implementierung auf Ebene der EMer wurde erreicht.	<p>Quantitative Ärztebefragung</p> <p>Item:</p> <p>Welche Aspekte berücksichtigen Sie bei der Aufklärung über das Recht auf Zweitmeinung?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ich weise darauf hin, dass die ZM nur von Ärztinnen und Ärzten erbracht werden kann, die eine Genehmigung zur Erteilung einer Zweitmeinung nach Richtlinie haben. <input type="checkbox"/> Ich weise darauf hin, wo die Patientinnen und Patienten Informationen über zugelassene Zweitmeiner*innen finden können. <input type="checkbox"/> Ich weise auf die Entscheidungshilfen des IQWiG hin. <input type="checkbox"/> Ich weise auf das Patientenmerkblatt des G-BA über das Zweitmeinungsverfahren hin. 	<p>Bei der Bewertung liegt folgendes, die mögliche Graduierung der Implementierung berücksichtigende Bewertungsschema zugrunde:</p> <p>100%-95%: (Gewichtete) Implementierung (auf Basis Antwortmöglichkeiten), dann ist die Aufklärung durch die Ärzt*innen entsprechend der Vorgaben (nahezu) vollumfänglich implementiert.</p> <p>94%-75%: (Gewichtete) Implementierung (auf Basis Antwortmöglichkeiten), dann ist die Aufklärung durch die Ärzt*innen entsprechend der Vorgaben in einem guten Ausmaß implementiert.</p> <p>74%-50%: (Gewichtete) Implementierung (auf Basis Antwortmöglichkeiten), dann ist die Aufklärung durch die Ärzt*innen entsprechend der Vorgaben in</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
	<input type="checkbox"/> Ich weise darauf hin, dass die Patientinnen und Patienten das Recht auf eine Befundüberlassung für die zweitmeinende Ärztin oder den zweitmeinenden Arzt haben. <input type="checkbox"/> Ich kläre den Patienten oder die Patientin über das Recht zur Einholung einer Zweitmeinung mindestens 10 Tage vor dem geplanten Eingriff auf <input type="checkbox"/> Ich informiere Patientinnen und Patienten darüber, dass die Zweitmeinung nicht bei einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Einrichtung erfolgen kann, durch die oder durch den der Eingriff durchgeführt werden soll. <input type="checkbox"/> Anderes: _____	<p>einem noch ausreichenden Ausmaß implementiert.</p> <p>49%-25%: (Gewichtete) Implementierung (auf Basis Antwortmöglichkeiten), dann ist die Aufklärung durch die Ärzt*innen entsprechend der Vorgaben in einem nicht ausreichenden Ausmaß implementiert.</p> <p>Unter 25%: (Gewichtete) Implementierung (auf Basis Antwortmöglichkeiten), dann ist die Aufklärung durch die Ärzt*innen entsprechend der Vorgaben kaum implementiert.</p>
<p>U10: Das Ziel einer vollständigen Umsetzung auf Ebene der EMer wurde erreicht.</p>	<p>Umsetzungsgrad auf Ebene der EMer = Durchdringungsgrad auf Ebene der EMer x Implementierungsgrad auf Ebene der EMer</p>	<p>Bei der Bewertung liegt folgendes Bewertungsschema für den Umsetzungsgrad als Produkt aus Durchdringungs- und Implementierungsgrad zugrunde:</p> <p>100%-95%: Die Zm-RL wird auf Ebene der EMer (nahezu) vollumfänglich umgesetzt.</p> <p>94%-75%: Die Zm-RL wird auf Ebene der EMer in einem guten Ausmaß umgesetzt.</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
		<p>74%-50%: Die Zm-RL wird auf Ebene der EMer in einem noch ausreichenden Ausmaß umgesetzt.</p> <p>49%-25%: Die Zm-RL wird auf Ebene der EMer in einem nicht ausreichenden Ausmaß umgesetzt.</p> <p>Unter 25%: Die Zm-RL wird auf Ebene der EMer kaum umgesetzt.</p>
<p>U11: Das Ziel einer vollständigen Durchdringung auf Ebene der Zweitmeiner*innen wurde erreicht.</p>	<p>Quantitative Ärztebefragung</p> <p>Wie oft haben Sie, seit Sie als Zweitmeiner*in zugelassen sind, eine ZM nach Richtlinie erbracht?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> 1-5-mal <input type="checkbox"/> 6-10-mal <input type="checkbox"/> 11-15-mal <input type="checkbox"/> 16-20-mal <input type="checkbox"/> Mehr als 20-mal <input type="checkbox"/> Das kann ich nicht beurteilen 	<p>Bei der Bewertung werden alle Antwortkategorien außer „gar nicht“ (Antwortkategorien 1-5-mal, 6-10-mal, 11-15-mal, 16-20-mal oder mehr als 20-mal) als "durchdrungen" gewertet (s. hierfür detaillierter Operationalisierungen des Durchdringungsgrades auf Zweitmeinerenebene). Es liegt folgendes Bewertungsschema zugrunde:</p> <p>100%-95%: Die Zm-RL ist auf Ebene der ZMer (nahezu) vollumfänglich durchdrungen.</p> <p>94%-75%: Die Zm-RL ist auf Ebene der ZMer in einem guten Ausmaß durchdrungen.</p> <p>74%-50%: Die Zm-RL ist auf Ebene der ZMer in einem noch ausreichenden Ausmaß durchdrungen.</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
		<p>49%-25%: Die Zm-RL ist auf Ebene der ZMer in einem nicht ausreichenden Ausmaß durchdrungen.</p> <p>Unter 25%: Die Zm-RL ist auf Ebene der ZMer kaum durchdrungen.</p>
<p>U12: Das Ziel einer vollständigen Implementierung auf Ebene der ZMer wurde erreicht</p>	<p>Qualitative Ärztebefragung Individueller Implementierungsgrad je Ärzt*in ableitbar aus Interviewleitfaden bzw. -ergebnis (Thema: Erbringung der ZM)</p>	<p>Bei der Bewertung liegt folgendes, die mögliche Graduierung der Implementierung berücksichtigende Bewertungsschema zugrunde:</p> <p>100%-95%: (Gewichtete) Implementierung (auf Basis Antwortmöglichkeiten), dann ist die Aufklärung durch die Ärzt*innen entsprechend der Vorgaben (nahezu) vollumfänglich implementiert.</p> <p>94%-75%: (Gewichtete) Implementierung (auf Basis Antwortmöglichkeiten), dann ist die Aufklärung durch die Ärzt*innen entsprechend der Vorgaben in einem guten Ausmaß implementiert.</p> <p>74%-50%: (Gewichtete) Implementierung (auf Basis Antwortmöglichkeiten), dann ist die Aufklärung durch die Ärzt*innen entsprechend der Vorgaben in einem noch ausreichenden Ausmaß implementiert.</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
		<p>49%-25%: (Gewichtete) Implementierung (auf Basis Antwortmöglichkeiten), dann ist die Aufklärung durch die Ärzt*innen entsprechend der Vorgaben in einem nicht ausreichenden Ausmaß implementiert.</p> <p>Unter 25%: (Gewichtete) Implementierung (auf Basis Antwortmöglichkeiten), dann ist die Aufklärung durch die Ärzt*innen entsprechend der Vorgaben kaum implementiert.</p>
<p>U13: Das Ziel einer vollständigen Umsetzung auf Ebene der Zweitmeiner*innen wurde erreicht.</p>	<p>Umsetzungsgrad auf Ebene der ZMer = Durchdringungsgrad auf Ebene der ZMer x Implementierungsgrad auf Ebene der ZMer</p>	<p>Bei der Bewertung liegt folgendes Bewertungsschema für das Produkt aus dem Durchdringungs- und Implementierungsgrad zugrunde:</p> <p>100%-95%: Die Zm-RL wird auf Ebene der ZMer (nahezu) vollumfänglich umgesetzt.</p> <p>94%-75%: Die Zm-RL wird auf Ebene der ZMer in einem guten Ausmaß umgesetzt.</p> <p>74%-50%: Die Zm-RL wird auf Ebene der ZMer in einem noch ausreichenden Ausmaß umgesetzt.</p> <p>49%-25%: Die Zm-RL wird auf Ebene der ZMer in einem nicht ausreichenden Ausmaß umgesetzt.</p> <p>Unter 25%: Die Zm-RL wird auf Ebene der ZMer kaum umgesetzt.</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
<p>U14: Patient*innen werden durch die ZM in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt.</p>	<p>Bewertung der unterstützten Entscheidungsfindung</p> <p>Quantitative Patientenbefragung Item: Welche Erfahrung(en) haben Sie damals dabei gemacht? Die zweite ärztliche Meinung hat die erste Meinung bestätigt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Die Bestätigung hat mich in meiner Entscheidung bestärkt. <input type="checkbox"/> Die Bestätigung hat mich in meiner Entscheidung nicht bestärkt. 	<p>Bei der Bewertung wird die Antwortkategorie "Die Bestätigung hat mich in meiner Entscheidung bestärkt." fokussiert, wobei folgendes Bewertungsschema zugrunde liegt:</p> <p>100%-95%: Patient*innen werden (nahezu) vollumfänglich durch die ZM in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt.</p> <p>94%-75%: Patient*innen werden in einem guten Ausmaß durch die ZM in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt.</p> <p>74%-50%: Patient*innen werden in einem noch ausreichenden Ausmaß durch die ZM in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt.</p> <p>49%-25%: Patient*innen werden in keinem ausreichenden Ausmaß durch die ZM in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt.</p> <p>Unter 25%: Patient*innen werden kaum durch die ZM in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt.</p>
	<p>Quantitative Patientenbefragung Item:</p>	<p>Bei der Bewertung wird die Antwortkategorie "Ich habe mich für die zweite Meinung</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
	<p>Die zweite ärztliche Meinung wich von der ersten Meinung ab.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ich habe mich trotzdem für die erste Meinung entschieden. <input type="checkbox"/> Ich habe mich für die zweite Meinung entschieden. <input type="checkbox"/> Ich habe mich für etwas ganz Anderes entschieden. 	<p>entschieden.“ fokussiert, wobei folgendes Bewertungsschema zugrunde liegt:</p> <p>100%-95%: Patient*innen werden (nahezu) vollumfänglich durch die ZM in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt.</p> <p>94%-75%: Patient*innen werden in einem guten Ausmaß durch die ZM in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt.</p> <p>74%-50%: Patient*innen werden in einem noch ausreichenden Ausmaß durch die ZM in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt.</p> <p>49%-25%: Patient*innen werden in keinem ausreichenden Ausmaß durch die ZM in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt.</p> <p>Unter 25%: Patient*innen werden kaum durch die ZM in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt.</p>
	<p>Quantitative Patientenbefragung</p> <p>Item (Referenzfragebogen HE):</p> <p>Haben Sie nach der Empfehlung zur operativen Entfernung der Gebärmutter eine zweite ärztliche Meinung in Anspruch genommen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ja 	<p>Der Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme einer ZM und der informierten Entscheidungsfindung wird ermittelt.</p> <p>Bei einer statistischen Signifikanz von $p < 0,05$ trägt die Inanspruchnahme einer ZM zu einer</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
	<p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Und</p> <p>Informierte Entscheidungsfindung</p> <p>Qualitative Patientenbefragung</p> <p>Interviewleitfaden Thema:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informierte Entscheidungsfindung 	<p>informierten Entscheidungsfindung bei.</p> <p>Bewertung Patientenerfahrungen</p> <p>100%-95% der Befragten haben angegeben, dass sie durch die ZM in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt werden. +</p> <p>94%-75% der Befragten haben angegeben, dass sie durch die ZM in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt werden. (+)</p> <p>74%-50% der Befragten haben angegeben, dass sie durch die ZM in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt werden. +/-</p> <p>49%-25% der Befragten haben angegeben, dass sie durch die ZM in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt werden. (-)</p> <p>Weniger als 25% der Befragten haben angegeben, dass sie durch die ZM in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt werden. -</p>
U15: Medizinisch nicht notwendige Indikationsstellung	<p>Qualitative Ärztebefragung</p> <p>Interviewleitfaden Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indikationsqualität 	<p>Bewertung Indikationsqualität und Vermeidung nicht notwendiger Eingriffe</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
<p>en bei planbaren Eingriffen sowie die Durchführung von medizinisch nicht gebotenen planbaren Eingriffen können durch die Zm-RL vermieden werden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vermeidung nicht notwendiger Eingriffe 	<p>Bei diesem Item besteht die Annahme, dass durch die Zm-RL eine leitliniengerechtere Indikationsstellung erfolgt und nicht notwendige Eingriffe vermieden werden können. 100%-95% der Befragten haben angegeben, dass durch die Zm-RL eine leitliniengerechtere Indikationsstellung erfolgt. +</p> <p>94%-75% der Befragten haben angegeben, dass durch die Zm-RL eine leitliniengerechtere Indikationsstellung erfolgt. (+)</p> <p>74%-50% der Befragten haben angegeben, dass durch die Zm-RL eine leitliniengerechtere Indikationsstellung erfolgt. +/-</p> <p>49%-25% der Befragten haben angegeben, dass durch die Zm-RL eine leitliniengerechtere Indikationsstellung erfolgt. (-)</p> <p>Weniger als 25% der Befragten haben angegeben, dass durch die Zm-RL eine leitliniengerechtere Indikationsstellung erfolgt. -</p>
	<p>Qualitative Patientenbefragung</p> <p>Interviewleitfaden Themen:</p>	<p>Erfahrungen und Bewertung der Versorgungsrealität</p> <p>Es besteht folgende Annahme:</p> <p>Wenn den über das Recht zur</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
	<ul style="list-style-type: none"> • Beurteilung Notwendigkeit Eingriff • Entscheidung für oder gegen den Eingriff • Verlauf nach Operation 	<p>Inanspruchnahme auf ZM aufgeklärten Patient*innen nicht sofort ein Eingriff empfohlen wird, spricht das für eine leitliniengerechte Behandlung, sodass nicht notwendige Eingriffe vermieden werden können.</p> <p>100%-95% der Befragten haben angegeben, dass sie über das Recht auf Inanspruchnahme einer ZM aufgeklärt wurden und ihnen nicht sofort ein Eingriff empfohlen wurde. +</p> <p>94%-75% der Befragten haben angegeben, dass sie über das Recht auf Inanspruchnahme einer ZM aufgeklärt wurden und ihnen nicht sofort ein Eingriff empfohlen wurde. (+)</p> <p>74%-50% der Befragten haben angegeben, dass sie über das Recht auf Inanspruchnahme einer ZM aufgeklärt wurden und ihnen nicht sofort ein Eingriff empfohlen wurde. +/-</p> <p>49%-25% der Befragten haben angegeben, dass sie über das Recht auf Inanspruchnahme einer ZM aufgeklärt wurden und ihnen nicht sofort ein Eingriff empfohlen wurde. (-)</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
		Weniger als 25% der Befragten haben angegeben, dass sie über das Recht auf Inanspruchnahme einer ZM aufgeklärt wurden und ihnen nicht sofort ein Eingriff empfohlen wurde. -
	<p>Quantitative Patientenbefragung</p> <p>Item:</p> <p>Welche Erfahrung(en) haben Sie damals dabei gemacht?</p> <p>Die zweite ärztliche Meinung hat die erste Meinung bestätigt.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>Es wird die Antwortkategorie "ja" fokussiert, wobei folgendes Bewertungsschema zugrunde liegt:</p> <p>100%-95%: Medizinisch nicht notwendige Indikationsstellungen bei planbaren Eingriffen können durch die Zm-RL (nahezu) vollumfänglich vermieden werden.</p> <p>94%-75%: Medizinisch nicht notwendige Indikationsstellungen bei planbaren Eingriffen können durch die Zm-RL in einem guten Ausmaß vermieden werden.</p> <p>74%-50%: Medizinisch nicht notwendige Indikationsstellungen bei planbaren Eingriffen können durch die Zm-RL in einem ausreichenden Ausmaß vermieden werden.</p> <p>49%-25%: Medizinisch nicht notwendige Indikationsstellungen bei planbaren Eingriffen können durch die Zm-RL in keinem</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
		<p>ausreichenden Ausmaß vermieden werden.</p> <p>Unter 25%: Medizinisch nicht notwendige Indikationsstellungen bei planbaren Eingriffen können durch die Zm-RL kaum vermieden werden.</p>
	<p>Routinedatenanalyse</p> <p>Bewertung der Eingriffszahlen</p> <p>Item:</p> <p>Vergleich der absoluten Anzahl der Eingriffe zwischen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufgeklärte Patienten ohne Inanspruchnahme einer ZM nach ZM-RL: Mit Eingriff (G2E) und kein Eingriff(G2KE) • (Aufgeklärte) Patienten mit Inanspruchnahme einer ZM nach ZM-RL Eingriff (G3AE, G3BE) und kein Eingriff (G3AKE, G3BKE) 	<p>Es liegt folgendes Bewertungsschema zugrunde (25% ist der Schwellenwert):</p> <p>Wenn bei der Gruppe mit einer Zweitmeinung prozentual weniger Eingriffe, im Gegensatz zu der Gruppe ohne Zweitmeinung vorgenommen wurden und diese Differenz mehr als 25 Prozentpunkte beträgt, kann davon ausgegangen werden, dass die Durchführung von medizinisch nicht gebotenen planbaren Eingriffen vermieden werden können.</p>
<p>H5 Die Zm-RL erwirkt eine Abnahme der regionalen Variation der Eingriffshäufigkeiten von TT und TE.</p>	<p>Routinedatenanalyse</p> <p>Bewertung der Veränderung</p> <p>Item:</p> <p>CV vor Einführung der Zm-RL (Gruppe 1; 1. Quartal 2016 bis 4. Quartal 2018) und nach der Einführung der</p>	<p>Es wird die regionale Variation mittels CV vor der Einführung der Zm-RL und nach der Einführung bestimmt. Es liegt folgendes Bewertungsschema zugrunde:</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
<p>H6 Die Zm-RL erwirkt eine Abnahme der regionalen Variation der Eingriffshäufigkeiten von HE.</p>	<p>Zm-RL (Gruppen 1, 2E, 3AE, 3BE; 1. Quartal 2019 bis 4. Quartal 2021) zwischen den Bundesländern</p>	<p>Erhöhte Abnahme der regionalen Variation: ab –15,1 Prozentpunkte des CV nach Einführung der Zm-RL</p> <p>Leichte Abnahme der regionalen Variation: -5,1 bis –15,0 Prozentpunkte des CV nach Einführung der Zm-RL</p> <p>Regionale Variation (nahezu) gleichbleibend: -5,0 bis +5,0 Prozentpunkte des CV nach Einführung der Zm-RL</p> <p>Leichte Zunahme der regionalen Variation: +5,1 bis +15 Prozentpunkte des CV nach Einführung der Zm-RL</p> <p>Erhöhte Zunahme der regionalen Variation: ab +15,1 Prozentpunkte des CV nach Einführung der Zm-RL</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
<p>U16: Evidenzbasierte Leitlinieninhalte werden bei der für die Indikationsstellung und der finalen OP-Empfehlung berücksichtigt.</p>	<p>Quantitative Ärztebefragung Bitte schätzen Sie die Relevanz der folgenden Aspekte bei der Indikationsstellung ein.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Berücksichtigung von Leitlinien • Die Berücksichtigung des Patientenwunsches • Die Berücksichtigung von individuellen Lebensumständen der Patientinnen und Patienten • Die Berücksichtigung Ihrer medizinisch-fachlichen Ausbildung • Die Berücksichtigung Ihrer Berufserfahrung 	<p>Bei der Bewertung wird folgendes Bewertungsschema zugrunde gelegt. Wenn mehr als 50% der Ärzt*innen angeben, dass Leitlinien bei der Indikationsstellung relevant oder sehr relevant sind, dann werden evidenzbasierte Leitlinieninhalte bei der Indikationsstellung berücksichtigt. Wenn weniger als 50% der Ärzt*innen angeben, dass Leitlinien bei der Indikationsstellung relevant oder sehr relevant sind, dann werden evidenzbasierte Leitlinieninhalte bei der Indikationsstellung nicht berücksichtigt.</p>
<p>U17: Die Zm-RL führt dazu, dass Eingriffe zeitlich verzögert durchgeführt werden.</p>	<p>Identifikation Patientenpfade Bewertung Zeitraum von Indikationsstellung bis Eingriff</p> <p>Quantitative Patientenbefragung Items (Referenzfragebogen HE): Wann wurde Ihnen die operative Entfernung der Gebärmutter durch Ihren erstbehandelnden Arzt oder Ärztin (Facharzt oder Fachärztin für Frauenheilkunde) empfohlen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angabe Monat und Jahr <p>Wann wurde die Operation durchgeführt?</p>	<p>Vergleich der Gruppe mit ZM mit der Gruppe ohne ZM (Selbstangabe): Die Zm-RL führt dazu, dass Eingriffe zeitlich verzögert durchgeführt werden, wenn die durchschnittliche monatliche Distanz vom Indikationsgespräch bis zum Operationszeitpunkt der Gruppe mit ZM die durchschnittliche</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
	<ul style="list-style-type: none"> • Angabe Monat und Jahr 	<p>monatliche Distanz vom Indikationsgespräch bis zum Operationszeitpunkt der Gruppe ohne ZM überschreitet:</p> <p>Bis zu 2 Wochen: keine Verzögerung</p> <p>2 Wochen bis 1 Monat: leichte Verzögerung</p> <p>1 bis 2 Monate: mittlere Verzögerung</p> <p>2 bis 3 Monate: erhöhte Verzögerung</p> <p>Ab 3 Monate: stark erhöhte Verzögerung</p>
	<p>Quantitative Patientenbefragung</p> <ul style="list-style-type: none"> • monatliche Distanz Empfehlung OP und OP <p>Und</p> <ul style="list-style-type: none"> • Item (Referenzfragebogen HE): Haben Sie nach der Empfehlung zur operativen Entfernung der Gebärmutter eine zweite ärztliche Meinung in Anspruch genommen? <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>Es wird ermittelt, ob die monatliche Distanz zwischen der Gruppe mit ZM und der Gruppe ohne ZM statistisch unterschiedlich sind. Bei einer statistischen Signifikanz von $p < 0,05$ führt die Zm-RL dazu, dass Eingriffe zeitlich verzögert durchgeführt werden.</p>
	<p>Qualitative Patientenbefragung</p> <p>Interviewleitfaden Themen:</p>	<p>Identifikation Patientenpfade</p> <p>Bewertung Zeitraum von Indikationsstellung bis Eingriff</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
	<ul style="list-style-type: none"> • Auswirkung ZM auf Zeitpunkt OP 	<p>100%-95% der Befragten haben angegeben, dass aufgrund der ZM die Operation verschoben wurde. +</p> <p>94%-75% der Befragten haben angegeben, dass aufgrund der ZM die Operation verschoben wurde. (+)</p> <p>74%-50% der Befragten haben angegeben, dass aufgrund der ZM die Operation verschoben wurde. +/-</p> <p>49%-25% der Befragten haben angegeben, dass aufgrund der ZM die Operation verschoben wurde. (-)</p> <p>Weniger als 25% der Befragten haben angegeben, dass aufgrund der ZM die Operation verschoben wurde. -</p>
<p>U18: Die Zm-RL führt dazu, dass sich Patient*innen mit ihrer Entscheidung sicher fühlen.</p>	<p>Qualitative Patientenbefragung</p> <p>Interviewleitfaden Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienten-Arzt-Beziehung • Bewertung Aufklärungs- und Zweitmeinungsgespräch • Nutzung und Bewertung der Informationsmaterialien • Nutzung weiterer Informationsquellen und -plattformen 	<p>Bewertung von Patientenerfahrungen und der Versorgungsrealität</p> <p>Wenn Patient*innen im ZM-Gespräch (nahezu) vollumfänglich informiert wurden, wird davon ausgegangen, dass sie sich deswegen sicherer fühlten.</p> <p>100%-95% der Befragten haben angegeben, dass sie (nahezu) vollumfänglich informiert sind +</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
	<ul style="list-style-type: none"> Wohlbefinden des /der Patient*in 	<p>94%-75% der Befragten haben angegeben, dass sie (nahezu) vollumfänglich informiert sind (+)</p> <p>74%-50% der Befragten haben angegeben, dass sie (nahezu) vollumfänglich informiert sind +/-</p> <p>49%-25% der Befragten haben angegeben, dass sie (nahezu) vollumfänglich informiert sind (-)</p> <p>Weniger als 25% der Befragten haben angegeben, dass sie (nahezu) vollumfänglich informiert sind -</p>
<p>U19: Die Zm-RL führt dazu, dass vermehrt Drittmeinungen eingeholt werden.</p>	<p>Identifikation und Bewertung Patientepfade</p>	
	<p>Quantitative Patientenbefragung</p> <p>Item (Referenzfragebogen HE):</p> <p>Haben Sie nach der zweiten ärztlichen Meinung zur Entfernung der Gebärmutter eine dritte ärztliche Meinung in Anspruch genommen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>Bei der Bewertung wird die Antwortkategorie "Ja" fokussiert, wobei folgendes Bewertungsschema zugrunde liegt:</p> <p>100%-95%: Es werden sich (nahezu) vollumfänglich Drittmeinungen eingeholt.</p> <p>94%-75%: Es werden sich vermehrt Drittmeinungen eingeholt.</p> <p>74%-50%: Es werden sich moderat Drittmeinungen eingeholt.</p> <p>49%-25%: Es werden sich wenige Drittmeinungen eingeholt</p> <p>Unter 25%: Es werden sich sehr wenige Drittmeinungen eingeholt.</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
	<p>Qualitative Patientenbefragung</p> <p>Interviewleitfaden Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inanspruchnahme Drittmeinung 	<p>Identifikation und Bewertung Patientenpfade 100%-95% der Befragten haben angegeben, dass sich nach der ZM eine dritte Meinung einholen. +</p> <p>94%-75% der Befragten haben angegeben, dass sich nach der ZM eine dritte Meinung einholen. (+)</p> <p>74%-50% der Befragten haben angegeben, dass sich nach der ZM eine dritte Meinung einholen. +/-</p> <p>49%-25% der Befragten haben angegeben, dass sich nach der ZM eine dritte Meinung einholen. (-)</p> <p>Weniger als 25% der Befragten haben angegeben, dass sich nach der ZM eine dritte Meinung einholen. -</p>
<p>U20: Richtlinienrelevante Informationen sind für Patient*innen leicht zugänglich.</p>	<p>Inanspruchnahme von Informationsquellen</p> <p>Quantitative Patientenbefragung</p> <p>Item: Auf offiziellen Webseiten gibt es ausführlichere Informationen zum Zweitmeinungsverfahren. Haben Sie eine der beiden Webseiten während Ihres Entscheidungsprozesses zur Gebärmutterentfernung besucht? 116117.de/zweitmeinung</p>	<p>Bei der Bewertung wird die Antwortkategorie "Ja" fokussiert, wobei folgendes Bewertungsschema zugrunde liegt:</p> <p>100%-95%: 116117.de/zweitmeinung wird (nahezu) vollumfänglich besucht.</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<p>94%-75%: 116117.de/zweitmeinung wird in einem guten Ausmaß besucht.</p> <p>74%-50%: 116117.de/zweitmeinung wird in einem noch ausreichenden Ausmaß besucht.</p> <p>49%-25%: 116117.de/zweitmeinung wird in keinem ausreichenden Ausmaß besucht.</p> <p>Unter 25%: 116117.de/zweitmeinung wird selten besucht.</p>
	<p>Quantitative Patientenbefragung</p> <p>Item (Referenzfragebogen HE): Auf offiziellen Webseiten gibt es ausführlichere Informationen zum Zweitmeinungsverfahren. Haben Sie eine der beiden Webseiten während Ihres Entscheidungsprozesses zur Gebärmutterentfernung besucht? Gesundheitsinformation.de/zweitmeinung</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<p>Bei der Bewertung wird die Antwortkategorie "Ja" fokussiert, wobei folgendes Bewertungsschema zugrunde liegt:</p> <p>100%-95%: Gesundheitsinformation.de/zweitmeinung wird (nahezu) vollumfänglich besucht.</p> <p>94%-75%: Gesundheitsinformation.de/zweitmeinung wird in einem guten Ausmaß besucht.</p> <p>74%-50%: Gesundheitsinformation.de/zweitmeinung wird in einem ausreichenden Ausmaß besucht.</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
		<p>49%-25%: Gesundheitsinformation.de/zweitm einung wird in keinem ausreichenden Ausmaß besucht.</p> <p>Unter 25%: Gesundheitsinformation.de/zweitm einung wird selten besucht.</p>
	<p>Quantitative Patientenbefragung</p> <p>Item:</p> <p>Kreuzen Sie bitte eine der folgenden Möglichkeiten an, wie Sie auf den / die Arzt oder Ärztin, der / die Ihnen die ZM erteilt hat, aufmerksam gemacht wurden</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Durch meine*n behandelnde*n Ärztin oder Arzt <input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung durch Angehörige, Bekannte etc. <input type="checkbox"/> Ich habe im Internet recherchiert <input type="checkbox"/> Ich habe bei meiner Krankenkasse nachgefragt <input type="checkbox"/> Sonstiges: 	<p>Es wird davon ausgegangen, dass bei einer vollumfänglichen Erfüllung der Anforderungen der Zm-RL durch den/die behandelnde Ärzt*in (Informationen zu ZMer), richtlinienrelevante Informationen leicht zugänglich sind.</p> <p>Deswegen wird bei der Bewertung die Antwortkategorie "Durch meinen behandelnden Arzt" fokussiert und folgendes Bewertungsschema zugrunde gelegt:</p> <p>100%-95%: Die Aufgabe des/der indikationsstellenden Ärzt*in wird (nahezu) vollumfänglich erledigt.</p> <p>94%-75%: Die Aufgabe des/der indikationsstellenden Ärzt*in wird in einem guten Ausmaß erledigt.</p> <p>74%-50%: Die Aufgabe des/der indikationsstellenden Ärzt*in wird in einem ausreichenden Ausmaß erledigt.</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
		<p>49%-25%: Die Aufgabe des/der indikationsstellenden Ärzt*in wird in einem nicht ausreichenden Ausmaß erledigt.</p> <p>Unter 25%: Die Aufgabe des/der indikationsstellenden Ärzt*in wird kaum erledigt.</p>
	<p>Qualitative Patientenbefragung</p> <p>Interviewleitfaden Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zugang zu Informationen bzgl. des Zweitmeinungsverfahrens • Arztsuche (ZMer) • Informationen im Aufklärungs- und Zweitmeinungsgespräch • Nutzung und Bewertung von Informationsmaterialien • Nutzung und Bewertung von Informationsquellen und -plattformen 	<p>Zugang zu und Bewertung von Informationen</p> <p>Es besteht folgende Annahme: Auf dem Patientenmerkblatt und den Entscheidungshilfen sind richtlinienrelevante Informationen enthalten, sodass durch diese, richtlinienrelevante Informationen leicht zugänglich sind.</p> <p>100%-95% der Befragten haben angegeben, dass sie auf das Patientenmerkblatt und die Entscheidungshilfen aufmerksam gemacht wurden. +</p> <p>94%-75% der Befragten haben angegeben, dass sie auf das Patientenmerkblatt und die Entscheidungshilfen aufmerksam gemacht wurden. (+)</p> <p>74%-50% der Befragten haben angegeben, dass sie auf das Patientenmerkblatt und die</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
		<p>Entscheidungshilfen aufmerksam gemacht wurden. +/-</p> <p>49%-25% der Befragten haben angegeben, dass sie auf das Patientenmerkblatt und die Entscheidungshilfen aufmerksam gemacht wurden. (-)</p> <p>Weniger als 25% der Befragten haben angegeben, dass sie auf das Patientenmerkblatt und die Entscheidungshilfen aufmerksam gemacht wurden. -</p>
<p>U21: Richtlinienrelevante Informationen sind von den an der Zm-RL beteiligten Stakeholdern inhaltlich abgestimmt.</p>	<p>Qualitative Stakeholderbefragung</p> <p>Interviewleitfaden Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bewertung der Zweitmeinungsrichtlinie und deren Umsetzung • Relevante Informationen aus Sicht der Stakeholder • Informationsplattformen und Kommunikation der Informationen durch die Stakeholder • Identifikation Umsetzungshindernisse 	<p>Identifikation und Bewertung der Informationen, die zwischen den beteiligten Stakeholdern ausgetauscht werden</p> <p>Bei der Bewertung werden die Antworten der KBV und KVen sowie der Deutschen Landeskrankenhausgesellschaft und Landesverbände der Krankenhausgesellschaften involviert.</p> <p>100%-95% der Befragten haben angegeben, dass sie sich mit den an der Zm-RL beteiligten Stakeholdern zu richtlinienrelevanten Informationen abstimmen. +</p> <p>94%-75% der Befragten haben angegeben, dass sie sich mit den an</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
		<p>der Zm-RL beteiligten Stakeholdern zu richtlinienrelevanten Informationen abstimmen. (+)</p> <p>74%-50% der Befragten haben angegeben, dass sie sich mit den an der Zm-RL beteiligten Stakeholdern zu richtlinienrelevanten Informationen abstimmen. +/-</p> <p>49%-25% der Befragten haben angegeben, dass sie sich mit den an der Zm-RL beteiligten Stakeholdern zu richtlinienrelevanten Informationen abstimmen. (-)</p> <p>Weniger als 25% der Befragten haben angegeben, dass sie sich mit den an der Zm-RL beteiligten Stakeholdern zu richtlinienrelevanten Informationen abstimmen. -</p>
	<p>Qualitative Stakeholderbefragung</p> <p>Kurzfragebogen</p> <p>Stimmen Sie sich mit Akteur*innen anderer Institutionen zu den zur Verfügung stehenden ZMer ab?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>Bei der Bewertung werden die Antworten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und KVen sowie der Deutschen Landeskrankenhausgesellschaft und Landesverbände der Krankenhausgesellschaften involviert, wobei die Antwortkategorie "Ja" fokussiert wird:</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
		<p>100%-95%: Die an der Zm-RL beteiligten Stakeholdern stimmen sich inhaltlich (nahezu) vollumfänglich ab.</p> <p>94%-75%: Die an der Zm-RL beteiligten Stakeholdern stimmen sich inhaltlich in einem guten Ausmaß ab.</p> <p>74%-50%: Die an der Zm-RL beteiligten Stakeholdern stimmen sich inhaltlich in einem noch ausreichenden Ausmaß ab. 49%-25%: Die an der Zm-RL beteiligten Stakeholdern stimmen sich inhaltlich in einem nicht ausreichenden Ausmaß ab.</p> <p>Unter 25%: Die an der Zm-RL beteiligten Stakeholdern stimmen sich inhaltlich kaum ab.</p>
	<p>Qualitative Stakeholderbefragung Kurzfragebogen Mit welchen Akteur*innen stimmen Sie sich zu den zur Verfügung stehenden ZMer ab? Nennen Sie diese bitte stichpunktartig.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Freitextangabe 	<p>Auswertung der Freitextangaben in Bezug auf die jeweilige Institution.</p>
<p>U22: Es stehen ausreichend Fachärzt*innen der Gyn und HNO zur</p>	<p>LÄKen- und BÄK-Daten Identifikation und Bewertung der Anzahl der Fachärzt*innen mit Weiterbildungsbefugnis</p>	<p>Bei der Bewertung wird der Quotient zwischen der Anzahl der Weiterbildungsbefugten und der Anzahl Fachärzt*innen des</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
Verfügung, die die Voraussetzung erfüllen, um als ZMer zugelassen zu werden.	Kriterium: Quotient aus Anzahl Weiterbildungsbefugnisse des jeweiligen Bereichs und Anzahl Fachärzt*innen des jeweiligen Bereichs	jeweiligen Bereichs fokussiert, wobei folgendes Bewertungsschema zugrunde liegt: 100%-95%: Es stehen (nahezu) vollumfänglich Fachärzt*innen der Gyn und HNO zur Verfügung, die die Voraussetzung erfüllen, um als ZMer zugelassen zu werden. 94%-75%: Es stehen in einem guten Ausmaß Fachärzt*innen der Gyn und HNO zur Verfügung, die die Voraussetzung erfüllen, um als ZMer zugelassen zu werden. 74%-50%: Es stehen noch ausreichend Fachärzt*innen der Gyn und HNO zur Verfügung, die die Voraussetzung erfüllen, um als ZMer zugelassen zu werden. 49%-25%: Es stehen nicht ausreichend Fachärzt*innen der Gyn und HNO zur Verfügung, die die Voraussetzung erfüllen, um als ZMer zugelassen zu werden. Unter 25%: Es stehen kaum Fachärzt*innen der Gyn und HNO zur Verfügung, die die Voraussetzung erfüllen, um als ZMer zugelassen zu werden.
U23: ZMer führen zusätzliche	Qualitative Ärztebefragung Interviewleitfaden Themen:	Identifikation und Bewertung der Versorgungsrealität

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
<p>Untersuchungen durch, um zu ihrer Indikationsstellung zu gelangen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Art und Umfang weiterführender Diagnostikverfahren 	<p>100%-95% der Befragten haben angegeben, dass sie im Rahmen der Zweitmeinungserbringung immer Untersuchungen durchführen. +</p> <p>94%-75% der Befragten haben angegeben, dass sie im Rahmen der Zweitmeinungserbringung immer Untersuchungen durchführen. (+)</p> <p>74%-50% der Befragten haben angegeben, dass sie im Rahmen der Zweitmeinungserbringung immer Untersuchungen durchführen. +/-</p> <p>49%-25% der Befragten haben angegeben, dass sie im Rahmen der Zweitmeinungserbringung immer Untersuchungen durchführen. (-)</p> <p>Weniger als 25% der Befragten haben angegeben, dass sie im Rahmen der Zweitmeinungserbringung immer Untersuchungen durchführen. -</p>
	<p>Qualitative Patientenbefragung</p> <p>Interviewleitfaden Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erleben der Zweitmeinung 	<p>Identifikation prozessualer Aspekte</p> <p>100%-95% der Befragten haben angegeben, dass bei ihnen im Zweitmeinungsgespräch Untersuchungen durchgeführt wurden. +</p> <p>94%-75% der Befragten haben angegeben, dass bei ihnen im Zweitmeinungsgespräch</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
		<p>Untersuchungen durchgeführt wurden. (+)</p> <p>74%-50% der Befragten haben angegeben, dass bei ihnen im Zweitmeinungsgespräch Untersuchungen durchgeführt wurden. +/-</p> <p>49%-25% der Befragten haben angegeben, dass bei ihnen im Zweitmeinungsgespräch Untersuchungen durchgeführt wurden. (-)</p> <p>Weniger als 25% der Befragten haben angegeben, dass bei ihnen im Zweitmeinungsgespräch Untersuchungen durchgeführt wurden. -</p>
<p>U24: Eine Verlagerung der Behandlung hin zu zweitmeinenden Institutionen findet statt.</p>	<p>KH-Qualitätsberichte</p> <p>Entwicklung der Operationshäufigkeiten</p> <p>Kriterium: Entwicklung der Eingriffe je Indikation</p>	<p>Um eine Verlagerung hin zu zweitmeinenden Institutionen beurteilen zu können, wird die durchschnittliche prozentuale Veränderung der Eingriffe nach der Einführung der Zm-RL (2019-2021) zwischen KH ohne ZMer und KH mit ZMer verglichen. Folgendes Bewertungsschema liegt zugrunde:</p> <p>Wenn bei KH mit ZMer 100 - 95% mehr Eingriffe im Gegensatz zu KH ohne ZMer stattfinden, kommt es (nahezu) vollumfänglich zu einer Verlagerung.</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
		<p>Wenn bei KH mit ZMer 94 - 75% mehr Eingriffe im Gegensatz zu KH ohne ZMer stattfinden, kommt es überwiegend zu einer Verlagerung.</p> <p>Wenn bei KH mit ZMer 74 - 50% mehr Eingriffe im Gegensatz zu KH ohne ZMer stattfinden, kommt es teilweise zu einer Verlagerung.</p> <p>Wenn bei KH mit ZMer 49 -25 % mehr Eingriffe im Gegensatz zu KH ohne ZMer stattfinden, kommt es manchmal zu einer Verlagerung.</p> <p>Wenn bei KH mit ZMer unter 25% mehr Eingriffe im Gegensatz zu KH ohne ZMer stattfinden, kommt es selten zu einer Verlagerung.</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
	<p>Quantitative Ärztebefragung</p> <p>Wie häufig ist es vorgekommen, dass ein Patient oder eine Patientin die Behandlung in Ihre Praxis nach der ZM verlagert hat?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> 1-5-mal <input type="checkbox"/> 6-10-mal <input type="checkbox"/> 11-15-mal <input type="checkbox"/> 16-20-mal <input type="checkbox"/> Mehr als 20-mal <input type="checkbox"/> Das kann ich nicht beurteilen 	<p>Bei der Bewertung wird die</p> <p>100%-95%: Es kommt (nahezu) vollumfänglich zu einer Verlagerung zu zweitmeinenden Institutionen.</p> <p>94%-75%: Es kommt überwiegend zu einer Verlagerung zu zweitmeinenden Institutionen.</p> <p>74%-50%: Es kommt teilweise zu einer Verlagerung zu zweitmeinenden Institutionen.</p> <p>49%-25%: Es kommt manchmal zu einer Verlagerung zu zweitmeinenden Institutionen.</p> <p>Unter 25%: Es kommt selten zu einer Verlagerung zu zweitmeinenden Institutionen.</p>
	<p>Quantitative Patientenbefragung</p> <p>Bewertung: möglicher Arztwechsel nach ZM</p> <p>Item:</p> <p>Haben Sie nach der Einholung der ZM den Arzt gewechselt?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nein, ich bin bei meinem / meiner ersten Arzt oder Ärztin geblieben. <input type="checkbox"/> Ja, ich habe mich von dem / der zweiten Arzt oder Ärztin weiter behandeln lassen. 	<p>Bei der Bewertung wird die Antwortkategorie "Ja, ich habe mich von dem zweiten Arzt weiter behandeln lassen." fokussiert, wobei folgendes Bewertungsschema zugrunde liegt:</p> <p>100%-95%: Es kommt (nahezu) vollumfänglich zu einer Verlagerung zu zweitmeinenden Institutionen.</p> <p>94%-75%: Es kommt überwiegend zu einer Verlagerung zu zweitmeinenden Institutionen.</p>

Unterhypothesen	Bewertungskriterien	Bewertung
	<input type="checkbox"/> Ich bin bei keinem der beiden Ärztinnen oder Ärzte weiter in Behandlung geblieben.	<p>74%-50%: Es kommt teilweise zu einer Verlagerung zu zweitmeinenden Institutionen.</p> <p>49%-25%: Es kommt manchmal zu einer Verlagerung zu zweitmeinenden Institutionen.</p> <p>Unter 25%: Es kommt selten zu einer Verlagerung zu zweitmeinenden Institutionen.</p>

Methodisches Vorgehen bei der Triangulation

Exkurs zu Triangulation für Vorher-/Nachher-Vergleich. In dieser Evaluation wird Triangulation als “multiperspektivische, wechselseitige Analyse unterschiedlicher Datenquellen im Rahmen der Ergebnissynthese. “ definiert (s. Glossar).

Das genaue methodische Vorgehen der Triangulation der Ergebnisse wird für den Vorher-/Nachhervergleich hier nochmal explizit aufgeführt. Diese wird aus den Routinedaten (Vergleich der regionalen Variation) und der Fallzahlentwicklung vorher/nachher (ggf. Referenzeingriffe) vorgenommen. Ursprünglich war geplant das „Verhalten“ der Ärzt*innen mittels Interviews hinzuzuziehen, jedoch konnten von den Ärzt*innen keine Aussagen zu Behandlungen/Eingriffen vor der Zm-RL im Vergleich zu nach der Einführung der Zm-RL getroffen werden. Hierbei sind Erinnerungsverzerrungen seitens der Ärzt*innen zu berücksichtigen.

Im Ergebnisteil werden insbesondere die Unterhypothesen berücksichtigt, die auf den Haupthypothesen aufbauen, was wiederum bedeutet, dass der Vorher-/Nachher-Vergleich nicht im Ergebnisteil, sondern im Kapitel 10.4 im Diskussionsteil unter folgenden Gesichtspunkten beider Indikationen berücksichtigt wird:

- Routinedaten: regionale Variation
- Routinedaten: Fallzahlentwicklung (durchschnittliche absolute Eingriffshäufigkeiten)
- KH-Qualitätsberichte: absolute Eingriffshäufigkeiten

Folgendes Bewertungsschema liegt vor

Datenquelle: Routinedaten

Items: Fallzahlentwicklung (durchschnittliche absolute Eingriffshäufigkeiten)

Bewertungskriterium:

Es werden die durchschnittlichen absoluten Eingriffshäufigkeiten vor der Einführung der Zm-RL und nach der Einführung bestimmt. Es liegt folgendes Bewertungsschema zugrunde:

- Erhöhte Abnahme der Eingriffshäufigkeiten: ab $-15,1$ Prozentpunkte der Eingriffshäufigkeiten nach Einführung der Zm-RL
- Leichte Abnahme der Eingriffshäufigkeiten: $-5,1$ bis $-15,0$ Prozentpunkte der Eingriffshäufigkeiten nach Einführung der Zm-RL
- Eingriffshäufigkeiten (nahezu) gleichbleibend: $-5,0$ bis $+5,0$ Prozentpunkte der Eingriffshäufigkeiten nach Einführung der Zm-RL
- Leichte Zunahme der Eingriffshäufigkeiten: $+5,1$ bis $+15$ Prozentpunkte der Eingriffshäufigkeiten nach Einführung der Zm-RL
- Erhöhte Zunahme der Eingriffshäufigkeiten: ab $+15,1$ Prozentpunkte der Eingriffshäufigkeiten nach Einführung der Zm-RL

Datenquelle: Routinedaten

Items: Regionale Variation (CV)

Bewertungskriterium:

- Siehe Bewertungskriterien zu H5 bzw. H6

Datenquelle: KH-Qualitätsberichte

Items: Fallzahlentwicklung

Bewertungskriterium:

Es werden Eingriffshäufigkeiten von 2016 (vor der Einführung der Zm-RL) und 2021 (nach der Einführung der Zm-RL) bestimmt. Es liegt folgendes Bewertungsschema zugrunde:

- Erhöhte Abnahme der Eingriffshäufigkeiten: ab $-15,1$ Prozentpunkte der Eingriffshäufigkeiten nach Einführung der Zm-RL

- Leichte Abnahme der Eingriffshäufigkeiten: -5,1 bis -15,0 Prozentpunkte der Eingriffshäufigkeiten nach Einführung der Zm-RL
- Eingriffshäufigkeiten (nahezu) gleichbleibend: -5,0 bis +5,0 Prozentpunkte der Eingriffshäufigkeiten nach Einführung der Zm-RL
- Leichte Zunahme der Eingriffshäufigkeiten: +5,1 bis +15 Prozentpunkte der Eingriffshäufigkeiten nach Einführung der Zm-RL
- Erhöhte Zunahme der Eingriffshäufigkeiten: ab +15,1 Prozentpunkte der Eingriffshäufigkeiten nach Einführung der Zm-RL

3.3.5 Operationalisierungen

In diesem Kapitel stehen die Operationalisierung des “Informationsbedarfs der Versicherten” der quantitativen Patientenbefragung im Fokus. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Operationalisierung des Umsetzungsgrades mit seinen Hauptfaktoren Durchdringungs- und Implementierungsgrad auf Ebene der Erst- und ZMer.

Operationalisierung des Informationsbedarfs des Versicherten

Der Informationsbedarf der Versicherten erschließt sich aus einem Item aus der quantitativen Patientenbefragung. Diese Frage wurde operationalisiert, um eine Einstufung des Informationsbedarfs zu ermöglichen.

Informationsbedarf mittels Anzahl der thematischen Blöcke

Hier wurde folgende Frage “6. Hätten Sie sich zusätzliche Informationen gewünscht?”, die im Fragenbogen im Rahmen des Gesprächs zur Indikationsstellung gestellt wird, mit folgenden Antwortmöglichkeiten herangezogen:

- Nein
- Ja, folgende...
- Informationen über die Erkrankung
- Informationen über die Behandlungsmöglichkeiten
- Informationen über die Vorteile einer Operation
- Informationen über die Nachteile einer Operation
- Andere: _____

Bei dieser Frage hatten die Patient*innen die Möglichkeit Mehrfachkreuze zu setzen.

Die Antwortkategorie "Andere" wurde hierbei nicht mit einbezogen. Die Normierung des Informationsbedarfs erfolgte durch die Anzahl der gesetzten Kreuze der/des Patient*in, welche in Tabelle 3-6 nachvollzogen werden kann:

Tabelle 3-6: Operationalisierung des weiteren Informationsbedarfs nach thematischen Blöcken

Label	Codierung "Informationsbedarf nach thematischen Blöcken"	Antwortmöglichkeiten Frage 6
Weiterer Informationsbedarf sehr hoch	0	Alle Antwortmöglichkeiten zu "Ja" angekreuzt (4 Antworten)
Weiterer Informationsbedarf hoch	1	3 Antwortmöglichkeiten zu "Ja" angekreuzt
Weiterer Informationsbedarf mittel	2	2 Antwortmöglichkeiten zu "Ja" angekreuzt
Weiterer Informationsbedarf gering	3	1 Antwortmöglichkeit zu "Ja" angekreuzt
Kein weiterer Informationsbedarf	4	Antwortmöglichkeit "Nein" angekreuzt

Operationalisierung des Umsetzungsgrades auf Erst- und Zweitmeinerebene

Die Berechnung des Umsetzungsgrades orientierte sich an Veit et al. [2013] (Rahmenkonzept Evaluation) und wurde sowohl auf Erst- als auch Zweitmeinerebene getrennt nach den

Indikationen HE und TT/TE vorgenommen. Der Umsetzungsgrad ergibt sich aus dem Produkt des Durchdringungsgrades und des Implementierungsgrades.

Umsetzungsgrad Erstmeinerebene = Durchdringungsgrad x Implementierungsgrad

Umsetzungsgrad Zweitmeinerebene = Durchdringungsgrad x Implementierungsgrad

Operationalisierung des Durchdringungsgrades auf Erstmeinerebene

Der Durchdringungsgrad beschreibt den Anteil an Einrichtungen, die eine Maßnahme realisieren oder realisiert haben. Im Sinne der Zm-RL bezieht sich der Durchdringungsgrad auf Erstmeinerebene auf die Aufklärungspflicht der Ärzt*innen (s. Glossar). Zur Bestimmung des Durchdringungsgrades auf Erstmeinerebene wurde folgendes Item aus der quantitativen Ärztebefragung herangezogen:

Wie häufig klären Sie Patientinnen und Patienten bei den Indikationen Tonsillektomie/Tonsillotomie oder Hysterektomie über das Recht auf, eine zweite Meinung einholen zu können?

Bei der Bestimmung des Durchdringungsgrades wurde die Antworten "immer", "manchmal" und "selten" in die Berechnung einbezogen. Demnach wurden alle Leistungserbringer*innen, die mindestens eine Aufklärung realisiert haben, in die Bewertung einbezogen. Die Leistungserbringer*innen, die keine Aufklärung umsetzen, wurden ausgeschlossen. Die Anzahl der Ärzt*innen, die über das Recht auf Inanspruchnahme einer ZM aufklären, wurde anschließend zur Gesamtzahl der indikationsstellenden Ärzt*innen in Beziehung gesetzt.

Anzahl aller Ärzt*innen, die über das Recht auf Inanspruchnahme einer ZM aufklären

Anzahl aller indikationsstellender Ärzt*innen

Hierbei ist anzumerken, dass die Daten der quantitativen Ärztebefragung einem Selektionsbias unterliegen könnten, d.h. es nahmen überwiegend die Ärzt*innen teil, die an der Zm-RL interessiert und am Umsetzungsprozess der Zm-RL beteiligt sind. Der Durchdringungsgrad könnte somit überschätzt worden sein. In diesem Zusammenhang ist auch zu erwähnen, dass sich dem Durchdringungsgrad nur angenähert werden konnte, weil

eine Vollerhebung unter Berücksichtigung von begrenzten Ressourcen und der Freiwilligkeit an der Teilnahme der Befragung nur begrenzt umgesetzt werden konnte. Für die Berechnung des Durchdringungsgrades wurden aus der quantitativen Ärztebefragung Ärzt*innen inkludiert, die keine ZMer sind. Prinzipiell können aber auch ZMer über das Recht auf Zweitmeinung aufklären. Um hier jedoch keine Überschneidungen des Durchdringungsgrades auf Zweitmeinerebene zu generieren, wurden die zweitmeinenden Ärzt*innen aus der Berechnung entfernt.

Operationalisierung des Durchdringungsgrades auf Zweitmeinerebene

Mit dem Durchdringungsgrad auf Zweitmeinerebene ist die Erbringung der Zweitmeinung nach Zm-RL gemeint. Um den Durchdringungsgrad auf Zweitmeinerebene zu bestimmen, wurde folgendes Item aus der quantitativen Ärztebefragung verwendet:

- *Wie oft haben Sie, seit Sie als Zweitmeinender zugelassen sind, eine Zweitmeinung nach Richtlinie erbracht?*

Wurde von den Ärzt*innen die Antwortmöglichkeiten 1-5-mal, 6-10-mal, 11-15-mal, 16-20-mal oder mehr als 20-mal angekreuzt, fand eine Durchdringung statt. Die kumulierten Häufigkeiten wurden in Bezug zur Gesamtstichprobe der befragten ZMer getrennt nach den Fächärzt*innen der Gyn und den Fachärzt*innen der HNO der quantitativen Ärztebefragung gesetzt und ergaben folgende Berechnung:

Anzahl der ZMer, die eine ZM nach Zweitmeinungsrichtlinie erbringen

Gesamtzahl nach Zweitmeinungsrichtlinie zugelassene ZMer

Wie bereits bei den Durchdringungsgraden auf Erst- und Zweitmeinerebene erwähnt, unterlagen die Daten einem Selektionsbias. Aufgrund der geringen Zahl an ZMer (im Gegensatz zu niedergelassenen Ärzt*innen) konnte ein dementsprechender geringer Rücklauf nicht ausgeschlossen werden. Zudem konnte sich auch dem Implementierungsgrad nur angenähert werden, da eine Vollerhebung nur begrenzt realisierbar war.

Operationalisierung des Implementierungsgrades auf Erstmeinerebene

Der Implementierungsgrad bildet in der vorliegenden Evaluation ab, wie sehr die normierten Anforderungen der Zm-RL auf Ebene der individuellen Einrichtungen umgesetzt wurden. Auf Erstmeinerebene beschreibt er das Ausmaß, mit dem die in der Zm-RL enthaltenen Prozess-/Leistungserbringungsverfahren durch EMer tatsächlich erbracht werden (s. Glossar). Zur Bestimmung des Implementierungsgrades auf Erstmeinerebene wurde folgendes Item aus der quantitativen Ärztebefragung herangezogen:

- *Welche Aspekte berücksichtigen Sie bei der Aufklärung über das Recht auf Zweitmeinung?*

Bei der Berechnung wurden die Antworten der Ärzt*innen wie folgt linear mit einem Gewicht von 0,14 ($1/7 = 0,1429$) je berücksichtigtem Aspekt gewichtet:

- Werden alle sieben Aspekte bei der Aufklärung berücksichtigt, wird die Anzahl der Ärzt*innen mit 1 gewichtet
- Werden sechs Aspekte bei der Aufklärung berücksichtigt, wird die Anzahl der Ärzt*innen mit 0,86 gewichtet
- Werden fünf Aspekte bei der Aufklärung berücksichtigt, wird die Anzahl der Ärzt*innen mit 0,71 gewichtet
- Werden vier Aspekte bei der Aufklärung berücksichtigt, wird die Anzahl der Ärzt*innen mit 0,57 gewichtet
- Werden drei Aspekte bei der Aufklärung berücksichtigt, wird die Anzahl der Ärzt*innen mit 0,43 gewichtet
- Werden zwei Aspekte bei der Aufklärung berücksichtigt, wird die Anzahl der Ärzt*innen mit 0,29 gewichtet
- Wird ein Aspekt bei der Aufklärung berücksichtigt, wird die Anzahl der Ärzt*innen mit 0,14 gewichtet

Wurden keine Aspekte bei der Aufklärung berücksichtigt, wurde die Anzahl der Ärzt*innen mit 0 gewichtet. Die Summe wurde anschließend mit der Anzahl der indikationsstellenden Ärzt*innen in Beziehung gesetzt.

Anzahl der Ärzt*innen, die keine Leistungsbestandteile berücksichtigen x 0 + Anzahl der Ärzt*innen, die ein Leistungsbestandteil berücksichtigen x 0,14 + Anzahl der Ärzt*innen, die zwei Leistungsbestandteile berücksichtigen x 0,29 + Anzahl der Ärzt*innen, die drei Leistungsbestandteile berücksichtigen x 0,43 + Anzahl der Ärzt*innen, die vier Leistungsbestandteile berücksichtigen x 0,57 + Anzahl der Ärzt*innen, die fünf Leistungsbestandteile berücksichtigen x 0,71 + Anzahl der Ärzt*innen, die sechs Leistungsbestandteile berücksichtigen x 0,86 + Anzahl der Ärzt*innen, die sieben Leistungsbestandteile berücksichtigen x 1

Anzahl aller indikationsstellender Ärzt*innen

Das Item beinhaltet neben den bei der Aufklärung über das Recht auf ZM zu berücksichtigen Aspekten die Antwortkategorie „anderes“. Diese wurde zur Berechnung des Implementierungsgrades auf Erstmeinerenebene nicht herangezogen.

Wie bereits bei den Durchdringungsgraden auf Erst- und Zweitmeinerenebene erwähnt, unterlagen die Daten einem Selektionsbias. Zudem konnte sich auch dem Implementierungsgrad nur angenähert werden, da eine Vollerhebung nur begrenzt realisierbar war.

Operationalisierung des Implementierungsgrades auf Zweitmeinerebene

Um den Implementierungsgrad auf Zweitmeinerebene zu bestimmen, wurde das Thema/die Rubrik des Interviewleitfadens *“Erbringung der ZM”* verwendet.

Die Leistungsbestandteile der ZMer zur Erbringung der ZM konnte in obligatorische und fakultative Bestandteile unterteilt werden (s. Tabelle 3-7). Bei der Analyse der Interviews wurden nur der obligatorischen Leistungsbestandteile berücksichtigt.

Tabelle 3-7: Leistungsbestandteile der Zweitmeinungserbringung

Obligatorische Leistungsbestandteile	Aufklärung über mögliche Therapiealternativen unter Berücksichtigung der Anamnese und des Krankheitsverlaufs
	persönliches Gespräch (Abweichung in Coronapandemie)
	Nutzung von Vorbefunden (weiterführende Untersuchungen möglich)
	(keine) Bestätigung der empfohlenen Indikation + weiter Handlungsoptionen
Fakultative Leistungsbestandteile	auf Nachfrage der/des Patient*in zu Beginn des Beratungsgesprächs Auskunft über möglicherweise bestehende Interessenkonflikte oder finanzielle Beziehungen
	auf Wunsch des/der Patient*in: Mitteilung des Ergebnisses an indikationsstellende*n Ärzt*in + zusammenfassender ärztlicher Bericht mit anschließender Aushändigung an Patient*in

Bei der Berechnung wurden die Antworten der Ärzt*innen wie folgt linear mit einem Gewicht von 0,25 ($1/4 = 0,25$) je berücksichtigtem Aspekt gewichtet:

- Werden alle vier der obligatorischen Aspekte bei der Erbringung der ZM berücksichtigt, wird die Anzahl der Ärzt*innen mit 1 gewichtet.
- Werden drei der obligatorischen Aspekte bei der Erbringung der ZM berücksichtigt, wird die Anzahl der Ärzt*innen mit 0,75 gewichtet.
- Werden zwei der obligatorischen Aspekte bei der Erbringung der ZM berücksichtigt, wird die Anzahl der Ärzt*innen mit 0,5 gewichtet.
- Wird einer der obligatorischen Aspekte bei der Erbringung der ZM berücksichtigt, wird die Anzahl der Ärzt*innen mit 0,25 gewichtet.

Die Summe wurde anschließend mit der Gesamtzahl der ZMer in Beziehung gesetzt.

$$\frac{\text{Anzahl der ZMer*innen, die keine Leistungsbestandteile berücksichtigen} \times 0 + \text{Anzahl der ZMer*innen, die ein Leistungsbestandteil berücksichtigen} \times 0,25 + \text{Anzahl der ZMer*innen, die zwei Leistungsbestandteile berücksichtigen} \times 0,5 + \text{Anzahl der ZMer*innen, die drei Leistungsbestandteile berücksichtigen} \times 0,75 + \text{Anzahl der ZMer*innen, die vier Leistungsbestandteile berücksichtigen} \times 1}{\text{Anzahl ZMer*innen}}$$

Anzahl ZMer*innen

Als limitierender Faktor bei der Berechnung des Implementierungsgrades auf Zweitmeinerebene ist die reduzierte Datenbasis zu benennen. An der qualitativen Ärztebefragung haben lediglich zwölf ZMer teilgenommen. Nichtsdestotrotz konnte der Prozess der Erbringung der ZM detaillierter abgebildet werden als mithilfe einer quantitativen Befragung, die prozessuale Aspekte bzw. Herausforderungen oder Barrieren weniger erfolgreich zu identifizieren vermag.

3.3.6 Überprüfung der Hypothesen

Zur Überprüfung der Hypothesen bedurfte es der komplexen Betrachtung quantitativer und qualitativer Daten, sodass kein ausschließlich mathematisch orientierter Algorithmus zur Beurteilung herangezogen wurde. Vielmehr wurden quantitative und qualitative Ergebnisse immer gemeinsam für die Bewertung der Hypothesen betrachtet. Das hatte den Vorteil, dass eine Fragestellung immer aus mehreren Blickwinkeln betrachtet werden konnte und unterschiedliche Aspekte berücksichtigt wurden. Da sich die Haupthypothesen zum Großteil aus mehreren Unterhypothesen zusammensetzen, wurden zur Prüfung zunächst die Unterhypothesen betrachtet und deren Prüfergebnisse dann zur Prüfung der Haupthypothese zusammengeführt.

Datengrundlage für die Unterhypothesen waren unterschiedliche Datenquellen wie

- die quantitativen Daten mit den Fragebogenerhebungen der Patient*innen und Ärzt*innen,
- der Routinedaten der Krankenkassen und der Qualitätsberichte der Krankenhäuser/ Daten der KVen

- sowie der qualitativen Daten mit den Interviews der Ärzt*innen und Patient*innen sowie den Stakeholdern.

Für jede Datenquelle wurde einzeln geprüft, ob die Ergebnisse für eine Bestätigung oder für eine Ablehnung der jeweiligen Hypothese sprechen. Dafür wurde ein Zustimmungswert- bzw. Ablehnungswert gesucht. Andere Evaluationen liegen zwischen 98% (Evaluation der Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchortenaneurysma) und 60% (Evaluation der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse), woraufhin sich das Evaluationsteam dazu entschied den Schwellenwert bei 75% festzulegen*. Einer Unterhypothese wird so in der Regel ab 75% zugestimmt. Unterhypothesen der quantitativen Befragungen und Routinedatenanalyse, die von dieser Regel abweichen sind: U15 (Routinedatenanalyse), H5 und H6 (Routinedatenanalyse), U16 (Quantitative Ärztebefragung) und U17 (Quantitative Patientenbefragung). Die Einteilung der Bewertungskriterien in verschiedene Stufen soll die Verständlichkeit bei dem/der Leser*in erhöhen und lässt gleichzeitig den Interpretationsspielraum für eigene Bewertungsgrenzen zu. Zur Bewertung der einzelnen Unterhypothesen wurden die bereits definierten Bewertungskriterien (s. Tabelle 3-5: Bewertungskriterien und deren zugrundeliegendes Bewertungsschema, Kapitel 3.3.4 Bewertungskriterien) genutzt. Diese Bewertung wurde innerhalb des Evaluationsteams konsentiert.

Mithilfe einer transparent dargestellten Begründung, soll entsprechend die Nachvollziehbarkeit gewährleistet werden. Um möglichst ausdifferenzierte Ergebnisse zu erzielen, lag dieser Evaluation eine graduelle Hypothesenbewertung zugrunde. Folgend dargestelltes Bewertungsschema (Tabelle 3-8) kam bei der Bewertung der Hypothesen zur Anwendung.

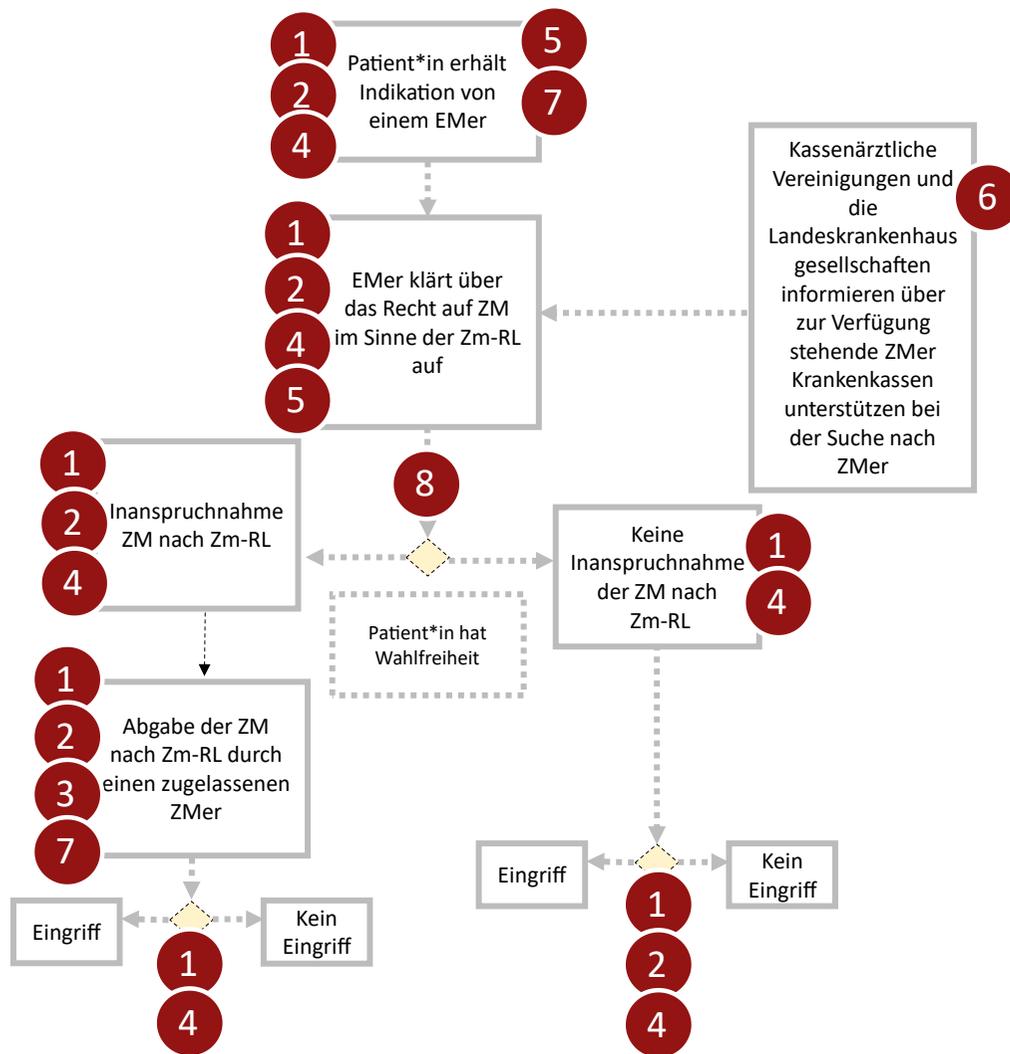
*Zudem überlegte das Evaluationsteam sich an den Grenzwerten der Bedarfsplanung des G-BA zu orientieren. Hierbei liegt eine Unterversorgung ab einem Versorgungsgrad von 50% im fachärztlichen Bereich vor, im hausärztlichen Bereich bei 75% vor. Da diese Schwellenwerte eher "fachfremd" sind, waren diese nicht ausschlaggebend.

Tabelle 3-8: Bewertungsschema der Hypothesen

	+	(+)	+/-	(-)	-
Auswirkung auf die Hypothesen Überprüfung	Die Ergebnisse sprechen eindeutig für die Hypothese und die Hypothese wird bestätigt.	Die Ergebnisse sprechen überwiegend für die Hypothese und die Hypothese wird weitgehend bestätigt.	Die Ergebnisse sind heterogen und die Hypothese wird widerlegt.	Die Ergebnisse sprechen überwiegend gegen die Hypothese und die Hypothese wird widerlegt.	Die Ergebnisse sprechen eindeutig gegen die Hypothese und die Hypothese wird widerlegt.

3.4 Zusammenfassung Methodik

Die folgende Abbildung 3-5 gibt einen zusammenfassenden Überblick über die Methodik mit besonderem Fokus auf die „Messpunkte“ der Evaluation im Behandlungspfad der Patient*innen.



Legende Datenquelle

- 1 Fragebogenerhebung Patient*innen
- 2 Interviews mit Patient*innen
- 3 Interviews mit ZMern
- 4 Routinedatenanalyse
- 5 Interviews mit EMern
- 6 Interviews mit Stakeholdern
- 7 Fragebogenerhebung Ärzt*innen
- 8 Analyse von KH-Qualitätsberichten und KV/LÄK-Daten

Abbildung 3-5: Zusammenfassung Methodik

4 Datengrundlagen

In der nachstehenden Tabelle 4-1 werden alle Datengrundlagen für die einzelnen Evaluationsziele und deren Haupt- bzw. Unterhypothesen detailliert dargestellt.

Tabelle 4-1: Datengrundlagen

Spezifische Ziele	Haupt-/Unterhypothesen	Datengrundlagen
Spezifisches Evaluationsziel A: Gestaltung des Prozesses der ZM und Nutzen für die Informierte Entscheidungsfindung	U1: Patient*innen werden über Recht auf Einholung einer ZM im Sinne der Zm-RL aufgeklärt.	Quantitative Patientenbefragung Quantitative Ärztebefragung
	U2: Die Informationsbedarfe der Patient*innen werden im Rahmen der Indikationsstellung erfüllt.	Quantitative Patientenbefragung Qualitative Patientenbefragung
	U3: Die Informationsbedarfe der Patient*innen werden im Zweitmeinungsgespräch nach Zm-RL erfüllt.	Qualitative Patientenbefragung
	U4: Ärzt*innen klären die Patient*innen entsprechend der Vorgaben der Zm-RL auf.	Quantitative Ärztebefragung
	U5: Die im Rahmen der Aufklärung über das Recht auf ZM eingesetzten Informationsmaterialien sowie die Zusammenstellung der Befundunterlagen unterstützen die Patient*innen bei der informierten Entscheidungsfindung.	Quantitative Patientenbefragung Qualitative Patientenbefragung
	U6: Die Qualität der Information trägt zu einer informierten Entscheidungsfindung bei.	Quantitative Patientenbefragung Qualitative Patientenbefragung

Spezifische Ziele	Haupt-/Unterhypothesen	Datengrundlagen
	U7: ZMer erbringen eine qualitativ hochwertige ZM und berücksichtigen bei der Erbringung der ZM alle in der Zm-RL aufgeführten Aufgaben.	Qualitative Ärztebefragung Quantitative Patientenbefragung
	U8: Das Ziel einer vollständigen Durchdringung auf Ebene der EMer wurde erreicht.	Quantitative Ärztebefragung
	U9: Das Ziel einer vollständigen Implementierung auf Ebene der EMer wurde erreicht.	Quantitative Ärztebefragung
	U10: Das Ziel einer vollständigen Umsetzung auf Ebene der EMer wurde erreicht.	Quantitative Ärztebefragung
	U11: Das Ziel einer vollständigen Durchdringung auf Ebene der ZMer wurde erreicht.	Quantitative Ärztebefragung
	U12: Das Ziel einer vollständigen Implementierung auf Ebene der ZMer wurde erreicht.	Qualitative Ärztebefragung
	U13: Das Ziel einer vollständigen Umsetzung auf Ebene der ZMer wurde erreicht.	Quantitative Ärztebefragung Qualitative Ärztebefragung
	U14: Patient*innen werden durch die ZM in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt.	Quantitative Patientenbefragung Qualitative Ärztebefragung

Spezifische Ziele	Haupt-/Unterhypothesen	Datengrundlagen
Spezifisches Evaluationsziel B: Indikationsstellung, Inanspruchnahme von ZMen, Durchführung von Eingriffen	U15: Medizinisch nicht notwendige Indikationsstellungen bei planbaren Eingriffen sowie die Durchführung von medizinisch nicht gebotenen planbaren Eingriffen können durch die Zm-RL vermieden werden.	Quantitative Patientenbefragung Qualitative Patientenbefragung Qualitative Ärztebefragung Routinedatenanalyse
	H5 Die Zm-RL erwirkt eine Abnahme der regionalen Variation der Eingriffshäufigkeiten von TT und TE.	Routinedatenanalyse Qualitative Stakeholderbefragung
	H6 Die Zm-RL erwirkt eine Abnahme der regionalen Variation der Eingriffshäufigkeiten von HE.	Routinedatenanalyse Qualitative Stakeholderbefragung
	U16: Evidenzbasierte Leitlinieninhalte werden bei der für die Indikationsstellung und der finalen OP-Empfehlung berücksichtigt.	Qualitative Ärztebefragung
Spezifisches Evaluationsziel C: Verantwortungsbereiche und Inanspruchnahme von Leistungserbringer	U17: Die Zm-RL führt dazu, dass Eingriffe zeitlich verzögert durchgeführt werden.	Quantitative Patientenbefragung Qualitative Patientenbefragung
	U18: Die Zm-RL führt dazu, dass sich Patient*innen mit ihrer Entscheidung sicher fühlen.	Qualitative Patientenbefragung
	U19: Die Zm-RL führt dazu, dass vermehrt Drittmeinungen eingeholt werden.	Quantitative Patientenbefragung Qualitative Patientenbefragung

Spezifische Ziele	Haupt-/Unterhypothesen	Datengrundlagen
	U20: Richtlinienrelevante Informationen sind für Patient*innen leicht zugänglich.	Quantitative Patientenbefragung Qualitative Patientenbefragung
	U21: Richtlinienrelevante Informationen sind von den an der Zm-RL beteiligten Stakeholdern inhaltlich abgestimmt.	Qualitative Stakeholderbefragung
	U22: Es stehen genug Fachärzt*innen der Gyn und HNO zur Verfügung, die die Voraussetzung erfüllen, um als ZMer zugelassen zu werden.	Analyse von KVen/LÄKen-Daten
	U23: ZMer führen zusätzliche Untersuchungen durch, um zu ihrer Indikationsstellung zu gelangen.	Qualitative Ärztbefragung Qualitative Patientenbefragung
	U24: Eine Verlagerung der Behandlung hin zu zweitmeinenden Institutionen findet statt.	Analyse von KH- Qualitätsberichten Quantitative Ärztbefragung Quantitative Patientenbefragung

5 Organisatorischer und zeitlicher Ablaufplan

Das folgende Kapitel befasst sich mit der Organisation des Gesamtprojekts. Dies beinhaltet zum einen den zeitlichen Aufbau inklusive aller Teilschritte sowie deren Abhängigkeiten. Im nächsten Schritt werden die Verantwortlichen des Projekts und deren Zuständigkeiten in Form eines Organigramms dargestellt. Im letzten Schritt dieses Abschnittes, werden die Projektrisiken zusammen mit deren Eintrittswahrscheinlichkeit und Maßnahmen zur Vermeidung dieser vorgestellt.

Bei der Darstellung der Organisation und des Ablaufplans greift der Bericht bewusst auf die im Evaluationsplan ursprünglich benannten Arbeitspakete zurück. Diese dienen der (internen) Projektsteuerung und Projektorganisation. Die folgende Abbildung 5-1 stellt den Ablaufplan für die Evaluation dar.

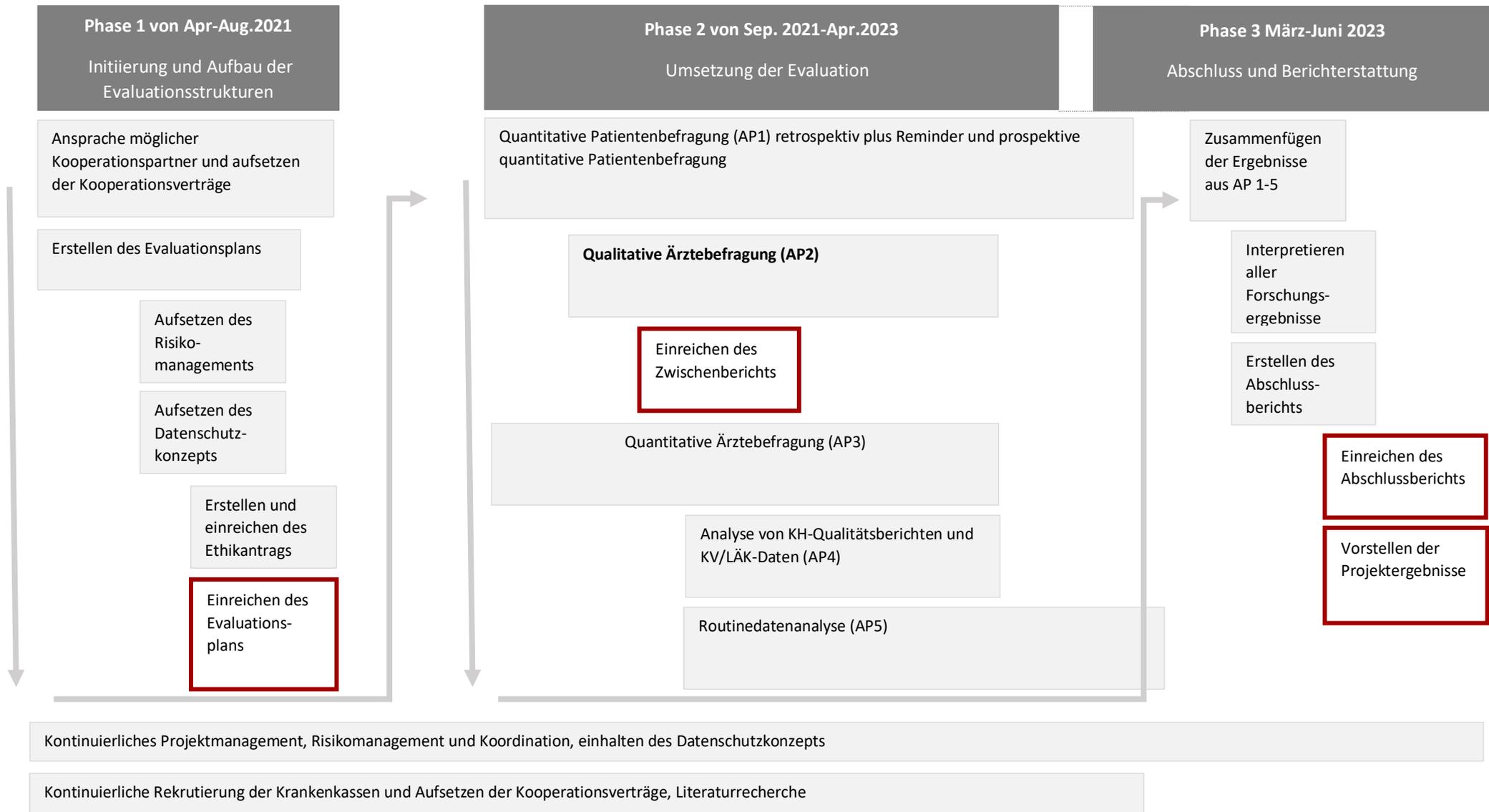
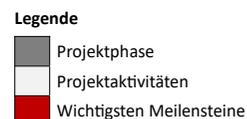


Abbildung 5-1: Ablaufplan für die Evaluation



Verantwortlichkeit und Rollen

Das nachfolgende Organigramm (Abbildung 5-2) zeigt den Aufbau der Gesamtprojektstruktur, die die Umsetzung des Evaluationsprojektes gemäß der Qualitätssicherungsrichtlinie zum Zweitmeinungsverfahren sichergestellt hat. Die Gesamtstruktur bestand aus dem Projektteam inkl. der Fachexpert*innen, den Kooperationspartner*innen und schlussendlich aus den Teilnehmenden der geplanten Befragungen.

Abnahme der Evaluationsphasen

3 Termine über die gesamte Projektlaufzeit (Evaluationsplan, Zwischen – und Abschlussbericht inkl. Abschlusspräsentation)

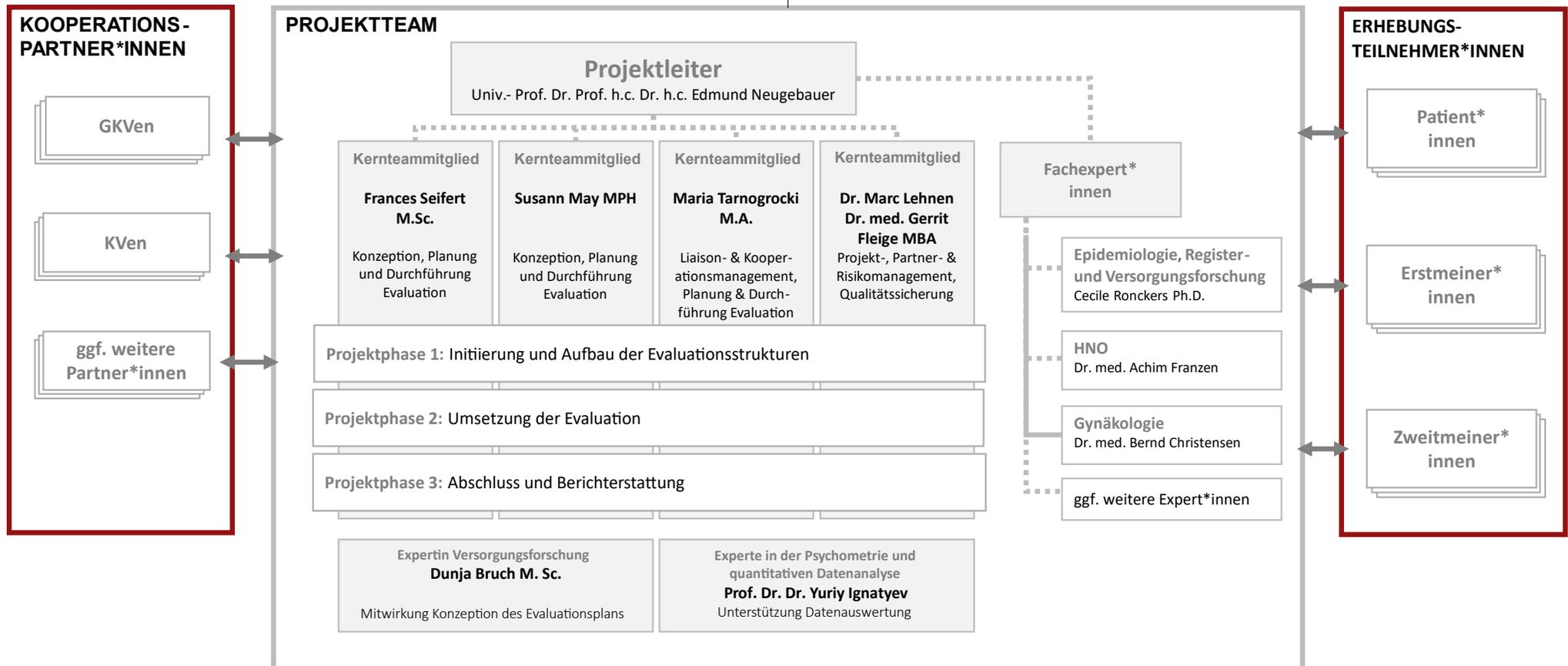


Abbildung 5-2: Organigramm

Projektteam inkl. Projektleiter und Fachexpert*innen

Univ.-Prof. Dr. Prof. h.c. Dr. h.c. Edmund Neugebauer verantwortete und leitete das Gesamtprojekt mit seinem Kernteam, das neben dem Projektleiter aus vier qualifizierten Wissenschaftler*innen und Projektextpert*innen der MHB und revFLect Advisors bestand und Zugriff auf weitere Fachexpert*innen hatte. Die vier neben dem Projektleiter permanent aktiven Kernteammitglieder übernahmen dabei spezifische Rollen:

- Kernteammitglied: Konzeption, Planung und Durchführung der Evaluation,
- Kernteammitglied: Konzeption, Planung und Durchführung der Evaluation,
- Kernteammitglied: Liaison- und Kooperationsmanagement, Planung und Durchführung der Evaluation,
- Kernteammitglied: Projekt-, Partner- und Risikomanagement; QS.

Das Projektmanagement koordinierte und leitete das operative Projektgeschäft in Abstimmung mit dem Projektleiter, sicherte die Qualität, konsolidierte Ergebnisse und bereitete Kommunikation und Berichterstattung mit dem G-BA vor. Die interne Arbeit wurde in wöchentlichen Teamsitzungen gemeinsam geplant und gesteuert.

Zur inhaltlichen Unterstützung des operativen Projektteams standen mit Dr. med. Achim Franzen (Chefarzt für HNO am Universitätsklinikum Ruppin-Brandenburg), Dr. med. Bernd Christensen (Chefarzt für Gynäkologie und Geburtshilfe am Universitätsklinikum Ruppin-Brandenburg) und Cecile Ronckers Ph.D. (Institut für Biometrie und Registerforschung an der MHB) ausgewiesene Fachexpert*innen bereit. Bedarfsweise konnten weitere Fachexpert*innen zu unterschiedlichen Themen hinzugezogen werden.

Kooperationspartner*innen

Zu den geplanten Kooperationspartner*innen gehörten insbesondere GKVen und KVen. Die Partner*innen waren zentrale Verbindungspunkte zwischen Projekt und den für die empirischen Erhebungen erforderlichen gezielten Patienten-/Versorgerkontakten. Insbesondere nahmen sie eine wichtige Rolle zur Identifikation und Erstansprache von Patient*innen/Ärzt*innen als potentielle Befragungskandidaten in den ausgewählten Indikationen sowie ergänzenden Abrechnungsdaten, um bspw. die postulierten Einflüsse der Zm-RL statistisch erfassen zu können ein.

Um die Teilnahmebereitschaft an der quantitativen und qualitativen Ärztebefragung zu erhöhen und die Kontaktaufnahme zu den Ärzt*innen zu unterstützen wurde eine Zusammenarbeit mit der KBV bzw. den KVen umgesetzt. Die Möglichkeit der Unterstützung durch die KBV wurde vorab mit dem G-BA abgestimmt und freigegeben.

Erhebungsteilnehmer*innen

Zu den Teilnehmergruppen i.e.S. der Erhebung zählten Patient*innen, Leistungserbringende EMer und ausgewiesene ZMer. Diese wurden im Rahmen der wissenschaftlichen Datenerhebung unter Verwendung unterschiedlicher Befragungsinstrumente wie persönliche Interviews, Onlinebefragungen und Paper-Pencil Fragebögen befragt. Die Teilnehmenden wurden sowohl durch die Kooperationspartner*innen als auch durch das Projektteam identifiziert und befragt.

Kompetenzen der Evaluator*innen

Univ.-Prof. Dr. Prof. h.c. Dr. h.c. Edmund Neugebauer ist ausgewiesener Experte auf dem Feld der Versorgungsforschung und ist Autor zahlreicher thematisch verbundener Fachveröffentlichungen. Er leitet mit dem durch den Innovationsfonds geförderten Forschungsprojekt ZWEIT ein zentrales wissenschaftliches Projekt zum Thema ZM in Deutschland.

Susann May MPH und Frances Seifert M. Sc. sind Expertinnen im Bereich Versorgungsforschung. Susann May ist bzw. war ebenfalls Mitwirkende beim thematisch verwandten Innovationsfondprojekt ZWEIT. Dunja Bruch M. Sc., ebenfalls ausgewiesene Expertin im Bereich Versorgungsforschung, hat intensiv an der Konzeption des

Evaluationsplans beigetragen. Zum anderen hat Prof. Dr. Dr. Yuriy Ignatyev, ausgewiesener Experte in der Psychometrie und quantitativen Datenanalyse, das Projekt hinsichtlich der Datenauswertung unterstützt.

Dr. med. Gerrit Fleige kombiniert medizinische Expertise mit umfassender universitären Führungserfahrung und profunder Projektmanagementenerfahrung. Dr. Marc Lehnen verfügt über 20 Jahre Erfahrung in der Projektarbeit im Gesundheitswesen. Maria Tarnogrocki M.A. hat umfangreiche Erfahrungen in der Projektumsetzung und im Stakeholdermanagement Gesundheitswesen.

Ein professionelles Projektmanagement war zentraler Baustein für die erfolgreiche Umsetzung des gesamten Evaluationsprojekts. Aufgaben, Themen und Inhalte sind bereits im Projektplan beschrieben (s. Tabelle 5-1).

Teil des Projektmanagements waren Jours fixe im Kernprojektteam. Im Rahmen des wöchentlichen Jour fixe wurde der aktuelle Projektstand, bevorstehende Meilensteine und die weitere Planung der aktuellen Woche besprochen. Gleichzeitig wurde jeweils festgelegt, in welchen Konstellationen und mit welchem Fokus inhaltliche Diskussionen/Arbeiten im Team stattfinden. Teilnehmer*innen an diesem Termin waren das operative Kernteam und falls nötig Fachexpert*innen.

Bestandteil des Projektmanagements war das Einhalten aller Datenschutzaspekte. Aus diesem Grund wurde zunächst ein Datenschutzkonzept erstellt und durch das Projektteam und den Datenschutzbeauftragten der MHB stetig kontrolliert. Die Steuerung des Projektbudgets fiel ebenfalls in die Aufgaben des Projektmanagements.

Im Projektteam bestanden keinerlei Interessenkonflikte in Bezug auf das Evaluationsvorhaben. Dies fand Bestätigung mit der vom Projektteam unterschriebenen Offenlegungserklärung, die dem G-BA jeweils in aktueller Form vorlag.

5.1 Zeitplan

Das folgende Kapitel beschreibt die Projektphasen mit den entsprechenden Projektaktivitäten im Detail. Für jede Projektphase sind tabellarisch die Zeitpläne aufgeführt, beginnend mit einer Gesamtübersicht (s. Tabelle 5-1) über das ganze Projekt.

Tabelle 5-1: Projektübersicht

Jahr	2021									2022												2023					
Projektschritte	Apr M1	Mai M2	Jun M3	Jul M4	Aug M5	Sep M6	Okt M7	Nov M8	Dez M9	Jan M10	Feb M11	Mär M12	Apr M13	Mai M14	Jun M15	Jul M16	Aug M17	Sep M18	Okt M19	Nov M20	Dez M21	Jan M22	Feb M23	Mär M24	Apr M25	Mai M26	Jun M27
Phase 1: Initiierung und Aufbau der Evaluationsstrukturen	■	■	■	■	■																						
Erstellen des Evaluationsplans	■	■	■	■																							
Ansprache möglicher Kooperationspartner	■	■	■	■	■																						
Aufsetzen der Kooperationsverträge			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Aufsetzen des Risikomanagements			■	■																							
Aufsetzen des Datenschutzkonzepts			■	■																							
Durchführen der Literaturrecherche	■	■	■	■																							
Erstellen und einreichen des Ethikantrags			■	■																							
Ethikvotum						■	■	■																			
Phase 2: Umsetzung der Evaluation						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Quantitative Patientenbefragung (AP1)						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Qualitative Ärztebefragung (AP2)						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Quantitative Ärztebefragung (AP3)						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Analyse von KH-Qualitätsberichten und KVen/LÄKen-Daten (AP4)										■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Routinedatenanalyse (AP5)										■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Qualitative Patientenbefragung																		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Qualitative Stakeholderbefragung																			■	■	■	■	■	■	■	■	■

Das Gesamtprojekt war in drei aufeinander aufbauende und teilweise überschneidende Phasen gegliedert.

Phase 1: Initiierung und Aufbau der Evaluationsstrukturen

Zunächst wurde in Phase 1 das Projekt initiiert und die Evaluationsstrukturen aufgebaut. Dies beinhaltete das Verfassen eines präzisen Evaluationsplans auf Basis des „Rahmenkonzepts Evaluation bezogen auf Evaluationen nach § 137b SGB V“. Dieser wurde dem Auftraggeber acht Wochen nach Auftragserteilung vorgestellt. Innerhalb von vier Wochen wurde der Evaluationsplan anhand der Änderungswünsche des Auftraggebers angepasst und final vorgelegt.

Die geplante Literaturrecherche in Phase 1 unterstütze insbesondere auch die Entwicklung und Fertigstellung der Fragebögen und Interviewleitfäden. Diese Instrumente mussten durch die Ethikkommission der MHB bewilligt werden, der in einem Turnus von zwei bis drei Monaten tagte. Um den Prozess zu beschleunigen, war vorgesehen zunächst den Evaluationsplan und die vorläufigen Fragebögen für die quantitative Ärzte- und Patientenbefragung einzureichen, da hier eine höhere Dringlichkeit in der Umsetzung bestand. Die finalen Fragebögen wurden nach der Pilotierung nachgereicht (hier entschied die Ethikkommission üblicherweise innerhalb von zwei Wochen im Umlaufverfahren).

In dieser Phase wurden ebenfalls alle potenziellen Kooperationspartner*innen kontaktiert, Kooperationsverträge aufgesetzt und Kooperationen geschlossen. Dieser Schritt stellte die Grundlage für die Durchführung der quantitativen Patientenbefragung dar.

Für die gesamte Strukturierung des Projekts wurde in Phase 1 das Risikomanagement und das Datenschutzkonzept final zusammengestellt. Der Datenschutzbeauftragte der MHB hat am 26. Juli. 2021 die Projektunterlagen für das Datenschutzkonzept aus datenschutzrechtlicher Sicht als uneingeschränkt durchführbar bestätigt.

Die identifizierten Risikoparameter wurden im Laufe des Projekts stets im Rahmen eines Jour fixe nachgehalten und lösten, falls erforderlich, Mitigationsmaßnahmen aus.

Phase 2: Umsetzung der Evaluation

Im Mittelpunkt der Phase 2 stand die Umsetzung der fünf skizzierten Hauptarbeitspakete der Evaluation. Diese Arbeitspakete hatten untereinander keine kritischen Abhängigkeiten. Die quantitative Patientenbefragung und die Routinedatenanalyse waren auf die Zusammenarbeit mit externen Partner*innen angewiesen. Die quantitative Patienten- und Ärztebefragung sowie die qualitative Ärztebefragung waren von der Teilnahmebereitschaft der Erhebungsteilnehmer*innen abhängig.

5.2 Detaillierte Darstellung des Projektverlaufs und Anpassungen

Folgend sind für die zweite Projektphase und die jeweiligen Arbeitspakete die detaillierten Arbeitspläne mit Ihren zeitlichen Anpassungen dargestellt.

Die dargelegten Anpassungen des organisatorischen und zeitlichen Vorgehens dienten unter anderem dem Management der Projektrisiken. Eine Ausführung der Mitigationsmaßnahmen für das Risikomanagement, die durch die organisatorischen Anpassungen Umsetzung fanden, sind im Kapitel 5.3 Risikomanagement dargelegt.

Die Meilensteine des ursprünglichen Evaluationsplans bestätigen sich im Kern (s. Tabelle 5-8). Kleinere Anpassungen hatten keinen Einfluss auf die Projektgesamtlaufzeit.

5.2.1 Rekrutierung der Krankenkassen

In der Tabelle 5-2 ist der detaillierte zeitliche Kooperationsverlauf mit den Krankenkassen und den verbundenen Aktivitäten dargestellt.

Tabelle 5-2: Zeitplan Rekrutierung der Krankenkassen

Projektschritte	2021										2022										2023		
	Apr M1	Mai M2	Jun M3	Jul M4	Aug M5	Sep M6	Okt M7	Nov M8	Dez M9	Jan M10	Feb M11	Mär M12	Apr M13	Mai M14	Jun M15	Jul M16	Aug M17	Sep M18	Okt M19	Nov M20	Dez M21	Jan M22	Feb M23
Ansprache möglicher Kooperationspartner	■	■	■	■	■	■	■	■	■														
Aufsetzen der Kooperationsverträge			■	■	■	■ Pu	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Aufsetzen des Datenschutzkonzepts			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Erstellen und einreichen des Ethikantrags				■																			
Ethikvotum						■	■	■															

Legende

- Ursprüngliche Evaluationsplanung
- Zeitliche Verlängerung oder Verschiebung
- Zeitlich eingeplanter Puffer im ursprünglichen Evaluationsplan

Kapitel 3.3.1 Vorarbeiten berichtet bereits ausführlich über die vom Evaluationskonsortium unternommenen Rekrutierungsschritte, die Krankenkassen für die Teilnahme an der Evaluation zu gewinnen. An dieser Stelle ist ergänzend der detaillierte zeitliche Verlauf dargestellt.

Erläuterung der Abweichungen vom Zeitplan und der Aktivitäten

Die ursprünglich als reine Kontaktierungsphase geplante erste Phase hat sich in eine qualifizierte Kontaktierungsphase einschließlich der Planung des gemeinsamen Vorgehens mit den Krankenkassen entwickelt. Die Aktivitäten haben sich dabei um vier Monate bis in den Dezember 2021 ausgedehnt.

Jede Krankenkasse hatte ihre eigenen Anforderungen an den Zeitplan, an das Datenschutzkonzept und an die weiteren Aktivitäten der Evaluation gestellt. Aus dem individuellen Abstimmungsbedarf und den unterschiedlichen Ressourcenverfügbarkeiten resultierten die zeitlichen Änderungen hinsichtlich des weiteren Vorgehens. Die Evaluation war auf die Kooperation der Krankenkassen angewiesen. Aufgrund des überschaubaren Budgets, das für jede einzelne Kasse zur Verfügung stand, war die Flexibilität des Evaluationskonsortiums gegenüber den Kassen umso wichtiger. Nur auf diesem Weg haben die Krankenkassen ihre Motivation gezeigt an dem Projekt mitzuwirken. Das Aufsetzen der Kooperationsverträge und deren Abarbeitung hat sich auf Grund der benannten individuellen Anforderung der Krankenkassen bis zum Februar 2023 hingezogen. Das Aufsetzen der Datenschutzkonzepte hat sich bis in das Jahr 2022 erstreckt. Auch hier erfolgten individuelle Abstimmungen mit den Krankenkassen.

5.2.2 Quantitative Patientenbefragung (AP1)

In der Tabelle 5-3 ist der detaillierte zeitliche Verlauf mit den Aktivitäten für die quantitative Patientenbefragung dargestellt.

Tabelle 5-3: Zeitplan quantitative Patientenbefragung (AP1)

Projektschritte	2021				2022												2023					
	Sep M6	Okt M7	Nov M8	Dez M9	Jan M10	Feb M11	Mär M12	Apr M13	Mai M14	Jun M15	Jul M16	Aug M17	Sep M18	Okt M19	Nov M20	Dez M21	Jan M22	Feb M23	Mär M24	Apr M25	Mai M26	
Quantitative Patientenbefragung																						
Bestimmen der Ein- und Ausschlusskriterien	■	■	■																			
Erstellen eines statistischen Analyseplans	■																					
Konzeption der Fragebögen	■	■																				
Pilotierung der Fragebögen			■																			
Überarbeiten der Fragebögen				■	■	■																
Erstellung des Plans zur Datenaufbereitung					■	■																
Persönliches Anschreiben der Patienten über GKV-Partner						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Datenaufbereitung									■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Auswertung der Fragebögen (inkl. Interpretation)										■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Auswertung Rücklaufquote der Fragebögen										■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Erstellen des Onlinefragebogens und Informationsmaterial	■	■	■	■																		
Informieren der Zweitmeiner*innen				■	■				■	■												
Optional: Vorbereitung der prospektiven Datenerhebung						■	■	■	■													
Umsetzung der Prospektiven Datenerhebung										■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Legende

- Ursprüngliche Evaluationsplanung
- Zeitliche Verlängerung oder Verschiebung
- Zeitlich eingeplanter Puffer im ursprünglichen Evaluationsplan

Zunächst wurden für die qualitative Patientenbefragung die Ein- und Ausschlusskriterien genauer definiert. Dies bedurfte einer engen Rücksprache mit den kooperierenden Krankenkassen. In einem weiteren Schritt waren die Fragebögen zu konzipieren, zu pilotieren und bei Bedarf zu überarbeiten. Im Anschluss daran wurden diese von den Krankenkassen an die ausgewählten Patient*innen postalisch versandt. Die Kosten hierfür waren in die Kostenkalkulation eingeflossen.

Bevor die Daten eingepflegt werden konnten, wurde ein Konzept zur Datenaufbereitung erstellt. Dies diente als interner Leitfaden für die einheitliche Überführung der Daten in das Auswertungssystem. Waren alle Daten eingepflegt, konnten diese ausgewertet und die Ergebnisse interpretiert werden.

Aufgrund von COVID-19 bestand das Risiko, dass die Anzahl der operativen Eingriffe der Indikationen rückläufig waren.

Um in jedem Fall aussagekräftige Gruppengrößen in der Befragung zu erreichen, war die Projektlaufzeit vorsorglich mit 27 Monaten angesetzt, womit sich bei Bedarf eine zweite Befragungsrunde im Herbst 2022 realisieren ließ. Dies ließ sich im (budgetierten) Projektrahmen durch leichte Anpassungen abbilden. Die Rücklaufzahlen wurden insbesondere für die kritischen Fallzahlengruppen 2 und 3 kontinuierlich ausgewertet. Wäre durch die erste Befragungsrunde die angestrebten Fallzahlen erzielt worden, dann hätte sich die zweite quantitative Patientenbefragung erübrigt und das Projekt wäre in den ursprünglich angesetzten 24 Monaten umgesetzt worden.

Um die Fallzahlgröße zu erhöhen, war eine weitere Option die Umsetzung der prospektiven Datenerhebung. Die Vorbereitung der prospektiven Datenerhebung verlief zeitlich parallel zu der quantitative Patientenbefragung, die in Kooperation mit den Krankenkassen durchgeführt wurde. Die Umsetzung der prospektiven Erhebung der Daten begann, als sich das Ergebnis der ersten retrospektiven quantitativen Patientenbefragung abzeichnete. Die Durchführung dieser zusätzlichen Befragung hatte keinen Einfluss auf die Laufzeit des Gesamtprojekts.

Erläuterung der Abweichungen vom ursprünglichen Zeitplan und der Aktivitäten

Die bereits beschriebenen individuellen Anforderungen der Krankenkassen an die Kooperation führten zu einer verlängerten Datenerhebungsphase. Die Organisation der quantitativen Patientenbefragung, die Datenerhebung, die Datenaufbereitung und

Datenauswertung liefen somit parallel und sukzessive ab. Die erste Befragungsrunde ging fließend in die zweite Befragungsrunde über. Die kontinuierliche Durchführung der quantitativen Patientenbefragung hat den Vorteil, dass das Versenden der Fragebögen, je nach Rücklauf der Fragebögen pro Gruppe, innerhalb des Budgetrahmens nachjustierbar war. Aufgrund der geringen Versichertenzahl der dritten Gruppe (Inanspruchnahme der ZM nach Zm-RL) wurde die Durchführung der prospektiven quantitativen Patientenbefragung aus Sicht des Evaluation-Teams notwendig. Die Feldphase der prospektiven quantitativen Patientenbefragung begann Ende Mai 2022.

5.2.3 Qualitative Ärztebefragung (AP2)

In der Tabelle 5-4 ist der detaillierte zeitliche Verlauf mit den Aktivitäten für die qualitative Ärztebefragung dargestellt.

Tabelle 5-4: Zeitplan der Qualitative Ärztebefragung (AP2)

Projektschritte	2021				2022											
	Sep M6	Okt M7	Nov M8	Dez M9	Jan M10	Feb M11	Mär M12	Apr M13	Mai M14	Jun M15	Jul M16	Aug M17	Sep M18	Okt M19	Nov M20	
Bestimmen der Ein- und Ausschlusskriterien		■	■	■												
Erstellen eines statistischen Analyseplans		■	■	■												
Konzeption der Interviewleitfaden		■	■	■	■	■										
Persönliche Kontaktaufnahme zu Erstmeiner*innen						■	■									
Durchführen der Interviews						■	■	■	■	■	■	■				
Transkribieren und Auswerten der Daten									■	■	■	■	■	Pu	Pu	

Legende

- Ursprüngliche Evaluationsplanung
- Zeitliche Verlängerung oder Verschiebung
- Zeitlich eingeplanter Puffer im ursprünglichen Evaluationsplan
- Zeitliche Planung wurde gestrafft

Die benötigten Informationen für die qualitative Ärztebefragung waren öffentlich zugänglich. Daher bestand hier keine Abhängigkeiten zu externen Partner*innen. Wie auch bei der quantitativen Patientenbefragung wurden vor Beginn der Datenerhebung Ein- und Ausschlusskriterien definiert und im Anschluss daran ein Interviewleitfaden (vgl.

App. 5.1 Qualitative Ärztebefragung Interviewleitfaden) erstellt. Ab Monat 10 wurden die eingeschlossenen Ärzt*innen kontaktiert und bei einer Zusage zeitnah zu einem Interview eingeladen. Diese wurden aufgrund der damaligen COVID-19-Situation sowie aufgrund der räumlichen Distanzen telefonisch durchgeführt. Im Anschluss an das geführte Interview wurden dieses transkribiert und entsprechend der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

Für den Fall einer zu geringen Rückmeldung und einem zweiten Anschreiben der Ärzt*innen zu einem späteren Zeitpunkt war ein Puffer von zwei Monaten vorgesehen.

Um die Teilnahmebereitschaft der Ärzt*innen zu erhöhen, wurde eine Zusammenarbeit mit der KBV bzw. den KVen ersucht. Zudem war es zeiteffizienter über diese Kooperation die Informationen bzgl. der Niederlassungen der Ärzt*innen zu erschließen.

Erläuterung der Abweichungen vom Zeitplan und der organisatorischen Aktivitäten

Alle Ziele -laut Evaluationsplan- wurden eingehalten. Die Planung wurde nach vorne verschoben, um die Ergebnisse der Interviews für die Konzeption der Fragebogenerhebung für die quantitative Ärztebefragung zu nutzen. Dieses Arbeitspaket wurde vor dem geplanten Zeitpunkt November 2022 abgeschlossen.

5.2.4 Quantitative Ärztebefragung (AP3)

In der Tabelle 5-5 ist der detaillierte zeitliche Verlauf mit den Aktivitäten für die quantitativen Ärztebefragung dargestellt.

Tabelle 5-5: Zeitplan AP3 Quantitative Ärztebefragung

Projektschritte	2021				2022										
	Sep M6	Okt M7	Nov M8	Dez M9	Jan M10	Feb M11	Mär M12	Apr M13	Mai M14	Jun M15	Jul M16	Aug M17	Sep M18	Okt M19	Nov M20
Bestimmen der Ein- und Ausschlusskriterien	■														
Erstellen eines statistischen Analyseplans	■														
Konzeption der Fragebögen	■	■		■	■	■									
Erstellen des Online-Fragebogens	■	■					■								
Pilotierung der Fragebögen			■				■	■							
Überarbeiten der Fragebögen				■	■			■							
Erstellung des Plans zur Datenaufbereitung					■			■							
Lokalisieren der Erst- und Zweitmeiner*innen					■				■						
Persönliches Anschreiben der der Erst- und Zweitmeiner*innen					■	■	■ Pu		■						
Datenaufbereitung								■	■	■	■	■ Pu	■ Pu		
Auswertung der Fragebögen (inkl. Interpretation)										■	■	■	■	■ Pu	■ Pu

Legende

- Ursprüngliche Evaluationsplanung
- Zeitliche Verlängerung oder Verschiebung
- Zeitlich eingeplanter Puffer im ursprünglichen Evaluationsplan

Auch für die quantitative Ärztebefragung wurden Ein- und Ausschlusskriterien definiert und Fragebögen (vgl. App. 3.1) sowie ein Onlinefragebogen erstellt. In einem weiteren Schritt wurden diese pilotiert und bei Bedarf überarbeitet.

Erläuterung der Abweichungen vom Zeitplan und der Aktivitäten

Der Zeitplan hat sich verschoben, weil die Ergebnisse der Interviews für die Konzeption des Fragebogens für die quantitative Ärztebefragung genutzt wurden. Zudem hat, wie im Kapitel 5.3.3 beschrieben, COVID-19 die Entscheidung für die Verschiebung beeinflusst. Diese Modifikation hatte keine negativen Auswirkungen auf die Zielerreichung. Das Arbeitspaket konnte wie geplant im November 2022 abgeschlossen werden.

Im Evaluationsplan war eine Aufwandsentschädigung von 14 EUR pro ausgefüllten Fragebogen für die Ärzt*innen vorgesehen. Das vorläufige Zwischenergebnis vom 13.06.2022 bzgl. des Fragebogenrücklaufs war gut und daher der Einsatz der Aufwandsentschädigung obsolet.

5.2.5 Analyse von KH-Qualitätsberichten und KVen/LÄKen-Daten (AP4)

In der Tabelle 5-6 ist der detaillierte zeitliche Verlauf mit den Aktivitäten für die Analyse der KH-Qualitätsberichte und KVen/LÄKen-Daten dargestellt.

Tabelle 5-6: Zeitplan Analyse von KH-Qualitätsberichten und KVen/LÄKen-Daten (AP4)

Projektschritte	2021				2022											
	Sep M6	Okt M7	Nov M8	Dez M9	Jan M10	Feb M11	Mär M12	Apr M13	Mai M14	Jun M15	Jul M16	Aug M17	Sep M18	Okt M19	Nov M20	Dez M21
Analyse von KH-Qualitätsberichten und KVen/LÄKen-Daten																
Datenerhebung aus Qualitätsberichten der Kliniken																
Datenaufbereitung																
Auswertung der erhobenen Daten																

Legende

-  Ursprüngliche Evaluationsplanung
-  Zeitliche Verlängerung oder Verschiebung
-  Zeitlich eingeplanter Puffer im ursprünglichen Evaluationsplan

Die Analyse von KH-Qualitätsberichten und KVen/LÄKen-Daten basiert auf Qualitätsberichten medizinischer Einrichtungen, die ebenfalls öffentlich zugänglich waren und nicht von der Zuarbeit/Verfügbarkeit externer Partner*innen abhingen. Des Weiteren wurde die Verteilung der ZMer anhand öffentlich zugänglicher Portale der KVen ausgewertet.

Das Projektteam definierte vor der Auswertung der Qualitätsberichte erneut die Ein- und Ausschlusskriterien. Anhand dessen wurden die benötigten Informationen entnommen und ausgewertet.

Erläuterung der Abweichungen vom Zeitplan und der Aktivitäten

Die Datenerhebung aus den Qualitätsberichten der Kliniken wurde zeitlich um einen Monat verlagert. Als zweite Quelle zur Datenerhebung (Ermittlung der Zweitmeineranzahl, aufgeschlüsselt nach den KVen) diente die Abfrage durch die KBV bei den jeweiligen KVen (mit anschließender Weiterleitung an die MHB). Die Daten wurden in den Abschlussbericht mit aufgenommen. Aufgrund dieses Vorgehens wurde ein zusätzlicher Puffer von einem Monat eingebaut. Die darauf aufbauende Datenaufbereitung verschob sich deswegen auf den Juli 2022. Der zeitliche Rahmen der Auswertung der erhobenen Daten blieb unverändert.

5.2.6 Routinedatenanalyse (AP5)

In der Tabelle 5-7 ist der detaillierte zeitliche Verlauf mit den Aktivitäten für die Routinedatenanalyse.

Tabelle 5-7: Zeitplan Routinedatenanalyse (AP5)

Projektschritte	2021				2022						2023											
	Sep M6	Okt M7	Nov M8	Dez M9	Jan M10	Feb M11	Mär M12	Apr M13	Mai M14	Jun M15	Jul M16	Aug M17	Sep M18	Okt M19	Nov M20	Dez M21	Jan M22	Feb M23	Mär M24	Apr M25	Mai M26	
Datenerhebung																						
Datenaufbereitung										Pu												
Auswertung der erhobenen Daten															Pu	Pu						

Legende

- Ursprüngliche Evaluationsplanung
- Zeitliche Verlängerung oder Verschiebung
- Zeitlich eingeplanter Puffer im ursprünglichen Evaluationsplan

Bzgl. der Routinedatenanalyse bestand eine Abhängigkeit zu den kooperierenden Krankenkassen. Mögliche Verzögerungen im Rahmen des Kooperationschlusses und der Überlieferung der benötigten Daten waren hier bereits im zeitlichen Puffer eingeplant. Auch eine Vergütung für die Beschaffung der Daten durch z. B. kooperierende Partner ist in die Kostenkalkulation eingeflossen.

Erläuterung der Abweichungen vom Zeitplan und der Aktivitäten

Die verlängerte Datenerhebung erfolgte aufgrund der individuellen Anforderungen der Krankenkassen an die Kooperation. Die individuellen Anforderungen an die Kooperation sind bereits im Kontext der quantitativen Patientenbefragung skizzierte. Die Datenerhebung, Datenaufbereitung und Auswertung der erhobenen Daten liefen parallel und sukzessive ab.

Phase 3: Finale Phase

In Phase 3 des Projekts wurden die erhobenen Daten zusammengeführt, interpretiert und die Forschungsergebnisse gesamthaft formuliert. Ebenfalls ist der Abschlussbericht zu verfassen und dem Auftraggeber vorzustellen.

5.2.7 Projektmeilensteine

Die folgenden Tabelle 5-8 stellt die Meilensteine und die in verbindungstehenden zeitlichen Vereinbarungen mit dem G-BA dar. Die verbindlichen Termine für die Berichterstattung beim G-BA konnten alle gehalten werden. Die Meilensteine, die die Projektumsetzung betrafen, wurden teilweise an die äußeren Umstände und Gegebenheiten zeitlich angepasst. Die Begründungen dafür sind ausführlich im Kapitel 5.2 Detaillierte Darstellung des Projektverlaufs und Anpassungen dargestellt.

Tabelle 5-8: Darstellung der teilweise angepassten Meilensteine

Nr.	Meilenstein	Plan	Angepasst
1	Projektstart	Apr. 2021 Monat 1	Apr. 2021 Monat 1
2	Finale Abgabe des Evaluationsplans	Jul. 2021 Monat 4	Jul. 2021 Monat 4
3	Beginn der qualitativen Ärztebefragung	März 2022 Monat 12	Feb. 2022 Monat 11
4	Beginn der quantitativen Ärztebefragung	Jan. 2022 Monat 10	Mai 2022 Monat 13
5	Beginn der quantitativen Patientenbefragung	Feb. 2022 Monat 11	März. 2022 Monat 12
6	Vorstellen des Zwischenberichts (mit G-BA)	Mär. 2022 Monat 12*	Mai. 2022 Monat 14*
7	Beginn einer optionalen 2. quantitativen Patientenbefragung	Okt. 2022 Monat 19	Okt. 2022 Monat 19
8	Abschluss der Teilnehmerbefragung aus 2. Projektphase (2. quantitative Patientenbefragung)	Dez. 2022 Monat 21	April. 2023 Monat 21
9	Abschluss der Zusammenfassung aller erhobenen Daten	Apr. 2023 Monat 25	Mai. 2023 Monat 25
10	Vorläufige Anfertigung des Abschlussberichtes	Mai 2023 Monat 26	Mai 2023 Monat 26
11	Einreichung und Abschlusspräsentation des Berichts beim G-BA	Jun. 2023 Monat 27	Jun. 2023 Monat 27

* In der G-BA Ergebnisniederschrift vom 06.08.2021, im Nachgang der Abnahme des Evaluationsplans, ist der Monat 14 für die Abgabe des Zwischenberichts dargestellt. Diese Vorgabe wurde vom G-BA festgelegt.

Legende

	Ursprüngliche Evaluationsplanung
	Zeitliche Verschiebung nach hinten
	Zeitliche Planung wurde gestrafft

5.3 Risikomanagement

Das Projekt war mit unterschiedlichen vorab identifizierten Risiken behaftet, die es nicht nur zu beobachten, sondern vor allem auch aktiv zu managen und bei Bedarf zu „entschärfen“ galt.

5.3.1 Risikomatrix per Evaluationsplan

Die Risikomatrix in Abbildung 5-3 stellt die wesentlichen identifizierten Evaluationsrisiken anhand ihrer ex-ante qualitativ eingeschätzten Eintrittswahrscheinlichkeit und Höhe/Wirkung des Risikos auf die Evaluation genauer dar. Mit COVID-19 assoziierte Risiken wurden sowohl als unmittelbares Risiko, insbesondere aber auch als mittelbare Risikokomponenten inkludiert (vgl. hierzu die Erläuterungen im entsprechenden Abschnitt „Einfluss von COVID-19“). In der Tabelle 5-9 sind die Risiken 1-13 beschrieben die auch in der Abbildung 5-3 dargestellt sind.

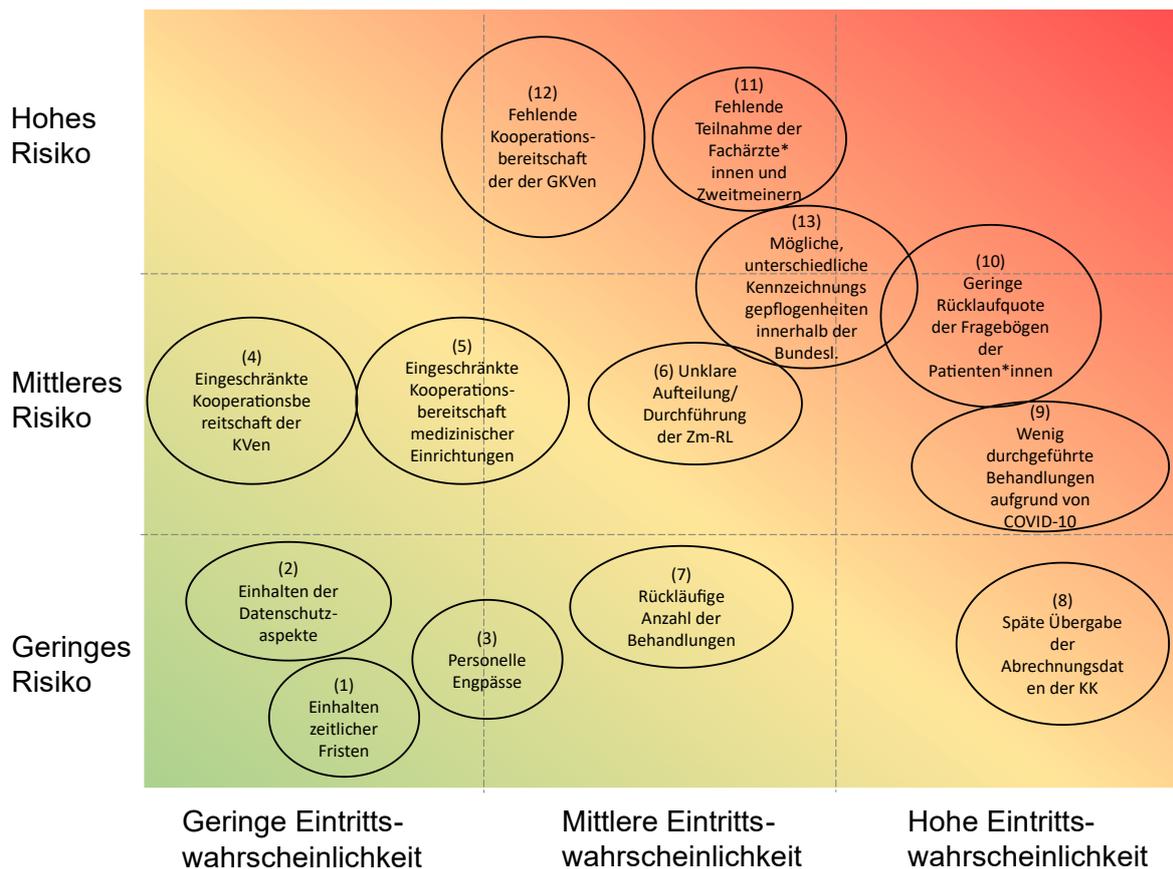


Abbildung 5-3: Eintrittswahrscheinlichkeit der Risiken

Tabelle 5-9: Beschreibung der Projektrisiken

Risiko	Beschreibung
1) Einhalten zeitlicher Fristen (inkl. COVID-Effekte)	Das Einhalten der zeitlichen Fristen beinhaltet insbesondere, dass der Evaluationsplan einschließlich der Verfassung der Berichte entsprechend der zeitlichen Vereinbarungen eingehalten wird. Die Eintrittswahrscheinlichkeit wurde aufgrund des aufgesetzten aktiven Projektmanagement als gering eingestuft. Dazu gehört auch die vorausschauende Personalplanung (vgl. hierzu auch Risiko 3). Naturgemäß war nicht hervorsehbar, ob COVID-19 ggf. zu nicht vorhersehbaren Krankheitsfällen führen würde und aus diesem Grund (überschaubare) Änderungen am Projektplan vorgenommen werden müssten. Jedoch stellte die interne Planung sicher, dass über interne Puffer und teilweise Kompetenzüberlappungen einzelne befristete Ausfälle gut kompensierbar waren, ohne zu einer Verschiebung kommunizierter Fristen/Meilensteine zu führen.
2) Einhalten der Datenschutzaspekte	Das Risiko, dass Datenschutzregeln nicht angemessen berücksichtigt und eingehalten würden, wurde mit einer geringen Eintrittswahrscheinlichkeit bewertet. Das Projekt wurde sowohl in der Planungsphase als auch in der Durchführungsphase intensiv durch den Datenschutzbeauftragten der MHB und der Ethikkommission der MHB begleitet und geprüft. Dies betraf u.a. die verwendeten Daten, deren Erhebung und sämtliche Prozesse im Umgang mit Daten. Die durchgeführte Datenschutzprüfung ergab eine uneingeschränkte Durchführbarkeit der Evaluation. Auf Basis der engmaschigen Begleitung ließ sich das Datenschutzkonzept bei Bedarf auch an besondere Anforderungen der Kooperationspartner*innen wie z. B. der GKVen anpassen.
3) Personelle Engpässe (inkl. COVID-Effekte)	Das Risiko personeller Engpässe bei der Evaluationsdurchführung wurde durch eine vorausschauende Personalplanung (einschließlich der gesicherten Besetzung sämtlicher Stellen ab Beginn der Evaluation) sowie

Risiko	Beschreibung
	<p>die Rückgriffsmöglichkeiten auf den Kandidat*innen- bzw. Mitarbeiter*innenpool der beteiligten Konsortialpartner für den Fall von individuellen Veränderungen, die sich bei einer Laufzeit von bis zu 27 Monaten nie ausschließen ließen, adressiert. Auch hier griff das in Risiko 1 beschriebene aktive Projektmanagement sowie eine vertrauensvolle interne Kommunikation. Auch hier wirkte ein mittelbares COVID-19-Risiko durch Erkrankung von Mitarbeitenden oder Erkrankungen in ihrem unmittelbaren Umfeld, dessen Auswirkungen auf die Evaluation jedoch begrenzt bleiben sollten (vgl. Pufferplanung, Risiko 1).</p>
<p>4) Eingeschränkte Kooperationsbereitschaft der KVen (inkl. COVID-Effekte)</p>	<p>Die Kooperationspartnerschaften der KVen (vgl. auch mit den medizinischen Einrichtungen) haben in der methodischen Grundkonfiguration der Evaluation insgesamt ein geringes Risiko dargestellt, u.a. da die benötigten Daten weitestgehend auch öffentlich zugänglich waren. Informationen bezüglich ausgebildeter EMer und ZMer konnten den öffentlich zugänglichen Portalen der Kassenärztlichen Vereinigung entnommen werden. Konstruktive Kooperationen mit KVen bzw. der KBV haben den Evaluationsablauf vereinfacht, insbesondere bei der Ansprache der Ärzt*innen. Auch hier wirkte COVID-19 mittelbar, wenn es beispielsweise zu personellen Engpässen bei den KVen gekommen wäre und dadurch mögliche Ressourcen für die Unterstützung der Evaluation gefehlt hätten.</p>
<p>5) Eingeschränkte Kooperationsbereitschaft medizinischer Einrichtungen (inkl. COVID-Effekte)</p>	<p>Vgl. Risiko 4 „Eingeschränkte Kooperationsbereitschaft der KVen (inkl. COVID-Effekte)“</p>

Risiko	Beschreibung
6) Unklare Aufteilung/Durchführung der Zm-RL	Die flächendeckende Umsetzung der Zm-RL in einem teilweise föderal organisierten Gesundheitssystem hat insbesondere in der Anfangsphase sowohl in der Durchführung als auch in der Dokumentation ein Umsetzungsrisiko dargestellt. Dieses Risiko hatte eine mittlere Eintrittswahrscheinlichkeit, das bei der Darstellung der Ergebnisse berücksichtigt wurde.
7) Rückläufige Anzahl der Behandlungen (<u>exklusive</u> COVID-Effekte)	<p>Insgesamt deutete die Datenlage zu Beginn der Evaluation, unabhängig von COVID-19, auf einen allgemeinen Rückgang der evaluationsrelevanten Eingriffe hin. Ob und inwieweit sich dieser Grundtrend fortsetzte, ließ sich in einem komplexen, nicht zentral gesteuerten (Gesundheits-)System kaum voraussagen. Gleichzeitig wäre der Effekt für die Durchführung der Evaluation jedoch überschaubar gewesen, da die Fallzahlen im Sinne der Primärindikation (ohne Berücksichtigung von COVID-19) weiterhin hoch genug waren, um eine Evaluation sinnvoll durchführen zu können.</p> <p>Zum Einfluss von COVID-19 auf die Fallzahlen vgl. Risiko 9</p>
8) Späte Übergabe der Abrechnungsdaten der Krankenkassen (inkl. COVID-Effekte)	Ein weiterer risikobehafteter Projektschritt war die Übergabe der ambulanten und stationären Abrechnungsdaten der Krankenkassen. Diese erhielten die Abrechnungsdaten mit einem Nachlauf von ca. 3 bzw. 9 Monaten und konnten sie erst im Anschluss für die Evaluation bereitstellen. Der "reguläre" zeitliche Verzug war im Projektplan berücksichtigt - gleiches galt für mögliche mittlere Verzögerungen in der "Datenkette". Auch hier hätten mögliche personelle Engpässe bei den KVen/GKVen aufgrund von COVID zu Verzögerungen führen können. Da jedoch zumindest der reibungslose Datenfluss der Abrechnungsdaten bis zu den GKVen hohe Priorität genoss, erschien zumindest in diesem Schritt eine das Evaluationsprojekt gefährdende Verzögerung durch COVID-Personalengpässe sehr unwahrscheinlich.

Risiko	Beschreibung
9) Wenig durchgeführte Behandlungen aufgrund von COVID-19	Das Risiko eines Rückgangs der Indikationsstellungen für TE/TT und HE, potenziell begleitet von Zweitmeinungen gemäß Zm-RL sowie der tatsächlich durchgeführten Eingriffe, wurde als hoch eingeschätzt. Nicht zuletzt für dieses Risiko waren bereits bei der Planung der Evaluation aktive Maßnahmen vorgesehen, um möglichst aussagekräftige Fallzahlen zu erreichen, wie z. B. die Ausdehnung der Datenerhebungszeitspanne oder die prospektive Datenerhebung. Der Einfluss von COVID-19 auf die Evaluation wurde im folgenden Abschnitt genauer erläutert.
10) Geringe Rücklaufquote der Fragebögen der Patient*innen	Um ein aussagekräftiges Ergebnis zu erhalten, wurden über alle Gruppen hinweg mindestens 600 ausgefüllte Fragebögen benötigt (2 x 3 x 100). Ein Anreiz für die Patient*innen an der Studie teilzunehmen, war die geplante Incentivierung sowie das Versenden eines Erinnerungsschreibens. Eine weitere Maßnahme, um den Risiken durch niedrige Patientenzahlen zumindest teilweise entgegenzuwirken, war der Einsatz der prospektiven Datenerhebung. Ein Vorteil der prospektiven Datenerhebung im Vergleich zur retrospektiven Datenerhebung lag auch darin, dass sich die Bitte/Hinweis zur Teilnahme an der Evaluation unmittelbar aus dem Behandlungskontext ergab, was insgesamt die Rücklaufquote weiter fördern sollte und es zu keiner Zeitverzögerung durch die Leistungsabrechnung kam.
11) Fehlende Teilnahme der EMer und ZMer (inkl. COVID-Effekte)	Risikobehaftet war die Teilnahme der EMer an den geplanten Interviews, die für die Umsetzung der qualitativen Ärztebefragung benötigt wurden. Die Interviews dauerten ca. 45-60 Minuten und wurden telefonisch durchgeführt. Um einen Anreiz zur Teilnahme zu schaffen, wurden die Interviews mit 50 EUR kompensiert. Gleichzeitig sollte eine Unterstützung des Evaluationsvorhabens durch die KVen/KVB sich positiv auf die grundsätzliche Teilnahmebereitschaft auswirken.

Risiko	Beschreibung
	<p>Verschiedene Studien haben bereits gezeigt, dass eine Aufwandsentschädigung die Teilnahmebereitschaft und -quote erhöht. Die Höhe der Entschädigung ergab sich einerseits aus dem Zusammenhang, dass mit einer Erhöhung der Aufwandsentschädigung die Teilnahmebereitschaft stieg (wobei es bei hohen Beträgen auch zu Deckeneffekten kam), und andererseits aus der Angemessenheit.</p> <p>Falls die Teilnahmequote zu gering ausfallen sollte, wurden die EMer zu einem späteren Zeitpunkt erneut kontaktiert. Die quantitative Ärztebefragung brachte ein ähnlich hohes Risiko mit sich. Auch diesen Ärzt*innen wurde eine Vergütung für die Teilnahme am Fragebogen angeboten. Das Ausfüllen des Fragebogens dauerte bis zu 30 Minuten und wurde mit einer Aufwandsentschädigung von 14 EUR vergütet. Um die Teilnahmebereitschaft der EMer und ZMer an der quantitativen und qualitativen Ärztebefragung zu erhöhen, wurde die Unterstützung von der KBV bzw. den KVen angefragt. Ein offizieller Erstkontakt über die KBV bzw. die KVen bereitete eine gute Grundlage für eine erfolgreiche Durchführung der Befragung.</p> <p>Es bestand das Risiko, dass COVID-19 mit seinen außerordentlichen Belastungen für das System die Ärzt*innen in der Zeitspanne der Befragungsumsetzung teilweise hinderte, an der Studie teilzunehmen.</p>
<p>12) Fehlende Kooperationsbereitschaft der GKVen (inkl. COVID-Effekte)</p>	<p>Die geplanten Kooperationen mit mehreren GKVen stellten die Grundlage für die quantitative Patientenbefragung und die Routinedatenanalyse dar. Hier bestand ein Teilnehmerisiko. Der Aufbau einer Partnerschaft und die Durchführung der Datenbereitstellung und Kontaktaufnahme der Versicherten durch die GKVen waren zeitlich anspruchsvoll und mit einem zeitlichen und personellen Aufwand für die Kooperationspartner*innen verbunden. Ein Ausbleiben von erforderlichen Kooperationen hätte bedeutet, dass die Identifikation und Kontaktaufnahme zu den Patient*innen nicht wie geplant erfolgen konnte und die</p>

Risiko	Beschreibung
	<p>Gewinnung statistisch aussagekräftiger Datenpunkte erschwert worden wäre. Aufgrund der Relevanz der Kooperation der GKVen bei der Datengewinnung waren im Evaluationsplan umfangreiche zeitliche und personelle Ressourcen vorgesehen, um konstruktive Kooperationen zu erreichen und die GKVen bestmöglich zu unterstützen. Gleiches galt auch für die Flexibilität in den Prozessen, um auf spezifische Wünsche einzelner Kassen reagieren zu können.</p> <p>Die Eintrittswahrscheinlichkeit des Risikos wurde im Vorfeld im Spannungsfeld zweier Effekte insgesamt als mittel eingeschätzt: Einerseits sprach für einen Eintritt der unvorhergesehene personelle Aufwand der Kassen bei der Datenbereitstellung und der Kontaktierung der Versicherten. Andererseits sprach dagegen, dass die GKVen und ihr Spitzenverband aktiv an der Erstellung der Zm-RL einschließlich der darin verankerten Evaluation mitgewirkt hatten und – ebenso wie die anderen G-BA Mitglieder/Stakeholder – eine hohe intrinsische Mitwirkungsbereitschaft bestehen sollte aus Sicht der Evaluators.</p> <p>Auch hier war nicht vorhersehbar, inwieweit COVID-19 möglicherweise zu nicht vorhersehbaren Krankheitsfällen bei den GKVen geführt hätte und aus diesem Grund die Kooperation verlangsamt oder nicht zugestimmt worden wäre.</p>
13) Mögliche, unterschiedliche Kennzeichnungsgepflogenheiten innerhalb der Bundesländer	Die Eintrittswahrscheinlichkeit des Risikos der unterschiedlichen Kennzeichnungsgepflogenheiten innerhalb der Bundesländer bei der Leistungsabrechnung wurde nicht zuletzt aufgrund der relativen „Jugend“ der Zm-RL als relativ hoch eingeschätzt.

Einfluss von COVID-19

Die Evaluation fand nicht nur selber in einer aktuell durch die COVID-19 Pandemie beeinflussten Zeitrahmen statt, sie griff dabei auch auf Indikationsstellungen, Zweitmeinungen und Eingriffe zurück, die z.T. bereits während der Pandemiezeit entstanden sind. Insofern waren COVID-19 Risiken besonders zu beachten.

Um die vielschichtigen COVID-19 Risiken abzubilden, gleichzeitig aber logische Zirkelschlüsse zu vermeiden, erfasste die Evaluation die Pandemie-Risiken sowohl direkt, nämlich als Fallzahlrisiko (Risiko 9) und als mittelbares Risiko (Risiken 1, 3, 4, 5, 7, 8, 11, 12).

Das Fallzahlrisiko erfasste den unmittelbaren Einfluss der Pandemie auf die Fallzahlen in den Zm-RL relevanten Eingriffen. COVID-19 wirkte dabei v.a. über drei Mechanismen:

- Eine mögliche Senkung der Fallzahlen für elektive TT/TE und HE durch faktische “Schließung” von Krankenhäusern in den Hochzeiten der Pandemie für elektiver Eingriffe,
- Eine mögliche pandemieinduzierte Herunterpriorisierung von Sprechstunden zu den fraglichen Erkrankungen/Indikationen der betroffenen Fachärzt*innen
- Potentiell reduzierte Möglichkeiten/Motivation von Patient*innen, sich mit Blick auf ihrer Beschwerdelage in ärztliche Behandlung zu begeben bzw. sich einem Eingriff zu unterziehen

Die mittelbaren COVID-19 Risiken, die hier als Teil der (Risiken 1, 3, 4, 5, 7, 8, 11, 12) erfasst wurden, wirkten auf zwei Arten: Zum einen dadurch, dass pandemiebedingt Arbeitskräfte bei den für die Evaluation erforderlichen Kooperationspartner*innen (GKVen, Verbände, Praxen und auch dem Evaluationsteam selber) ausfallen und diese Engpässe eine Teilnahme an der Evaluation verhindern bzw. verzögern. Zum anderen ändern sich durch die Pandemie die Prioritäten in Organisationen – auch hier bestand die mögliche Konsequenz, dass sich daraus Nichtteilnahmen und Verzögerungen ergeben.

5.3.2 Vorab identifizierter Projektrisiken

Das Projekt überwachte und steuerte die per Evaluationsplan identifizierten Risiken mit einem aktiven Risikomanagement. Die folgende Tabelle 5-10 gibt einen Überblick welche

Risiken eingetroffen, nicht eingetroffen oder teilweise eingetroffen sind und – wo angezeigt
– über die eingesetzten Mitigationsmaßnahmen.

Tabelle 5-10: Erkenntnisse aus dem Projektverlauf – Bezug zur Risikomatrix

Risiko	Bemerkung	Eingetreten	Teilweise eingetreten	Nicht eingetreten
1) Einhalten zeitlicher Fristen (inkl. COVID-Effekte)	Die erfolgten zeitlichen Anpassungen waren bewusste Entscheidungen insbesondere mit Blick auf die Zusammenarbeit mit den kooperierenden Krankenkassen und berührten nicht die wesentlichen Fristen des Projekts.		X	
2) Einhalten der Datenschutzaspekte	Durch die aufwändige und umfangreiche Abstimmung zwischen den Parteien und die enge Zusammenarbeit mit dem Datenschutzbeauftragten der MHB bestanden keine erkennbaren Datenschutzrisiken.			X
3) Personelle Engpässe (inkl. COVID-Effekte)	Intern: Das Evaluationskonsortium-Team war planmäßig besetzt. Extern: Personelle Engpässe beeinflussten teilweise die zeitlichen Planungen der kooperierenden Kassen, was sich durch die zeitliche Flexibilisierung der Befragungswellen bzw. der Routinedatenbereitstellung jedoch kompensieren ließ.			X
4) Eingeschränkte Kooperationsbereitschaft der KVen (inkl. COVID-Effekte)	Die KVen unterstützen die Evaluation aktiv. Die Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Rahmen der Rekrutierung von Ärzt*innen für eine Interviewteilnahme verlief erfolgreich. Insgesamt haben sich mithilfe dieser Kooperation bei der Interviewbefragung 122			X

Risiko	Bemerkung	Eingetreten	Teilweise eingetreten	Nicht eingetreten
	Ärzt*innen telefonisch, per E-Mail oder mittels eines Anmeldeformulars auf der Projekthomepage angemeldet.			
5) Eingeschränkte Kooperationsbereitschaft medizinischer Einrichtungen (inkl. COVID-Effekte)	Die benötigten Daten der Kassenärztlichen Vereinigung und medizinischen Einrichtungen waren öffentlich zugänglich. Kooperationspartnerschaften mit den medizinischen Einrichtungen waren aus diesem Grund nicht notwendig.			X
6) Unklare Aufteilung/ Durchführung der Zm-RL	Aus den Interviews mit den indikationsstellenden Ärzt*innen (AP2) lässt sich schließen, dass Ärzt*innen oftmals nicht ausreichend hinsichtlich der Umsetzung der Zweitmeinungsrichtlinie informiert sind, wobei Unklarheiten insbesondere hinsichtlich der Aufklärungspflichten existieren. Dies ist jedoch eher ein Projekt-Ergebnis als ein Projekt-Risiko.	X		
7) Rückläufige Anzahl der Behandlungen (exklusive COVID-Effekte)	Die COVID-Effekte haben zu der rückläufigen Anzahl der Behandlungen beigetragen. Zudem gab es wenig absolute Fälle insbesondere in den Gruppen 3 bei HE und TT/TE. Die prospektive quantitative Patientenbefragung sollte in diesem Zusammenhang als mitigierende Maßnahme dienen.	X		

Risiko	Bemerkung	Eingetreten	Teilweise eingetreten	Nicht eingetreten
8) Späte Übergabe der Abrechnungsdaten der Krankenkassen (inkl. COVID-Effekte)	Ab Mai 2022 übermittelten die Krankenkassen dem Evaluationsteam die Routinedaten. Die Organisation der Übergabe wurde dabei mit jeder einzelnen Krankenkasse abgestimmt. Dies ermöglichte eine bestmögliche Beteiligung sowie möglichst große Zeitfenster auch zum "Import" der Abrechnungsdaten der Leistungserbringer und deren Verarbeitung in den Kassensystemen. Die letzten Routinedaten von einer GKV sind im Mai 2023 übergeben worden, daher ist die Einstufung des Risikos als „teilweise eingetreten“ erfolgt.		X	
9) Weniger durchgeführte Behandlungen aufgrund von COVID-19	Ein Rückgang der Fallzahlen bei den planbaren operativen Mandelentfernungen wurde identifiziert. Die Reduktion der Fallzahlen betrug bis zu 82% im ersten Corona-Lockdown im Frühjahr 2020. Danach blieben die Fallzahlen saisonbereinigt je nach Art der Operation um 18 bis 39% unter dem vorpandemischen Niveau [Windfuhr & Günster 2022].	X		
10) Geringe Rücklaufquote der Fragebögen der Patient*innen	Als Referenz für den erwarteten Rücklauf dienten die Erfahrungswerte aus dem ZWEIT Projekt (10% Rücklauf). Mit dem konservativen Richtwert von 7,5% Rücklauf erfolgten die Planungen für die quantitative Patientenbefragung. Das Rücklaufergebnis liegt bei 10,4% brutto / 9,0% netto. Herausfordern war die Gruppe 2 TT/TE <18. 24 der Fragebögen			X

Risiko	Bemerkung	Eingetreten	Teilweise eingetreten	Nicht eingetreten
	wurden von den Kindern/Jugendlichen ausgefüllt und waren somit nicht auswertbar. Als Mitigationsmaßnahme, damit das Rücklaufziel für die TT/TE Gruppe 2 erreicht werden konnte, haben sich drei Krankenkassen bereit erklärt ein Erinnerungsschreiben an die Patient*innen zu senden. Für die Gruppe 3 HE, TT/TE gab es nicht genügend Fallzahlen. Entsprechend fallen sie aus der Risikobewertung raus.			
11) Fehlende Teilnahme der EMer und ZMer (inkl. COVID-Effekte)	Die EMer und ZMer haben weit über die Erwartungen hinaus Interesse an der Teilnahme an den Interviews gezeigt – nicht zuletzt aufgrund der aktiven Förderung der Evaluation mit den KVen.			X
12) Fehlende Kooperationsbereitschaft der GKVen (inkl. COVID-Effekte)	Insbesondere AOK-en, die Knappschaft, die SBK und die IKK classic unterstützten die Evaluation aktiv. Führende Ersatzkassen sind hingegen nicht zu einer weitgehend entgeltfreien, umfassenden Unterstützung der Evaluation bereit. Die AOK Plus hat die Teilnahme an der Evaluation abgesagt. Daraufhin, als Mitigationsmaßnahme für die quantitative Patientenbefragung, haben sich drei Krankenkassen bereit erklärt ein Erinnerungsschreiben an ihre Versicherten zu senden.		X	

Risiko	Bemerkung	Eingetreten	Teilweise eingetreten	Nicht eingetreten
13) Mögliche, unterschiedliche Kennzeichnungsgepflogenheiten innerhalb der Bundesländer	Aus den Interviews mit indikationsstellenden Ärzt*innen lässt sich schließen, dass diese mit den Abrechnungsmodalitäten der Aufklärung über das Recht auf ZM tendenziell nicht im Detail vertraut sind. Insofern ließen sich Unschärfen in den Abrechnungsdaten nicht ausschließen.	X		

Die folgende Abbildung 5-4 ordnet die Risiken visuell in die drei Kategorien „nicht eingetreten“, „eingetreten“ und „teilweise eingetreten“ ein.

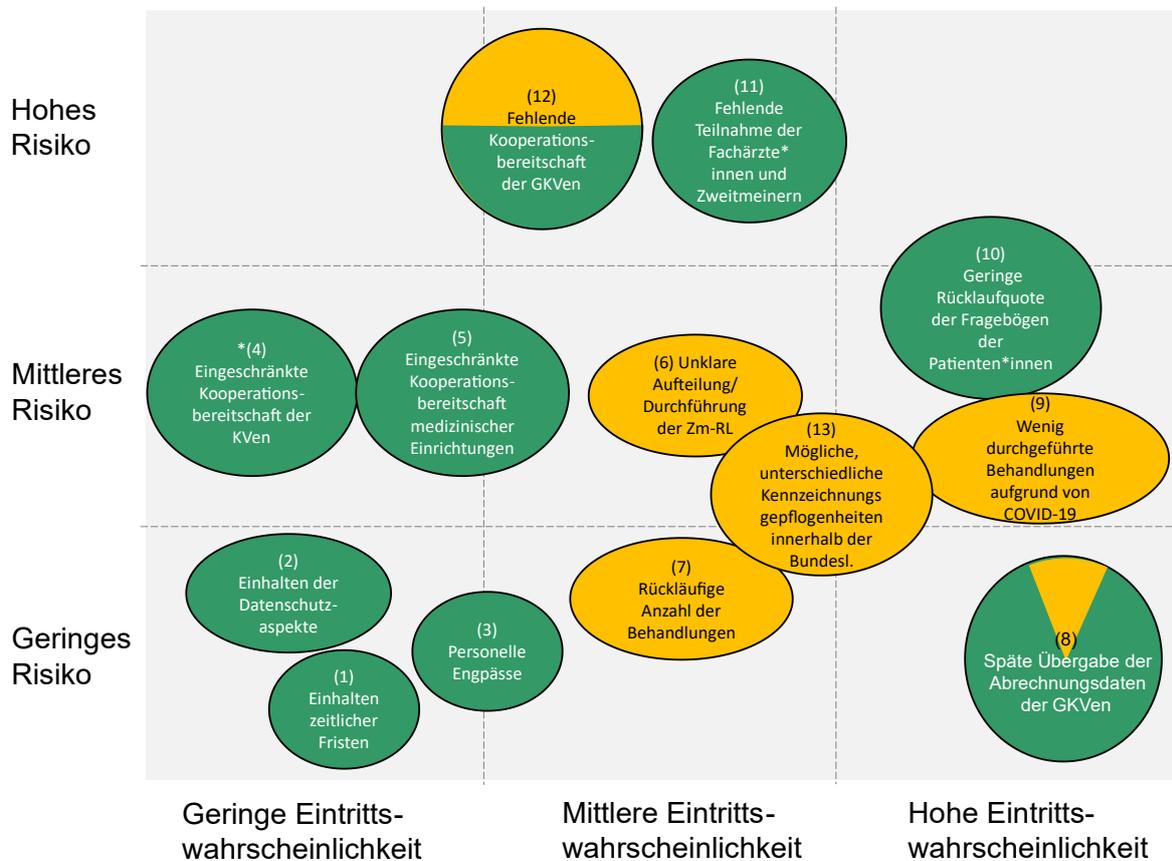
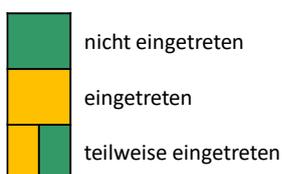


Abbildung 5-4: Bewertung der Risiken

* Risiko 4: Die Ärzt*innen sind nicht verpflichtet eine E-Mail-Adresse bei den KVen zu hinterlegen. Dadurch mussten die Ärzt*innen teilweise postalisch angeschrieben werden.



5.3.3 Sonderbetrachtung der identifizierte Einzelrisiken in Bezug auf COVID-19

Folgend wird der potenzielle Einfluss von COVID-19 explizit innerhalb der identifizierten Einzelrisiken dargestellt.

Risiko 1) Einhalten zeitlicher Fristen

COVID-19 hatte keinen Einfluss auf das Einhalten der zeitlichen Fristen. Dem einzigen Engpass, der sich im Dez. 2021 mit der zweiten „COVID-19 Welle“ bezüglich der quantitativen Ärztebefragung ergeben und sich auf das Einhalten der Fristen hätte auswirken können, wurde mit der passenden Mitigationsmaßnahme entgegengewirkt (vgl. Risiko 11).

Risiko 3) Personelle Engpässe (auch bei Kooperationspartnern)

Personale Engpässe haben sich weder bei den Kooperationspartner*innen noch beim Evaluationskonsortium ergeben. Die GKVen haben COVID-19 nicht als Grund für eine Nichtteilnahme an der Evaluation oder erfolgten Verzögerungen der Zusammenarbeit genannt. Die KVen und die KBV konnten die qualitative und quantitative Ärztebefragung mit ihren Aktivitäten unterstützen, es wurden keine personellen Engpässe an das Evaluationskonsortium kommuniziert.

Risiko 11) Fehlende Teilnahme der Ärztinnen

Der Evaluationsplan vom 02.08.2021 sieht vor, die quantitative Ärztebefragung im Dez. 2021 umzusetzen. Zu diesem Zeitpunkt entfaltete die zweite „COVID-19 Welle“ ihr Höhepunkt und die Arztpraxen haben ihre Ressourcen vorrangig für die Bekämpfung der Pandemie eingesetzt. Vor diesem Hintergrund hat das Evaluationskonsortium umgeplant, um die Befragung vom Dez. 2021 in den Mai 2022 zu verschieben. Diese Mitigationsmaßnahmen hat sich als erfolgreich herausgestellt, der Rücklauf bzgl. der Onlinefragebögen war gut, die entsprechenden zeitlichen Fristen wurden eingehalten.

Das Verschieben der quantitativen Ärztebefragung und der einhergehende Zeitgewinnung im Dez. 2021 stellte die Option für das Evaluationskonsortium dar, Pilotinterviews mit den Kommissionsärzt*innen der KVen durchzuführen. Die zusätzlichen Pilotinterviews dienten der Interviewleitfadenentwicklung für die qualitative Ärztebefragung.

6 Inhaltliche Anpassungen, Anpassungen der Operationalisierung und methodische Erweiterungen des Evaluationsplans im Evaluationsverlauf

In dem folgenden Kapitel werden die inhaltlichen Anpassungen, die Anpassungen der Operationalisierung sowie die methodische Erweiterung zum ursprünglichen Evaluationsplan beschrieben und begründet.

6.1 Inhaltliche Anpassungen

Die inhaltlichen Anpassungen beziehen sich auf die weiterführenden Ergänzungen/Integrationen der Forschungsfragen, die Weiterentwicklung der Evaluationshypothesen sowie auf die Anpassungen der Fragebögen und der Selektionskriterien.

6.1.1 Weiterführende Integration der Forschungsfragen

Im Projektverlauf wurden die im Evaluationsplan formulierten präzisen Fragestellungen aufgegriffen und in Verbindung mit den abgestimmten spezifische Evaluationszielen zu einem einheitlichen Satz (Projektziel-)spezifischer Fragestellungen integriert. Diese Integration hat vor allem systematisierenden Charakter und ist in Kapitel 1.3.2 Spezifische Ziele der Evaluation detailliert auf Einzelfrageneben aufgeführt, so dass eine Wiederholung hier unterbleiben soll.

6.1.2 Weiterentwicklung der Evaluationshypothesen

Die ursprünglichen Evaluationshypothesen wurden im Projektverlauf weiter nachgeschärft. Dabei wurde streng darauf geachtet, dass diese Anpassungen ausschließlich ergänzenden und konkretisierenden Charakter haben und die ursprünglich geplante Tiefe bzw. Breite der Hypothesen keinesfalls eingeschränkt werden oder gar verloren geht.

Darüber hinaus wurden weiterführende Unterhypothesen, die im Evaluationsplan auf diesem Granularitätslevel naturgemäß noch nicht enthalten waren, nebst zugehöriger Bewertungskriterien entwickelt. Die vollständigen Unterhypothesen finden sich bereits in Kapitel 2 Evaluationshypothesen. Dort sind die Hypothesen explizit den Evaluationszielen zugeordnet.

- Die ursprünglich formulierte Hypothese 1 (Die Zm-RL verbessert die informierte Entscheidungsfindung der/des Patient*in bzw. des Erziehungsberechtigten bei der

Indikation TT oder TE) entspricht in dem vorliegenden Abschlussbericht der Haupthypothese 2.

- Hypothese 2 (Die Zm-RL erwirkt eine Abnahme der regionalen Variation der Eingriffshäufigkeiten von TT und TE) entspricht in dem vorliegenden Abschlussbericht der Haupthypothese 5.
- Hypothese 3 (Die Zm-RL verbessert die informierte Entscheidungsfindung der/des Patient*in bei der Indikation HE) entspricht in dem vorliegenden Abschlussbericht der Haupthypothese 1.
- Hypothese 4 (Die Zm-RL erwirkt eine Abnahme der regionalen Variation der Eingriffshäufigkeiten von HE) entspricht in dem vorliegenden Abschlussbericht der Haupthypothese 6.
- Hypothese 5 (ZMer führen zusätzliche Untersuchungen durch, um zu ihrer Indikationsstellung zu gelangen. (auch wenn die Untersuchungen bereits vom/ von der EMer durchgeführt wurden)) entspricht in dem vorliegenden Abschlussbericht der Unterhypothese 23.
- Hypothese 7 (Eine Verlagerung der Behandlung zu zweitmeinenden Institutionen kann nicht identifiziert werden) entspricht in dem vorliegenden Abschlussbericht der Unterhypothese 24, wobei diese erneut angepasst wurde.

Die folgende Tabelle 6-1 gibt einen Gesamtüberblick über die erweiterte Hypothesenstruktur:

Tabelle 6-1: Darstellung der aktualisierten Hypothesen

Hauptthesen	Unterthesen
<p>H1 Die Zm-RL verbessert die informierte Entscheidungsfindung der Patientinnen bei der Indikation der HE.</p> <p>H2 Die Zm-RL verbessert die informierte Entscheidungsfindung der/des Patient*in bzw. des Erziehungsberechtigten bei der Indikation TT oder TE.</p>	<p>U2: Die Informationsbedarfe der Patient*innen werden im Aufklärungsgespräch erfüllt.</p> <p>U3: Die Informationsbedarfe der Patient*innen werden im Zweitmeinungsgespräch nach Zm-RL erfüllt.</p> <p>U14: Patient*innen werden durch die ZM in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt.</p> <p>U5: Die im Rahmen der Aufklärung über das Recht auf ZM eingesetzten Informationsmaterialien sowie die Zusammenstellung der Befundunterlagen unterstützen die Patient*innen bei der informierten Entscheidungsfindung.</p> <p>U6: Die Qualität der Information trägt zu einer informierten Entscheidungshilfe bei.</p>
<p>H3 Die Zm-RL trägt dazu bei, dass medizinisch nicht notwendige Eingriffe vermieden werden.</p>	<p>U15: Medizinisch nicht notwendige Indikationsstellungen bei planbaren Eingriffen sowie die Durchführung von medizinisch nicht gebotenen planbaren Eingriffen können durch die Zm-RL vermieden werden.</p> <p>U16: Evidenzbasierte Leitlinieninhalte werden bei der für die Indikationsstellung und der finalen OP-Empfehlung berücksichtigt.</p>
<p>H4 Die Zm-RL wird vollumfänglich umgesetzt.</p>	<p>U1: Patient*innen werden über Recht auf Einholung einer ZM im Sinne der Zm-RL aufgeklärt.</p> <p>U4: Ärzt*innen klären die Patient*innen entsprechend der Vorgaben der Zm-RL auf.</p> <p>U7: ZMer erbringen eine qualitativ hochwertige ZM und berücksichtigen bei der Erbringung der ZM alle in der Zm-RL aufgeführten Aufgaben.</p> <p>U8: Das Ziel einer vollständigen Durchdringung auf Ebene der EMer wurde erreicht.</p>

Hauptthesen	Unterthesen
	<p>U9: Das Ziel einer vollständigen Implementierung auf Ebene der EMer wurde erreicht.</p> <p>U10: Das Ziel einer vollständigen Umsetzung auf Ebene der EMer wurde erreicht.</p> <p>U11: Das Ziel einer vollständigen Durchdringung auf Ebene der ZMer wurde erreicht.</p> <p>U12: Das Ziel einer vollständigen Implementierung auf Ebene der ZMer wurde erreicht.</p> <p>U13: Das Ziel einer vollständigen Umsetzung auf Ebene der ZMer wurde erreicht.</p>
<p>H5 Die Zm-RL erwirkt eine Abnahme der regionalen Variation der Eingriffshäufigkeiten von TT und TE.</p> <p>H6 Die Zm-RL erwirkt eine Abnahme der regionalen Variation der Eingriffshäufigkeiten von HE.</p>	
<p>H7 Die Versorgung hat sich seit der Einführung der RL verändert.</p>	<p>U17: Die Zm-RL führt dazu, dass Eingriffe zeitlich verzögert durchgeführt werden.</p> <p>U18: Die Zm-RL führt dazu, dass sich Patient*innen mit ihrer Entscheidung sicher fühlen.</p> <p>U19: Die Zm-RL führt dazu, dass vermehrt Drittmeinungen eingeholt werden.</p> <p>U23: ZMer führen zusätzliche Untersuchungen durch, um zu ihrer Indikationsstellung zu gelangen.</p> <p>U24: Eine Verlagerung der Behandlung hin zu zweitmeinenden Institutionen findet statt.</p>
<p>H8 Es gibt keine Hindernisse bei der Umsetzung der Richtlinie.</p>	<p>U20: Richtlinienrelevante Informationen sind für Patient*innen leicht zugänglich.</p> <p>U21: Richtlinienrelevante Informationen sind von den an der Zm-RL beteiligten Stakeholdern inhaltlich abgestimmt.</p>

Hauptthesen	Unterthesen
	U22: Es stehen ausreichend Fachärzt*innen der Gyn und HNO zur Verfügung, die die Voraussetzung erfüllen, um als ZMer zugelassen zu werden.
Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Richtlinie ergeben sich aus der zusammenfassenden Betrachtung der Evaluationsergebnisse	

Im Zuge der Erstellung des Abschlussberichts wurde die Hypothese "U24: Eine Verlagerung der Behandlung hin zu zweitmeinenden Institutionen findet statt." aufgrund einer besseren intuitiven Verknüpfung mit der "H7 Die Versorgung hat sich seit der Einführung der RL verändert." und der damit einhergehenden Lesbarkeit angepasst und das "nicht" aus der Hypothese gestrichen.

6.1.3 Anpassung Fragebogen

Bestimmte, im Evaluationsplan aufgezeigten Inhalte des Patientenfragebogens, werden in die Patienteninterviews verschoben. Diese sind mit jeweiliger Begründung im Folgenden aufgezeigt (s. Tabelle 6-2):

Tabelle 6-2: Umschichtung von Inhalten aus den Patientenfragebögen zur quantitativen Patientenbefragung

In qualitative Patientenbefragung verschobene Inhalte der ursprünglich entworfenen quantitativen Fragebögen	Begründung
<i>Aufklärungsgespräch und Informationsmaterialien/andere Dokumente</i>	
Aushändigung des Patientenmerkmerkblass	Im Fragebogen wird thematisiert, ob auf das Patientenmerkblatt und die Entscheidungshilfen von dem/der erstbehandelnden Ärzt*in aufmerksam gemacht wurde.

In qualitative Patientenbefragung verschobene Inhalte der ursprünglich entworfenen quantitativen Fragebögen	Begründung
	Die Zm-RL sieht jedoch eine Aushändigung des Patientenmerkblatts durch den/die EMer vor. Um den Fragebogen so komprimiert wie möglich zu halten, wird dieser Sachverhalt in die Patienteninterviews verschoben.
Zusammenstellung der Befundunterlagen	<p>Die Nutzung der Befundunterlagen zur Generierung von Informationen für Patient*innen und eine Gesamtbewertung der genutzten Informationsmaterialien wurde abgefragt. Im Fragebogen sollten die Antwortmöglichkeiten so einfach wie möglich gehalten werden, weswegen "Befundunterlagen" als Antwortmöglichkeit verwendet wurde.</p> <p>Die Zusammenstellung der Befundunterlagen wurde im Fragebogen nicht konkretisiert, soll in den Patienteninterviews aufgegriffen werden, insbesondere die Aushändigung der Befundunterlagen und Nutzung dieser Dokumente vom / von dem / der zweitmeinenden Ärzt*in.</p>
<i>ZM</i>	
Bewertung der inhaltlichen Qualität der ZM werden insbesondere die Kriterien Information und Beratung zu Therapiealternativen, Darstellung von Interessenkonflikten, Verwertbarkeit von Befundunterlagen, Qualität der Rückmeldung und den Bericht an Patient*innen durch die/ den ZMer	Aufgrund des umfangreichen Fragebogens und der besonderen Relevanz eines differenzierten Bildes der Personengruppe, welche eine ZM eingeholt hat, werden diese Aspekte in den Patienteninterviews fokussiert. Mittels eines quantitativen Designs kann dieses nur begrenzt erfasst werden.
<i>Erhebung und Darstellung der Behandlungspfade aller Patient*innen</i>	

In qualitative Patientenbefragung verschobene Inhalte der ursprünglich entworfenen quantitativen Fragebögen	Begründung
Versorgungsleistungen, welche nach OP in Anspruch genommen wurden.	Um den Fragebogen so komprimiert wie möglich zu halten, wurde der Behandlungspfad von der Indikationsstellung bis zur Operation gewählt. Versorgungsleistungen, welche nach Operation in Anspruch genommen wurden, sollen differenziert betrachtet werden, weswegen Patienteninterviews genutzt werden, um den Prozess nach der Operation zu beleuchten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass bestimmte Inhalte aus Patientensicht doch differenzierter dargestellt werden müssen als, es im Fragebogen möglich/sinnvoll ist und aus diesem Grund in die Patienteninterviews aufgenommen werden. Zudem ist der bestehende Fragebogen bereits so umfangreich, dass jeweils eine bewusste Abwägung vorzunehmen war, zwischen der durch bestimmte Fragen zu gewinnenden effektiven Zusatzinformation, und der Länge der Fragebögen, die bei langen Fragebögen sowohl Teilnahmebereitschaft als auch Qualität der Auskünfte negativ beeinflusst [Reuband 2014].

Vor der Pilotierung wurde die Frage nach dem Einkommen mit aufgenommen, aufgrund der Bemerkungen aller Proband*innen jedoch wieder entfernt. Zudem gibt es Hinweise, dass die Frage nach dem Einkommen mit dem Abbruch der Befragung bzw. fehlenden Werten im Zusammenhang steht [Bandilla et al. 2009; Tourangeau & Yan 2007]. Zudem sind die Decisional Conflict Scale und die Decision Regret Scale, die den Entscheidungsprozess erfassen sollen aufgrund von kritischen Anmerkungen zur Indikation der HE in der Pilotierungsphase entfernt wurden (vgl. App. 2.4 Vermerk Fragebogenpilotierung). Die Operationalisierung findet nunmehr über die Items der Fragen 6 und 15 statt und kann im Kapitel 3.3.4 Bewertungskriterien (Abschnitt Operationalisierung der informierten Entscheidungsfindung) nachvollzogen werden.

Die Fragen nach dem schulischen und beruflichen Abschluss wurden zusammengefasst, um den Fragebogen möglichst komprimiert zu halten.

6.1.4 Anpassung Selektionskriterien

Die Anpassung der Selektionskriterien erfolgte iterativ in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und Fachärzt*innen bis März 2022 für die quantitative Patientenbefragung und Routinedatenanalyse. Zweck der Nachstrukturierung der Selektionskriterien war eine möglichst identische Aufstellung der Kriterien der quantitativen Patientenbefragung und Routinedaten und damit u. a. eine leichtere Handhabung der Kriterien und Identifikation der Versicherten seitens der Krankenkassen, sowie eine noch konkretere Abbildung der relevanten Patientengruppen.

Im Folgenden sind die Anpassungen bzw. Ergänzungen detailliert aufgelistet (vgl. Tabelle 6-3):

Tabelle 6-3: Anpassungen/Ergänzungen zu den Selektionskriterien mit Begründung

Anpassungen der /Ergänzungen zu den Selektionskriterien	Begründung
<i>Zeiträume</i>	
Die Zeiträume der Abrechnungsdaten wurden für alle Gruppen auf das vierte Quartal 2021 ausgeweitet.	Inkludierung von möglichst aktuellen Fällen unter Berücksichtigung der Abrechnungsmodalitäten der Krankenkassen.
Die Erweiterung des Zeitraums für die Entwicklung der OP-Zahlen (Routinedatenanalyse) bezieht sich zudem zusätzlich auf das komplette Jahr 2016, d. h. die Krankenkassen stellen Abrechnungsdaten vom ersten Quartal 2016 bis vierten Quartal 2021 zur Verfügung.	So kann die Entwicklung der OP-Zahlen drei Jahre vor und drei Jahre nach der Einführung der Zm-RL analysiert werden. Aufgrund der Erweiterung des Zeitraums auf das Quartal 2021 sollte ein genauso großer Abstand vor der Einführung der Zm-RL, wie nach der Einführung der Zm-RL geschaffen werden. Dieses Vorgehen erleichtert die Interpretation und Auswertung der Ergebnisse.
<i>Anpassung bzw. Erweiterung der Gruppen</i>	
Die dritte Gruppe (Inanspruchnahme ZM nach Zm-RL) gliedert sich in G3A und G3B auf.	Zweck dieser Einteilung ist herauszufiltern, welcher/welche Patient*in eine offizielle ZM durch Eigeninitiative in Anspruch genommen hat, obwohl dieser/diese nicht über das Recht

Anpassungen der /Ergänzungen zu den Selektionskriterien	Begründung
	der ZM aufgeklärt wurde. Die Identifizierung dieser „Untergruppe“ erfolgt (auch für die Auswertung) mittels einer Kennzeichnung auf dem Fragebogen.
Die aktualisierten Selektionskriterien beinhalten (abgesehen von G1) eine zusätzliche Erweiterung der Selektion der Gruppen zur möglichen Durchführung eines Eingriffs der jeweiligen Indikation. Die Selektion läuft über die OPS-Codes, um unterscheiden zu können, ob ein Eingriff stattgefunden hat oder nicht.	Da das Zweitmeinungsverfahren indikations- und nicht diagnosegeleitet ist, ist diese Einteilung zwingend notwendig, um die korrekten Versichertengruppen zu identifizieren.
<i>Anpassung bzw. Erweiterung der Ausschlusskriterien</i>	
Die Notfälle stationär und ambulant wurden genauer definiert.	Die Differenzierung der Notfälle wurde aufgrund von Anmerkungen der kooperierenden Krankenkassen getätigt.
Ergänzung „D06 Carcinoma in situ der Cervix uteri“ bei HE	Bei „D06 Carcinoma in situ der Cervix uteri“ handelt es sich um eine maligne Erkrankung, die die Zm-RL für das Zweitmeinungsverfahren generell ausschließt.
Bei der Gruppe 1 wird Gruppe 2 und 3 (mit und ohne Eingriff) als Ausschlussgrund angegeben.	Die Angabe des Ausschlusses von Gruppe 2 und 3 bei Gruppe 1, soll den Krankenkassen eine Hilfestellung geben, um so Überschneidungen und Dopplungen in den Gruppen zu vermeiden.
<i>Erweiterung der Einschlusskriterien</i>	
Zu den Einschlusskriterien bei der Quantitative Patientenbefragung der Gruppe 3 wurden zu den Kennzeichnungen 88200A / 88200B als Symbolnummer alternative Einschlusskriterien hinzugezogen.	Ärzt*innen verwenden diese Kennzeichnungen nicht einheitlich für die Abrechnung. Um dennoch alle Versicherten, die eine ZM in Anspruch genommen haben, zu identifizieren, werden alternative Einschlusskriterien

Anpassungen der /Ergänzungen zu den Selektionskriterien	Begründung
	hinzugezogen. Diese zählen zeitgleich als Ausschlusskriterium für die Gruppe 2, um keine Überschneidungen in den Gruppen zu verursachen.
Im Gegensatz zur quantitative Patientenbefragung werden Verstorbene und Personen, die nicht mehr bei der Krankenkasse versichert sind, in der Routinedatenanalyse berücksichtigt.	Zweck dieser Anpassung ist die Ermittlung der tatsächlichen Eingriffshäufigkeiten in den jeweiligen Gruppen, welche für den Vergleich der Eingriffe vor und nach der Einführung der Zm-RL benötigt werden (dies war zuvor ein Ausschlusskriterium).

Interviews Ärzt*innen

Bei der qualitativen Befragung der Ärzt*innen wurden die Interviews nicht nur mit indikationsstellenden Ärzt*innen, sondern auch mit ZMer geführt. Hier wurden folgende Inhalte fokussiert: Abgabe der ZM, Art der Erbringung der ZM, Berücksichtigung relevanter Parameter bei der Erbringung der ZM.

Fragebogenerhebung Ärzt*innen

Bei der Befragung der ZMer wurde die Frage "Wie erfolgt die Abgabe der ZM in der Regel?" in die Fragebogenerhebung initial aufgenommen. Im Rahmen der Pilotierung sowie auf Grundlage der Interviews wurde dieses Item final ausgeschlossen. Die Ärzt*innen machten darauf aufmerksam, dass die Beurteilung der Patient*innen bzw. die Abgabe der ZM immer individuell erfolgt und man diese Frage nicht pauschal beantworten kann. Dazu würden sich die Patient*innen und ihre Krankheitsgeschichte zu sehr unterscheiden, als dass man hierzu generalisierbare Aussagen treffen könnte.

Darüber hinaus wurde bei der Befragung der EMer noch einmal das Thema der Indikationsqualität fokussiert. Ergebnisse der qualitativen Erhebung wurden in Items umgewandelt und entsprechend dem Fragebogen zugefügt. Fokussiert wurde dabei die Berücksichtigung und Einschätzung der Relevanz von Aspekten bei der Indikationsstellung.

Analyse der KH-Qualitätsberichte

Für die Analyse der Qualitätsberichte wurde ein Cut-Off-Wert von 5 festgelegt: Würde es deutschlandweit weniger als 5 Kliniken mit ZMer geben, hätte die Analyse der Qualitätsberichte nicht stattgefunden, um so die Anonymität der ZMer zu gewährleisten. Die erste Sichtung zur Verortung der ZMer hat ergeben, dass eine Unterschreitung des Cut-Off-Werts von 5 nicht eingetreten ist. Somit werden explorative Interviews mit den an Kliniken tätigen ZMer nicht durchgeführt.

6.1.5 Anpassung Operationalisierungen

Hinsichtlich der Operationalisierung des Informationsbedarfs mittels Informationsquellen und der Operationalisierung der informierten Entscheidungsfindung haben sich Änderungen vom Zwischenbericht zum Abschlussbericht ergeben.

Der Informationsbedarf mittels Informationsquellen wurde nicht verwendet, da nach der Leistungsbeschreibung der “[...] Informationsbedarf der Versicherten orientierten Prozesse gemäß der Zielsetzung nach § 2 Nr. 1-2 (Sicherung des Rechtsanspruches, Information) [...]” im Fokus steht. Zudem wird das andere vorgesehene Item für den Informationsbedarf verwendet, welches den Informationsbedarf im Rahmen der Indikationsstellung erfasst.

Die informierte Entscheidungsfindung sollte ursprünglich wie folgt operationalisiert werden: Frage 5 Denken Sie bitte zurück an das Gespräch mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin, der / die Ihnen eine Gebärmutterentfernung empfohlen hat. Bitte kreuzen Sie das für Sie zutreffende an: *Ich fühlte mich insgesamt gut aufgeklärt*

- Trifft vollständig zu*
- Trifft eher zu*
- Trifft teilweise zu*
- Trifft eher nicht zu*
- Trifft überhaupt nicht zu*

Frage 16 Welche Erfahrung(en) haben Sie damals dabei gemacht?

- Ich war mit der zweiten ärztlichen Meinung zufrieden.*
- Ich war mit der zweiten ärztlichen Meinung unzufrieden.*

Die Variable sollte dabei folgendermaßen codiert werden (s. Tabelle 6-4):

Tabelle 6-4: Ursprünglich geplante Operationalisierung der informierten Entscheidungsfindung

Label	Codierung “informierte Entscheidungsfindung”	Antwortmöglichkeiten Frage 5	Antwortmöglichkeiten Frage 16
Gespräch im Rahmen der Indikationsstellung nicht gut und Zweitmeinungsgespräch nicht gut	0	Trifft eher nicht zu und Trifft überhaupt nicht zu	Ich war mit der zweiten ärztlichen Meinung unzufrieden.
Gespräch im Rahmen der Indikationsstellung nicht gut und Zweitmeinungsgespräch gut	1	Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu	Ich war mit der zweiten ärztlichen Meinung zufrieden.
ODER			
Gespräch im Rahmen der Indikationsstellung gut und Zweitmeinungsgespräch gut		Trifft vollständig zu Trifft eher zu Trifft teilweise zu	Ich war mit der zweiten ärztlichen Meinung unzufrieden.
Gespräch im Rahmen der Indikationsstellung gut und Zweitmeinungsgespräch gut	2	Trifft vollständig zu, Trifft eher zu, Trifft teilweise zu	Ich war mit der zweiten ärztlichen Meinung zufrieden.

Da bei der Frage 16 *“Welche Erfahrung(en) haben Sie damals dabei gemacht? Ich war mit der zweiten ärztlichen Meinung zufrieden / Ich war mit der zweiten ärztlichen Meinung unzufrieden.”* eine hohe Anzahl an Missings sowohl bei der Indikation HE als auch bei der Indikation TT/TE vorhanden sind, wurde die Operationalisierung nicht wie gedacht vorgenommen. Die Frage 5 *Denken Sie bitte zurück an das Gespräch mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin, der / die Ihnen eine Gebärmutterentfernung empfohlen hat. Bitte kreuzen Sie das für Sie zutreffende an: Ich fühlte mich insgesamt gut aufgeklärt.*

- Trifft vollständig zu*
- Trifft eher zu*
- Trifft teilweise zu*
- Trifft eher nicht zu*
- Trifft überhaupt nicht zu*

wird für Zusammenhangsanalysen herangezogen. Um den Zweitmeinungsprozess zu inkludieren, wird die Frage

Welche Erfahrung(en) haben Sie damals dabei gemacht?

Die zweite ärztliche Meinung hat die erste Meinung bestätigt.

- Ja*
- Nein*

herangezogen. Hierbei wird davon ausgegangen, dass mit einer Bestätigung der ersten ärztlichen Meinung mit der zweiten ärztlichen Meinung eine informierte Entscheidungsfindung stattfindet. Limitationen hierzu sind im Kapitel 12 Limitationen der Evaluationsstudie zu finden. Zudem wird nicht zwischen Eingriff und kein Eingriff unterschieden, um eine möglichst große Stichprobe für die Zusammenhangsanalysen beizubehalten. Die Items für die informierte Entscheidungsfindung werden nicht operationalisiert und in separaten Zusammenhangsanalysen verwendet. Bei Verwendung einer linearen oder logistischen Regression wird die Frage 16 als Kontrollvariable in die Berechnung mit aufgenommen.

6.2 Methodische Erweiterungen

Die methodische Erweiterung beinhaltet zwei Ergänzungspakte zum ursprünglichen Evaluationsdesign. Dies ist erstens die qualitative Patientenbefragung (Ergänzungspaket 1) und zweitens die qualitative Stakeholderbefragung (Ergänzungspaket 2). Darüber hinaus wurden im Abschlussbericht die Bewertungskriterien für die U21 und U23 um zwei Items bzw. ein Thema ergänzt.

6.2.1 Qualitative Patientenbefragung (Ergänzungspaket 1)

In Ergänzung zum Evaluationsplan wurde der Evaluation die qualitative Datenerhebung mit Patient*innen hinzugefügt. Basierend auf den Erfahrungen der Pilotierung, mit Blick auf die teilweise überschaubaren Fallzahlen in der quantitativen Patientenbefragung sowie um den Anforderungen der geschärften Fragestellungen und der Unterhypothesen gerecht zu werden, wird der ursprüngliche Evaluationsplan um ein ergänzendes Patienten-Befragungspaket (qualitative Patientenbefragung) erweitert. Eine erweiterte Datenerhebung mittels qualitativer Interviews dienen der differenzierten und detaillierten Darstellung der Versorgungsrealität aus Sicht der Patient*innen. Damit verbunden können im Gegensatz zu der quantitativen Patientenbefragung bspw. Patientenpfade eingehender dargestellt und Informationsbedürfnisse der Patient*innen spezifisch identifiziert werden. Darüber hinaus können mithilfe von Interviews vermeintliche Fehlinterpretationen von Fragen umgangen werden, weil die Möglichkeit der individuellen Nachfrage besteht (detaillierte Informationen siehe Tabelle 6-5).

Tabelle 6-5: Qualitative Patientenbefragung (Ergänzungspakte 1)

Projektschritte	2022				2023				
	Sep M18	Okt M19	Nov M20	Dez M21	Jan M22	Feb M23	Mär M24	Apr M25	Mai M26
Qualitative Patientenbefragung									
Bestimmen der Ein- und Ausschlusskriterien									
Erstellen eines statistischen Analyseplans									
Konzeption des Interviewleitfadens									
Persönliche Kontaktaufnahme zu Patient*innen									
Durchführen der Interviews									
Transkribieren und Auswerten der Daten									

Legende

	Umsetzungsphase der Arbeitspakete
--	-----------------------------------

6.2.2 Qualitative Stakeholderbefragung (Ergänzungspaket 2)

Um die Sichtweisen der nicht durch die im Evaluationsplan enthaltenen qualitative/quantitativen Befragungen erfassten Stakeholder systematischer berücksichtigen zu können, wurde eine zusätzliche qualitative Erhebung dieser Zielgruppe geplant (detaillierte Informationen siehe Tabelle 6-6). Darüber hinaus wurde ein Kurzfragebogen in das Ergänzungspaket 2 aufgenommen, welchen die Stakeholder alternativ zum Interview beantworten können.

Tabelle 6-6: Qualitative Stakeholderbefragung (Ergänzungspaket 2)

Projektschritte	2022				2023				
	Sep M18	Okt M19	Nov M20	Dez M21	Jan M22	Feb M23	Mär M24	Apr M25	Mai M26
Qualitative Stakeholderbefragung									
Bestimmen der Ein- und Ausschlusskriterien									
Erstellen eines statistischen Analyseplans									
Konzeption des Interviewleitfadens und Kurzfragebogens									
Persönliche Kontaktaufnahme zu Stakeholdern									
Durchführen der Interviews/Fragebogenerhebung									
Transkribieren und Auswerten der Daten									

Legende

	Umsetzungsphase der Arbeitspakete
--	-----------------------------------

6.2.3 Erweiterung der Bewertungskriterien

Für die Unterhypothesen U21 "Richtlinienrelevante Informationen sind von den an der Zm-RL beteiligten Stakeholdern inhaltlich abgestimmt." und U23 " ZMer führen zusätzliche Untersuchungen durch, um zu ihrer Indikationsstellung zu gelangen." wurden die Bewertungskriterien um folgende Items bzw. Themen erweitert:

- U21
 - Kurzfragebogen, Item: Stimmen Sie sich mit Akteur*innen anderer Institutionen zu den zur Verfügung stehenden Zweitmeiner*innen ab? Ja/Nein
 - Kurzfragebogen, Item: Mit welchen Akteur*innen stimmen Sie sich zu den zur Verfügung stehenden Zweitmeiner*innen ab? Nennen Sie diese bitte stichpunktartig. Freitextangabe
- U23
 - Qualitative Patientenbefragung, Interviewleitfaden Themen: Erleben der Zweitmeinung

7 Ablaufbeschreibung

Die folgende Ablaufbeschreibung Abbildung 7.1 ist eine visuelle Zusammenfassung der beiden Kapitel 5.2 Organisatorischer und zeitlicher Ablaufplan sowie 6. Inhaltliche Anpassungen, Anpassungen der Operationalisierung und methodische Erweiterungen des Evaluationsplans im Evaluationsverlauf.

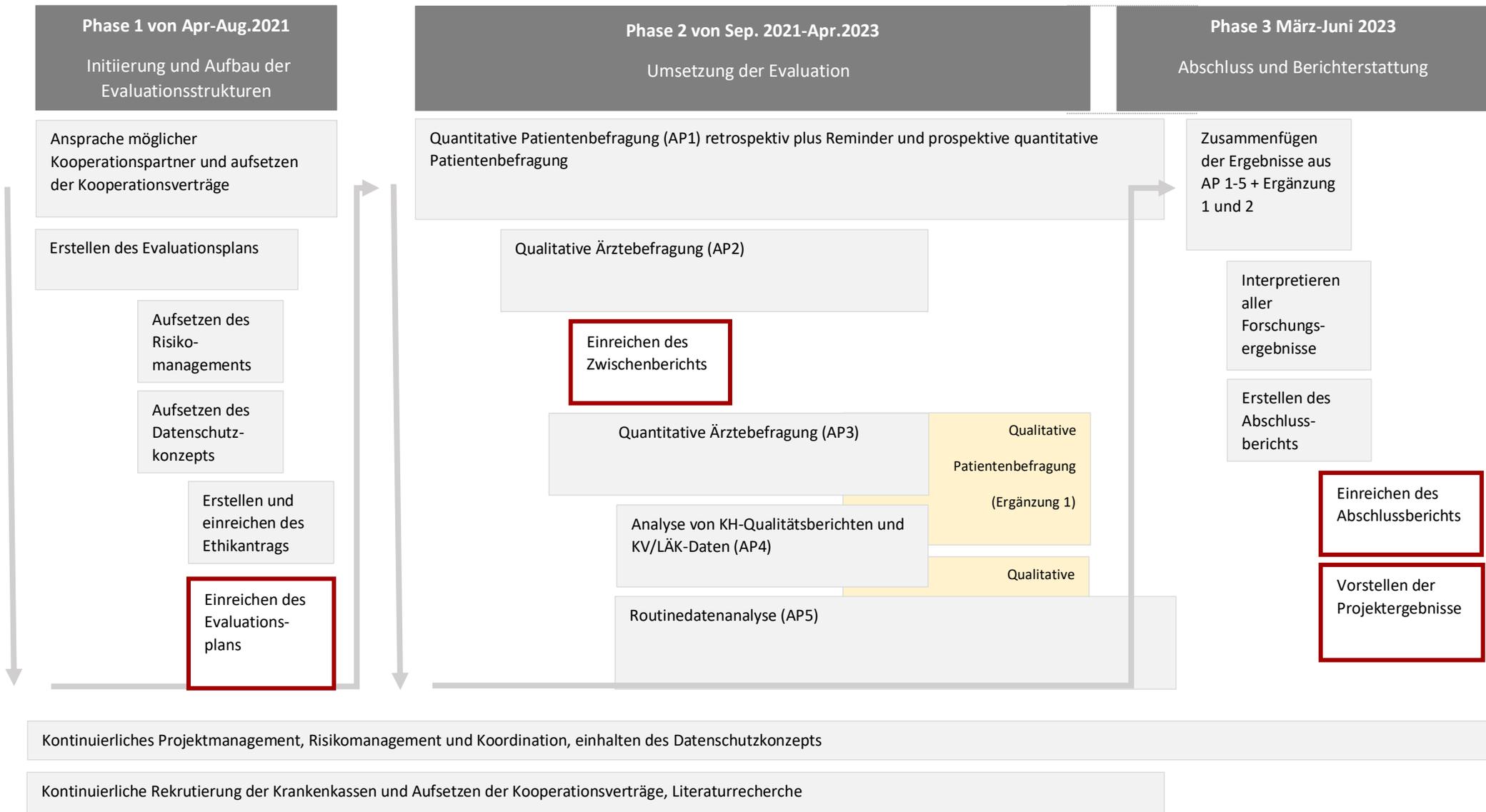


Abbildung 7-1: Ablaufbeschreibung

- Legende**
- Projektphase
 - Projektaktivitäten
 - Wichtigsten Meilensteine
 - Methodische Erweiterung

8 Ergebnisse der Evaluation

Dieses Kapitel umfasst die Ergebnisse der Evaluation.

8.1 Deskriptive Datenbeschreibung

Die deskriptive Datenbeschreibung stellt die Stichprobenbeschreibung der quantitativen Patientenbefragung, der qualitativen Patientenbefragung, der quantitativen Ärztebefragung, der qualitativen Ärztebefragung, die Daten der KVen-Webseiten und KH-Qualitätsberichte, der Stakeholderbefragung sowie der Routinedaten dar.

8.1.1 Daten der quantitativen Patientenbefragung

Folgende Krankenkassen hatten bei der Rekrutierung der Patient*innen unterstützt: AOK Hessen, AOK Baden-Württemberg, AOK Niedersachsen, SBK, IKK classic und die Knappschaft. Die Krankenkassen stellen gemeinsam eine Marktabdeckung von 20,1% der GKV-Versicherten in Deutschland dar. Durch diese Krankenkassen hatten 6.920 Patient*innen einen Fragebogen erhalten und 720 (brutto) Fragebögen waren bei den Evaluator*innen eingegangen. Davon hatten 620 (netto) Fragebögen die Einschlusskriterien erfüllt und waren somit auswertbar. Daraus ergab sich eine Brutto-Rücklaufquote von 10,4% und eine Netto-Rücklaufquote von 9,0% (s. Tabelle 8-1).

Tabelle 8-1: Darstellung des Rücklaufs der Fragebögen nach Indikation und Gruppen

Gruppen	Anschreiben und Rücklauf	HE	TT/TE	Von TT/TE Erziehungsberechtigte	Von TT/TE Erwachsene	Gesamt Ergebnis
G1 Keine ZM ohne Aufklärung	Angeschrieben	1386	2780	1189	1591	Gesamt angeschrieben 6920 Ø Rücklauf brutto 720 (10,4%) netto 620 (9,0%)
	Rücklauf (Ziel 100)	brutto 237 (17,1%)	brutto 216 (7,8%)	brutto 116 (9,8%)	Brutto 100 (6,3%)	
		netto 210 (15,2%)	netto 184 (6,6%)	netto 112 (9,4%)	Netto 72 (4,5%)	
G2 Keine ZM mit Aufklärung	Angeschrieben	970	1691	712	979	
	Rücklauf (Ziel 100)	brutto 133 (13,7%)	brutto 119 (7,0%)	brutto 73 (10,3%)	Brutto 46 (4,7%)	
		netto 115 (11,9%)	netto 99 (5,9%)	netto 65 (9,1%)	Netto 34 (3,5%)	
G3 Mit ZM	Angeschrieben	61	32	15	17	
	Rücklauf (Ziel 100)	brutto 12 (19,7%)	brutto 3 (9,4%)	brutto 0 (0,0%)	Brutto 3 (17,6%)	
		netto 9 (14,8%)	netto 3 (9,4%)	netto 0 (0,0%)	Netto 3 (17,6%)	

An der prospektiven Patientenbefragung hatten insgesamt acht Personen teilgenommen. Drei Personen mit der Indikation HE, fünf Personen mit den Indikationen TT/TE (davon drei bei den Erwachsenen und zwei bei den Erziehungsberechtigten). Hierbei wurde eine Person (TT/TE Erwachsene) ausgeschlossen, weil sie bei dem Jahr des Gesprächs der Indikationsstellung 1995 angegeben hat.

Insgesamt wurde die Teilnahme mittels Paper-Pencil-Fragebogen von den eingeladenen Personen bevorzugt. So hatten bei der Indikation HE 284 Personen (84,3%) den Papierfragebogen und 53 Personen (15,7%) die Online-Version genutzt. Bei den Indikationen TT/TE hatten insgesamt 208 Teilnehmende (71,7%) - davon 103 Erwachsene, 105 Erziehungsberechtigte - den Papierfragebogen und 82 (28,3%) - davon acht Erwachsene und 74 Erziehungsberechtigte - den Online-Fragebogen ausgefüllt.

Quantitative Patientenbefragung: Stichprobenbeschreibung HE

Die Bruttostichprobe betrug 382 Fragebögen (ohne prospektiver Patientenbefragung). Die Nettostichprobe beträgt 334 Fragebögen, inkl. prospektiver Patientenbefragung 337 Fragebögen. Insgesamt wurden 45 Fragebögen ausgeschlossen. Die Ausschlusskriterien können im Kapitel 3.3.2.1 Quantitative Patientenbefragung nachvollzogen werden. Der Großteil der Fragebögen (n=41) ist aufgrund der Angabe des Datums des Gesprächs für die Empfehlung des Eingriffs entfernt wurden. D.h. wenn eine Person angegeben hat, dass die Empfehlung des Eingriffs vor Dezember 2018 ausgesprochen wurde, erfolgte der Ausschluss des Fragebogens. Da die Zm-RL im Dezember 2018 beschlossen wurde, wurden Angaben davor als nicht richtlinienrelevant beurteilt.

Die nachfolgende Stichprobenbeschreibung bezog sich auf die Nettostichprobe. Die Ergebnisdarstellungen beinhalteten auch den prozentualen Anteil von den Personen, die keine Angaben gemacht hatten. Die Stichprobe setzte sich aus den folgenden Patientengruppen zusammen. Der Gruppe G1 (keine ZM nach RL, nicht aufgeklärt über Recht auf ZM) wurden 210 (62,3%) Personen, der Gruppe G2 (keine ZM nach RL, aufgeklärt über Recht auf ZM) 115 (34,1%) Personen, der Gruppe G3A (ZM nach RL, aufgeklärt über Recht auf ZM) wurden drei (0,9%) Personen, der Gruppe G3B (ZM nach RL, nicht aufgeklärt über Recht auf ZM) wurden 6 (1,8%) Personen und der Gruppe G3C (mit ZM, prospektive Patientenbefragung) wurden drei (0,9%) Personen zugeordnet. Die Abbildung 8-1 illustriert die Verteilung der Patientengruppen.

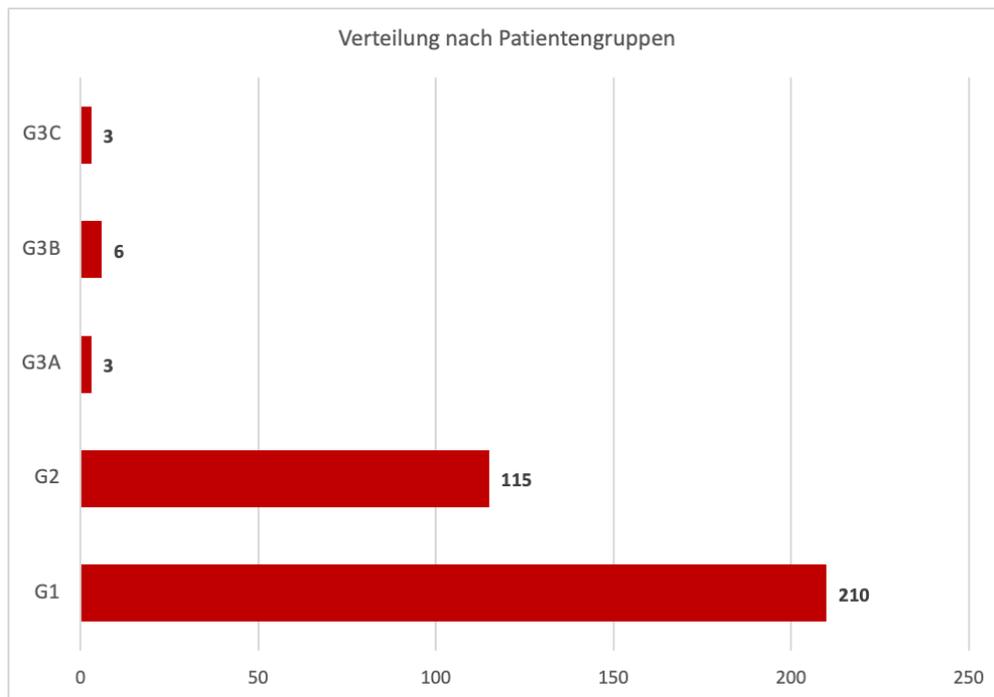


Abbildung 8-1: Verteilung der Stichprobe nach Patientengruppen bei HE G1: keine ZM nach RL, nicht aufgeklärt über Recht auf ZM; G2: keine ZM nach RL, aufgeklärt über Recht auf ZM; G3A: ZM nach RL, aufgeklärt über Recht auf ZM G3B: ZM nach RL, nicht aufgeklärt über Recht auf ZM; G3C: prospektive Patientenbefragung (mit ZM); Angaben in absoluten Zahlen; n=290

Der Großteil der Befragten kam aus Baden-Württemberg (33,8%, n= 103), Niedersachsen (26,2%, n=80) und Hessen (13,4%, n=41). Eine detaillierte Auflistung der Verteilung kann der Abbildung 8-2 entnommen werden. Aus den Bundesländern Bremen und Saarland nahmen keine Personen an der Befragung teil.

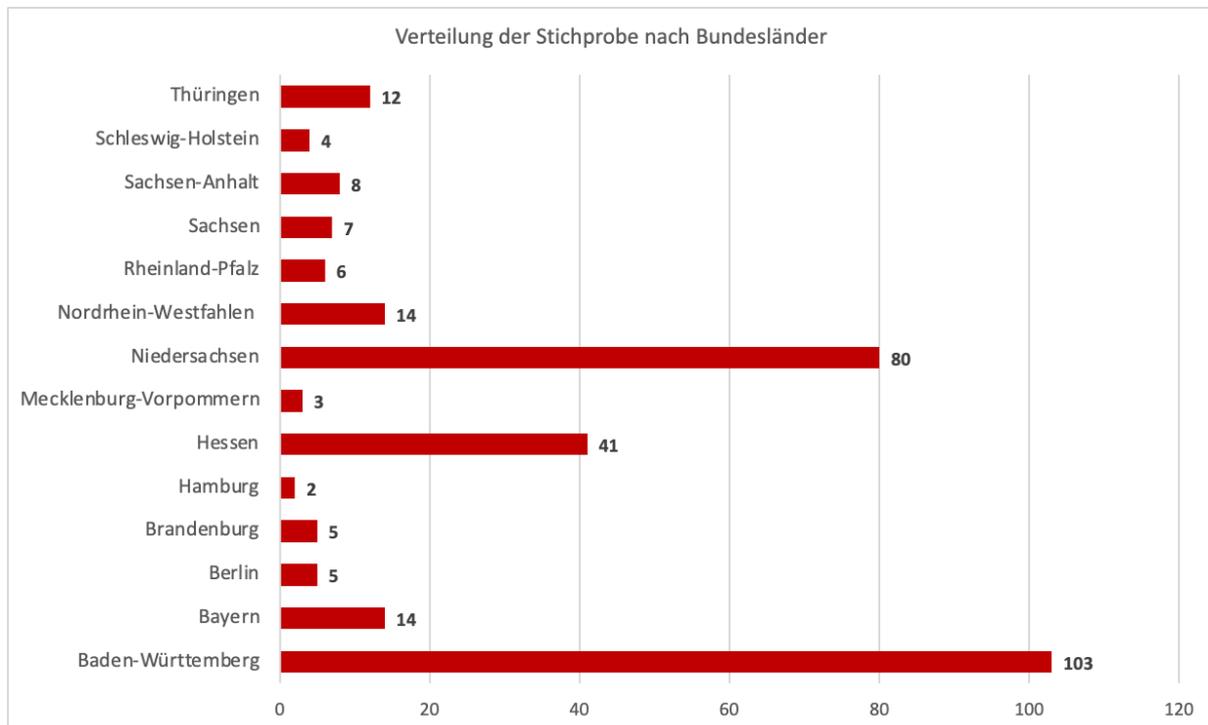


Abbildung 8-2: Verteilung der Stichprobe nach Bundesländern bei HE; Angaben in absoluten Zahlen; n=304; keine Angabe: 33

Im Folgenden wird die Größe des Wohnorts aufgezeigt, in dem sich die Teilnehmenden befanden. 39,2% (n=132) lebten in einer ländlichen Region (Gemeinde unter 5.000 Einwohner), 21,7% (n=73) lebten in einer Kleinstadt (5.000 – 20.000 Einwohner), 24,6% (n=83) lebten in einer Mittelstadt (20.000 – 100.000 Einwohner), 9,2% (n=31) lebten in einer Großstadt (100.000-1.000.000 Einwohner) und 2,7% (n=9) lebten in einer Millionenstadt (über 1.000.000 Einwohner). Die Abbildung 8-3 zeigt die Verteilung der Stichprobe nach der Größe des Wohnortes.

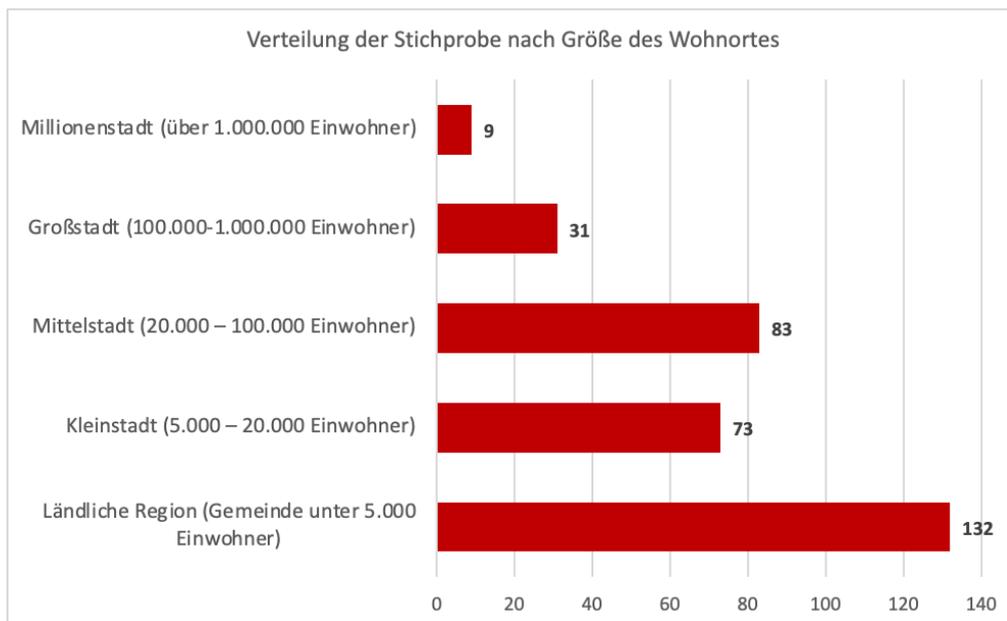


Abbildung 8-3: Verteilung der Stichprobe nach Größe des Wohnortes bei HE; Angaben in absoluten Zahlen, n=328; keine Angabe: 9

Das Durchschnittsalter betrug 52,2 Jahre ($n=328$). Der Median lag bei 50,0 Jahren, die Standardabweichung betrug 10,6 Jahre. Die Teilnehmer lagen in einer Altersspanne von 31 Jahren bis 84 Jahren. Die Abbildung 8-4 zeigt die Altersverteilung der Stichprobe.

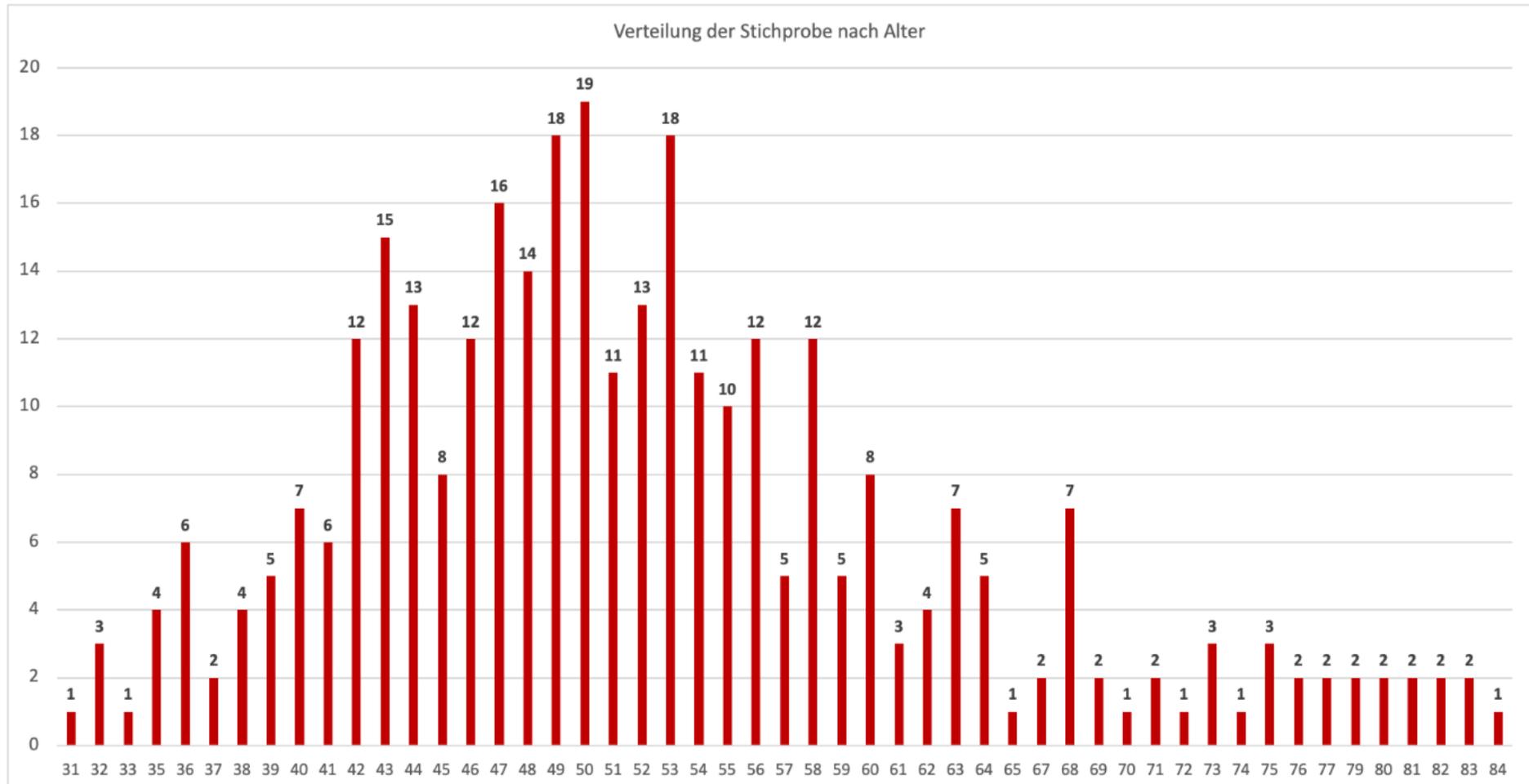


Abbildung 8-4: Verteilung der Stichprobe nach Alter bei HE; Angaben in absoluten Zahlen, $n=328$; keine Angabe: 9

70,6% (n=238) waren davon verheiratet und lebten zusammen, 3% (n=10) waren davon verheiratet und lebten getrennt. 11,3% (n=38) waren geschieden, 3,9% (n=13) waren verwitwet und 9,2% (n=31) waren ledig. Eine detaillierte Auflistung der Verteilung kann der Abbildung 8-5 entnommen werden.



Abbildung 8-5: Verteilung der Stichprobe nach Familienstand bei HE; Angaben in absoluten Zahlen, n=330; keine Angabe: 7

3,3% (n=11) der Patient*innen hatten keinen Abschluss, 9,8% (n=33) hatten einen Hauptschulabschluss, 13,9% (n=47) hatten einen Realschulabschluss, 4,5% (n=15) hatten ein Abitur abgeschlossen, 49% (n=165) hatten eine abgeschlossene Ausbildung und 10,1% (n=34) hatten ein abgeschlossenes Studium. 5,9 % (n=20) hatten angegeben, dass sie einen anderen Schulabschluss haben. Eine detaillierte Auflistung der Verteilung kann der Abbildung 8-6 entnommen werden.



Abbildung 8-6: Verteilung der Stichprobe nach Bildungsstand bei HE; Angaben in absoluten Zahlen, n=325; keine Angabe: 12

Insgesamt wurde eine HE bei 307 (91,1%) Personen durchgeführt. 20 (5,9%) Personen gaben an, dass keine HE bei Ihnen durchgeführt wurde (s. Abbildung 8-7). Neun (2,7%) Personen machten keine Angabe. In der prospektiven Patientenbefragung (n=3) wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie planen, eine HE durchführen zu lassen. Eine Person gab an, dass sie eine HE durchführen lassen wird, eine Person gab an, dass sie keine HE durchführen lassen wird und eine Person war sich unsicher. Die Personen, die angaben, dass sie einen bzw. keinen Eingriff durchführen lassen werden, wurden in die Berechnung inkludiert.

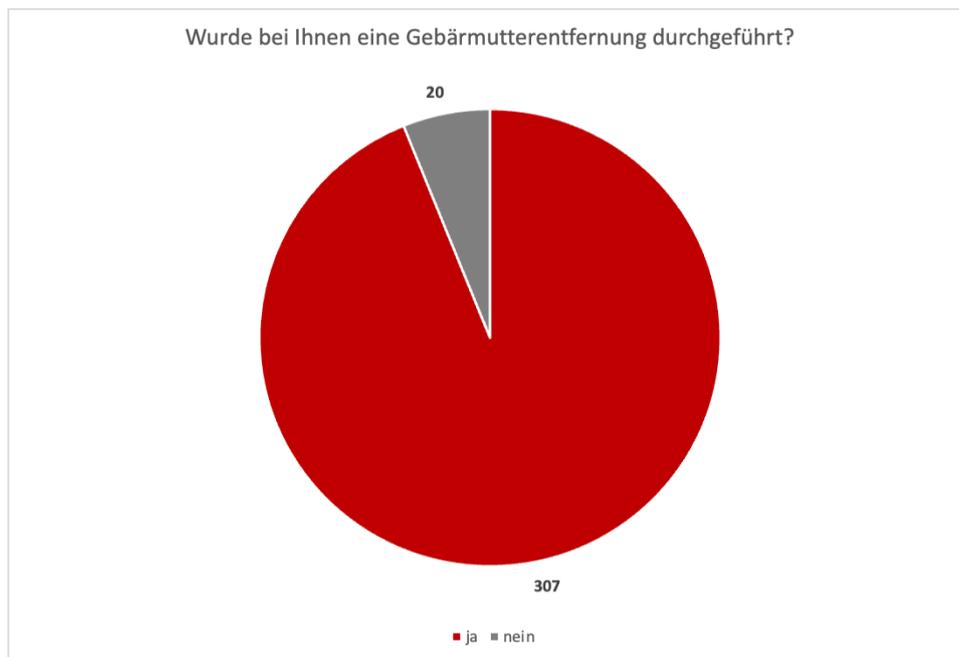


Abbildung 8-7: Anzahl der Personen mit und ohne Eingriff bei HE; Angaben in absoluten Zahlen, n=337; keine Angabe: 10

48,1% (n=162) der Teilnehmenden gaben an, dass der Eingriff aufgrund von Myomen durchgeführt wurde. Bei 10,7% (n=36) lag eine Endometriose zugrunde. 26,1% (n=88) gaben an, eine Gebärmutter senkung gehabt zu haben. 41,2% (n=139) litten unter starken Regelblutungen. 25,5% (n=86) gaben an, dass andere Symptome oder eine andere Grunderkrankung zugrunde lagen und 1,8% (n=6) gaben an, nicht zu wissen, warum sie operiert wurden (s. Abbildung 8-8).

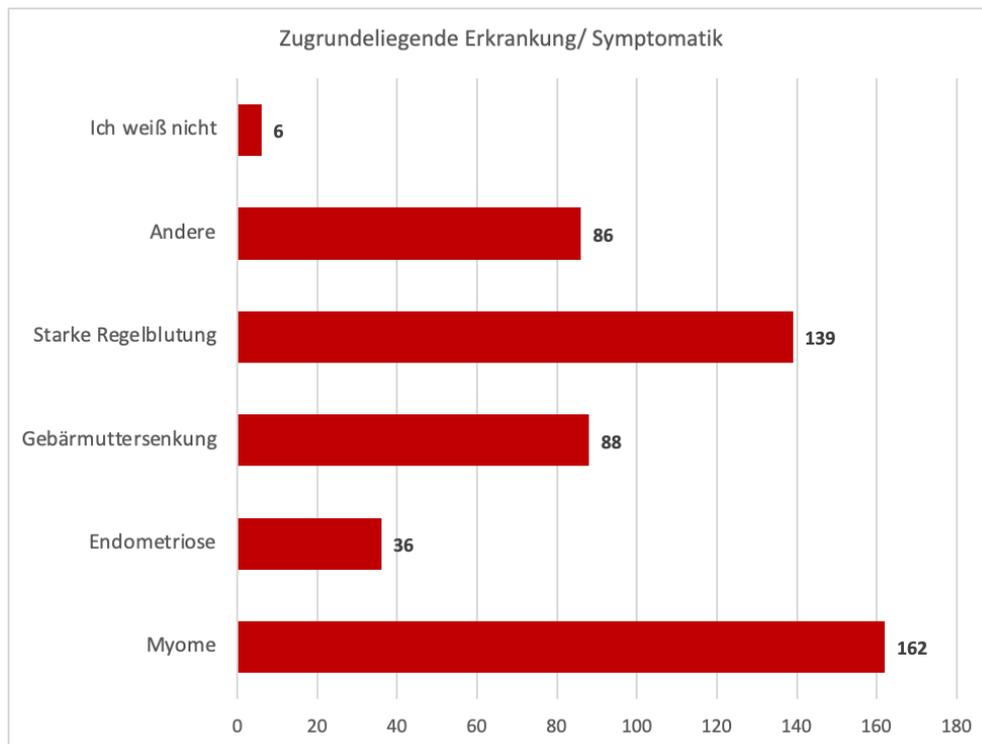


Abbildung 8-8: Verteilung der Stichprobe nach zugrunde liegender Erkrankung/ Symptomatik bei HE; Angaben in absoluten Zahlen, n=337; Mehrfachantworten möglich

Insgesamt hatten 31,2% (n=105) der Personen eine ZM in Anspruch genommen. 68% (n=229) Personen nahmen keine ZM in Anspruch. Drei Personen machten keine Angaben (s. Abbildung 8-9).



Abbildung 8-9: Anzahl der Personen mit und ohne Inanspruchnahme einer ZM bei HE; Angaben in absoluten Zahlen, n=334 keine Angabe: 3

40,7% (n=137) der Teilnehmenden gaben an, dass sie über das Recht auf Inanspruchnahme einer ZM aufgeklärt wurden. 45,4% (n=153) der Personen gaben an, dass sie nicht über das Recht auf Inanspruchnahme einer ZM aufgeklärt wurden und 10,4% (n=35) der Teilnehmenden konnten nicht beurteilen, ob sie über ihr Recht auf Inanspruchnahme einer ZM aufgeklärt wurden (s. Abbildung 8-10). Zwölf Personen beantworteten die Frage nicht.

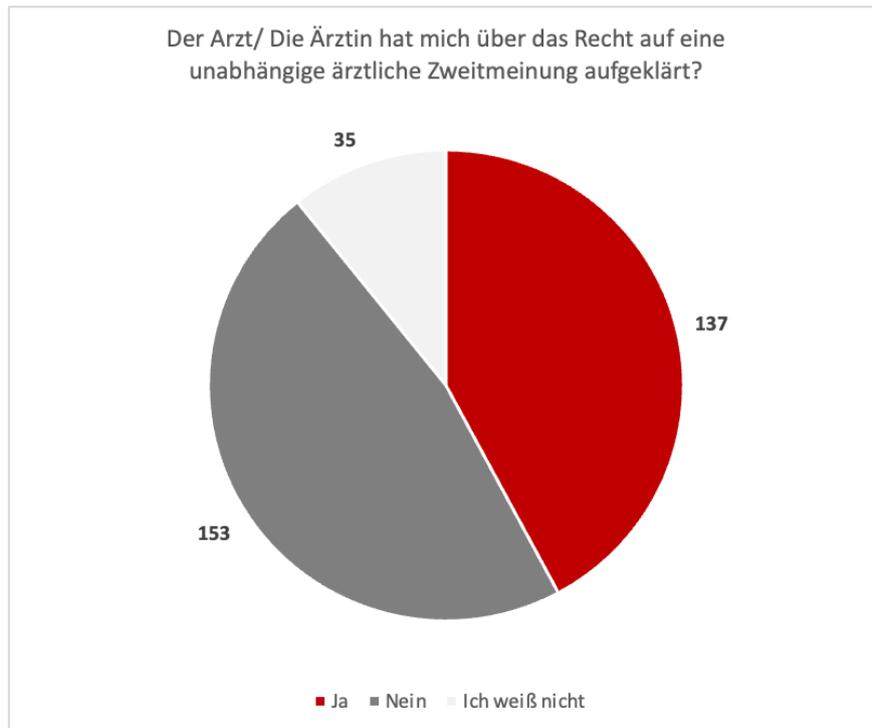


Abbildung 8-10: Anzahl der Personen, die über ihr Recht auf ZM aufgeklärt wurden oder nicht bei HE; Angaben in absoluten Zahlen, n=337, keine Angabe: 12

53,4% (n=180) der Teilnehmenden gaben an, dass sie sich keine ZM wünschen würden. 8,6% (n=29) der Teilnehmenden gaben an, dass sie sich eine ZM wünschen würden (s. Abbildung 8-11).



Abbildung 8-11: Anzahl der Personen, die sich eine/keine ZM wünschen bei HE, Angaben in absoluten Zahlen, n=209

Gefragt nach der Motivation, warum keine ZM eingeholt wurde, gaben 83% (n=142) der Teilnehmenden an, dass sie sich sicher mit der Entscheidung fühlten. 14% (n=24) der Teilnehmenden gaben an, dass sie nichts von der Möglichkeit, eine ZM einholen zu können, wussten. 52,6% (n=90) gaben an, dass sie ihrem Arzt oder der Ärztin vertrauten. 3,5% (n=6) hatten keine Zeit, sich darum zu kümmern, eine ZM einzuholen. Bei 33,3 % (n=57) war der Leidensdruck groß und 4,7% (n=8) gaben an, dass sie zu lange auf einen Termin hätten warten müssen. 8,2% (n=14) gaben sonstige Gründe an (s. Abbildung 8-12).



Abbildung 8-12: Ergebnisse zu den Gründen für die Nichtinanspruchnahme einer ZM bei HE; Angaben in absoluten Zahlen, n=171

29,7% (n=35) der Personen gaben an, dass sie sich nicht ausreichend von ihrem erstbehandelnden Arzt oder der Ärztin beraten fühlten. 15,3% (n=18) vertrauten dem oder der erstbehandelnden Arzt oder Ärztin nicht ausreichend. 47,5% (n=56) der Teilnehmenden gaben an, dass sie sich unsicher waren, welche Behandlung die richtige ist. 52,5% (n=62) der Teilnehmenden wollten alle Optionen ausschöpfen. 22% (n=26) gaben sonstige Gründe an (s. Abbildung 8-13).

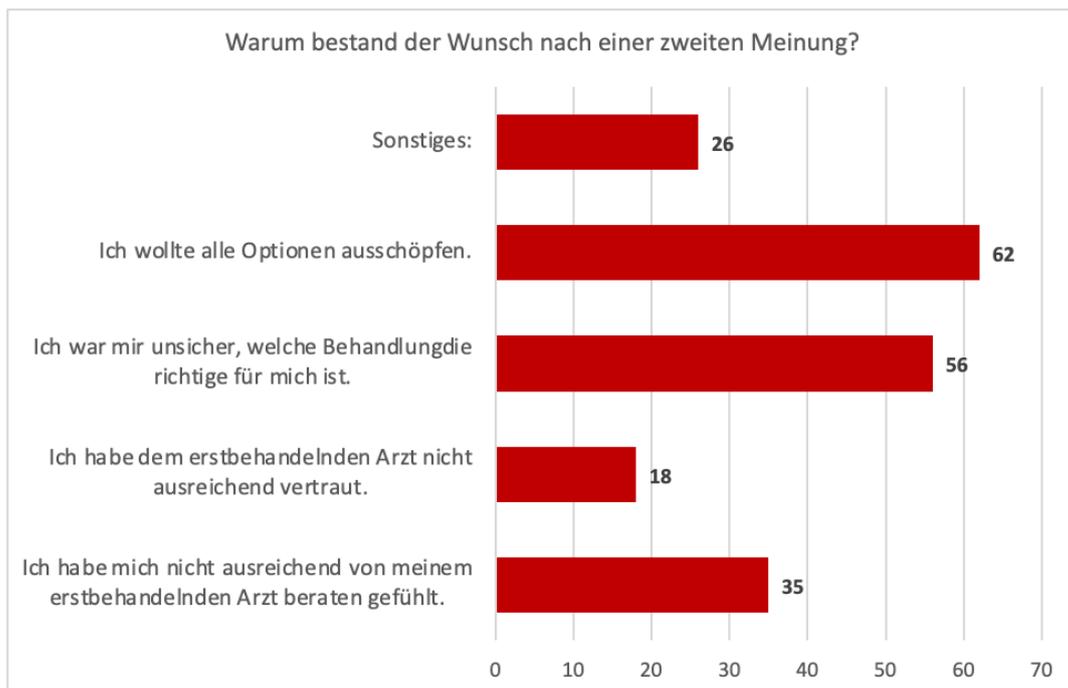


Abbildung 8-13: Ergebnisse zu den Gründen für die Inanspruchnahme einer ZM bei HE; Angaben in absoluten Zahlen, n=118

Stichprobenbeschreibung: TT & TE

Die nachfolgende Stichprobenbeschreibung bezog sich auf die Nettostichprobe.

Die Stichprobe setzte sich aus den folgenden Patientengruppen zusammen. Der Gruppe G1 (keine ZM nach RL, nicht aufgeklärt über Recht auf ZM) wurden 72 Erwachsene und 112 Erziehungsberechtigte, der Gruppe G2 (keine ZM nach RL, aufgeklärt über Recht auf ZM) 34 Erwachsene und 65 Erziehungsberechtigte, der Gruppe G3A (ZM nach RL, aufgeklärt über Recht auf ZM) wurden zwei Erwachsene und keine Erziehungsberechtigte, der Gruppe G3B (ZM nach RL, nicht aufgeklärt über Recht auf ZM) wurde ein Erwachsener und der Gruppe G3C (ZM) wurden zwei Erwachsene und zwei Erziehungsberechtigte zugeordnet. Die Abbildung 8-14. Illustriert die Verteilung der Patientengruppen.

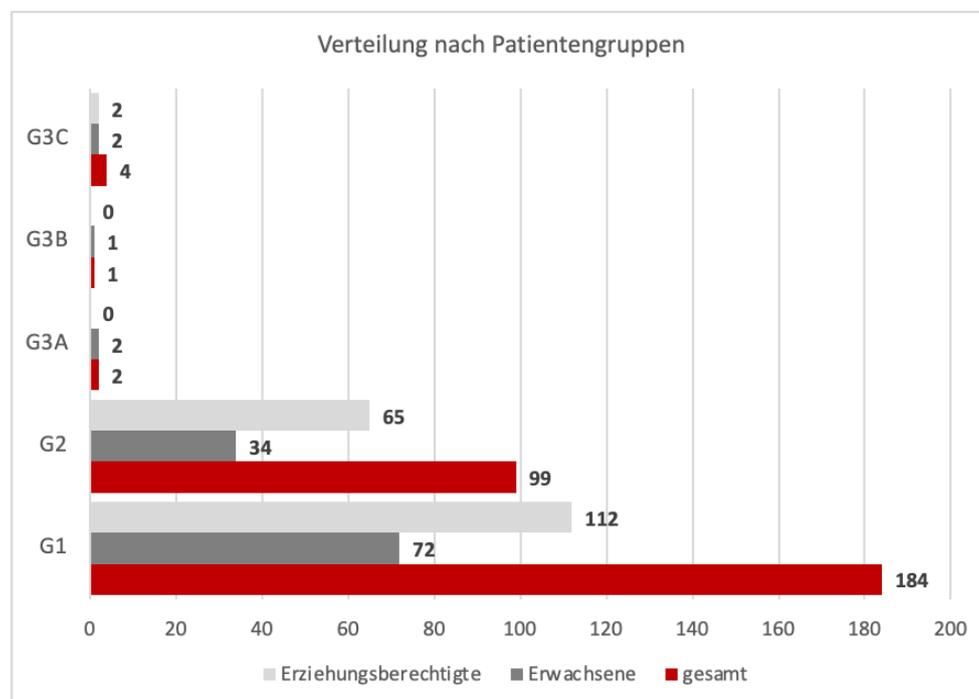


Abbildung 8-14: Verteilung der Stichprobe nach Patientengruppen bei TT/ TE; G1: keine ZM nach RL, nicht aufgeklärt über Recht auf ZM; G2: keine ZM nach RL, aufgeklärt über Recht auf ZM; G3A: ZM nach RL, aufgeklärt über Recht auf ZM; G3B: ZM nach RL, nicht aufgeklärt über Recht auf ZM; G3C: prospektive Patientenbefragung (Personen mit ZM); Angaben in absoluten Zahlen; gesamt n=290; Erwachsene n=111; Erziehungsberechtigte n=17

Der Großteil der Befragten kam aus Baden-Württemberg (28,6%, n=83), Niedersachsen (16,9%, n=49) und Nordrhein-Westfalen (15,2%, n=44). Eine detaillierte Auflistung der Verteilung kann der Abbildung 8-15 entnommen werden. Aus dem Bundesland Bremen nahmen keine Personen an der Befragung teil.

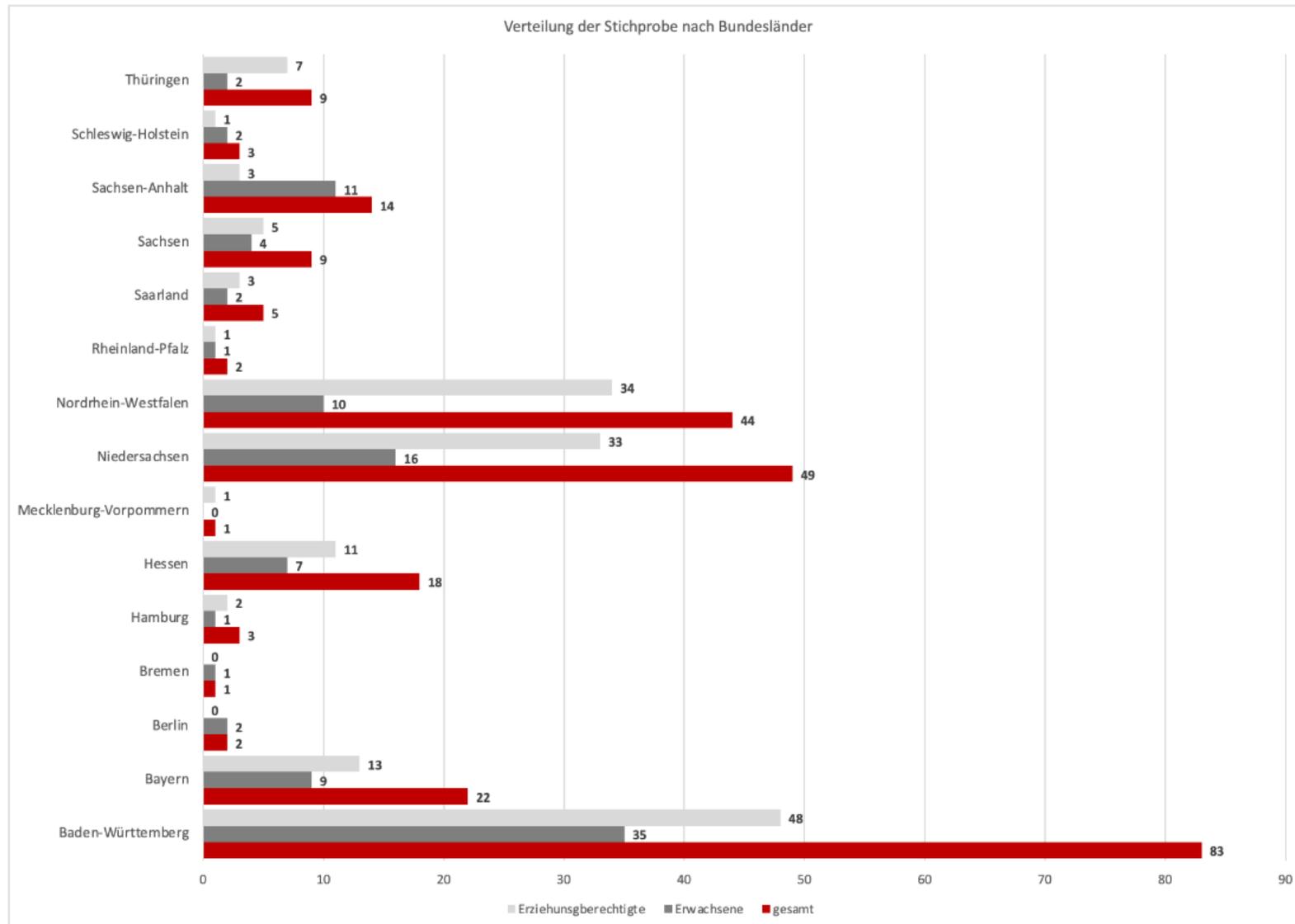


Abbildung 8-15: Verteilung der Stichprobe nach Bundesländern bei TT/ TE; Angaben in absoluten Zahlen; n=290; davon keine Angabe: 25

Im Folgenden wird die Größe des Wohnorts aufgezeigt, in dem sich die Teilnehmenden befanden. Insgesamt lebten 34,8,2% (n=101) in einer ländlichen Region (Gemeinde unter 5.000 Einwohner), 25,2% (n=73) lebten in einer Kleinstadt (5.000 – 20.000 Einwohner), 18,6% (n=54) lebten in einer Mittelstadt (20.000 – 100.000 Einwohner), 16,9% (n=49) lebten in einer Großstadt (100.000-1.000.000 Einwohner) und 2,1% (n=6) lebten in einer Millionenstadt (über 1.000.000 Einwohner). Die Abbildung 8- 16 zeigt die Verteilung der Stichprobe nach der Größe des Wohnortes.

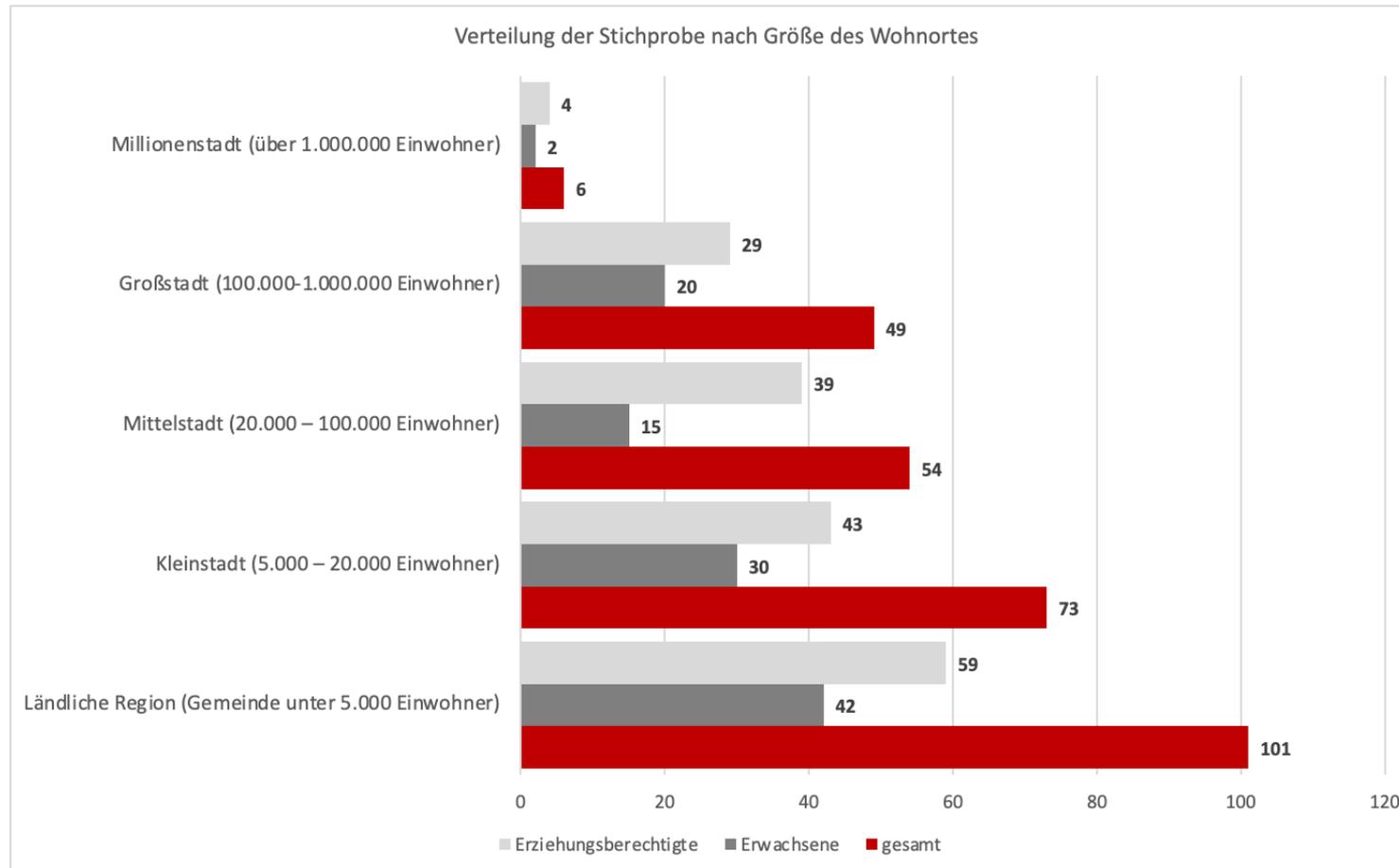


Abbildung 8-16: Verteilung der Stichprobe nach Größe des Wohnortes bei TT/TE; Angaben in absoluten Zahlen, $n=290$; davon keine Angabe: 7

Das Durchschnittsalter von Erwachsenen und Erziehungsberechtigten betrug 36,7 Jahre ($n=285$; 5 fehlende Angaben). Der Median lag bei 36 Jahren, die Standardabweichung betrug 10,5 Jahre. Die Teilnehmenden lagen in einer Altersspanne von 18 Jahren bis 72 Jahren. Die Abbildung 8-17 zeigt die Altersverteilung der Gesamtstichprobe.

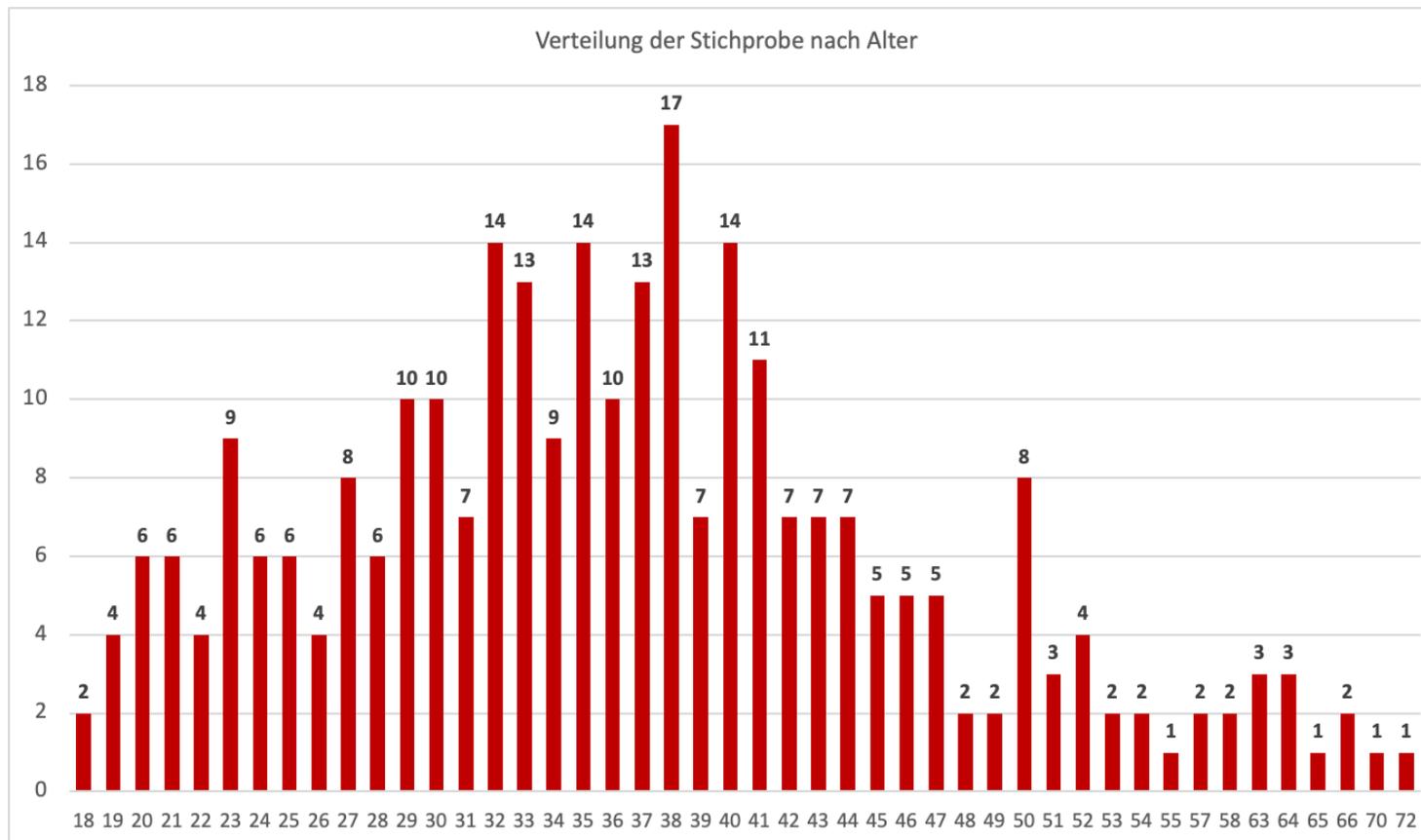


Abbildung 8-17: Verteilung der Gesamtstichprobe nach Alter bei TT/ TE; Angaben in absoluten Zahlen, $n=290$; davon keine Angabe: 9

Das Durchschnittsalter der Erwachsenen betrug 34,1 Jahre ($n=107$; 4 fehlende Angaben). Der Median lag bei 32 Jahren, die Standardabweichung betrug 12,7 Jahre. Die Teilnehmenden lagen in einer Altersspanne von 18 Jahren bis 72 Jahren. Die Abbildung 8-18 zeigt die Altersverteilung der Gesamtstichprobe.

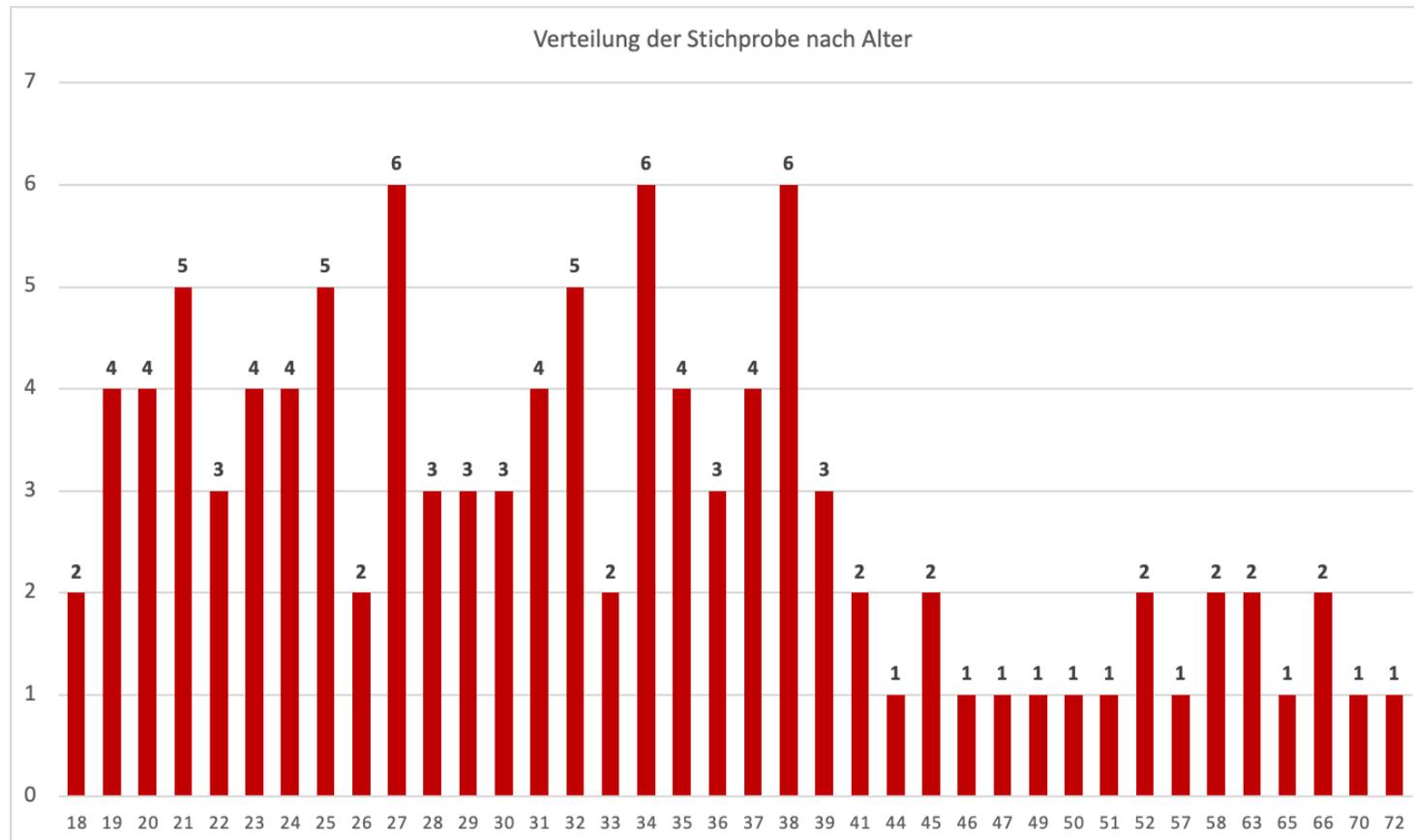


Abbildung 8-18: Verteilung der Teilstichprobe Erwachsene nach Alter bei TT/ TE; Angaben in absoluten Zahlen, $n=107$; davon keine Angabe: 4

Das Durchschnittsalter der Erziehungsberechtigten betrug 38,2 Jahre ($n=178$; 1 fehlende Angabe). Der Median lag bei 38 Jahren, die Standardabweichung betrug 8,7 Jahre. Die Teilnehmenden lagen in einer Altersspanne von 20 Jahren bis 64 Jahren. Die Abbildung 8-19 zeigt die Altersverteilung der Gesamtstichprobe.

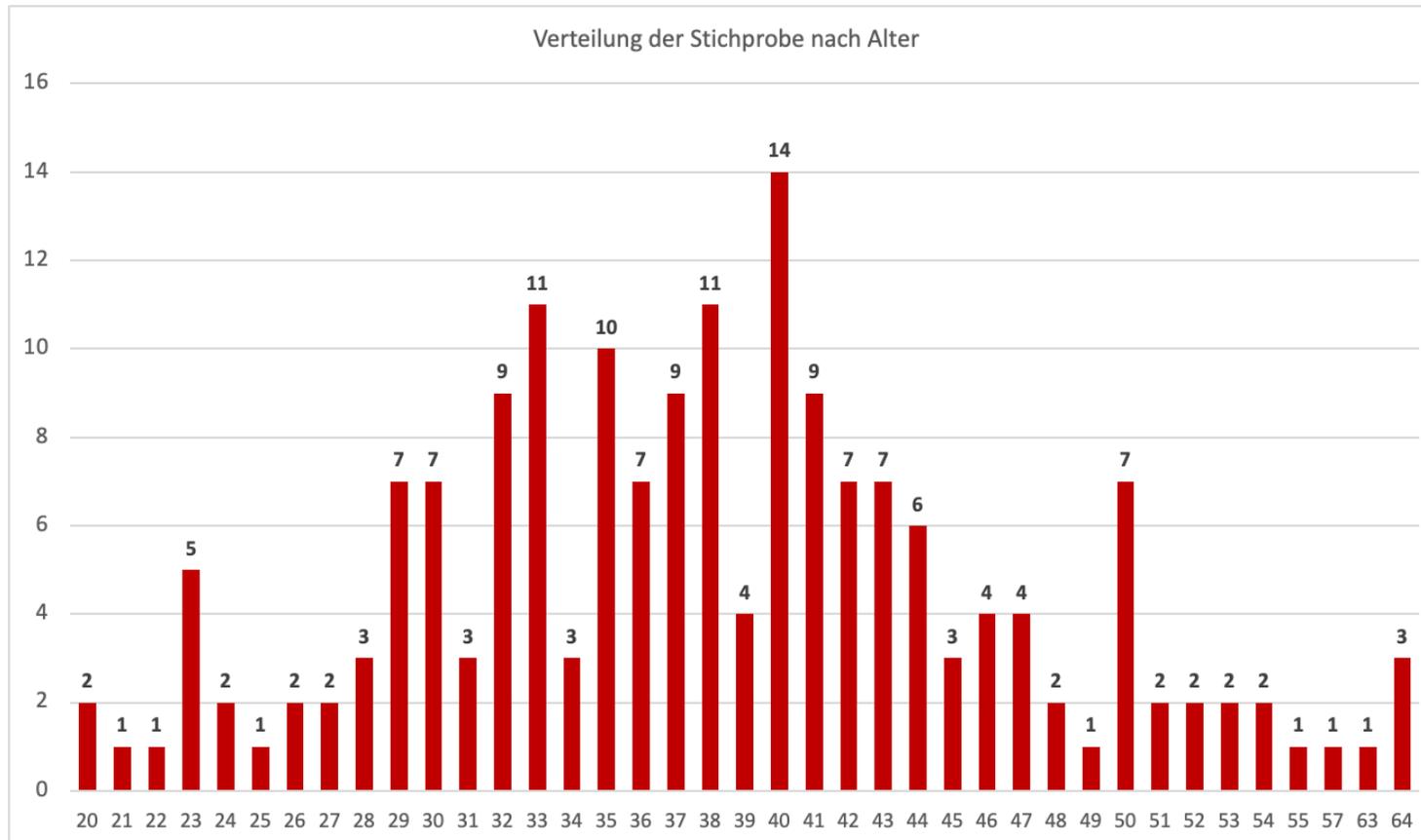


Abbildung 8-19: Verteilung der Teilstichprobe Erziehungsberechtigte nach Alter bei TT/TE; Angaben in absoluten Zahlen, $n=178$; davon keine Angabe: 1

Insgesamt waren 55,9% (n=162) verheiratet und lebten zusammen, 2,1% (n=6) waren verheiratet und lebten getrennt. 5,9% (n=17) waren geschieden, 1,7% (n=5) waren verwitwet und 33,4% (n=97) waren ledig. Eine detaillierte Auflistung der Verteilung kann der Abbildung 8-20 entnommen werden.

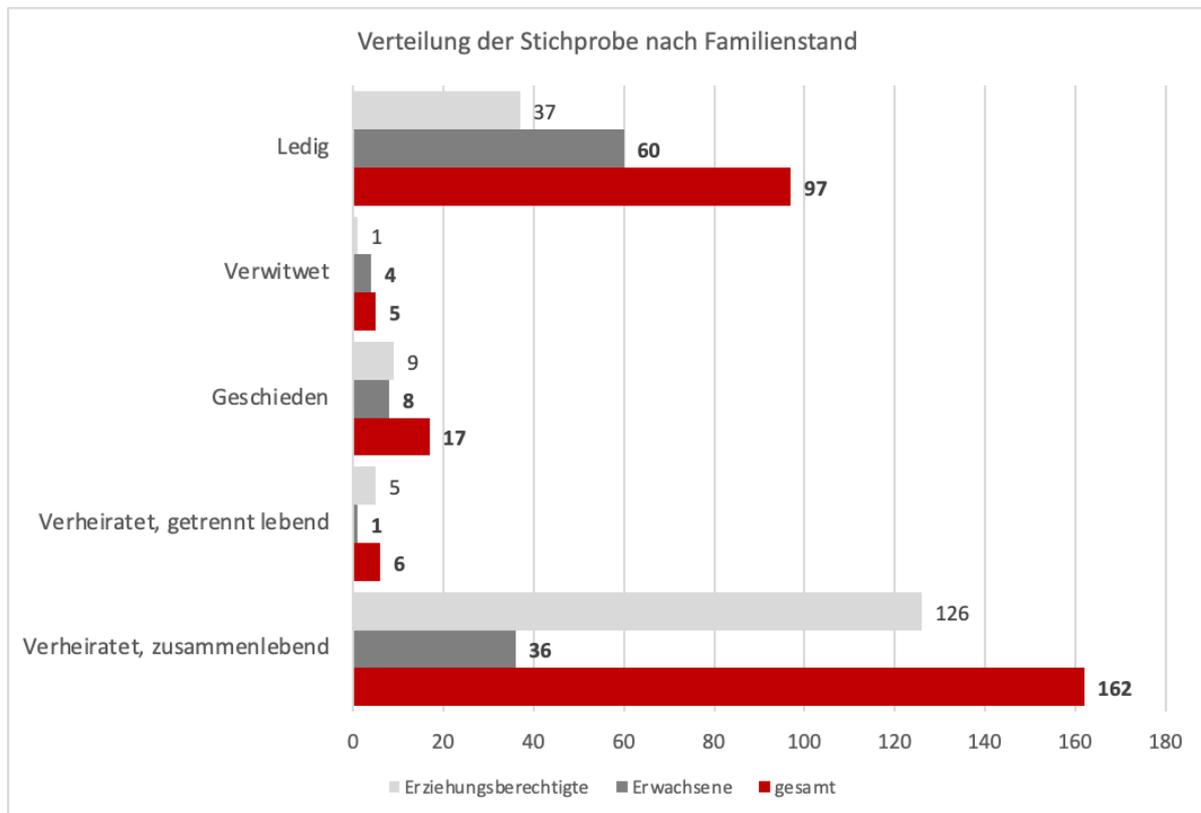


Abbildung 8-20: Verteilung der Stichprobe nach Familienstand bei TT/ TE; Angaben in absoluten Zahlen, n=290; davon keine Angabe: 3

Insgesamt hatten 5,2% (n=15) der Patient*innen keinen Abschluss, 6,2% (n=18) hatten einen Hauptschulabschluss, 17,2% (n=50) hatten einen Realschulabschluss, 9% (n=26) hatten ein Abitur abgeschlossen, 39,7% (n=115) hatten eine abgeschlossene Ausbildung und 14,5% (n=42) hatten ein abgeschlossenes Studium. 4,5 % (n=13) hatten angegeben, dass sie einen anderen Schulabschluss haben. Eine detaillierte Auflistung der Verteilung kann der Abbildung 8-21 entnommen werden.

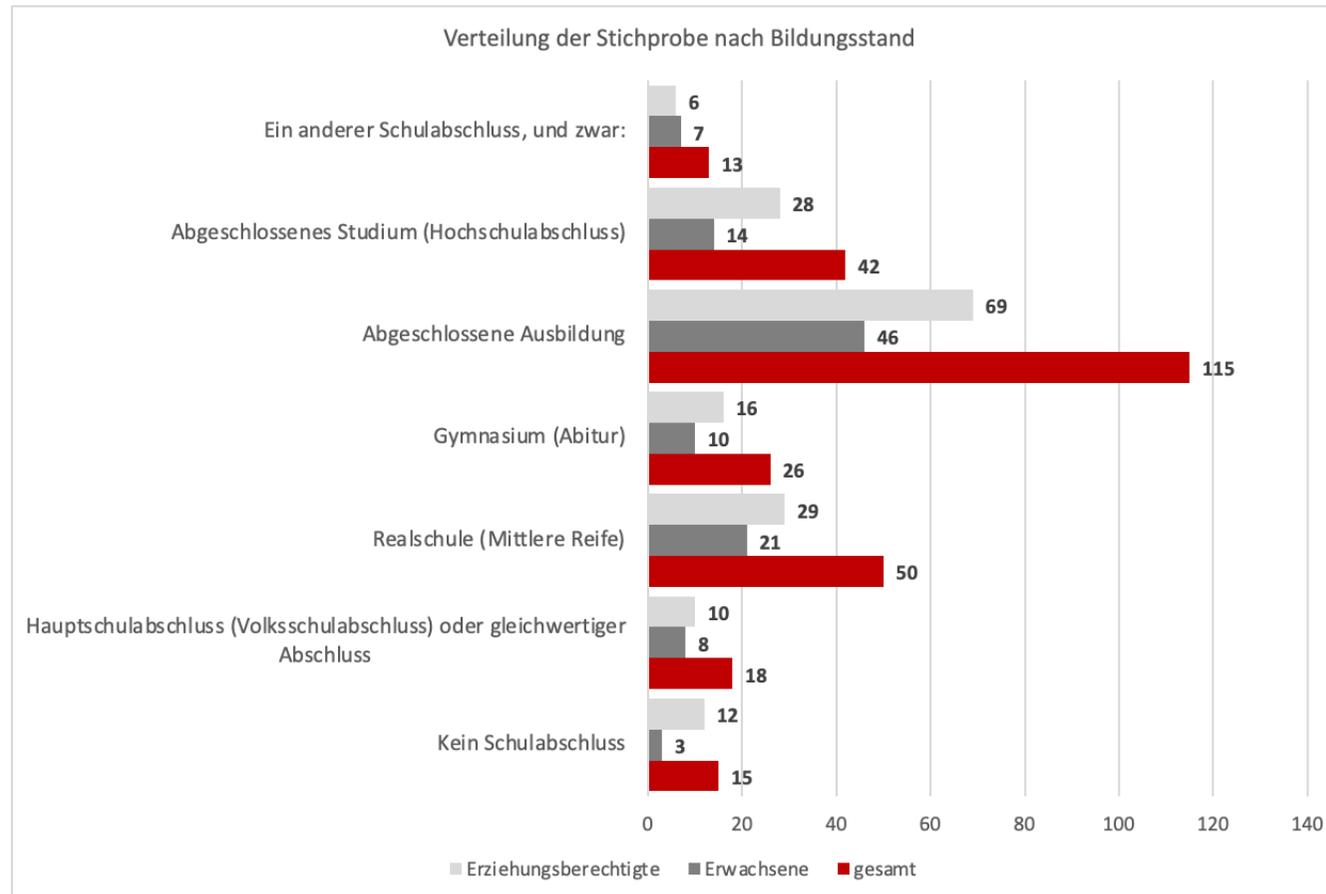


Abbildung 8-21: Verteilung der Stichprobe nach Bildungsstand bei TT/ TE; Angaben in absoluten Zahlen, n=290; davon keine Angabe: 11

Insgesamt hatten 47,5% (n=138) der Personen eine TE (64% (n=71) Erwachsene; 37,4% (n=67) Erziehungsberechtigte) und 44,1% (n=128) der Personen eine TT (24,3% (n=27) Erwachsene; 56,4% (n=101) Erziehungsberechtigte) durchführen lassen. 5,2% (n=15) der Teilnehmenden hatten keinen Eingriff durchführen lassen (7,2% (n=8) Erwachsene; 3,9% (n=4) Erziehungsberechtigte). Von der prospektiven Patientenbefragung hatten zwei Personen angegeben, dass sie eine TT durchführen lassen werden und zwei Personen wussten nicht, ob sie einen Eingriff durchführen lassen werden (s. Abbildung 8-22).

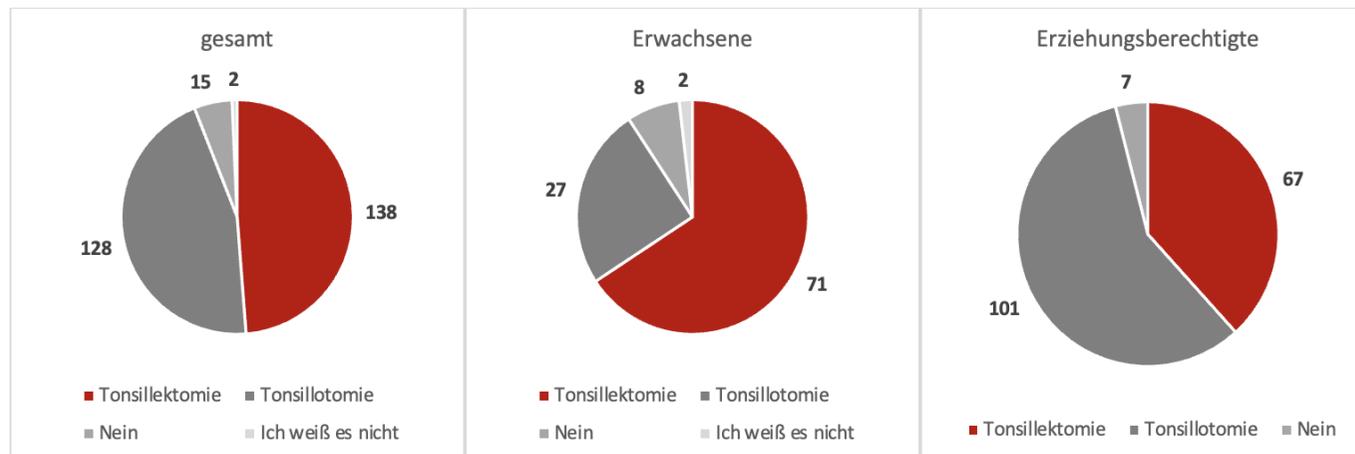


Abbildung 8-22: Anzahl der Personen mit und ohne Eingriff bei TT/ TE; Angaben in absoluten Zahlen, gesamt n=290; davon keine Angabe: 7; Erwachsene n=111, davon keine Angabe: 4; Erziehungsberechtigte n=179, davon keine Angabe: 4

Insgesamt gaben 54,5% (n=158) der Teilnehmenden an, dass der Eingriff aufgrund einer chronischen Tonsillitis durchgeführt wurde. Bei 53,8% (n=156) lag eine Vergrößerung der Gaumenmandeln vor. 24,8% (n=72) gaben an, dass andere Symptome oder eine andere Grunderkrankung zugrunde lag und 1% (n=3) gaben an, nicht zu wissen, warum sie operiert wurden (s. Abbildung 8-23).

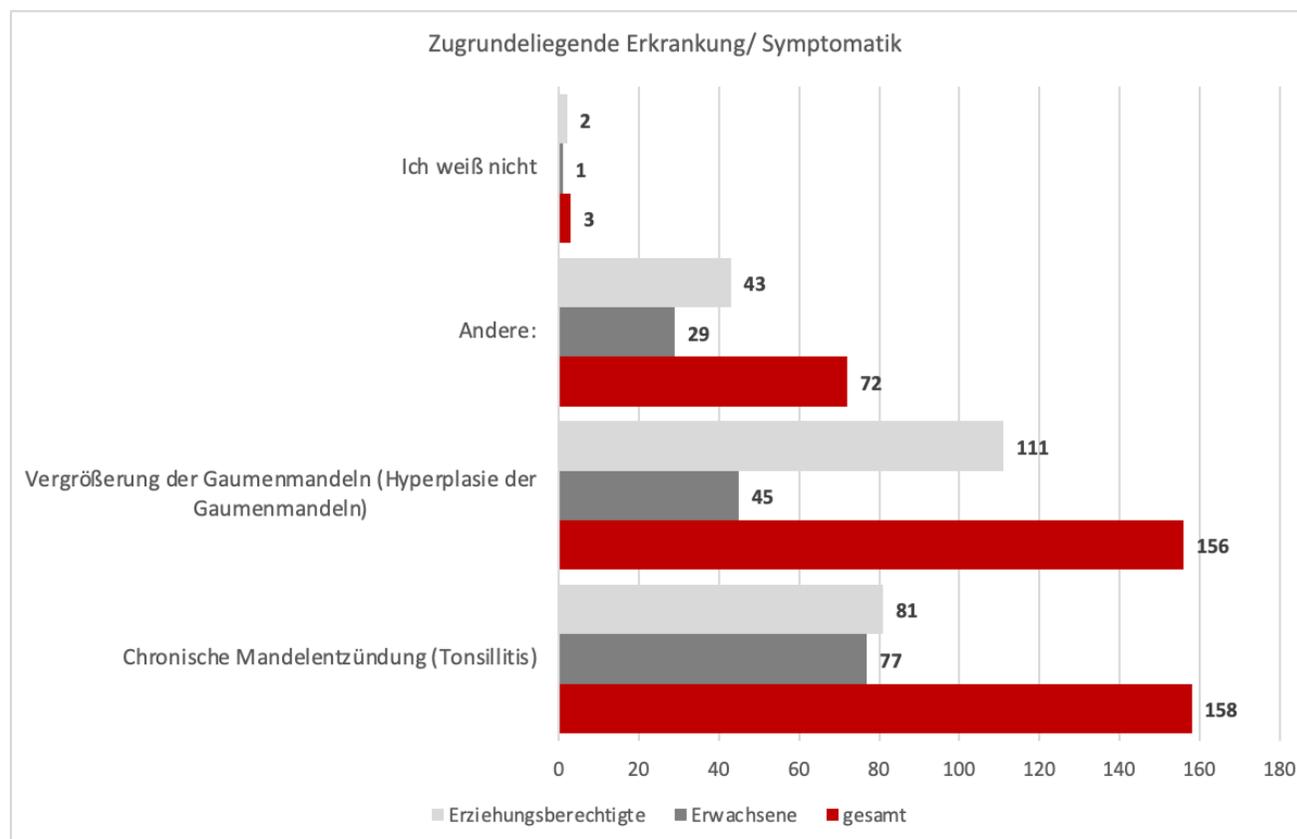


Abbildung 8-23: Verteilung der Stichprobe nach zugrunde liegender Erkrankung/ Symptomatik bei TT/ TE; Angaben in absoluten Zahlen, n=337; Mehrfachantworten möglich

Insgesamt hatten 27,9% (n=81) der Personen eine ZM in Anspruch genommen (Erwachsene n=32, Erziehungsberechtigte n=49). 70,7% (n=205) der Personen nahmen keine ZM in Anspruch (Erwachsene n=78, Erziehungsberechtigte n=127). Vier Personen machten keine Angaben (s. Abbildung 8-24).

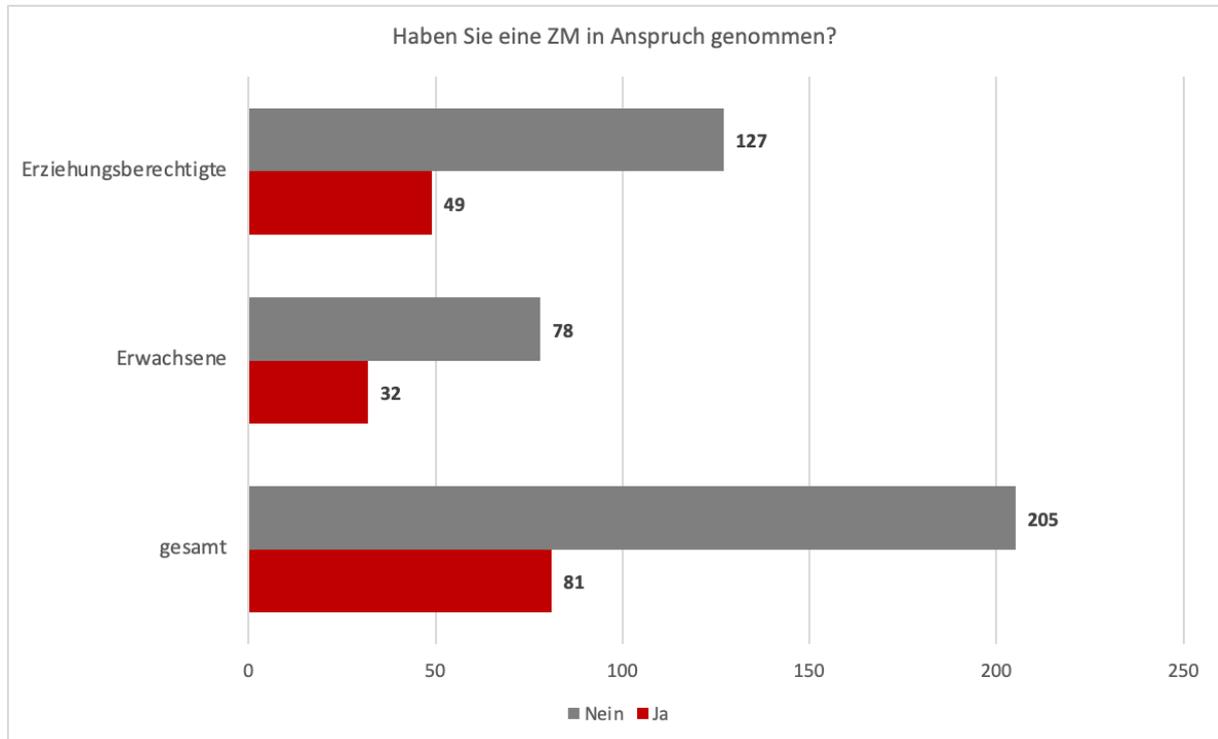


Abbildung 8-24: Anzahl der Personen mit und ohne Inanspruchnahme einer ZM bei TT/ TE; Angaben in absoluten Zahlen, n=290, davon keine Angabe: 4

Insgesamt gaben 36,9% (n=107) der Teilnehmenden an, dass sie über das Recht auf Inanspruchnahme einer ZM aufgeklärt wurden (Erwachsene n=39, Erziehungsberechtigte n=68). 43,8% (n=127) der Personen gaben an, dass sie nicht über das Recht auf Inanspruchnahme einer ZM aufgeklärt wurden (Erwachsene n=46, Erziehungsberechtigte n=81) und 17,6% (n=51) der Teilnehmenden konnten nicht beurteilen, ob sie über ihr Recht auf Inanspruchnahme einer ZM aufgeklärt wurden (Erwachsene n=23, Erziehungsberechtigte n=28) (siehe Abbildung 8-25). Fünf Personen beantworteten die Frage nicht.

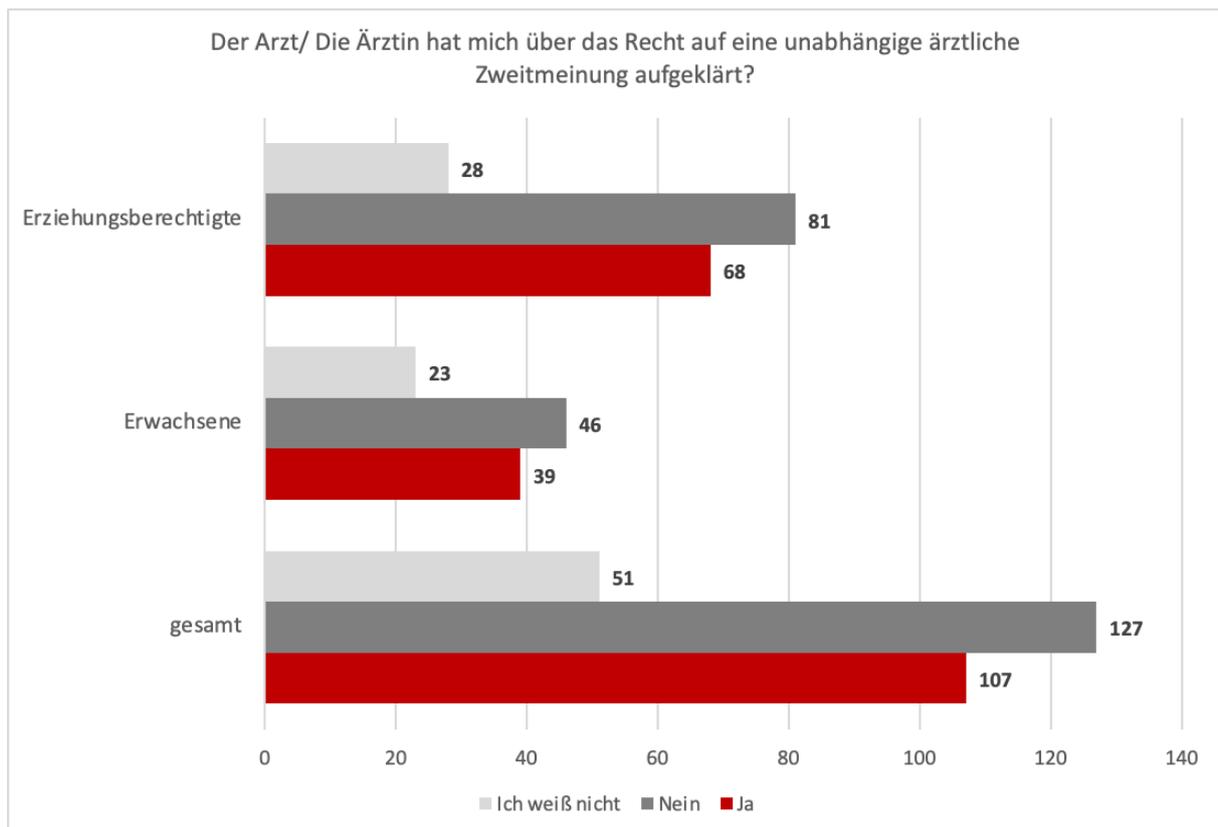


Abbildung 8-25: Anzahl der Personen, die über ihr Recht auf ZM aufgeklärt wurden oder nicht bei TT/TE; Angaben in absoluten Zahlen, n=290, davon keine Angabe: 5

Insgesamt gaben 53,4 % (n=155) der Teilnehmenden an, dass sie sich keine ZM wünschen würden (Erwachsene n=68, Erziehungsberechtigte n=87). 7,9% (n=23) der Teilnehmenden gaben an, dass sie sich eine ZM wünschen würden (Erwachsene n=9, Erziehungsberechtigte n=14) (s. Abbildung 8-26).

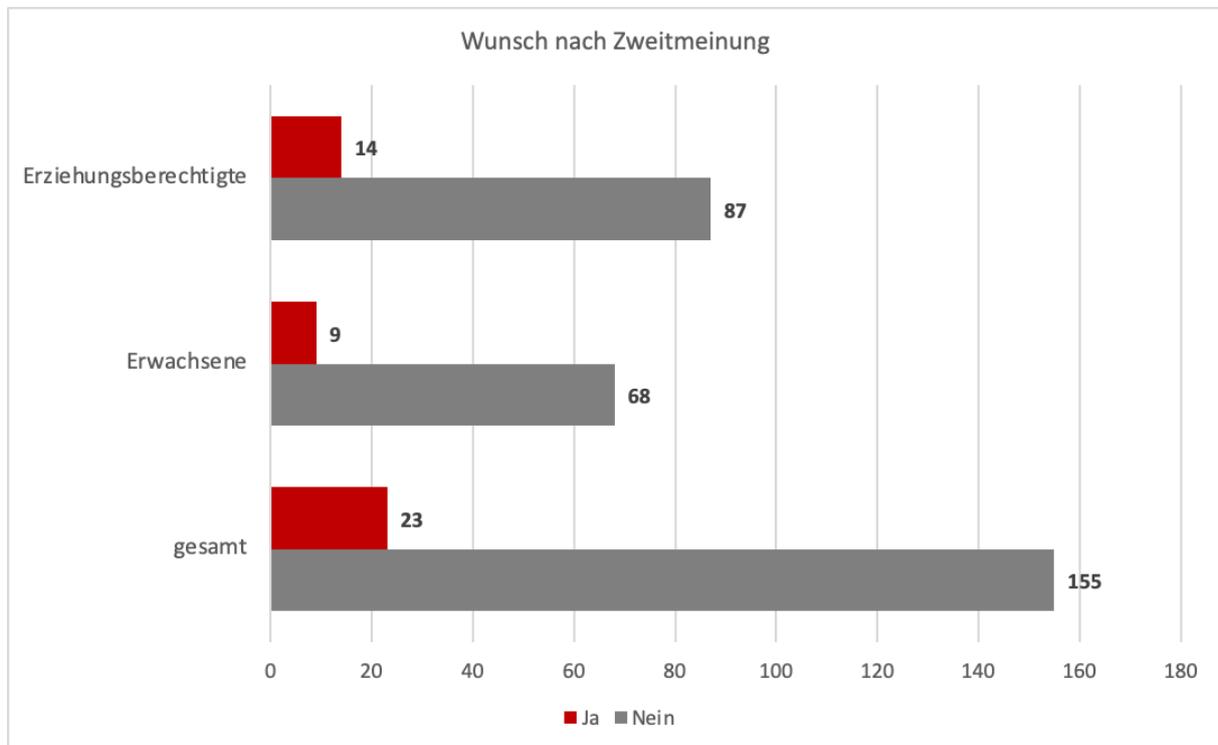


Abbildung 8-26: Anzahl der Personen, die sich eine/keine ZM wünschen bei TT/ TE; Angaben in absoluten Zahlen, n=290; davon keine Angabe: 112

Gefragt nach der Motivation, warum keine ZM eingeholt wurde, gaben 45,9 % (n=51) der Erwachsenen und 38,5 % (n=69) der Erziehungsberechtigten an, dass sie sich sicher mit ihrer Entscheidung fühlten. 12,6% (n= 14) der Erwachsenen und 8,9 % (n=16) der Erziehungsberechtigten gaben an, dass sie nichts von der Möglichkeit, eine ZM einholen zu können, wussten. 40,5% (n= 45) der Erwachsenen und 31,8 % (n=57) der Erziehungsberechtigten gaben an, dass sie ihrem Arzt oder der Ärztin vertrauten. 4,5% (n=5) (n= 45) der Erwachsenen hatten keine Zeit, sich darum zu kümmern, eine ZM einzuholen. Bei 14,4 % (n=16) der Erwachsenen und 11,7 % (n=21) der Erziehungsberechtigten bzw. deren Kind war der Leidensdruck groß und 2,7% (n=3) der Erwachsenen und 1,7 % (n=3) der Erziehungsberechtigten gaben an, dass sie zu lange auf einen Termin hätten warten müssen. Sieben Personen gaben sonstige Gründe an (siehe Abbildung 8-27).

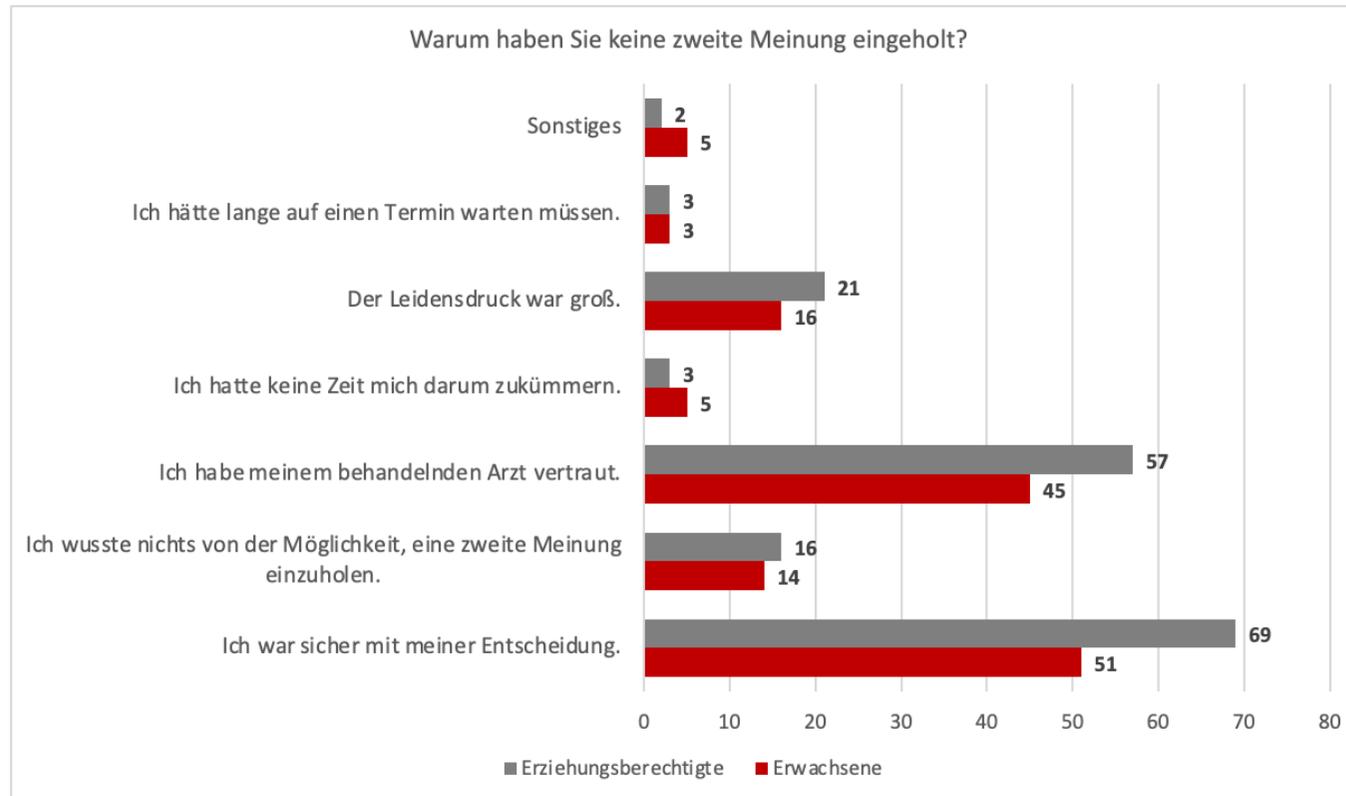


Abbildung 8-27: Ergebnisse zu den Gründen für die Nichtinanspruchnahme einer ZM bei TT/TE; Angaben in absoluten Zahlen, gesamt n=154; Erwachsene n = 67, Erziehungsberechtigte n=87

Gefragt nach der Motivation, warum eine ZM eingeholt wurde, gaben 8,1% (n=9) der Erwachsenen und 6,1% (n=11) der Erziehungsberechtigten an, dass sie sich nicht ausreichend von ihrem erstbehandelnden Arzt oder der Ärztin beraten fühlten. 3,6% (n=4) der Erwachsenen und 6,7% (n=12) der Erziehungsberechtigten vertrauten dem oder der erstbehandelnden Arzt oder Ärztin nicht ausreichend. 9,9% (n=11) der Erwachsenen und 11,7% (n=21) der Erziehungsberechtigten gaben an, dass sie sich unsicher waren, welche Behandlung die richtige ist. 18% (n=20) der Erwachsenen und 14% (n=25) der Erziehungsberechtigten wollten alle Optionen ausschöpfen. 29 Personen gaben sonstige Gründe an (siehe Abbildung 8-28).

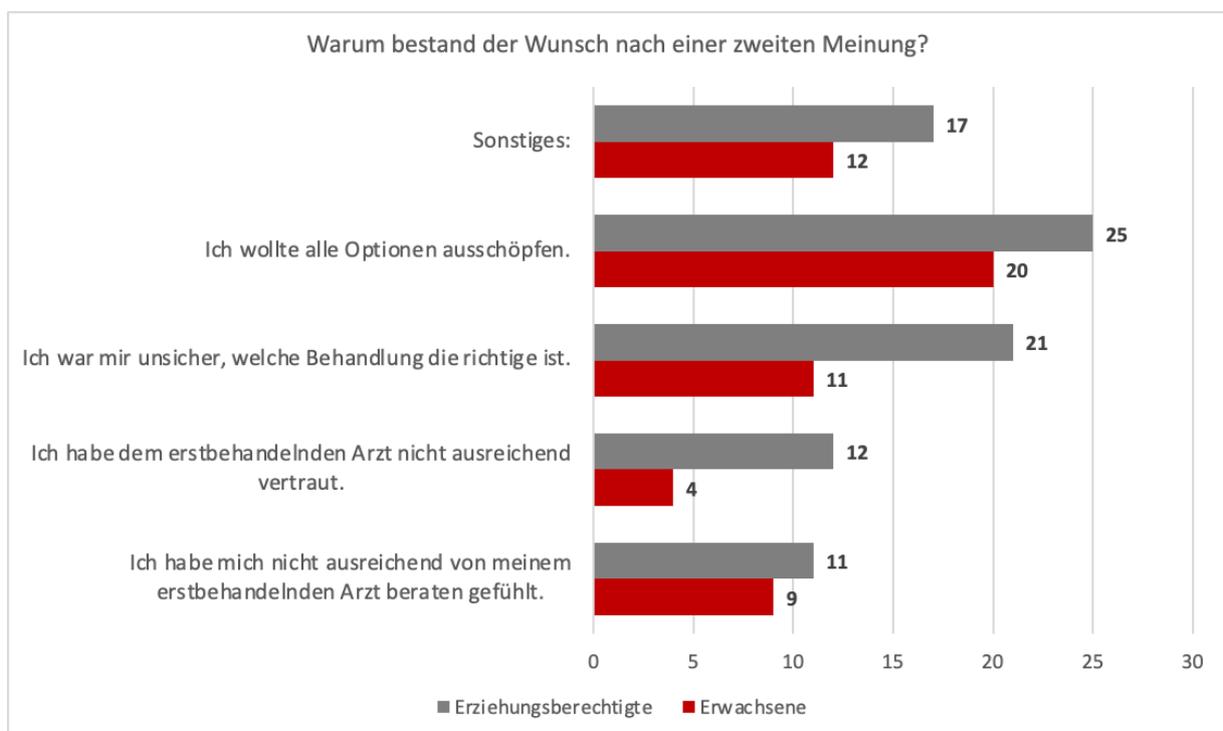


Abbildung 8-28: Ergebnisse zu den Gründen für die Inanspruchnahme einer ZM bei TT/TE; Angaben in absoluten Zahlen, gesamt n=93; Erwachsene n = 36, Erziehungsberechtigte n=57

8.1.2 Daten der qualitativen Patientenbefragung

Die Anschreiben für die qualitative Patientenbefragung wurden von den folgenden sechs Krankenkassen versendet: Knappschaft, IKK classic, SBK, AOK Baden-Württemberg, AOK Niedersachsen und AOK Hessen.

Tabelle 8-2: Darstellung des Rücklaufs für die Patienteninterviews nach Indikation und Gruppen

	HE	TE / TT Erwachsene	TE / TT Erziehungsberechtigte	Gesamt
Angeschrieben	1260	1255	848	3363
Rücklauf brutto	5 (0,4%)	3 (0,2%)	3 (0,4%)	11 (0,3%)
Rücklauf netto	5 (0,4%)	2 (0,2%)	3 (0,4%)	10 (0,3%)

An der qualitativen Patientenbefragung hatten insgesamt elf Personen teilgenommen. Ein Interview musste ausgeschlossen werden, weil sich im Interview (ID: P6) zeigte, dass die Indikationsstellung im Jahr 2017 erfolgte. Von der Nettostichprobe waren neun Personen weiblich, eine Person männlich und eine Person trans* Mann. Insgesamt wurden drei von zehn Personen über das Recht auf Inanspruchnahme einer ZM aufgeklärt. Sechs von zehn Personen hatten eine ZM in Anspruch genommen. Insgesamt hatten sich drei von zehn Personen gegen einen Eingriff entschieden. Die detaillierte Darstellung der soziodemografischen Angabe sind der Tabelle 8-3 zu entnehmen.

Tabelle 8-3: Soziodemografische Angaben der teilnehmenden Patient*innen

Patient*in	Indikation	Datum Eingriff	Geschlecht	Alter	Schulischer Abschluss	Beruflicher Abschluss	EZW	Aufklärung über ZM	ZM
P1	TT (Kind)	2019	männlich	Kind: 8 Mutter: 29	Abitur	Berufsausbildung	360.000	nein	nein
P2	HE	2019	weiblich	59	Abitur	Hochschuldiplom	5.000	nein	nein
P3	HE	2020	Trans* Mann	23	Realschulabschluss	Ohne Berufsaabschluss	39.000	nein	nein
P4	TE (Kind)	2019	weiblich	Kind: 13 Mutter: 44	Realschulabschluss	Berufsausbildung	6.000	nein	ja
P5	TE	2019	weiblich	30	Abitur	Berufsausbildung	1.900.000	ja	nein
P6	TE	2017	weiblich	27	Abitur	Bachelor	300.000	nein	ja
P7	HE	2020	weiblich	44	Abitur	Berufsausbildung	1.000.000	ja	ja
P8	HE	kein Eingriff	weiblich	49	Realschulabschluss	Berufsausbildung	156.000	nein	ja
P9	TT	kein Eingriff	weiblich	25	Realschulabschluss	Berufsausbildung	6.000	nein	ja
P10	HE	2020	weiblich	48	Fachabitur	Berufsausbildung	12.000	nein	ja
P11	TT (Kind)	kein Eingriff	weiblich	Mutter: 37	Abitur	Berufsausbildung	3000	ja	ja

8.1.3 Daten der quantitativen Ärztebefragung

Im Folgenden wird die Stichprobenbeschreibung der der quantitativen Ärztebefragung separat nach HNO-Ärzt*innen und Gynäkolog*innen dargestellt.

Stichprobenbeschreibung - HNO-Ärzt*innen

Insgesamt hatten 189 HNO-Ärzt*innen an der quantitativen Erhebung teilgenommen. An der Befragung hatten 138 (73%) männliche und 48 (25%) weibliche Personen teilgenommen. Eine Person (1%) ordnete sich zu divers zu und eine Person (1%) machte keine Angabe (siehe Abbildung 8-29).

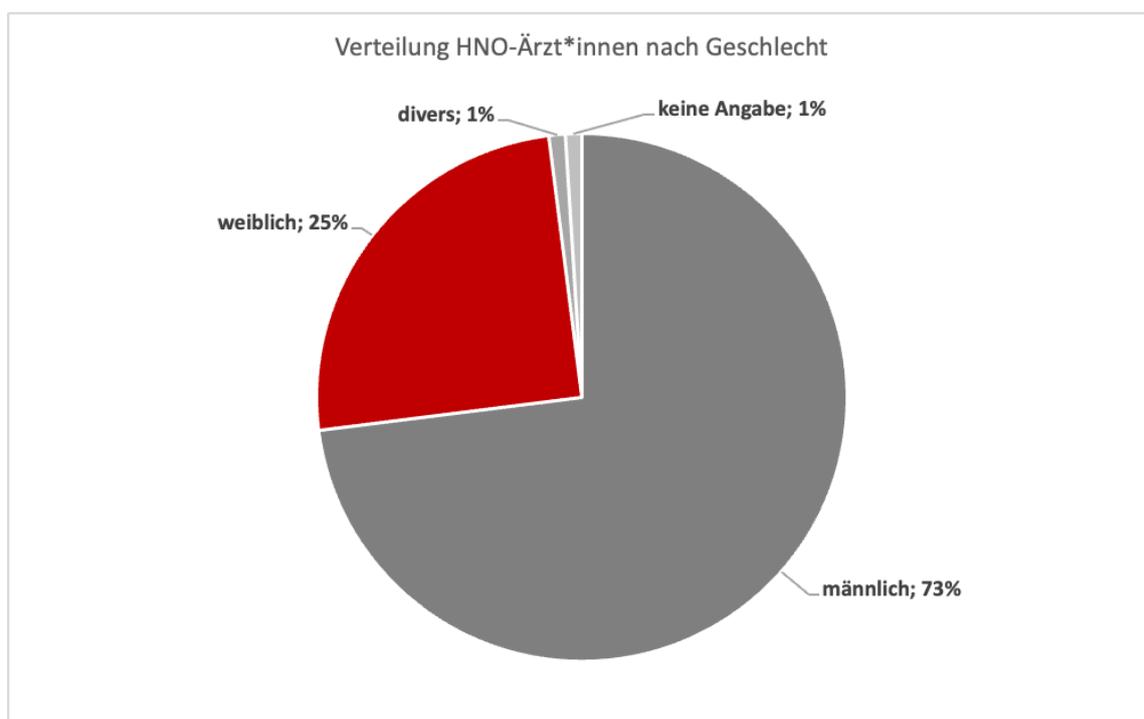


Abbildung 8-29: Verteilung der Stichprobe der HNO-Ärzt*innen nach Geschlecht, Angaben in %; gesamt n=189

45% (n=84) der Befragten waren in einer Einzelpraxis tätig, 38% (n=72) in einer BAG (Gemeinschaftspraxis), 5% (n=10) in einem Medizinischem Versorgungszentrum (MVZ) und 9% (n=17) in einer Klinik. 3% (n=6) machten keine Angaben zur Art der Institution, in der sie tätig waren (siehe Abbildung 8-30).

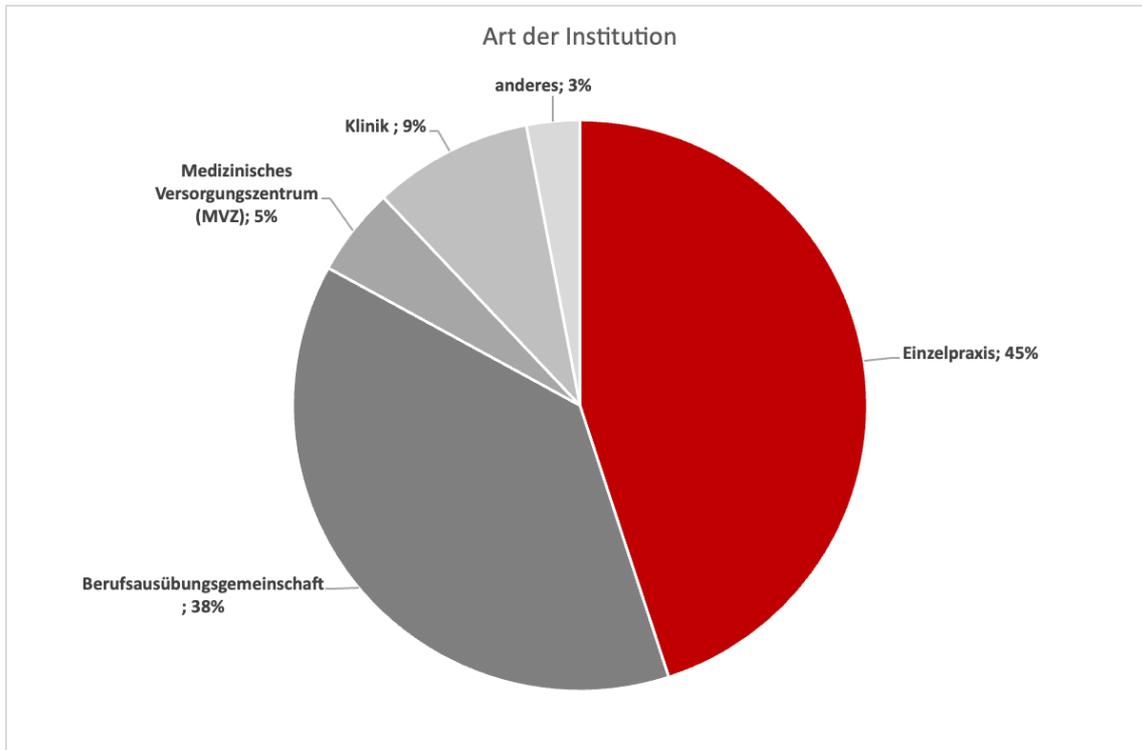


Abbildung 8-30: Verteilung der Stichprobe der HNO-Ärzt*innen nach Art der Institution, in der sie tätig sind; Angaben in %; gesamt n=189

1% (n=1) der Befragten gab an, in einer ländlichen Region (Gemeinde unter 5.000 Einwohner) tätig zu sein. 22% (n=42) gaben an, in einer Kleinstadt (5.000 – 20.000 Einwohner) tätig zu sein. 37% (n=69) waren in einer Mittelstadt (20.000 – 100.000 Einwohner) tätig und 33% (n=63) in einer Großstadt (über 100.000 Einwohner). 7% (n=14) der Teilnehmenden waren in einer Millionenstadt (über 1.000.000 Einwohner) tätig (s. Abbildung 8-31).

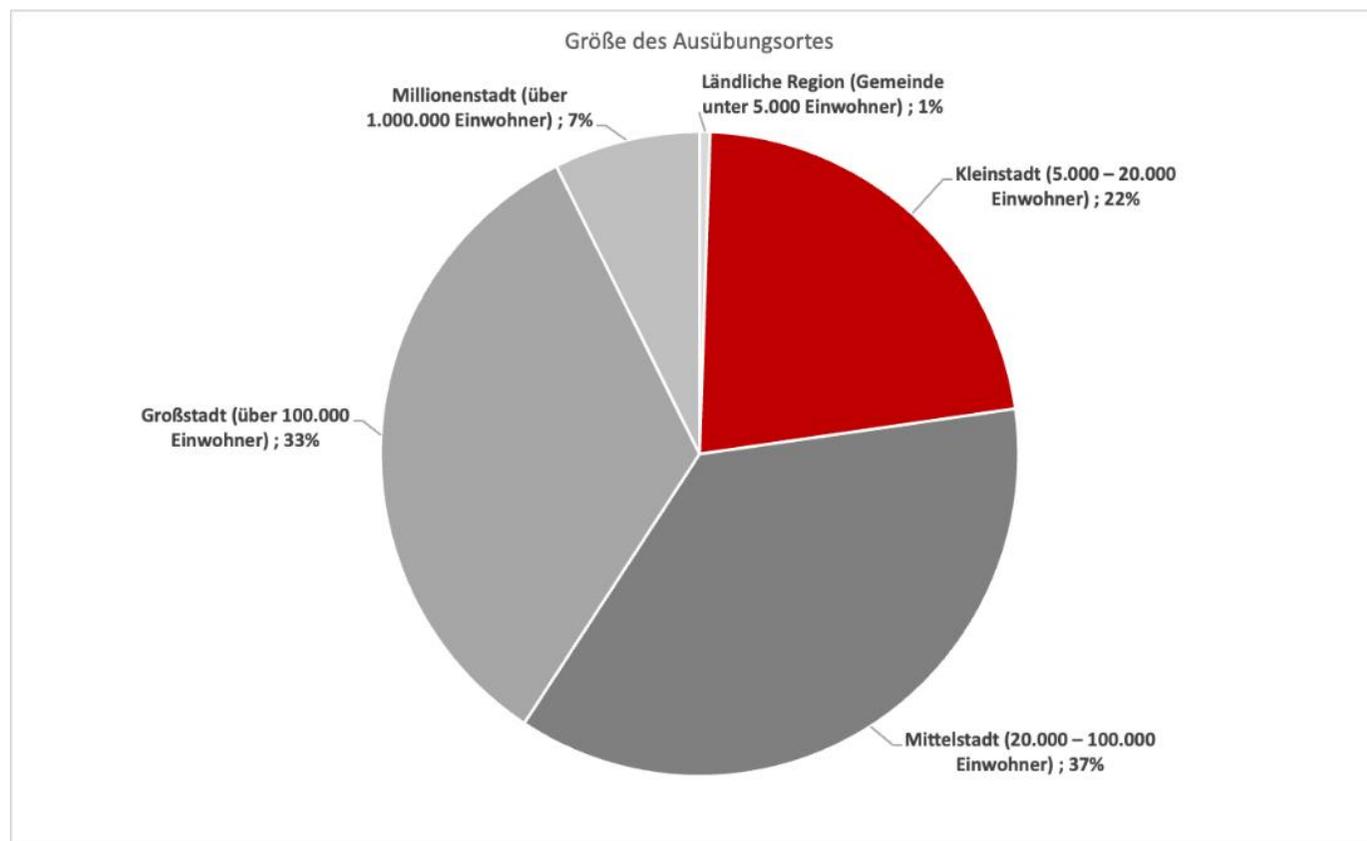


Abbildung 8-31: Verteilung der Stichprobe der HNO-Ärzt*innen nach Größe des Ausübungsortes, an dem sie tätig sind; Angaben in %; gesamt n=189

Insgesamt nahmen HNO-Ärzt*innen aus zwölf deutschen Bundesländern teil. Detaillierte Informationen zur Verteilung nach Bundesländern sind der Abbildung 8-32 zu entnehmen.

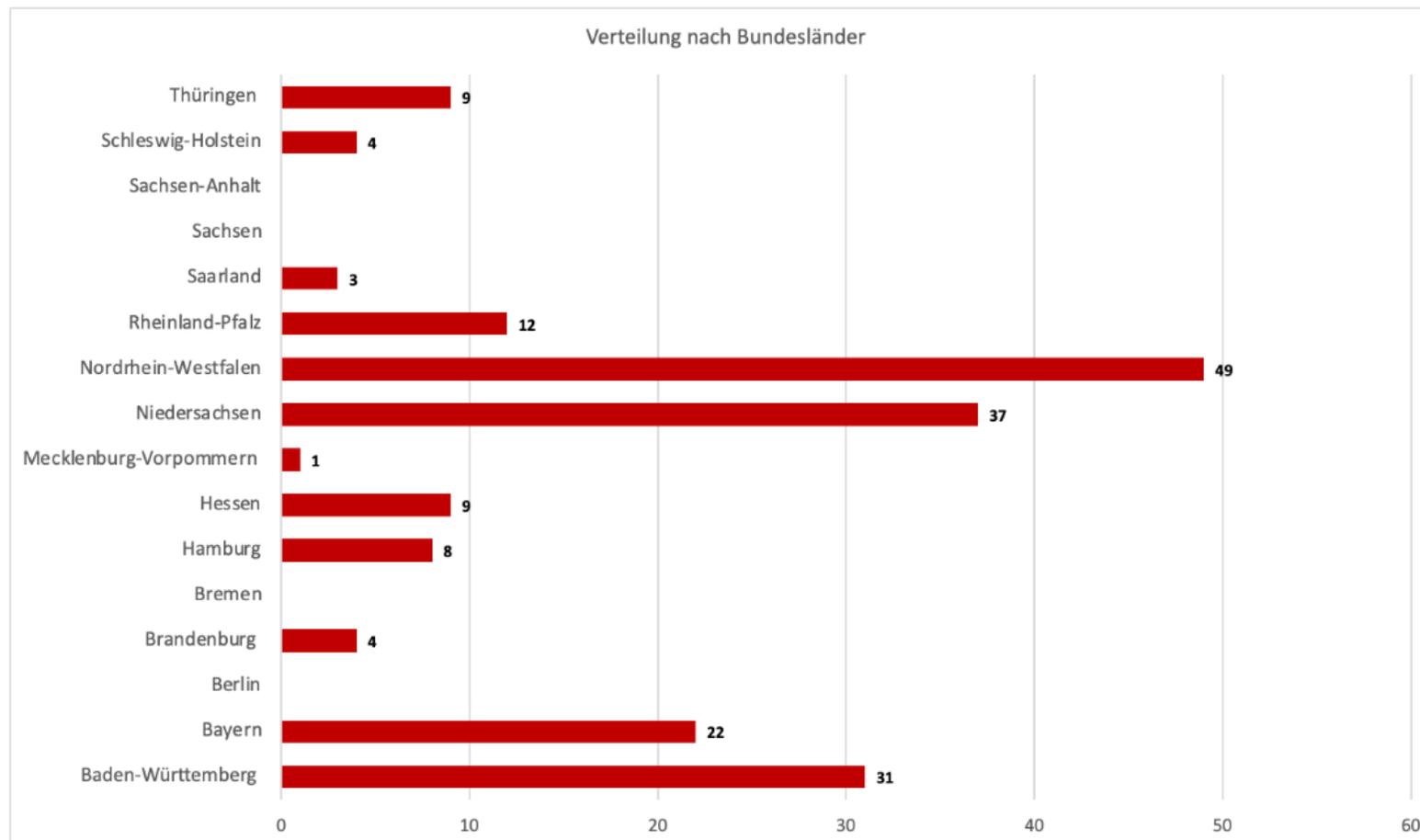


Abbildung 8-32: Verteilung der Stichprobe der HNO-Ärzt*innen nach Verteilung in den Bundesländern, in denen sie tätig sind; Angaben in absoluten Zahlen; gesamt n=189

Das Durchschnittsalter der HNO-Ärzt*innen betrug 53,4 Jahre. Der Median lag bei 54 Jahren. Die Teilnehmer lagen in einer Altersspanne von 33 Jahren bis 73 Jahren. Sechs Personen machten keine Angaben zum Alter. Die Abbildung 8-33 zeigt die Altersverteilung der Gesamtstichprobe in 5-Jahres-Intervallen.

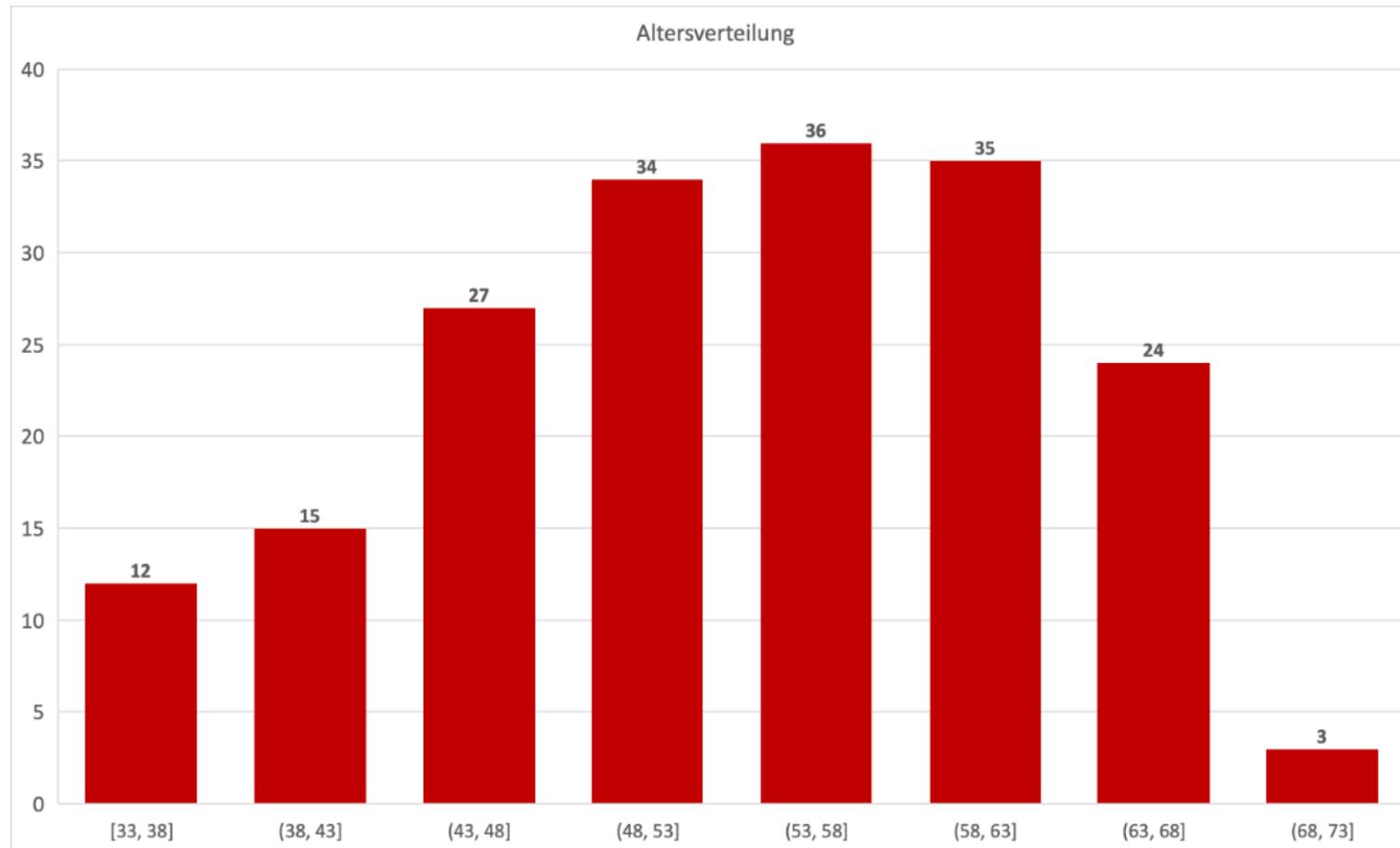


Abbildung 8-33: Altersverteilung der HNO-Ärzt*innen; Angaben in absoluten Zahlen; gesamt n = 189, keine Angaben: 6

Stichprobenbeschreibung - Gynäkolog*innen

Insgesamt hatten 318 Gynäkolog*innen an der quantitativen Erhebung teilgenommen. An der Befragung hatten 107 (34%) männliche und 202 (64%) weibliche Personen teilgenommen. Vier Personen (1%) ordneten sich zu divers zu und fünf Personen (2%) machten keine Angabe (siehe Abbildung 8-34).

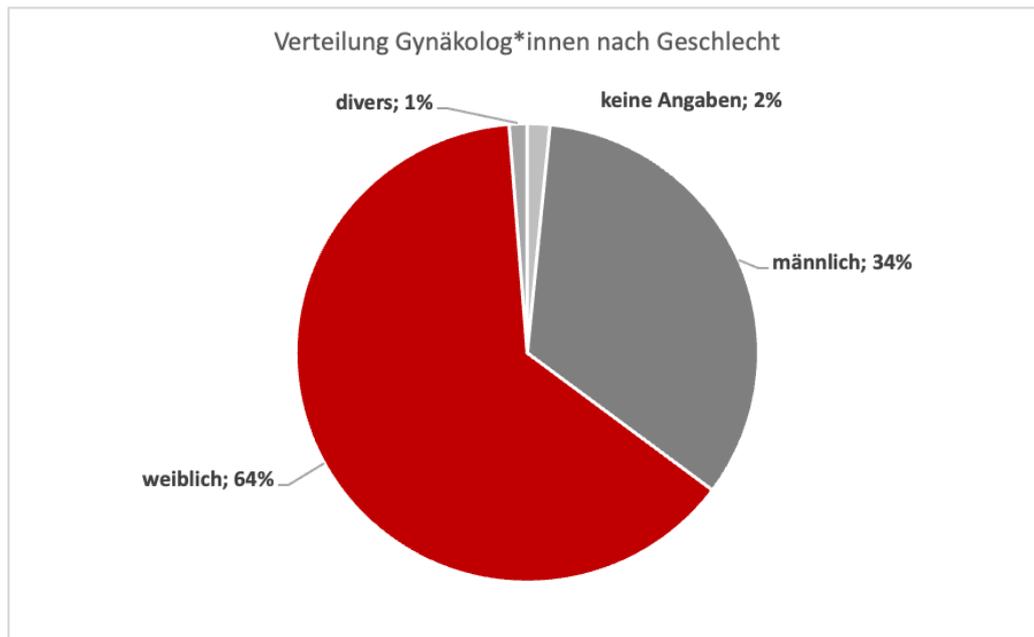


Abbildung 8-34: Verteilung der Stichprobe der Gynäkolog*innen nach Geschlecht; Angaben in %; gesamt n=318

47% (151) der Befragten waren in einer Einzelpraxis tätig, 34% (108) in einer BAG (Gemeinschaftspraxis), 7% (22) in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) und 8% (26) in einer Klinik. 1% (3) machten keine Angaben zur Art der Institution, in der sie tätig waren und 3% (8) gaben an, in einer anderen Institution tätig zu sein (siehe Abbildung 8-35).

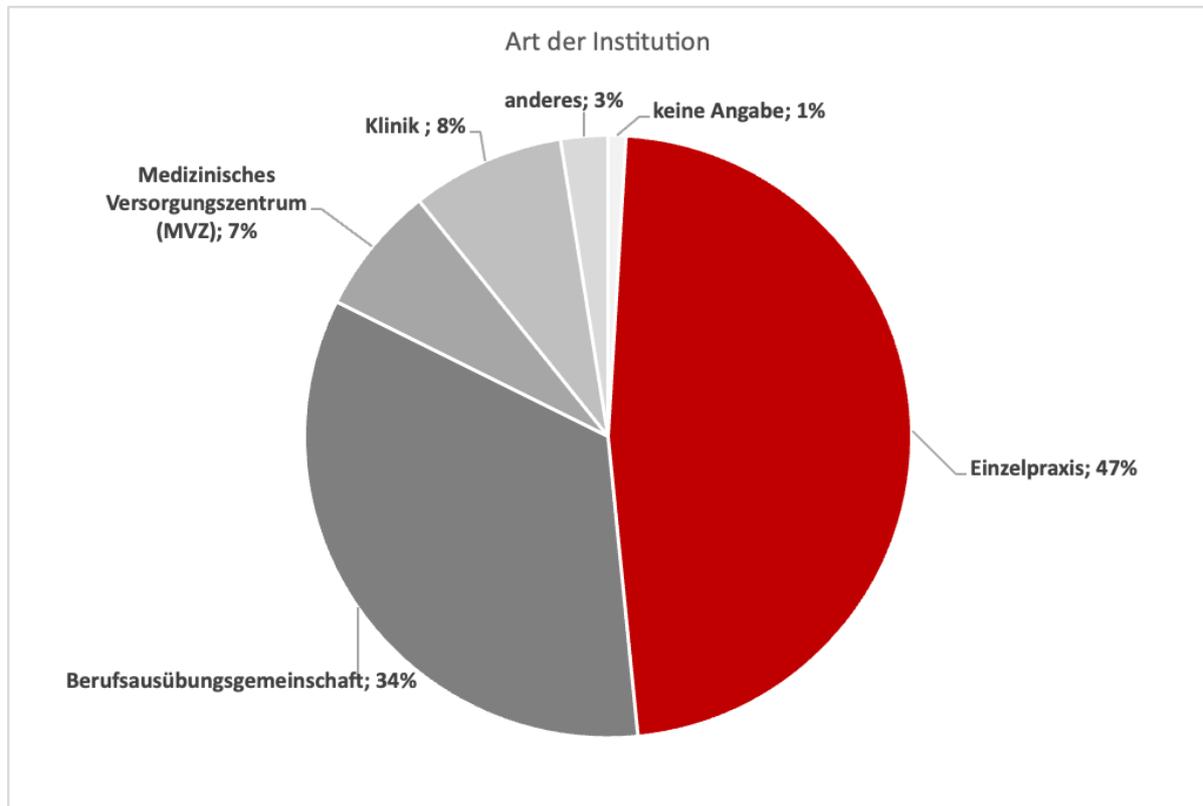


Abbildung 8-35: Verteilung der Stichprobe der Gynäkolog*innen nach Art der Institution, in der sie tätig sind; Angaben in %; gesamt n=318

Insgesamt nahmen Gynäkolog*innen aus zwölf deutschen Bundesländern teil. Detaillierte Informationen zur Verteilung nach Bundesländern sind der Abbildung 8-36 zu entnehmen.



Abbildung 8-36: Verteilung der Stichprobe der Gynäkolog*innen nach Verteilung in den Bundesländern, in denen sie tätig sind; Angaben in absoluten Zahlen; gesamt $n=318$; davon keine Angaben: 12

Das Durchschnittsalter der Gynäkolog*innen betrug 53,5 Jahre. Der Median lag bei 54 Jahren. Die Teilnehmenden lagen in einer Altersspanne von 31 Jahren bis 72 Jahren. Sechs Personen machten keine Angaben zum Alter. Die Abbildung 8-37 zeigt die Altersverteilung der Gesamtstichprobe in 5-Jahres-Intervallen.

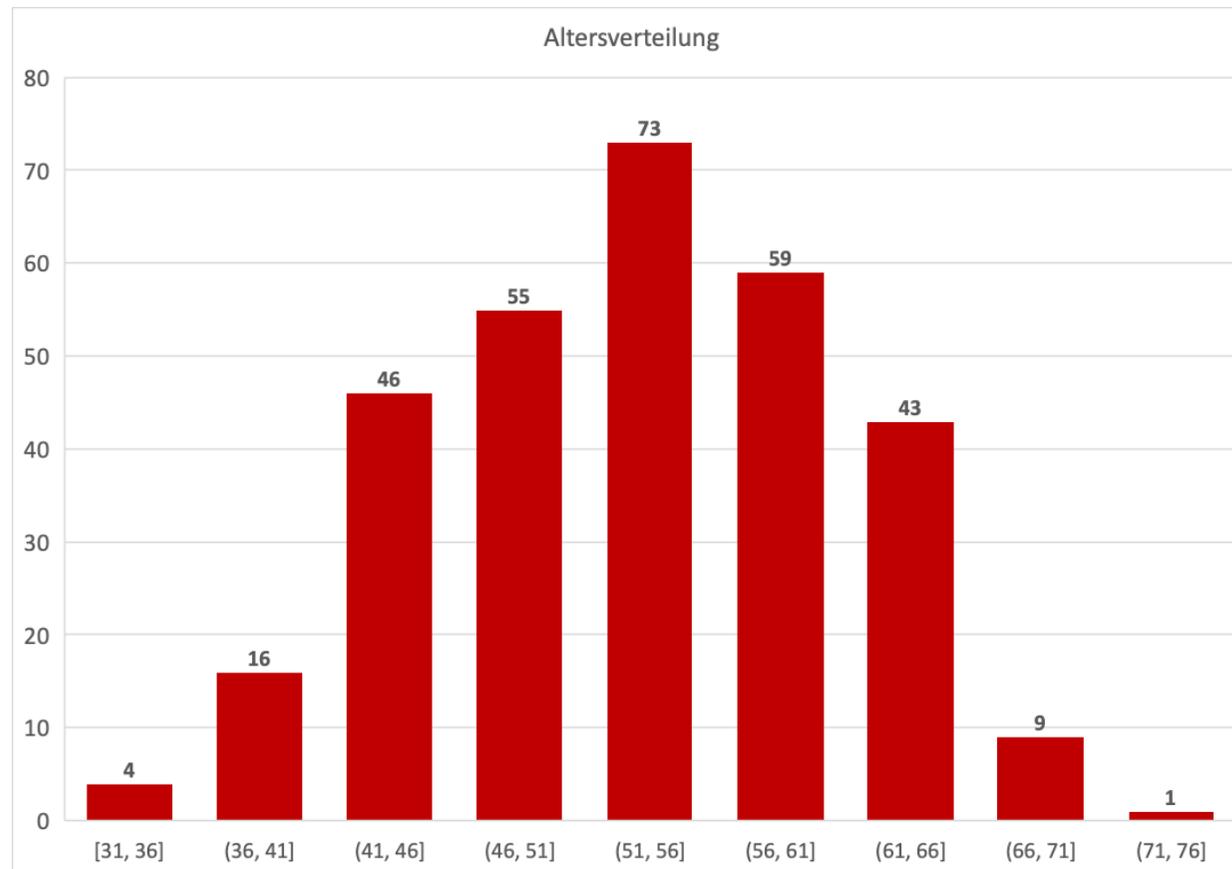


Abbildung 8-37: Altersverteilung der Gynäkolog*innen; Angaben in absoluten Zahlen; gesamt $n = 318$, davon keine Angaben: 12

8.1.4 Daten der qualitativen Ärztebefragung

In die Interviewerhebung konnten 46 Ärzt*innen aus zehn Bundesländern einbezogen werden, wobei 29 Ärzt*innen aus der Gynäkologie und 17 Ärzt*innen aus der HNO teilgenommen hatten. Detaillierte soziodemografische Angaben sind der Tabelle 8-4 zu entnehmen.

Tabelle 8-4: Soziodemografische Angaben der teilnehmenden Ärzt*innen

ID	Geschlecht	Alter	Fachrichtung	Einwohnerzahl	Bundesland	Dauer Facharzt-tätigkeit	Art der Praxis	ZMer
AP201	w	71	Gyn	14.400	Hessen	40	Einzelpraxis	nein
AP202	m	60	Gyn	600.000	Nordrhein-Westfalen	27	Einzelpraxis	nein
AP203	m	70	Gyn	12.000	Bayern	35	Einzelpraxis	nein
AP204	m	52	HNO	14.000	Schleswig-Holstein	23	Einzelpraxis	nein
AP205	w	46	Gyn	100.000	Brandenburg	15	Gemeinschaftspraxis (3 Ärzt*innen)	nein
AP206	m	65	Gyn	60.000	Brandenburg	35	Einzelpraxis	nein
AP207	w	51	HNO	1,8 Mio	Hamburg	22	BAG	nein
AP208	m	69	HNO	23.000	Niedersachsen	42	Einzelpraxis	nein
AP209	m	48	HNO	35.000	Niedersachsen	14	Gemeinschaftspraxis (3 Ärzt*innen)	ja
AP210	m	53	HNO	35.000	Schleswig-Holstein	17	Gemeinschaftspraxis (3 Ärzt*innen)	nein
AP211	w	43	Gyn	24.000	Brandenburg	10	Praxisgemeinschaft (2 Ärzt*innen)	nein
AP212	w	55	Gyn	100.000	Brandenburg	15	Klinik	nein
AP213	w	50	HNO	1,8 Mio	Hamburg	15	Gemeinschaftspraxis (3 Ärzt*innen)	nein
AP214	m	46	HNO	1,8 Mio	Hamburg	14	Gemeinschaftspraxis (2 Ärzt*innen)	ja

ID	Geschlecht	Alter	Fach- richtung	Einwohner- zahl	Bundesland	Dauer Facharzt- tätigkeit	Art der Praxis	ZMer
AP215	m	55	HNO	90.000	Schleswig-Holstein	22	Gemeinschaftspraxis	nein
AP216	w	54	Gyn	1,8 Mio	Hamburg	23	Einzelpraxis	nein
AP217	m	64	Gyn	1,8 Mio	Hamburg	30	Klinik	nein
AP218	w	60	HNO	1,8 Mio	Hamburg	32	Einzelpraxis	nein
AP219	m	47	HNO	1,8 Mio	Hamburg	10	Gemeinschaftspraxis (2 Ärzt*innen)	nein
AP220	w	46	Gyn	1,8 Mio	Hamburg	16	Gemeinschaftspraxis (2 Ärzt*innen)	nein
AP221	w	54	Gyn	1,8 Mio	Hamburg	22	Einzelpraxis	nein
AP222	m	52	HNO	90.000	Hessen	19	Gemeinschaftspraxis (3 Ärzt*innen)	nein
AP223	m	49	HNO	30000	Niedersachsen	19	Gemeinschaftspraxis (6 Ärzt*innen)	ja
AP224	w	45	Gyn	1,8 Mio	Hamburg	13	Gemeinschaftspraxis (6 Ärzt*innen)	nein
AP225	m	69	Gyn	20000	Hessen	37	Gemeinschaftspraxis (5 Ärzt*innen)	nein
AP226	m	63	Gyn	25000	Hessen	31	Einzelpraxis	ja
AP227	m	61	Gyn	20.000	Hessen	28	Einzelpraxis	ja
AP228	m	65	Gyn	1,8 Mio	Hamburg	25	Klinik	nein
AP229	m	59	Gyn	140.000	Hessen	28	MVZ	nein

ID	Geschlecht	Alter	Fach- richtung	Einwohner- zahl	Bundesland	Dauer Facharzt- tätigkeit	Art der Praxis	ZMer
AP230	w	43	Gyn	1,8 Mio	Hamburg	7	Einzelpraxis	nein
AP231	m	56	HNO	1,8 Mio	Hamburg	23	Gemeinschaftspraxis	nein
AP232	m	77	HNO	100.000	Niedersachsen	45	Einzelpraxis	nein
AP233	w	52	Gyn	27.000	Baden-Württemberg	18	Gemeinschaftspraxis (2 Ärzt*innen)	nein
AP234	w	43	Gyn	15.000	Brandenburg	8	MVZ und Klinik	nein
AP235	m	60	Gyn	3,6 Mio	Berlin	21	Klinik	nein
AP236	w	58	Gyn	13.000	Niedersachsen	26	Praxisgemeinschaft	nein
AP237	m	40	HNO	200.000	Mecklenburg-Vorpommern	14	Einzelpraxis	ja
AP238	w	35	Gyn	1,8 Mio	Hamburg	3	Klinik	nein
AP239	m	69	Gyn	120.000	Nordrhein-Westfalen	3	Gemeinschaftspraxis (3 Ärzt*innen)	ja
AP240	w	40	Gyn	3,4 Mio	Berlin	6	MVZ	nein
AP241	m	59	HNO	1,8 Mio	Hamburg	24	Einzelpraxis	nein
AP242	m	53	HNO	230.000	Nordrhein-Westfalen	19	Einzelpreis	ja
AP243	m	62	Gyn	100.000	Baden-Württemberg	32	Einzelpraxis	nein
AP244	m	57	Gyn	8.000	Bayern	18	Einzelpraxis	ja

ID	Geschlecht	Alter	Fachrichtung	Einwohnerzahl	Bundesland	Dauer Facharzt- tätigkeit	Art der Praxis	ZMer
AP245	w	48	Gyn	20.000	Nordrhein-Westfalen	16	Gemeinschaftspraxis (7 Ärzt*innen)	ja
AP246	m	77	Gyn	340000	Nordrhein-Westfalen	49	Einzelpraxis	ja

8.1.5 Daten der KVen/KH-Qualitätsberichte-Analyse

Mittels Analyse der KVen-Webseiten der jeweiligen Bundesländer konnte eine bundesweite Anzahl von 653 ZMer identifiziert werden (Stand Dezember 2022). Die anschließende Berechnung der Anzahl an ZMer pro Million Einwohner*innen diente der besseren Vergleichbarkeit und gab einen schnellen Einblick auf die relative Versorgungslage und deren Unterschiede. Die Einwohnerzahlen (Stand 2020) der Bundesländer basierten auf Daten des Statistischen Bundesamtes.

ZMer der Gynäkologie wiesen in Rheinland-Pfalz und Bremen die wenigsten ZMer pro Million Einwohner*innen auf, in Saarland sind die meisten ZMer der Gynäkologie pro Million Einwohner*innen. In Bremen gab es keine/n ZMer der HNO, Saarland hatte 9,1 ZMer der HNO pro Million Einwohner*innen und damit im Bundesländervergleich die meisten ZMer der beiden Fachrichtungen pro Million Einwohner*innen.

Die folgende Tabelle (Tabelle 8-5) gibt einen detaillierten Einblick von den absoluten Häufigkeiten der ZMer sowie pro Million Einwohner*innen je KV bzw. Bundesland.

Tabelle 8-5: ZMer HE und TT/TE je KV (absolute Häufigkeit und pro Million Einwohner*innen)

KVen	ZMer (absolut)		ZMer pro Million Einwohner*innen	
	HE	TT/TE	HE	TT/TE
Baden-Württemberg	43	28	3,9	2,5
Bayern	56	36	4,3	2,7
Berlin	13	10	3,5	2,7
Brandenburg	11	3	4,3	1,2
Bremen	1	0	1,5	0,0
Hamburg	5	4	2,7	2,2
Hessen	19	11	3,0	1,7
Mecklenburg-Vorpommern	5	2	3,1	1,2
Niedersachsen	68	33	8,5	4,1
Nordrhein	36	33	6,1	3,6
Westfalen-Lippe	73	32		
Rheinland-Pfalz	6	8	1,5	2,0
Saarland	11	9	11,2	9,1
Sachsen	8	10	2,0	2,5
Sachsen-Anhalt	20	13	9,2	6,0
Schleswig-Holstein	20	5	6,9	1,7
Thüringen	11	10	5,2	4,7
Gesamt (absolut)	406	247		
Gesamtdurchschnitt			4,8	3,0

*Eine Kalibrierung auf die 73,3 Mio. Versicherten ergab bei HE durchschnittlich 5,5 ZMer pro Million Einwohner*innen und bei TT/TE durchschnittlich 3,4 ZMer pro Million Einwohner*innen | Quelle: eigene Darstellung und Berechnungen, ZMer mittels Analyse der KVen-Webseiten und Einwohnerzahlen vom Statistischen Bundesamt (Stand 2020)

Des Weiteren werden im Folgenden die ZMer der Gynäkologie und HNO nach Geschlecht, Verortung, und Art der Einrichtung beschrieben. Es gab mehr weibliche zweitmeinende Gynäkolog*innen (55,2%, n= 224) als männliche (44,8%, n=182). Bei den HNO-Ärzt*innen zeigte sich ein gegenteiliges Bild. 74,5% (n=184) der zweitmeinenden HNO-Ärzt*innen waren männlich, 25,5% (n=63) waren weiblich. Die geschlechterspezifische Betrachtung der zweitmeinenden Gynäkolog*innen und HNO-Ärzt*innen kann in der Abbildung 8-38 nachvollzogen werden.

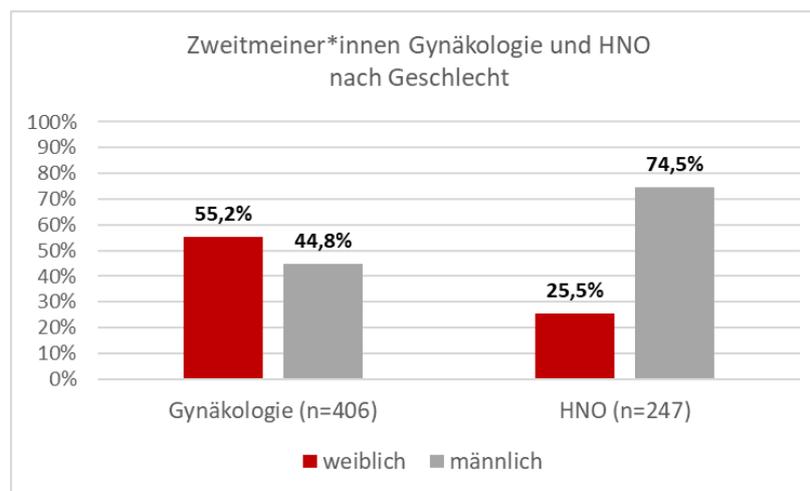


Abbildung 8-38: ZMer Gynäkologie und HNO nach Geschlecht. Quelle: eigene Darstellung, ZMer mittels Analyse der KVen-Webseiten (Stand Dezember 2022)

Der Großteil der ZMer war im ambulanten Sektor verortet. 92,4% (n=375) der zweitmeinenden Gynäkolog*innen und 97,6% (n=241) der HNO-Ärzt*innen waren hauptsächlich im ambulanten Bereich tätig. Im stationären Sektor waren 7,6% (n=31) ZMer der Gynäkologie und 2,4% (n=6) ZMer der HNO aufgelistet. Die Abbildungen 8-39 und 8-40 zeigen die Verortung der zweitmeinenden Gynäkolog*innen und HNO-Ärzt*innen.

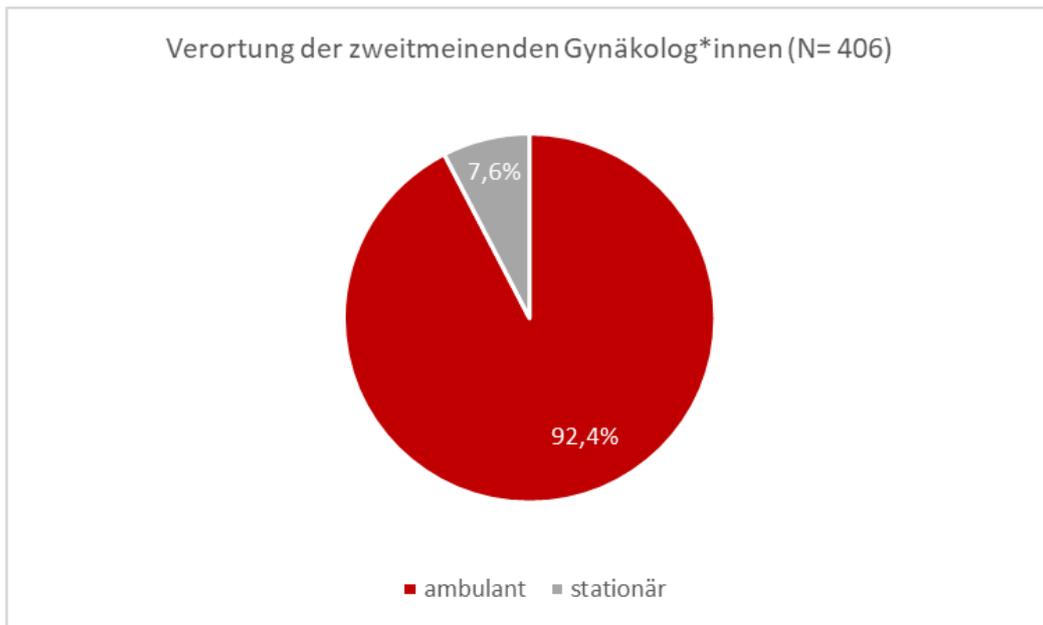


Abbildung 8-39: Verortung der zweitmeinenden Gynäkolog*innen. Quelle: eigene Darstellung, ZMer mittels Analyse der KVen-Webseiten (Stand Dezember 2022)

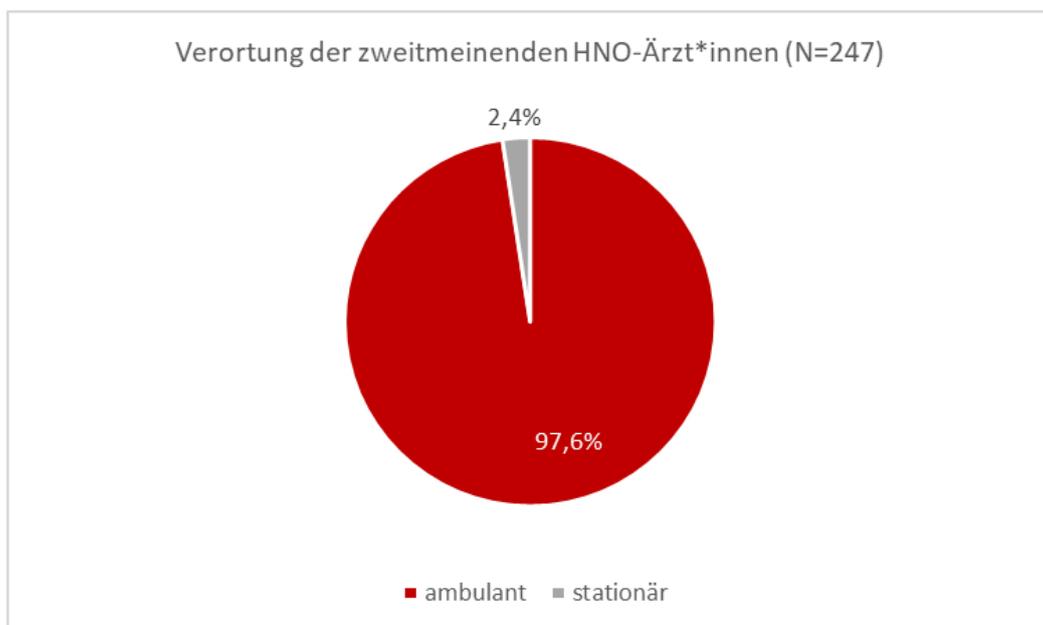


Abbildung 8-40: Verortung der zweitmeinenden HNO-Ärzt*innen. Quelle: eigene Darstellung, ZMer mittels Analyse der KVen-Webseiten (Stand Dezember 2022)

Bei der Art der Einrichtung ist festzustellen, dass sowohl die ZMer der Gynäkologie als auch die ZMer der HNO am meisten in der BAG tätig waren, darauffolgend die Einzelpraxis. Detaillierte Informationen können der Abbildung 8-41 entnommen werden.

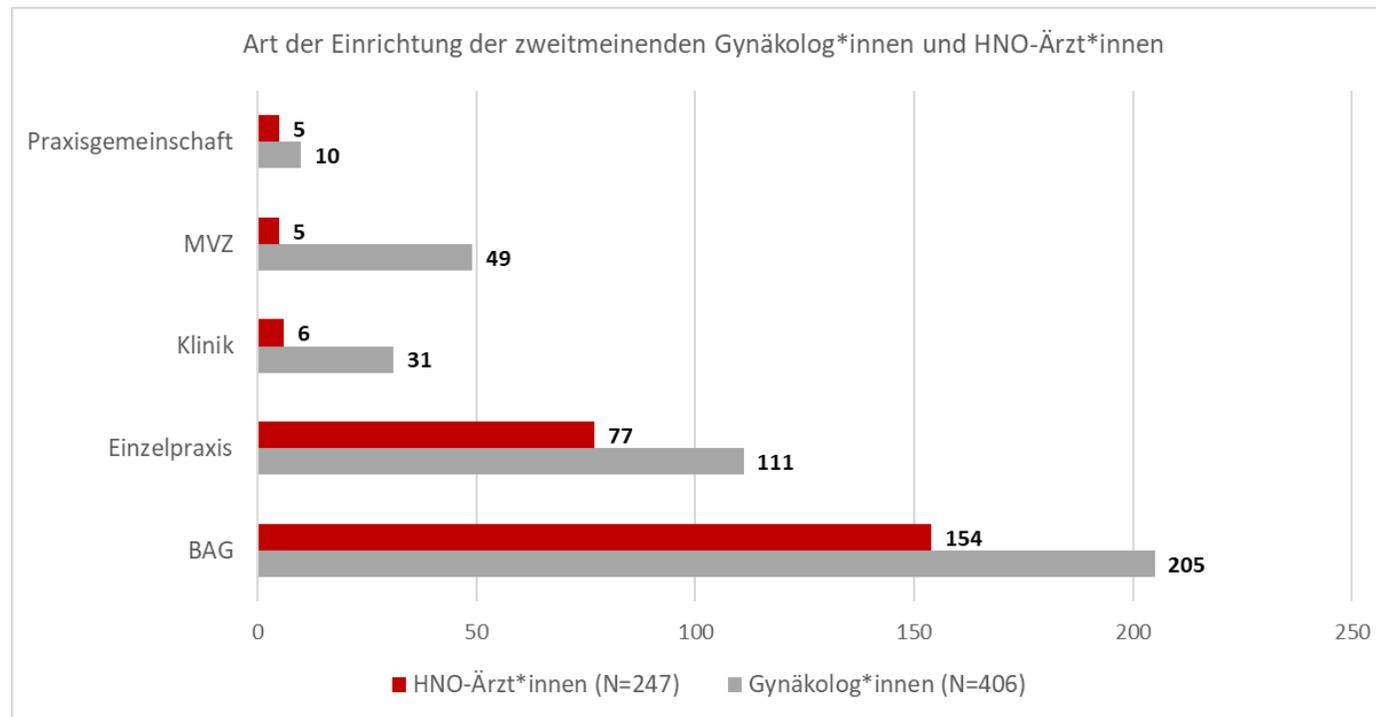


Abbildung 8-41: Art der Einrichtung der zweitmeinenden Gynäkolog*innen und HNO-Ärzt*innen. Quelle: eigene Darstellung, ZMer mittels Analyse der KVen-Webseiten (Stand Dezember 2022)

)

Nach Angaben der KVen-Webseiten waren ZMer teilweise an verschiedenen/mehreren Standorten tätig. In der Tabelle 8-6 wird dargestellt, wie sich (im Vergleich zu Tabelle 5) dadurch die Standorte der ZMer pro Bundesland erhöhen. Hierbei waren insgesamt 700 Standorte von ZMer der Gynäkologie (n=419) und HNO (n=281) zu verzeichnen. Den KVen-Daten zufolge hatten Patient*innen somit mehr Möglichkeiten, eine ZM einzuholen, da einige ZMer an mehreren Standorten tätig sind. Hierbei sind jedoch auch die Sprechzeiten der jeweiligen ZMer zu beachten.

*Tabelle 8-6: ZMer HE und TT/TE nach Standort je KV (absolute Häufigkeit und pro Million Einwohner*innen)*

KVen	ZMer (nach Standort)		ZMer pro Million Einwohner*innen (nach Standort)	
	HE	TT/TE	HE	TT/TE
Baden-Württemberg	44	28	3,96	2,43
Bayern	61	59	4,57	3,73
Berlin	14	10	4,09	2,73
Brandenburg	11	3	4,74	1,19
Bremen	1	0	1,47	0,00
Hamburg	6	5	3,24	2,16
Hessen	19	13	3,02	2,22
Mecklenburg-Vorpommern	5	2	3,11	1,24
Niedersachsen	68	33	6,02	3,68
Nordrhein-Westfalen-Lippe	74	33		
Rheinland-Pfalz	6	10	1,22	2,44
Saarland	11	9	12,20	8,13
Sachsen	8	10	2,96	2,96
Sachsen-Anhalt	21	18	10,55	8,25
Schleswig-Holstein	20	5	7,21	1,72

Thüringen	14	10	6,60	4,72
Gesamt (absolut)	419	281		
Gesamtdurchschnitt			5,0*	3,4*

*Eine Kalibrierung auf die 73,3 Mio. Versicherten ergab bei HE durchschnittlich 5,7 ZMer pro Million Einwohner*innen und bei TT/TE durchschnittlich 3,8 ZMer pro Million Einwohner*innen | Quelle: eigene Darstellung und Berechnungen, ZMer mittels Analyse der KVen-Webseiten und Einwohnerzahlen vom Statistischen Bundesamt (Stand 2020)

Neben den detaillierten Informationen zu den ZMer, sollen im Folgenden die absoluten Eingriffshäufigkeiten der zweitmeinenden stationären Institutionen dargestellt werden, welche aus den jeweiligen KH-Qualitätsberichten entnommen wurden.

Indikation HE

Der OPS-Code 5-683 wurde von den Krankenhäusern, die eine/n Gynäkolog*in als ZMer haben, am meisten angegeben. Diese Eingriffshäufigkeiten sanken von 2016 bis 2021. Am zweithäufigsten wurde der OPS-Code 5-682 dokumentiert, wobei die Eingriffshäufigkeiten von 2016 bis 2019 anstiegen und ab 2020 rückläufig waren. Der OPS-Code 5-685 wurde im Vergleich zu den oben genannten OPS-Codes am wenigsten angegeben. Diese Eingriffshäufigkeiten gingen insgesamt von 2016 bis 2021 zurück, wobei sie 2020 etwas anstiegen. Die detaillierten Eingriffshäufigkeiten sind in der Abbildung 8-42 zu sehen.

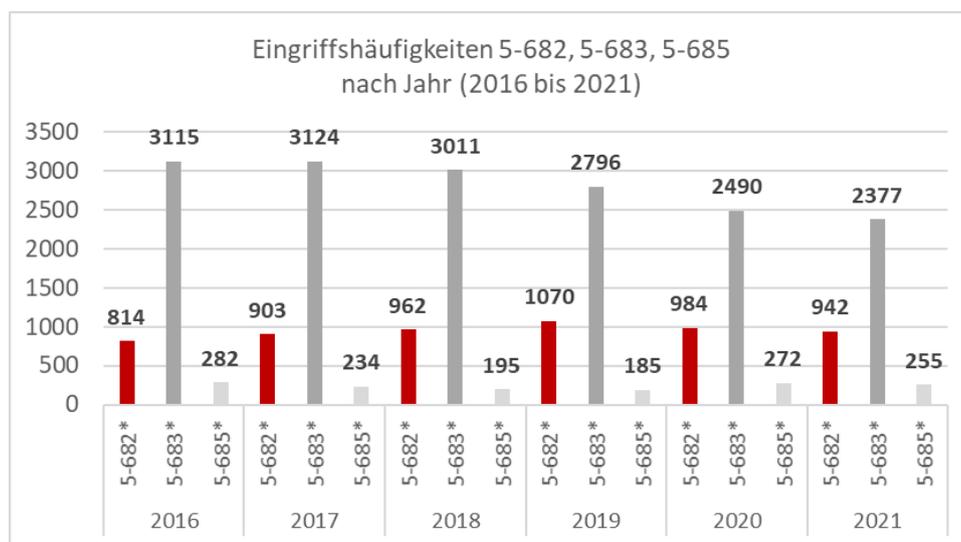


Abbildung 8-42: Eingriffshäufigkeiten 5-682, 5-683 und 5-685 nach Jahr (2016-2021). OPS-Codes, die in Analyse mit einbezogen wurden, sind im Kapitel 3.3.2.1 Quantitative Patientenbefragung detailliert aufgelistet. Quelle: KH-Qualitätsberichte der zweitmeinenden stationären Institutionen 2016-2021

Indikation TT/TE

Der OPS-Code 5-281 (TE) wurde im Gegensatz zu dem OPS-Code 5-282 (TT) häufiger abgerechnet. Beide Eingriffshäufigkeiten gingen von 2016 bis 2021 zurück. Die detaillierten Eingriffshäufigkeiten sind in der Abbildung 8-43 zu sehen.

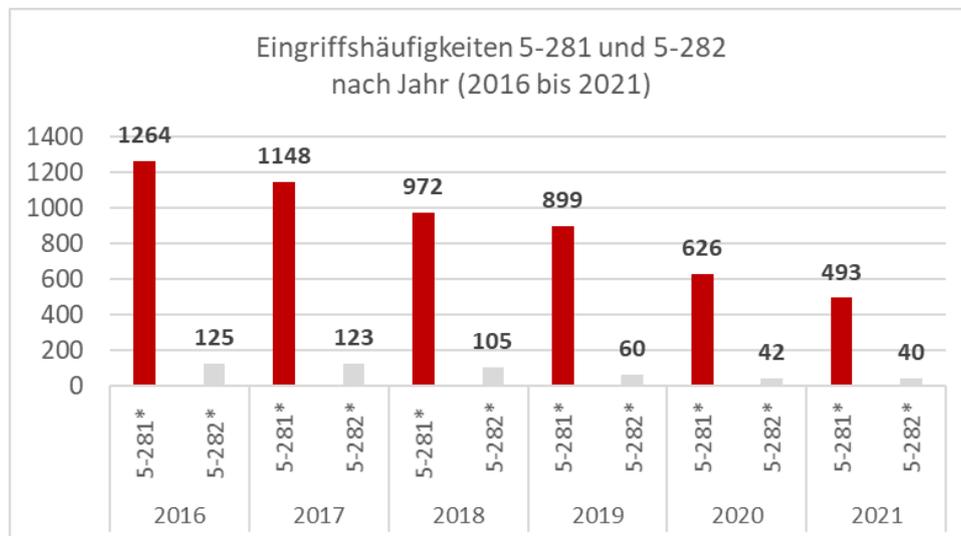


Abbildung 8-43: Eingriffshäufigkeiten 5-281 und 5-282 nach Jahr (2016-2021). OPS-Codes, die in Analyse mit einbezogen wurden, sind im Kapitel 3.3.2.1 Quantitative Patientenbefragung

8.1.6 Stichprobenbeschreibung Stakeholderbefragung

Für die qualitative Stakeholderbefragung wurden folgende Institutionen (Tabelle 8-7) mit der Bitte um Weiterleitung an entsprechende Personen, die Auskunft geben können, kontaktiert:

Tabelle 8-7: Stichprobenbeschreibung Stakeholderbefragung

Institutionen, die unmittelbar an der Umsetzung der RL beteiligt sind	Anzahl der Anschreiben/ Institutionen
Kassenärztliche Vereinigungen	17
Kassenärztliche Bundesvereinigung	1
Landeskrankengesellschaften (inklusive den Vorstandsvorsitz)	17
Vertreter*innen Krankenkassen	19
Institutionen, die nicht unmittelbar an der Umsetzung der RL beteiligt sind	
Marburger Bund	1
Hartmannbund	1
Berufsverbände Frauenärzt*innen der Bundesländer	17
Berufsverbände Hals-Nasen-Ohrenärzt*innen der Bundesländer	18
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.	1
Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V.	1

Flankierend zu der Einladung zu einem Interview wurde ein Link für eine Online-Kurzbefragung ausgesandt, sodass interessierte Personen, sofern sie keine Ressourcen für die Teilnahme an einem Interview hatten, an der Kurzbefragung teilnehmen konnten.

Quantitativ - Kurzfragebogen

An dem Kurzfragebogen hatten insgesamt 19 Funktionsträger*innen teilgenommen. Davon kamen acht Personen von Krankenkassen, zehn Personen von Kassenärztlichen Vereinigungen und eine Person eines Landesverbandes einer Krankengesellschaft. Aus datenschutzrechtlichen Gründen erfolgt die Ergebnisdarstellung der Kassenärztlichen Vereinigungen, des einem teilnehmenden Landesverband der Krankengesellschaft und der Krankenkassen überwiegend gemeinsam.

Qualitativ – Interviews

Es wurden insgesamt sechs Interviews mit Stakeholdern geführt. Darunter gehörten zwei Personen gesetzlichen Krankenkassen an, eine Person der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und einer Person einer Kassenärztlichen Vereinigung. Eine Person leitet einen Berufsverband in der Gynäkologie, eine Person leitet einen Berufsverband in der HNO und ist gleichzeitig ein Vertreter einer Kassenärztlichen Vereinigung und zugelassener ZMer.

8.1.7 Stichprobenbeschreibung Routinedaten

In die Routinedatenanalyse wurden anonymisierte Daten folgender Krankenkassen einbezogen:

- AOK Bayern
- AOK Niedersachsen
- AOK Hessen
- Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK)
- IKK classic
- Knappschaft

Die Daten der AOK Baden-Württemberg wurden ausgeschlossen, da die Gruppe 3 (Personen, die eine ZM in Anspruch genommen haben) nicht identifiziert werden konnten. Im Verlauf des Projekts fiel auf, dass sich die Fallzahlgröße der Routinedatenanalyse (s. Abbildungen 8-44 und 8-46) und der quantitativen Patientenbefragung (s. Tabelle 8-1) unterscheiden. Gründe dafür sind:

- Die AOK Bayern hatte nicht an der quantitativen Patientenbefragung teilgenommen (Marktanteil 6%).
- Mitarbeiter*innen der Krankenkassen wurden nicht angeschrieben.
- Die Routinedatenerhebung erfolgte nach der Befragung, wodurch ggf. die Datenerhebungslogik von der Krankenkasse im Nachhinein angepasst wurde.

Ergebnisse HE

Für die Indikation der HE können folgende Fallzahlen für die einzelnen Patientengruppen der Abbildung 8-44 entnommen werden. Die Fallzahlen bezogen sich auf die Quartale 1 bis 4 im Jahr 2019, die Quartale 1 bis 4 im Jahr 2020 sowie die Quartale 1 bis 4 im Jahr 2021.

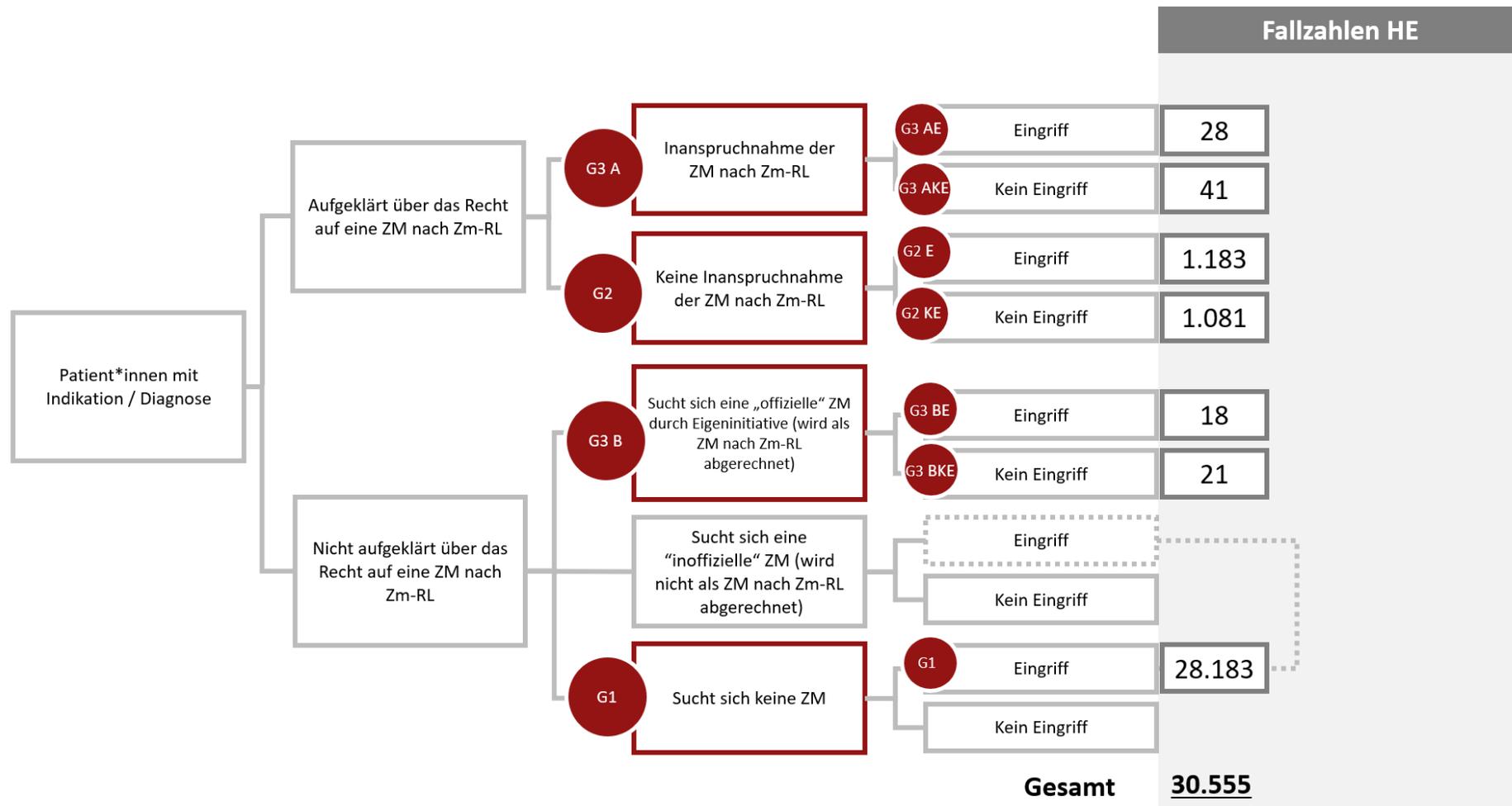


Abbildung 8-44: Fallzahlen für die einzelnen Patientengruppen der Indikation HE (Routinedaten)

Von insgesamt 30555 Personen, die eine Indikation zur HE erhalten hatten, hatten sich 29412 (96%) Personen einem Eingriff unterzogen und 1143 (4%) hatten sich keinem Eingriff unterzogen. Von allen Personen mit einer Indikation zur HE wurden 2333 (8%) Personen über das Recht auf ZM aufgeklärt. 28222 (92%) Personen wurden nicht über das Recht auf ZM aufgeklärt. Von allen Personen mit einer Indikation hatten 108 (0,4%) Personen eine ZM in Anspruch genommen. 30447 (99,6%) Personen hatten keine ZM in Anspruch genommen. Von allen Personen, die eine ZM in Anspruch genommen hatten (n=108), hatten sich 46 Personen einem Eingriff unterzogen und 62 Personen hatten sich keinem Eingriff unterzogen. Von den Personen, die über ihr Recht auf ZM aufgeklärt wurden (n=2333), hatten 69 (3%) Personen eine ZM in Anspruch genommen und 2264 (97%) Personen hatten keine ZM in Anspruch genommen. Die nachstehende Abbildung 8-45 illustriert die Ergebnisse.

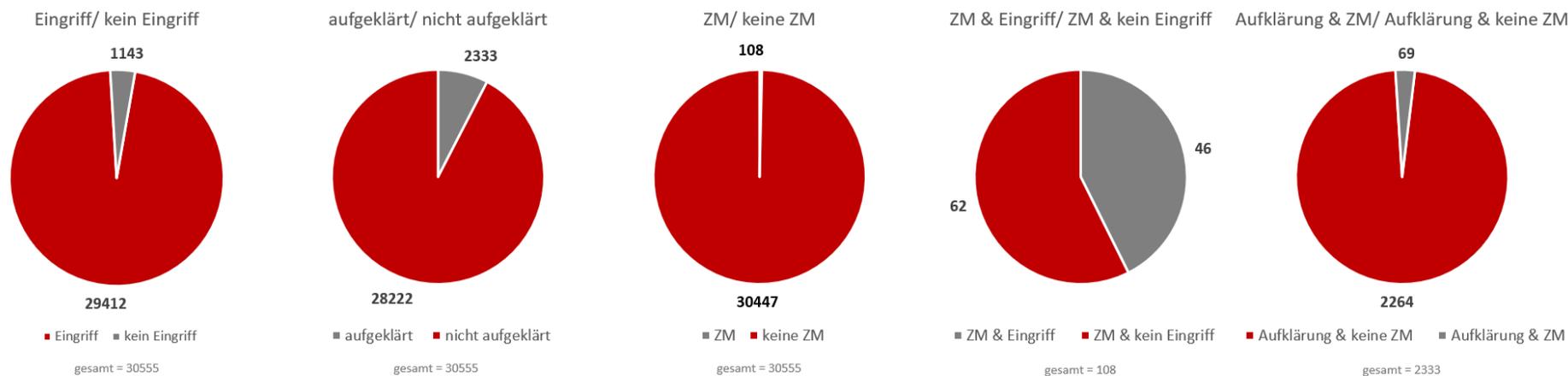


Abbildung 8-45: Zusammenfassende Darstellung der Fallzahlen für die Indikation HE (Routinedaten)

Ergebnisse TT/TE

Für die Indikationen der TT/ TE, getrennt nach Erwachsenen, Kindern und Gesamtstichprobe, können folgende Fallzahlen für die einzelnen Patientengruppen der Abbildung 8-46 entnommen werden. Die Fallzahlen bezogen sich auf die Quartale 1 bis 4 im Jahr 2019, die Quartale 1 bis 4 im Jahr 2020 sowie die Quartale 1 bis 4 im Jahr 2021.

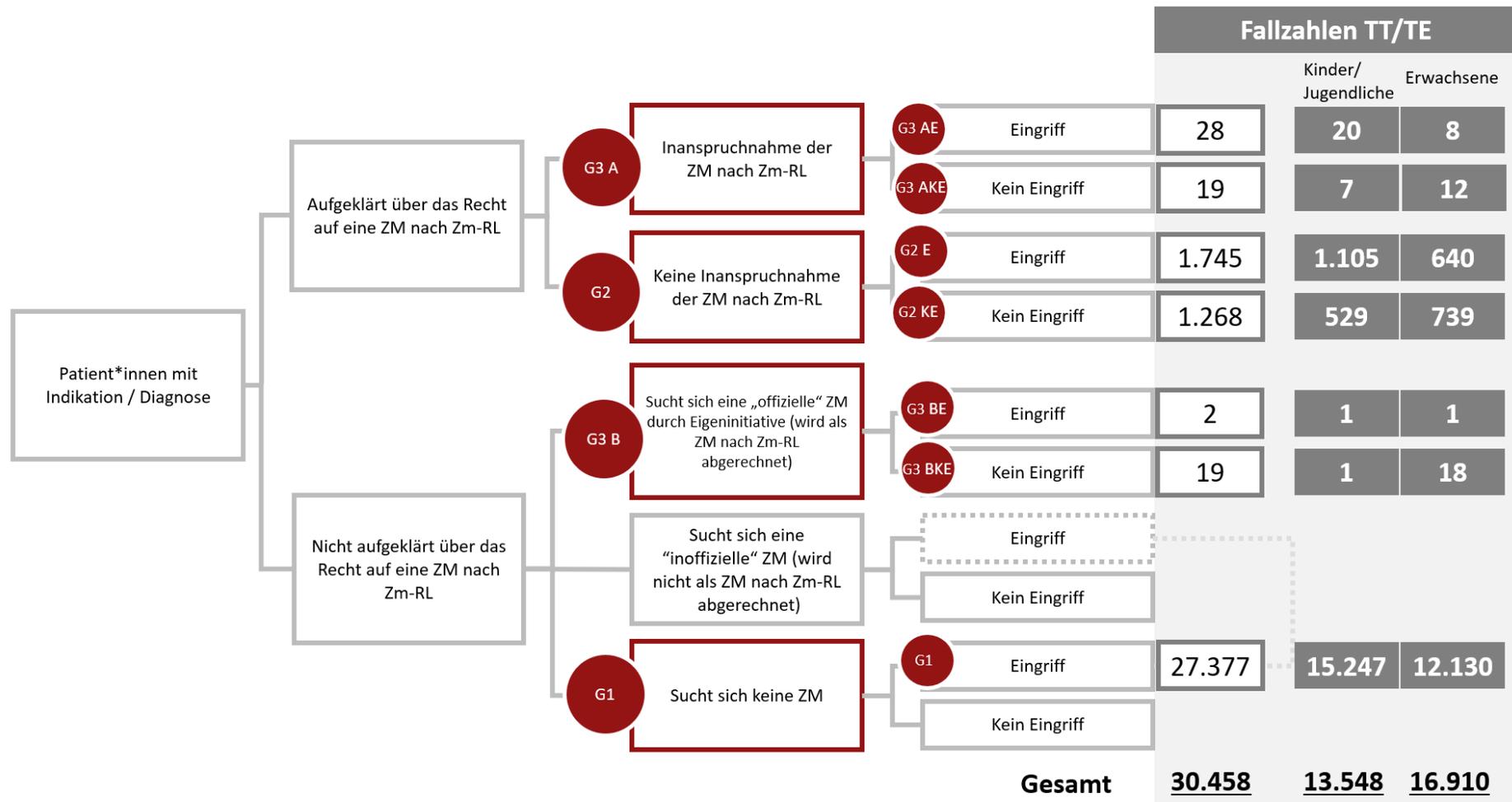


Abbildung 8-46: Fallzahlen für die einzelnen Patientengruppen der Indikation TT/TE (Routinedaten)

Ergebnisse TT/TE Erwachsene

Von insgesamt 13548 Erwachsenen, die eine Indikation zur TT/TE erhalten hatten, hatten sich 12779 (94%) Personen einem Eingriff unterzogen und 769 (6%) hatten sich keinem Eingriff unterzogen. Von allen Erwachsenen mit einer Indikation zur TT/TE wurden 1399 (10%) Personen über das Recht auf ZM aufgeklärt. 12149 (90%) Personen wurden nicht über das Recht auf ZM aufgeklärt. Von allen Erwachsenen mit einer Indikation hatten 39 (0,3%) Personen eine ZM in Anspruch genommen. 13509 (99,7%) Personen hatten keine ZM in Anspruch genommen. Von allen Personen, die eine ZM in Anspruch genommen hatten (n=39), hatten sich neun (23%) Personen einem Eingriff unterzogen und 30 (77%) Personen hatten sich keinem Eingriff unterzogen. Von den Personen, die über ihr Recht auf ZM aufgeklärt wurden (n=1399), hatten 20 (1%) Personen eine ZM in Anspruch genommen und 1379 (99%) Personen hatten keine ZM in Anspruch genommen (s. Abbildung 8-47).

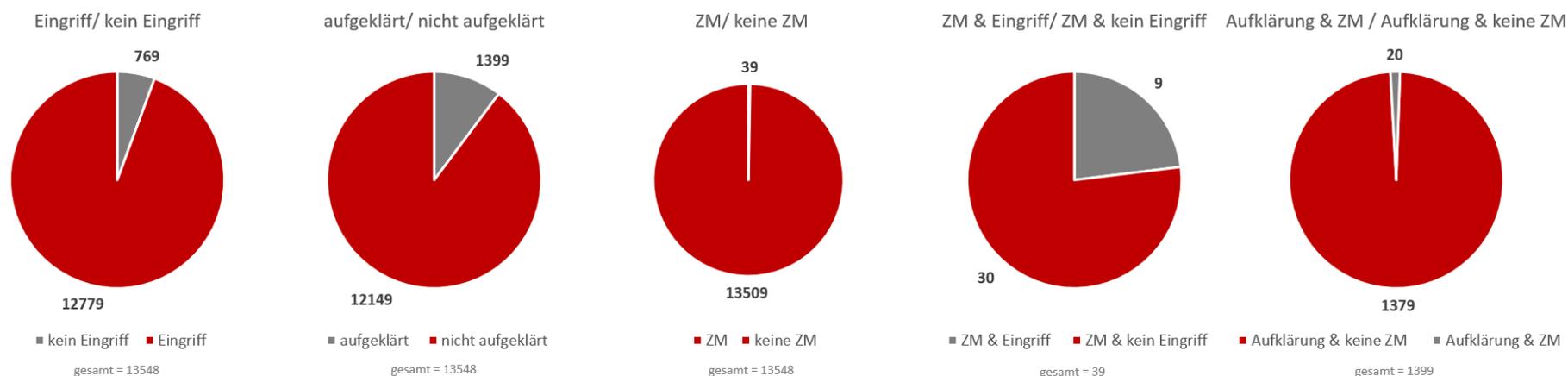


Abbildung 8-47: Zusammenfassende Darstellung der Fallzahlen für die Indikation TT/TE Erwachsene (Routinedaten)

Ergebnisse TT/TE Kinder

Von insgesamt 16910 Kindern, die eine Indikation zur TT/TE erhalten hatten, hatten sich 16373 (97%) Personen einem Eingriff unterzogen und 537 (3%) hatten sich keinem Eingriff unterzogen. Von allen Kindern mit einer Indikation zur TT/TE wurden 1661 (10%) Kinder bzw. Erziehungsberechtigte über das Recht auf ZM aufgeklärt. 15249 (90%) Kinder bzw. Erziehungsberechtigte wurden nicht über das Recht auf ZM aufgeklärt. Von allen Kindern mit einer Indikation hatten 29 (0,2%) Personen eine ZM in Anspruch genommen. 16881 (99,8%) Personen hatten keine ZM in Anspruch genommen. Von allen Personen, die eine ZM in Anspruch genommen hatten (n=29), haben 21 (72%) sich Personen einem Eingriff unterzogen und acht (28%) Personen haben sich keinem Eingriff unterzogen. Von den Personen, die über ihr Recht auf ZM aufgeklärt wurden (n=1661), hatten 27 (2%) Personen eine ZM in Anspruch genommen und 1634 (98%) Personen hatten keine ZM in Anspruch genommen (s. Abbildung 8-48).

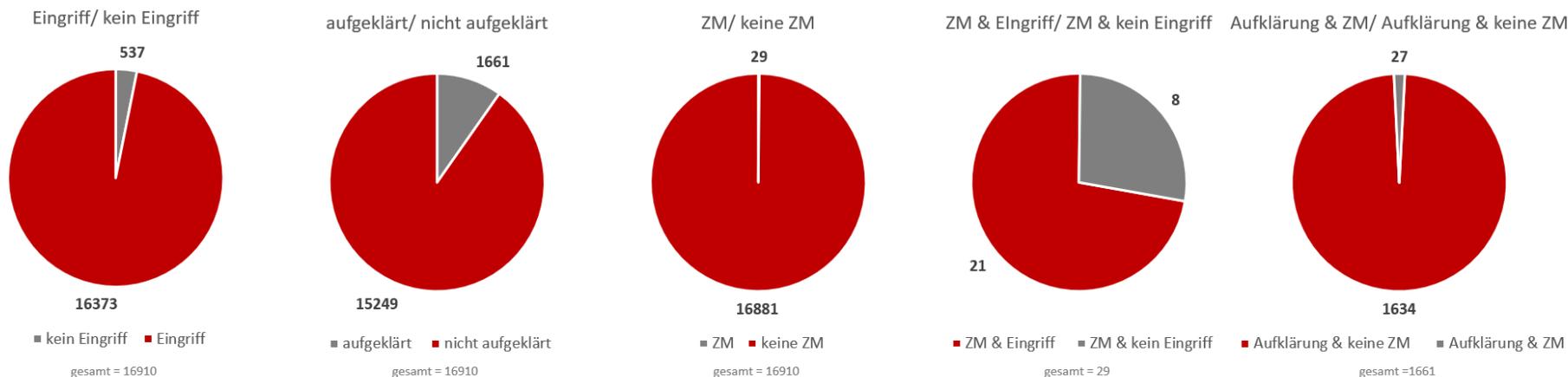


Abbildung 8-48: Zusammenfassende Darstellung der Fallzahlen für die Indikation TT/TE Kinder (Routinedaten)

Ergebnisse TT/TE gesamt

Von insgesamt 30458 Personen, die eine Indikation zur TT/TE erhalten hatten, hatten sich 29152 (96%) Personen einem Eingriff unterzogen und 1306 (4%) hatten sich keinem Eingriff unterzogen. Von allen Personen mit einer Indikation zur TT/TE wurden 3060 (10%) Personen über das Recht auf ZM aufgeklärt. 27398 (90%) Personen wurden nicht über das Recht auf ZM aufgeklärt. Von allen Personen mit einer Indikation hatten 68 (0,2%) Personen eine ZM in Anspruch genommen. 30390 (99,8%) Personen hatten keine ZM in Anspruch genommen. Von allen Personen, die eine ZM in Anspruch genommen hatten (n=68), hatten sich 30 (44%) Personen einem Eingriff unterzogen und 38 (56%) Personen hatten sich keinem Eingriff unterzogen. Von den Personen, die über ihr Recht auf ZM aufgeklärt wurden (n=3060), hatten 47 (2%) Personen eine ZM in Anspruch genommen und 3013 (98%) Personen hatten keine ZM in Anspruch genommen. Die nachstehende Abbildung 8-49 illustriert die Ergebnisse.

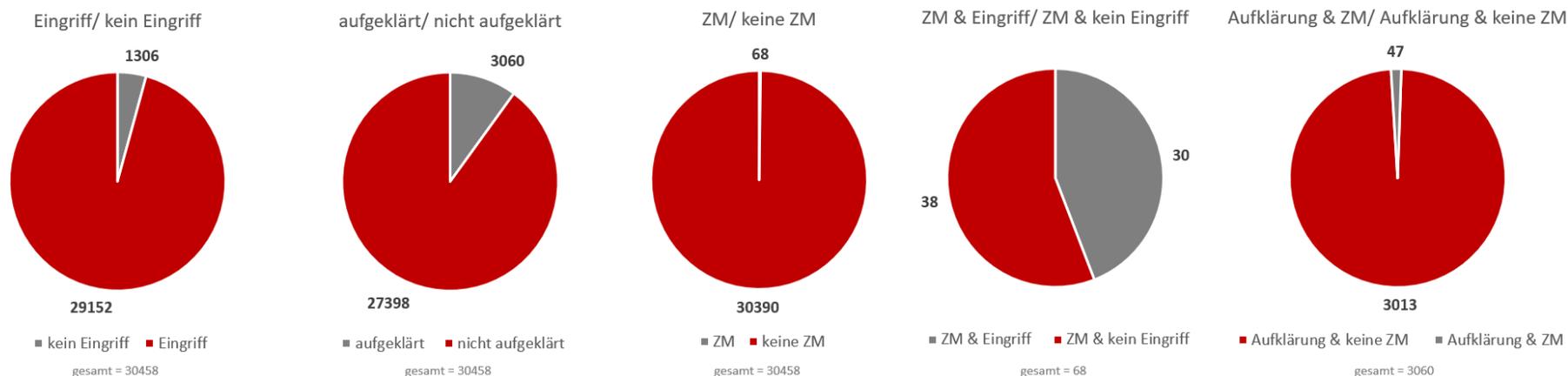


Abbildung 8-49: Zusammenfassende Darstellung der Fallzahlen für die Indikation TT/TE gesamt (Routinedaten)

8.2 Überprüfung Evaluationsziele und Hypothesen

Um die Fragestellung der vorliegenden Evaluation zu beantworten, wurden im folgenden Kapitel die Evaluationsergebnisse zu den einzelnen Hypothesen auf Basis der in der Methodik festgelegten Datenquellen und analytischen Vorgehensweise dargestellt. Der Hypothesenbewertung lag dabei definierte Bewertungskriterien (Kapitel 3.3.4 Bewertungskriterien) zugrunde. Der Hypothesenbewertung lag im Fall mehrerer Bewertungskriterien ein Bewertungsschema zugrunde, in dem alle Datenquellen gleichrangig in die Bewertung einbezogen wurden. Bei der Gesamtbewertung wurde dann einem binären Bewertungsverfahren gefolgt, bei dem Hypothesen bestätigt oder widerlegt wurden.

Je Einzelhypothese wurden die Ergebnisse der einzelnen Datenerhebungen und -analysen detailliert dargestellt. Anschließend erfolgte die Beurteilung der Hypothese im Sinne einer Bestätigung oder Widerlegung einschließlich einer resümierenden Bewertung. Diese wurde ergänzt durch die Beschreibung der methodischen und sich im Rahmen der Datenerhebungen/Auswertungen ergebenden Limitationen. Für bestimmte Hypothesen wurden zusätzliche Analysen zur Bestimmung von Zusammenhängen bzw. Unterschieden vorgenommen. Diese sind im Kapitel 3.3.3 Bewertungsverfahren (Bericht) beschrieben.

8.2.1 Spezifisches Evaluationsziel A: Gestaltung des Prozesses der ZM und Nutzen für die informierte Entscheidungsfindung

Die Fragestellungen und Antwortkategorien wurden für die Indikation HE und die Indikationen TT/TE dargestellt. Im Text wird der Unterschied in den Indikationen durch einen Unterstrich gekennzeichnet.

8.2.1.1 U1: Patient*innen werden über Recht auf Einholung einer ZM im Sinne der Zm-RL aufgeklärt

Datenquellen: quantitative Patientenbefragung, quantitative Ärztebefragung

Ergebnisse der quantitativen Patientenbefragung:

Ergebnisse zu Item 1:

Der Arzt/ Die Ärztin hat mich über das Recht auf eine unabhängige ärztliche ZM aufgeklärt.

- *Ja*
- *Nein*
- *Weiß nicht*

Indikation: HE

42,2% (n=137) der Patient*innen mit der Indikation HE hatten angegeben, dass sie eine Aufklärung über eine ZM nach Zm-RL erhalten hatten, 47,1% (n=153) wurden nicht aufgeklärt und 10,8% (n= 35) hatten die Antwortmöglichkeit "Weiß nicht" gewählt. Elf Personen hatten keine Antwort gegeben, eine Person eine ungültige Antwort.

Indikationen: TT & TE

37,5% der Patient*innen (n=107) mit der Indikation TT/TE hatten angegeben, dass sie eine Aufklärung über eine ZM nach Zm-RL erhalten hatten, 44,6% (n=127) wurden nicht aufgeklärt und 17,9% (n=51) hatten die Antwortmöglichkeit "Weiß nicht" gewählt. Vier Personen hatten keine Antwort gegeben, eine Person eine ungültige Antwort.

Ergebnisse zu Item 2:

Erfolgte diese Aufklärung über eine Zweitmeinung mindestens 10 Tage vor dem geplanten OP-Termin?

- *Ja*
- *Nein*
- *Weiß nicht*

Der Arzt/ Die Ärztin:

- *hat mich darauf hingewiesen, dass die Zweitmeinung nicht in der Einrichtung eingeholt werden kann, wo der Eingriff durchgeführt werden soll.*
- *hat mich darauf hingewiesen, dass die Zweitmeinung nur von Ärztinnen und Ärzten erbracht werden kann, die eine Genehmigung zur Erteilung einer ZM nach Richtlinie haben.*
- *hat mich darüber informiert, wo ich einen für eine Zweitmeinung geeigneten Arzt oder eine geeignete Ärztin finde.*
- *hat mich auf ein Patientenmerkblatt zum Thema Zweitmeinung aufmerksam gemacht.*

- *hat mich auf Entscheidungshilfen zur Gebärmutterentfernung bzw. (Teil-) Entfernung der Mandeln aufmerksam gemacht.*
- *hat mir deutlich gemacht, dass ich Abschriften / Kopien von Befundunterlagen für die Zweitmeinung mitnehmen kann.*
 - *Ja*
 - *Nein*
 - *Weiß nicht*

Indikation: HE

Zur Beurteilung der Hypothese wurden die Personen herangezogen, welche "ja" bei der Aufklärung über eine ZM und allen Anforderungen getätigt hatten und ins Verhältnis zu den Personen gesetzt, welche über eine ZM aufgeklärt wurden (Selbstangabe). Hierbei ist zu erwähnen, dass es sich nicht um den Durchdringungsgrad handelte, sondern die Patientenperspektive beleuchtet werden sollte. Es erfolgte bewusst keine Differenzierung der einzelnen Anforderungen, da nach der Zm-RL alle Anforderungen an den EMer verpflichtend sind.

Personen, die über ZM und alle Anforderungen aufgeklärt wurden

Personen, die über ZM aufgeklärt wurden

$$\frac{13}{137} = 0,094$$

9,5% der Patient*innen mit HE hatten alle Inhalte der Anforderungen, welche über das Recht auf eine ZM übermittelt werden müssen, bestätigt.

Zur Frage "Erfolgte diese Aufklärung über Zweitmeinung mindestens 10 Tage vor dem geplanten OP-Termin?" stimmten 81,5% (n=101) der Patient*innen der Aussage zu, 17,7% (n=22) hatten die Aussage verneint und 0,8% (n=1) wussten nicht, ob der/die Ärzt*in diesen Inhalt im Aufklärungsgespräch nannten. 13 Personen haben keine Antwort gegeben.

41,0% (n=48) der teilnehmenden Personen hatten angegeben, dass der/die Ärzt*in sie darauf hingewiesen hat, dass die ZM nicht in der Einrichtung eingeholt werden kann, wo der Eingriff

durchgeführt werden soll, 41,0% (n=48) hatten der Aussage nicht zugestimmt, 17,9% (n=21) hatten die weiß-nicht-Angabe gewählt. 20 Personen hatten keine Antwort gegeben.

Eine weitere Anforderung der Zm-RL ist, dass die/der Ärzt*in den/die Patient*in darauf hingewiesen hat, dass die Zweitmeinung nur von Ärzt*innen erbracht werden kann, die eine Genehmigung zur Erteilung einer Zweitmeinung nach Richtlinie haben. Dieser Aussage stimmten 35,3% (n=41) der Patient*innen zu, 43,1% (n=50) verneinten die Aussage und 21,6% (n=25) der Teilnehmenden wählten die Weiß-nicht-Angabe. 21 Personen hatten keine Antwort gegeben.

Ca. jeder zweite Teilnehmende (54,8%, n=63) hatte angegeben, dass der/die indikationsstellende Ärzt*in Informationen darauf hingewiesen hat, wo diese einen zugelassenen ZMer finden können, 40,0% (n=46) wurden diese Informationen nicht gegeben, 5,2% (n=6) wussten es nicht. 21 Personen haben keine Antwort gegeben, eine Person eine ungültige Antwort.

Außerdem hatten 34,2% (n= 41) der Teilnehmer*innen angegeben, dass der/die Ärzt*in auf ein Patientenmerkblatt zum Thema ZM aufmerksam gemacht hatte, 50,8% (n=61) der Patient*innen wählten die Antwortkategorie Nein und 15,0% (n=18) weiß nicht. 17 Personen haben keine Antwort gegeben.

Zusätzlich wurde gefragt, ob die/der Ärzt*in auf Entscheidungshilfen zur Gebärmutterentfernung aufmerksam gemacht hat, woraufhin 54,5% (n=67) der Aussage zustimmten, 35,8% (n=44) die Aussage verneinten und 9,8% (n=12) die Weiß-Nicht-Angabe wählten. 14 Personen haben keine Antwort gegeben.

Zu einer weiteren Anforderung der Zm-RL zählt, dass die/der Ärzt*in deutlich macht, dass Abschriften/Kopien von Befundunterlagen für die ZM mitgenommen werden können. 54,2% (n=65) der Teilnehmer*innen hatten dieser Aussage zugestimmt, 31,7% (n=38) verneinten die Aussage, 14,2% (n=17) kreuzten weiß nicht an. 17 Personen haben keine Antwort gegeben. Die Ausführungen sind graphisch in der Abbildung 8-50 dargestellt

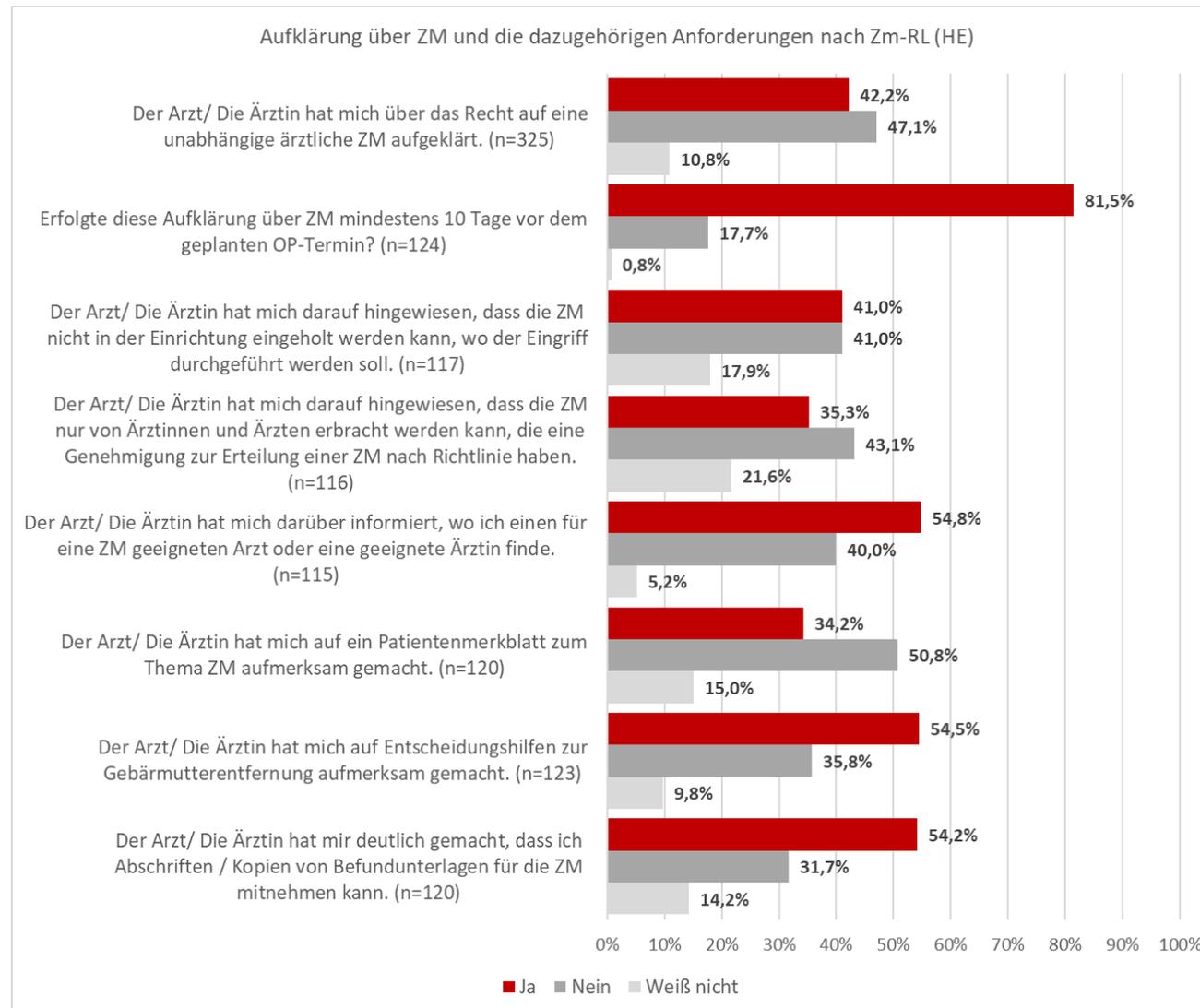


Abbildung 8-50: Aufklärung über ZM und die dazugehörigen Anforderungen nach Zm-RL (HE), valide Antwortmöglichkeiten.

Indikationen: TT & TE

Zur Beurteilung der Hypothese wurden die Personen herangezogen, welche "ja" bei der Aufklärung über eine ZM und allen Anforderungen getätigt hatten und ins Verhältnis zu den Personen gesetzt, welche über eine ZM aufgeklärt wurden (Selbstangabe). Hierbei ist zu erwähnen, dass es sich nicht um den Durchdringungsgrad handelte, sondern die Patientenperspektive beleuchtet werden sollte. Es erfolgte bewusst keine Differenzierung der einzelnen Anforderungen, da nach der Zm-RL alle Anforderungen an den EMer verpflichtend sind.

Personen, die über ZM und alle Anforderungen aufgeklärt wurden

Personen, die über ZM aufgeklärt wurden

$$\frac{10}{107} = 0,093$$

9,3% der Patient*innen mit HE hatten alle Inhalte der Anforderungen, welche über das Recht auf eine ZM übermittelt werden müssen, bestätigt.

Zur Frage "Erfolgte diese Aufklärung über Zweitmeinung mindestens 10 Tage vor dem geplanten OP-Termin?" stimmten 75,2% (n=76) der Patientinnen der Aussage zu, 19,8% (n=20) hatten die Aussage verneint und 5,0% (n=5) wussten nicht, ob der/die Ärzt*in diesen Inhalt im Aufklärungsgespräch nannten. Sechs Personen haben keine Angabe getätigt.

45,1% (n=46) der teilnehmenden Personen hatten angegeben, dass der/die Ärzt*in sie darauf hingewiesen hat, dass die ZM nicht in der Einrichtung eingeholt werden kann, wo der Eingriff durchgeführt werden soll, 23,5% (n=24) hatten der Aussage nicht zugestimmt, 31,4% (n=32) hatten die Weiß-Nicht-Angabe gewählt. Fünf Personen haben keine Angabe getätigt.

Eine weitere Anforderung der Zm-RL ist, dass die/der Ärzt*in den/die Patient*in darauf hingewiesen hat, dass die ZM nur von Ärzt*innen erbracht werden kann, die eine Genehmigung zur Erteilung einer ZM nach Richtlinie haben. Dieser Aussage stimmten 26,0% (n=26) der Patient*innen zu, 38,0% (n=38) verneinten die Aussage und 36,0% (n=36) der

Teilnehmenden wählten die Weiß-Nicht-Angabe. Sieben Personen haben keine Angabe getätigt.

Ca. jeder zweite Teilnehmende (49,5%, n=50) hatte angegeben, dass der/die indikationsstellende/n Ärzt*in Informationen darauf hingewiesen hat, wo diese einen zugelassenen ZMer finden können, 32,7% (n=33) wurden diese Informationen nicht gegeben, 17,8% (n=18) wussten es nicht. Sechs Personen hatten keine Angabe getätigt.

Außerdem hatten 39,6% (n= 40) der Teilnehmer*innen angegeben, dass der/die Ärzt*in auf ein Patientenmerkblatt zum Thema ZM aufmerksam gemacht hat, 34,7% (n=35) der Patient*innen wählten die Antwortkategorie Nein und 25,7% (n=26) weiß nicht. Sechs Personen hatten keine Angabe getätigt.

Zusätzlich wurde gefragt, ob die/der Ärzt*in auf Entscheidungshilfen zur Gebärmutterentfernung aufmerksam gemacht hat, woraufhin 55,0% (n=55) der Aussage zustimmten, 28,0% (n=28) die Aussage verneinten und 17,0% (n=17) die Weiß-Nicht-Angabe gewählt hatten. Sieben Personen hatten keine Angabe getätigt.

Zu einer weiteren Anforderung der Zm-RL zählt, dass die/der Ärzt*in deutlich macht, dass Abschriften/Kopien von Befundunterlagen für die ZM mitgenommen werden können. 44,0% (n=44) der Teilnehmer*innen haben dieser Aussage zugestimmt, 31,0% (n=31) verneinten die Aussage, 25,0% (n=25) kreuzten weiß nicht an. Sieben Personen hatten keine Angabe getätigt. Die Ausführungen sind graphisch in der Abbildung 8-51 dargestellt.

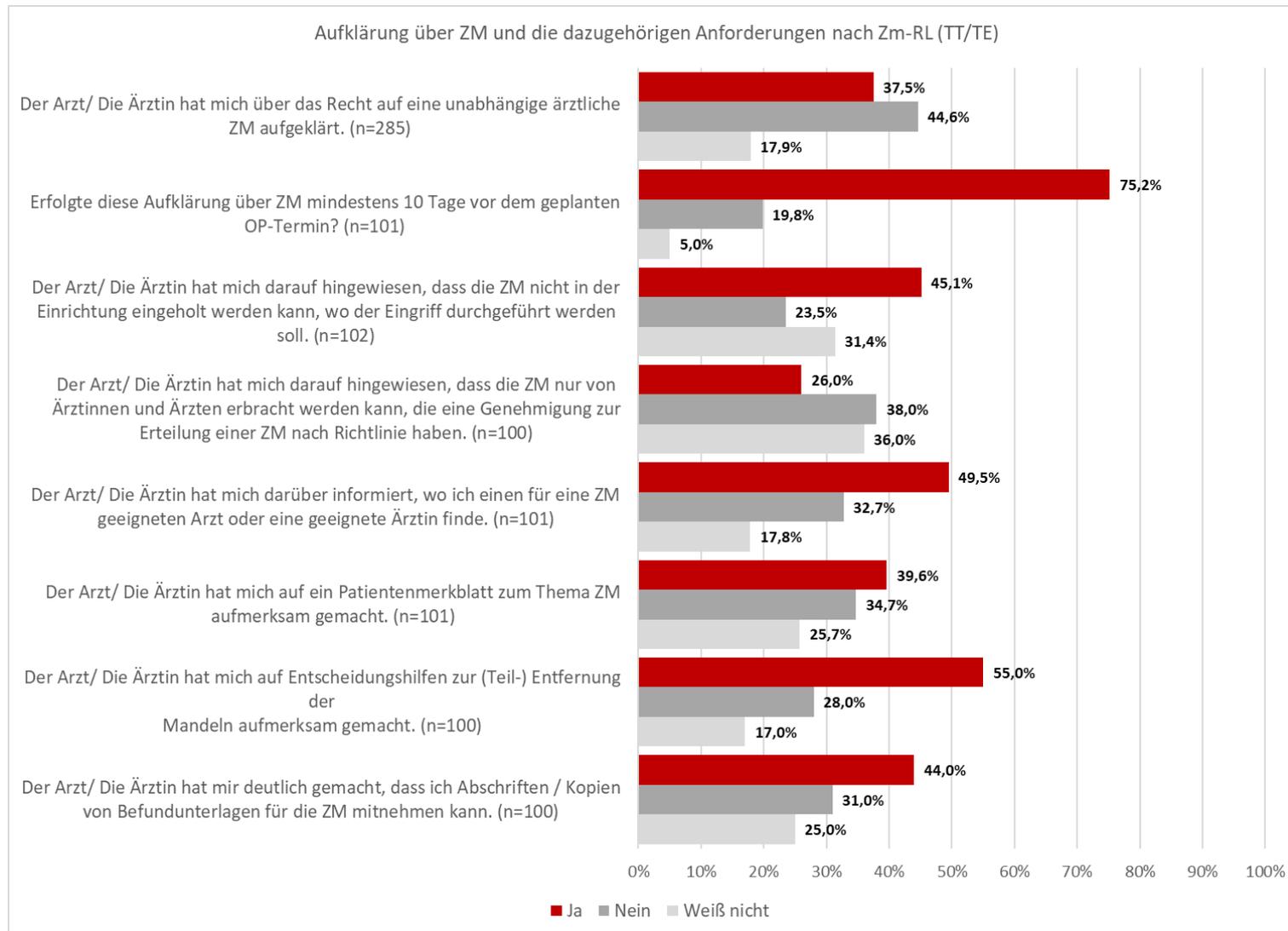


Abbildung 8-51: Aufklärung über ZM und die dazugehörigen Anforderungen nach Zm-RL (TE/TT), valide Antwortmöglichkeiten

Ergebnisse der quantitativen Ärztebefragung:

Ergebnisse zu Item 1: *Wie häufig klären Sie Patientinnen und Patienten bei den Indikationen Tonsillektomie/Tonsillotomie oder HE über das Recht auf, eine zweite Meinung einholen zu können?*

- *Immer*
- *manchmal*
- *Selten*
- *gar nicht*

Indikation: HE

Getrennt nach den Facharzt Disziplinen betrachtet, klärten 60% (n=155) der Gynäkolog*innen (s. Abbildung 8-52) immer über das Recht auf ZM immer auf. Bei den Gynäkolog*innen klärten 26% (n=68) manchmal über das Recht auf ZM auf. 10% (n=25) der Gynäkolog*innen klärten selten über das Recht auf ZM auf. 3% (n=8) der Gynäkolog*innen klärten gar nicht über das Recht auf ZM auf. Bei den teilnehmenden Gynäkolog*innen machten zwei Personen keine Angaben.

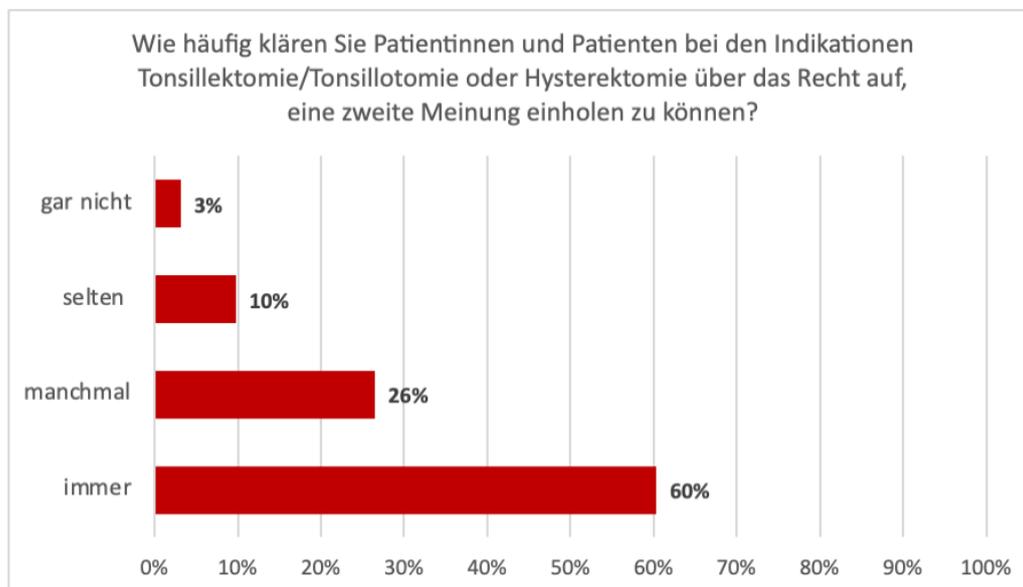


Abbildung 8-52: Häufigkeit Aufklärung über das Recht auf ZM der Gynäkolog*innen (n=256)

Indikationen: TT & TE

69% (n=107) der HNO-Ärzt*innen (s. Abbildung 8-53) klärten immer über das Recht auf ZM auf. Bei den HNO-Ärzt*innen klärten 19% (n=30) manchmal über das Recht auf ZM auf. 8% (n=13) klärten selten über das Recht auf ZM auf. Insgesamt klärten 4 % (n=6) der HNO-Ärzt*innen gar nicht über das Recht auf ZM auf.

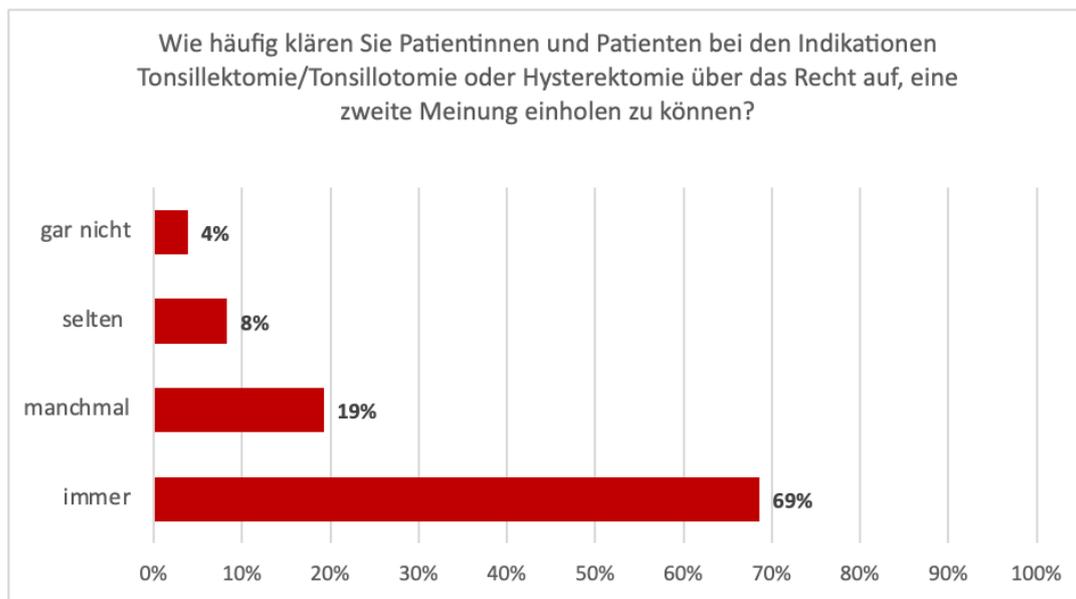


Abbildung 8-53: Häufigkeit Aufklärung über das Recht auf ZM der HNO-Ärzt*innen (n=156)

Ergebnisse zu Item 2: „Wenn Sie Patientinnen und Patienten über ihr Recht auf eine ZM aufklären, welche der folgenden Aussagen trifft dann auf Sie zu?“

- *Unabhängig von der Zweitmeinungsrichtlinie weise ich Patientinnen und Patienten darauf hin, dass sie sich eine zweite Meinung einholen können.*
- *Da die Zweitmeinungsrichtlinie mich zur Aufklärung über die Möglichkeit eine ZM einholen zu können verpflichtet, weise ich Patientinnen und Patienten darauf hin, dass sie sich eine zweite Meinung einholen können.*
- *Weder noch.*
- *Ich kläre meine Patientinnen und Patienten nicht auf.*

Indikation: HE

59% (n=172) der Gynäkolog*innen wiesen unabhängig von der Zm-RL auf die Inanspruchnahme einer ZM hin. Aufgrund der Verpflichtung zur Aufklärung über das Recht auf ZM wiesen 32% (n=56) auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme einer ZM hin. 7% (n=17) gaben keine der Motive an und 1% (n=3) klärten grundsätzlich nicht über das Recht auf ZM auf (s. Abbildung 8-54).

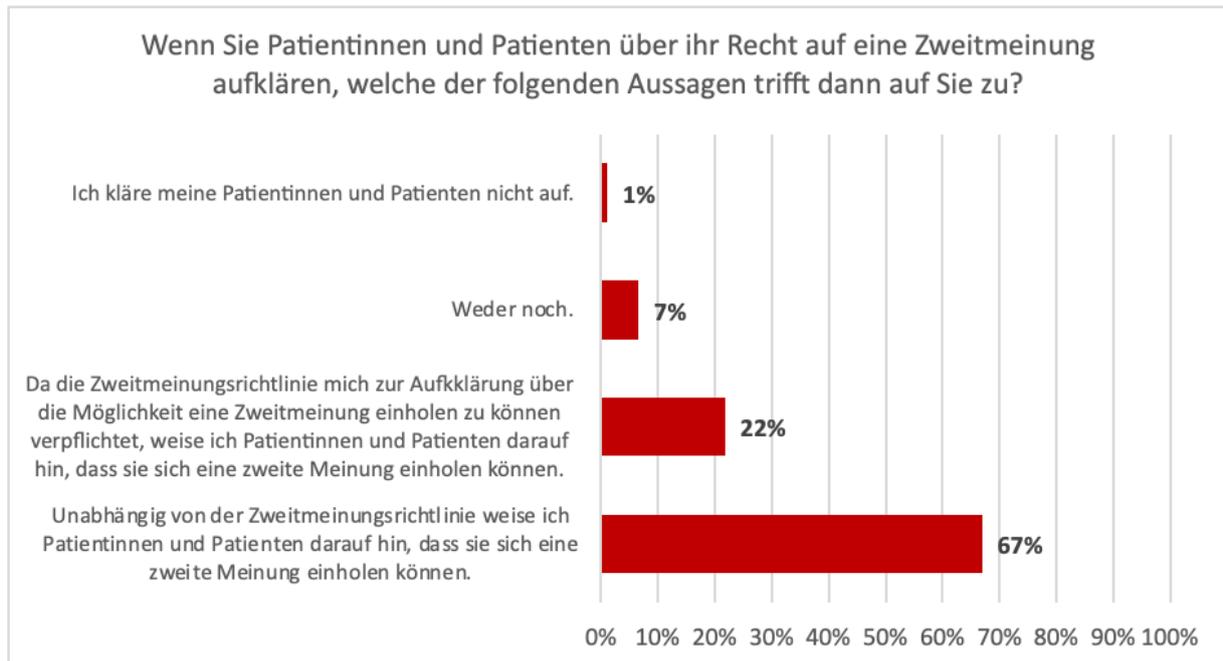


Abbildung 8-54: Verständnis der Aufklärung über das Recht auf ZM (Gyn; n=248)

Indikationen: TT & TE

42% (n=65) der HNO-Ärzt*innen wiesen unabhängig von der Zm-RL auf die Inanspruchnahme einer ZM hin. Aufgrund der Verpflichtung zur Aufklärung über das Recht auf ZM wiesen 47% (n=73) auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme einer ZM hin. 8% (n=12) gaben keine der Motive an (siehe Abbildung 8-55).

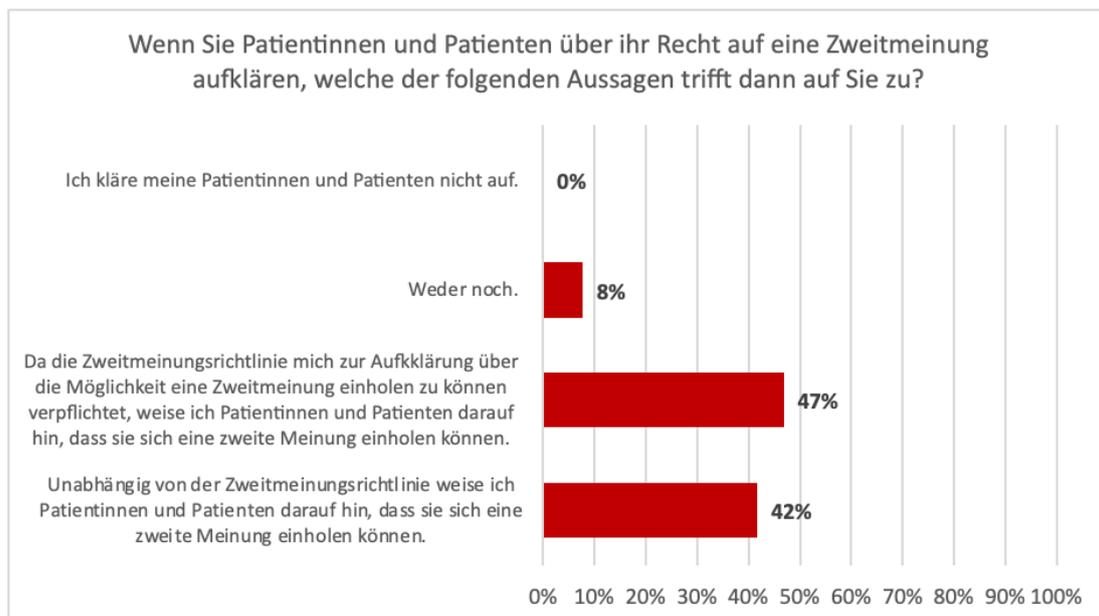


Abbildung 8-55: Verständnis der Aufklärung über das Recht auf ZM (HNO; n=150)

Zusammenfassung Ergebnisse und Bewertung der Hypothese

Tabelle 8-8: Zusammenfassende Bewertung U1

	Datenquelle	Ergebnis HE	Ergebnis TT/ TE
U1: Patient*innen werden über Recht auf Einholung einer ZM im Sinne der Zm-RL aufgeklärt.	Quantitative Patientenbefragung	(-)	(-)
	Item 1 HE 42,2% der Patient*innen mit der Indikation HE hatten angegeben, dass sie über das Recht auf ZM aufgeklärt wurden.	(nahezu) vollumfänglich aufgeklärt In einem guten Ausmaß aufklärt In einem noch ausreichenden Ausmaß aufgeklärt	(nahezu) vollumfänglich aufgeklärt In einem guten Ausmaß aufklärt In einem noch ausreichenden Ausmaß aufgeklärt
	Item 1 TT/TE	Ausmaß aufgeklärt	Ausmaß aufgeklärt

	<p>37,5% der Patient*innen mit den Indikationen TT/TE hatten angegeben, dass sie über das Recht auf ZM aufgeklärt wurden.</p>	<p>In einem nicht ausreichenden Ausmaß aufgeklärt</p> <p>nicht kaum aufgeklärt</p>	<p>In einem nicht ausreichenden Ausmaß aufgeklärt</p> <p>nicht kaum aufgeklärt</p>
	<p>Quantitative Patientenbefragung</p> <p>Item 2 HE</p> <p>9,5% der Patient*innen mit der Indikation HE, welche über die ZM aufgeklärt wurden, hatten angegeben, dass diese über alle Anforderungen der Zm-RL im Indikationsgespräch aufgeklärt wurden.</p> <p>Item 2 TT/TE</p> <p>9,3% der Patient*innen mit der Indikation HE, welche über die ZM aufgeklärt wurden, hatten angegeben, dass diese über alle Anforderungen der Zm-RL im Indikationsgespräch aufgeklärt wurden.</p>	<p>-</p> <p>(nahezu) vollumfänglich aufgeklärt</p> <p>In einem guten Ausmaß aufklärt</p> <p>In einem noch ausreichenden Ausmaß aufgeklärt</p> <p>In einem nicht ausreichenden Ausmaß aufgeklärt</p> <p>kaum aufgeklärt</p>	<p>-</p> <p>(nahezu) vollumfänglich aufgeklärt</p> <p>In einem guten Ausmaß aufklärt</p> <p>In einem noch ausreichenden Ausmaß aufgeklärt</p> <p>In einem nicht ausreichenden Ausmaß aufgeklärt</p> <p>kaum aufgeklärt</p>
	<p>Quantitative Ärztebefragung</p> <p>Item 1 HE</p> <p>60% der Gynäkolog*innen klärten immer über das Recht auf ZM auf.</p> <p>Item 1 TT/TE</p>	<p>+/-</p> <p>(nahezu) vollumfänglich aufgeklärt</p> <p>In einem guten Ausmaß aufklärt</p>	<p>+/-</p> <p>(nahezu) vollumfänglich aufgeklärt</p> <p>In einem guten Ausmaß aufklärt</p>

	69% der HNO-Ärzt*innen klärten immer über das Recht auf ZM auf.	In einem noch ausreichenden Ausmaß aufgeklärt In einem nicht ausreichenden Ausmaß aufgeklärt kaum aufgeklärt	In einem noch ausreichenden Ausmaß aufgeklärt In einem nicht ausreichenden Ausmaß aufgeklärt kaum aufgeklärt
	Quantitative Ärztebefragung Item 2 HE 59% der Gynäkolog*innen klärten die Patient*innen über das Recht auf ZM unabhängig von der Zm-RL auf. Item 2 TT/TE 42% der HNO-Ärzt*innen klärten die Patient*innen über das Recht auf ZM unabhängig von der Zm-RL auf.	+/- (nahezu) vollumfänglich aufgeklärt In einem guten Ausmaß aufklärt In einem noch ausreichenden Ausmaß aufgeklärt In einem nicht ausreichenden Ausmaß aufgeklärt kaum aufgeklärt	(-) (nahezu) vollumfänglich aufgeklärt In einem guten Ausmaß aufklärt In einem noch ausreichenden Ausmaß aufgeklärt In einem nicht ausreichenden Ausmaß aufgeklärt kaum aufgeklärt
	Gesamtbewertung	Hypothese widerlegt	Hypothese Widerlegt

Zusammenfassend sprechen die Ergebnisse der einzelnen Datenerhebungen sowie die Ergebnisse einzelner Items gegen die Hypothese bei allen Indikationen. Patient*innen gaben überwiegend an, nicht über das Recht auf Inanspruchnahme aufgeklärt worden zu sein. Weiterhin berücksichtigten die Ärzt*innen verfahrensspezifische Aspekte bei der Aufklärung über das Recht auf ZM nicht. Über die Hälfte der befragten Ärzt*innen klärten über das Recht auf die Inanspruchnahme einer ZM auf. Allerdings klärten sie dabei eher im Rahmen ihres normalen Berufsverständnisses auf als vor dem Hintergrund, dass sie verpflichtet sind, über das Recht auf ZM aufzuklären. Patient*innen wurden nicht im Sinne der Zm-RL über ihr Recht

auf Inanspruchnahme einer ZM aufgeklärt. Hierbei ist anzumerken, dass bei der Hypothesenbewertung für die quantitative Patientenbefragung Zwischenstufen bei der Erfüllung der Anforderungen nicht berücksichtigt wurden.

Limitationen quantitative Patientenbefragung:

Die quantitative Patientenbefragung könnte unter Umständen einem Recall Bias unterliegen. Es ist nicht auszuschließen ist, dass sich die Patient*innen nicht mehr korrekt an die Begebenheiten erinnern konnten oder ihnen im Nachhinein eine geringere Bedeutung zuschreiben. Zudem könnte das Ergebnis hinsichtlich der Entscheidungshilfen nicht korrekt dargestellt sein, da Patient*innen es mit dem OP-Aufklärungsbogen verwechselt haben könnten.

Limitationen quantitative Ärztebefragung:

In der Natur von Fragebogenerhebung liegt die fehlende Kontrolle der Befragungssituation, sodass nicht nachvollziehbar ist, unter welchen Bedingungen die Ärzt*innen an der Fragebogenerhebung teilgenommen hatten, und ob sie alle Fragen so verstanden hatten, wie sie intendiert waren. Bei der Fragebogenerhebungen könnte es zu Missverständnissen oder Fehlinterpretationen von Fragen gekommen sein, sodass das Antwortverhalten, trotz intensiver Pilotierung des Fragebogens auf Verständlichkeit, nicht uneingeschränkt verlässlich war.

8.2.1.2 U2: Die Informationsbedarfe der Patient*innen werden im Rahmen der Indikationsstellung erfüllt

Datenquellen: quantitative Patientenbefragung, qualitative Patientenbefragung

Quantitative Patientenbefragung

Das nachfolgende Item wurde für die Operationalisierung des Informationsbedarfs genutzt (s. Kapitel 3.3.5 Operationalisierungen).

Ergebnisse zur Operationalisierung des Items 1:

„Hätten Sie sich zusätzliche Informationen gewünscht?“

- *Nein*
- *Ja, folgende...*
 - *Informationen über die Erkrankung*

- *Informationen über die Behandlungsmöglichkeiten*
- *Informationen über die Vorteile einer Operation*
- *Informationen über die Nachteile einer Operation*
- *Andere: _____*

Indikation: HE

Zunächst erfolgt eine deskriptive Darstellung des Items für HE. 70,6% (n= 235) hatten angegeben, dass sie sich keine zusätzlichen Informationen gewünscht hätten, wohingegen 29,4% (n=98) zusätzliche Informationen benötigt hätten. Vier Personen hatten keine Angabe gemacht. Die relativen Häufigkeiten der zusätzlichen Informationen können der Abbildung 8-56 entnommen werden.

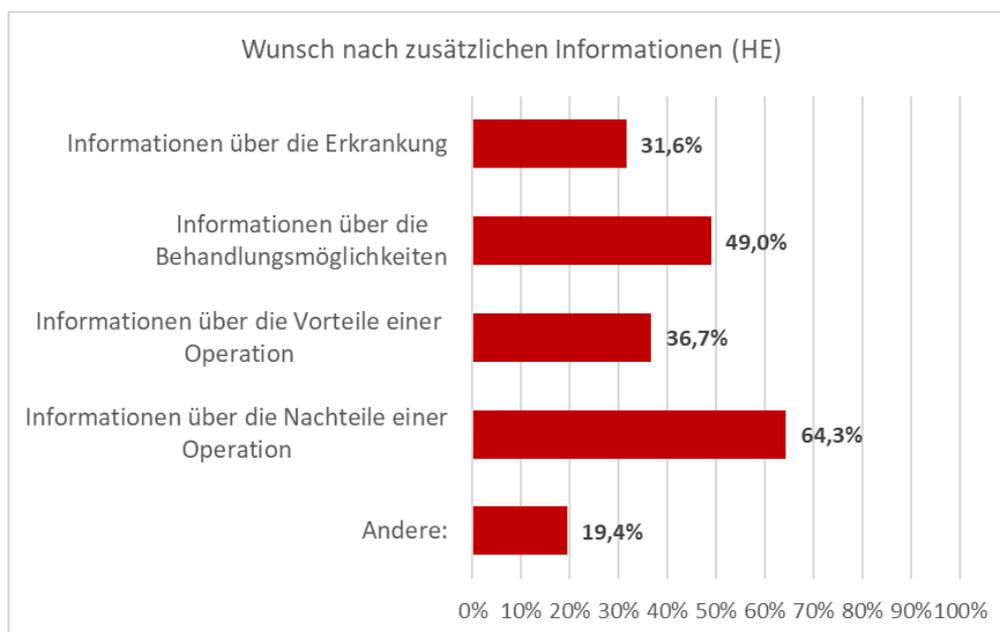


Abbildung 8-56: Wunsch nach zusätzlichen Informationen (HE) (n=98), valide Antwortmöglichkeiten

Nach der Operationalisierung des Informationsbedarfs mittels des Items 1 ergab sich folgende Aufstellung: 74,8% (n=235) der Patient*innen wurden in die Kategorie "kein weiterer Informationsbedarf" eingestuft, 10,5% (n=33) fielen in die Kategorie "weiterer Informationsbedarf gering", 7,3% (n=23) zählten zu der Kategorie "weiterer Informationsbedarf mittel", 3,5% (n=11) waren in der Kategorie "weiterer Informationsbedarf hoch" und 3,8% (n=12) zählten zu der Kategorie "weiterer Informationsbedarf sehr hoch".

Indikationen: TT & TE

Zunächst erfolgt eine deskriptive Darstellung des Items für TT/TE. 71,7% (n= 208) hatten angegeben, dass sie sich keine zusätzlichen Informationen gewünscht hätten, wohingegen 28,3% (n=82) zusätzliche Informationen benötigt hätten. Die Häufigkeiten der zusätzlichen Informationen können der Abbildung 8-57 entnommen werden.

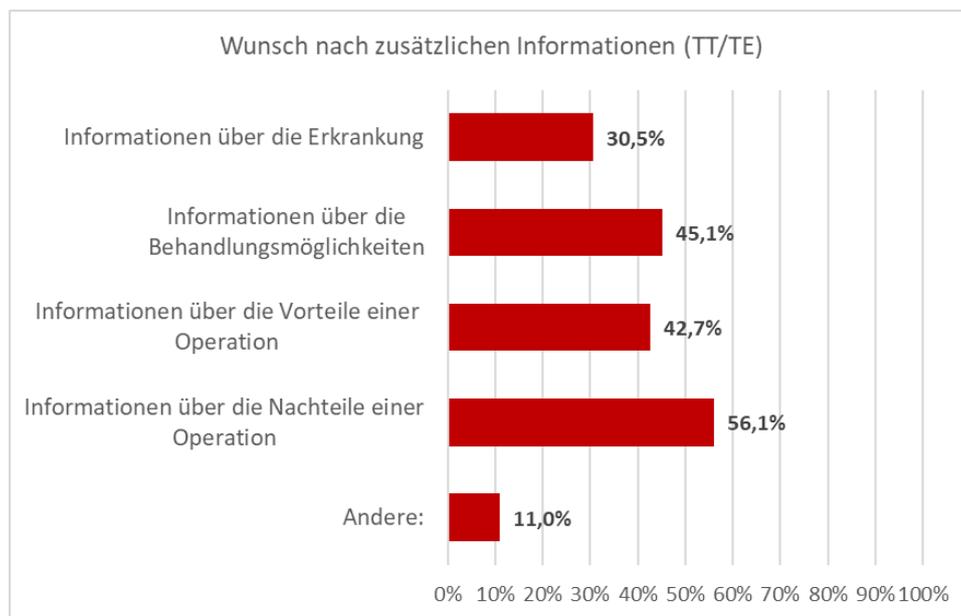


Abbildung 8-57: Wunsch nach zusätzlichen Informationen (TE/TT) (n=82, valide Antwortmöglichkeiten)

Nach der Operationalisierung des Informationsbedarfs mittels des Items 1 ergab sich folgende Aufstellung: 74,0% (n=208) der Patient*innen wurden in die Kategorie "kein weiterer Informationsbedarf" eingestuft, 12,1% (n=34) fielen in die Kategorie "weiterer Informationsbedarf gering", 8,5% (n=24) zählten zu der Kategorie "weiterer Informationsbedarf mittel", 4,3% (n=12) waren in der Kategorie "weiterer Informationsbedarf hoch" und 1,1% (n=3) zählten zu der Kategorie "weiterer Informationsbedarf sehr hoch".

Ergebnisse der qualitativen Patientenbefragung

Ergebnisse zu Thema: Identifikation der erhaltenen Informationen und Informationsbedarfe im Aufklärungsgespräch

Indikation: HE

Die Informationsbedarfe der Patient*innen unterschieden sich. Das am häufigsten genannte Informationsbedürfnis war das der Konsequenzen bzw. Folgen eines operativen Eingriffs für die Patient*innen. Darüber hinaus wurde betont, dass der Moment der Indikationsstellung

eine Ausnahmesituation darstellt, in der Informationsbedürfnisse nicht immer gleich verbalisiert werden können.

“I: Also, wenn Sie sich noch Informationen gewünscht hätten von Ihrem Arzt, was wäre das gewesen?”

TN: Ja, in dem Chaos ist man ja total durcheinander, ne? Also man muss ja mal sagen. Man ist ja zwischen Angst, ja Sorge, Zukunftsdenken, ja irgendwie jetzt in dem Sinne im Kopf total eingeschränkt. Ich kann Ihnen da gar nicht sagen, was mir gefehlt hat.” (P7_HE_ZM, Pos. 125-126)

Keine der Patient*innen (0 von 5 Patient*innen) gab an, dass sie von den behandelnden Ärzt*innen Informationsmaterialien oder weiterführende Unterlagen zur Inanspruchnahme einer ZM ausgehändigt bekommen haben.

I: “Welche Informationsmaterialien und Unterlagen wurden Ihnen dann von Ihrer erstbehandelnden Ärztin empfohlen beziehungsweise mitgegeben?”

T: “Also da habe ich tatsächlich nichts mitbekommen.” (P3_HE, Pos. 42-43)

Sofern das Patientenmerkblatt ausgeteilt wurde, können sich die Patient*innen an die konkreten Inhalte selten erinnern.

“I: Ihre Ärztin, hat sie Sie auf ein Patientenmerkblatt hingewiesen?”

TN: Da kann ich mich nicht erinnern. Ich weiß es nicht.” (P2_HE, Pos. 75-76)

Nach der Frage, welche Informationsmaterialien zur Entscheidungsfindung genutzt wurden, gaben Patient*innen an, dass sie keine weiteren Materialien genutzt hätten oder im Internet recherchiert hätten.

“I: Wie haben Sie sich denn weiter informiert, um eine Entscheidung treffen zu können? TN: Man googelt dann. [...] Aber da gibt es dann auch wieder so viele unterschiedliche Meinungen. Mich hat das halt immer so verunsichert, dadurch, dass ich überhaupt keine Schmerzen oder, dass irgendwas anders war.” (P8_HE_ZM, Pos. 30-31)

Bei der Entscheidungsfindung stellte das Vertrauen zum/ zur Ärzt*in bzw. die Ausführlichkeit der Aufklärung über den Eingriff, die Folgen und Konsequenzen einen wesentlichen

motivationalen Aspekt für die Inanspruchnahme bzw. den Verzicht auf eine ZM dar. Auf die Entscheidungshilfen des IQWiG wurden die Patient*innen mit einer HE nicht hingewiesen.

Indikationen: TT & TE

Die Informationsbedarfe der Patient*innen und/ oder den Erziehungsberechtigten unterschieden sich. Das am häufigsten genannte Informationsbedürfnis war das der Konsequenzen bzw. die Folgen eines operativen Eingriffs für die Patient*innen.

Die Mehrheit der Patient*innen gab an, dass sie von den behandelnden Ärzt*innen nicht das Patientenmerkblatt und die Entscheidungshilfen oder weiterführende Unterlagen zur Inanspruchnahme der ZM ausgehändigt bekommen haben. Zwei Patient*innen auf das Patientenmerkblatt, ein/e Patient*in auf Entscheidungshilfen. Gefragt nach der Unterstützung des Patientenmerkblattes für die Patient*innen, gab eine Patientin davon an, dass das Patientenmerkblatt weniger unterstützend wirkte.

“I: Und inwieweit hat Ihnen dann dieses Dokument [Patientenmerkblatt G-BA] da auch geholfen, eine Entscheidung für oder gegen eine OP zu finden?”

TN: Das Dokument an sich, denke ich weniger. Also mir hat dann wirklich die Ärztin eigentlich erst so ein bisschen [geholfen]. Also ja, wir haben es ja dann auch erstmal mal wieder konservativ versucht.” (P11_TE, Pos. 111-112)

Sofern das Patientenmerkblatt ausgeteilt wurde, können sich die Patient*innen mitunter an die konkreten Inhalte selten erinnern.

“I: Und könnten Sie da nochmal kurz zusammenfassen was da auf diesem Patientenmerkblatt draufstand?”

TN: Ach, weiß ich nicht. Also ich glaube da standen die Vor- und Nach/ also die Risiken waren da aufgetragen. Zu der OP.” (P5_TE, Pos. 72-73)

Nach der Frage, welche Informationsmaterialien zur Entscheidungsfindung genutzt wurden, gaben alle Patient*innen oder Erziehungsberechtigten an, dass sie keine weiteren Materialien genutzt hätten. In den häufigsten Fällen war das Gespräch mit dem Arzt oder der Ärztin ausreichend bzw. ausschlaggebend für die Entscheidung für einen operativen Eingriff.

“I: Welche Informationsmaterialien haben Sie dann außerdem noch genutzt, um sich dann für oder gegen die OP zu entscheiden?”

TN: Keine mehr. Also mir war eigentlich immer das persönliche Gespräch mit den Ärzten am wichtigsten.” (P4_TE, Pos. 68-69)

Bei der Entscheidungsfindung stellte das Vertrauen zum/ zur Ärzt*in bzw. die Ausführlichkeit der Aufklärung über den Eingriff, die Folgen und Konsequenzen einen wesentlichen motivationalen Aspekt für die Inanspruchnahme eine ZM dar.

“Also, ich muss wirklich sagen, da habe ich zu tausend Prozent vertraut, der [Arzt] hat mir das alles sehr ausführlich erklärt und hat mir das auch so beigebracht, dass es auch verständlich war. Dass man das auch nachvollziehen konnte.” (P1_TT, Pos. 31)

Sofern auf die Entscheidungshilfen des IQWiG hingewiesen oder diese sogar ausgeteilt wurden, nutzten die Patient*innen die Möglichkeit, sich mit den Informationsmaterialien nach dem Arztbesuch auseinanderzusetzen. Dabei wurden die Entscheidungshilfen als hilfreich empfunden.

“Also das [die Entscheidungshilfe] haben die uns halt erklärt und mitgegeben, und dann haben wir das halt daheim nochmal in Ruhe diskutiert, durchgelesen. Und ich sage jetzt mal, das hat dann nochmal so zwanzig Prozent Fragen, die nochmal aufgetaucht sind oder wo man sich nicht mehr an den ganz genauen Gesprächsverlauf erinnern konnte, geholfen.” (P4_TE, Pos. 65)

Zusammenfassung Ergebnisse und Bewertung der Hypothese

Tabelle 8-9: Zusammenfassende Bewertung U2

U2 Die	Datenquelle	Ergebnis HE	Ergebnis TT/TE
Informationsbedarfe der Patient*innen werden im Rahmen der Indikationsstellung erfüllt.	Quantitative Patientenbefragung Item 1 HE In die Kategorie “kein weiterer Informationsbedarf” fielen insgesamt 74,8% der Patient*innen. Nach dem Bewertungsschema lag der	+/- Kein weiterer Informationsbedarf weiterer geringer Informationsbedarf weiterer mittlerer Informationsbedarf	+/- Kein weiterer Informationsbedarf weiterer geringer Informationsbedarf weiterer mittlerer Informationsbedarf

	<p>Bereich von 50,0% bis 75,0% im mittleren weiteren Informationsbedarf, weswegen ein mittlerer weiterer Informationsbedarf bestand.</p> <p>Item 1 TT/TE</p> <p>In die Kategorie "kein weiterer Informationsbedarf" fielen insgesamt 74,0% der Patient*innen. Nach dem Bewertungsschema lag der Bereich von 50,0% bis 75,0% im mittleren weiteren Informationsbedarf, weswegen ein mittlerer weiterer Informationsbedarf bestand.</p>	<p>weiterer hoher Informationsbedarf</p> <p>weiterer sehr hoher Informationsbedarf</p>	<p>weiterer hoher Informationsbedarf</p> <p>weiterer sehr hoher Informationsbedarf</p>
	<p>Qualitative Patientenbefragung</p> <p>HE</p> <p>Die Interviews lieferten Hinweise, dass sich die Informationsbedarfe der Patient*innen während der Indikationsstellung unterschieden, wobei von den Ärzt*innen keine Informationsmaterialien (Patientenmerkblatt & Entscheidungshilfen) zur Verfügung gestellt wurden. Das Patientenmerkblatt und</p>	-	(-)

	<p>die Entscheidungshilfen sollten dazu beitragen, dass Informationsbedarfe erfüllt werden. Da diese nicht zur Verfügung gestellt wurden, ist davon auszugehen, dass Informationsbedarfe nicht vollumfänglich erfüllt wurden.</p> <p>TT/TE</p> <p>Die Interviews lieferten Hinweise, dass sich die Informationsbedarfe der Patient*innen während der Indikationsstellung unterschieden, wobei von den Ärzt*innen selten Informationsmaterialien (Patientenmerkblatt & Entscheidungshilfen) zur Verfügung gestellt wurden. Das Patientenmerkblatt und die Entscheidungshilfen sollten dazu beitragen, dass Informationsbedarfe erfüllt werden. Da diese selten zur Verfügung gestellt wurden, ist davon auszugehen, dass Informationsbedarfe nicht vollumfänglich erfüllt wurden.</p>		
	Gesamtbewertung	Hypothese widerlegt	Hypothese widerlegt

Zusammenfassend sprechen die Ergebnisse der einzelnen Datenerhebungen sowie die Ergebnisse einzelner Items gegen die Hypothese bei allen Indikationen. Bei allen Indikationen

der quantitativen Patientenbefragung konnte ein mittlerer Informationsbedarf nach dem Indikationsgespräch ermittelt werden. Aus den Interviews konnte identifiziert werden, dass sich die Informationsbedarfe individuell unterschieden. Weiterführende Informationen hinsichtlich der Inanspruchnahme einer ZM wurden allen Patient*innen selten bis nie zur Verfügung gestellt. Sofern allerdings auf Entscheidungshilfen hingewiesen wurde, wurden sie als hilfreich bewertet. Da die Bestätigung der Hypothese nur eintritt, wenn die Patient*innen keinen weiteren Informationsbedarf hatten, in der quantitativen sowie qualitativen Patientenbefragung jedoch ein weiterer Informationsbedarf identifiziert wurde, wurde die Hypothese widerlegt.

Limitationen quantitative Patientenbefragung:

Das Item bezog sich nicht konkret auf den Informationsbedarf bei der Aufklärung zu einer ZM, jedoch wird in der Zm-RL davon ausgegangen, dass die Indikationsstellung und das Recht auf eine ZM im selben Gespräch erfolgen werden. Ein konkreter Informationsbedarf über das Recht auf ZM (sofern sie vom Arzt angesprochen wurden) konnte in der qualitativen Patientenbefragung beleuchtet werden, wobei die Limitationen der qualitativen Patientenbefragung berücksichtigt werden müssen. Zudem konnten die Antwortkategorien Behandlungsmöglichkeiten, Vorteile sowie Risiken und Nebenwirkungen einer Operation nicht komplett trennscharf voneinander betrachtet werden.

In der Natur von Fragebogenerhebung liegt die fehlende Kontrolle der Befragungssituation, sodass nicht nachvollziehbar war, unter welchen Bedingungen die Patient*innen an der Fragebogenerhebung teilgenommen hatten, und ob sie alle Fragen so verstanden hatten, wie sie intendiert waren. Bei der Fragebogenerhebungen könnte es zu Missverständnissen oder Fehlinterpretationen von Fragen gekommen sein, sodass das Antwortverhalten, trotz intensiver Pilotierung des Fragebogens auf Verständlichkeit, nicht uneingeschränkt verlässlich war. Limitierend ist zudem der Recall-Bias zu erwähnen, sodass sich Patient*innen nicht an die vom Arzt wiedergegebenen Inhalte erinnern könnten.

Limitationen qualitative Patientenbefragung:

Es ist nicht auszuschließen, dass die Teilnehmenden in den Interviews aufgrund einer sozialen Erwünschtheit geantwortet hatten. Personen könnten somit dazu tendiert haben, nicht die für sie zutreffende Antwort zu geben, sondern diejenige, die sie als sozial gebilligt oder erwünscht empfanden. Darüber hinaus war die Gruppe der Interviewteilnehmenden klein.

Ergebnisse waren demnach nicht repräsentativ, sondern gaben einen detaillierten Einblick in die Versorgungsrealität und kontextualisierten die quantitativen Ergebnisse.

8.2.1.3 U3: Die Informationsbedarfe der Patient*innen werden im Zweitmeinungsgespräch nach Zm-RL erfüllt

Datenquellen: qualitative Patientenbefragung

Indikation: HE

Die befragten Patient*innen wollten im Zweitmeinungsgespräch ausführlich über Behandlung und Risiken informiert werden. Insgesamt hatten drei Personen eine ZM eingeholt. Alle Patient*innen berichteten, dass die Erbringung der ZM mit einem ausführlichen Arztgespräch und weiterführenden Untersuchungen verbunden waren. Im Verlauf wurden Behandlungsalternativen thematisiert.

“Na ja, dadurch, dass ja die OP gar nicht empfohlen wurde, haben wir nochmal gesprochen, wann die [OP] denn letztendlich notwendig wäre. Also von seiner Sichtweise her. Dann müssten ja erstmal Symptome auftreten und das würde dann eine OP rechtfertigen. Also eigentlich hat er mir nur erklärt, was eine OP rechtfertigen würde, und diese ganze Symptomatik hatte ich einfach auch gar nicht, ne? Von daher haben wir über OP-Maßnahmen oder andere Maßnahmen gar nicht gesprochen, weil letztlich alles in Ordnung war.” (P8_HE_informelle ZM, Pos. 43)

Die Patient*innen berichteten, dass die Informationsbedarfe im Rahmen der Zweitmeinungserbringung erfüllt wurden. Hinsichtlich des Informationsbedarfs betonten alle Teilnehmenden, dass sie sich ausreichend über Alternativen der Behandlung und deren Vor- und Nachteile informiert fühlten. Insbesondere, wenn die eigene Überzeugung nicht mit der OP-Empfehlung des oder der indikationsstellenden Arztes/ Ärztin übereinstimmte, konnte die ZM mitunter dazu beitragen, dass Patient*innen in ihrer Entscheidungsfindung (bestätigend) unterstützt wurden.

“I: Inwieweit fiel es Ihnen denn dann leicht oder schwer eine Entscheidung für oder gegen eine OP zu fällen?

TN: Für mich war das total schwer, weil das für mich ja gar nicht so greifbar war, weil ich keinen Schmerz hatte und überhaupt keine Symptome und überhaupt nicht verstanden habe, warum ich das machen soll. Also wenn das jetzt wirklich

notwendig gewesen wäre und ich hätte Schmerzen gehabt und hätte mich irgendwie nicht mehr bewegen können oder hätte jetzt wer weiß wie schlimme Blutungen gehabt, dann wäre das vom Kopf her klar gewesen, dass das gemacht werden muss, ne? Aber weil so ja, gar keine Symptome waren, habe ich mich damit wirklich richtig schwergetan. Und ja, aber wenn so ein Arzt das sagt, dann hat das halt auch immer ja, eine Schwere und man denkt ja schon auch nochmal anders darüber nach. Aber es hat mir einfach keine Ruhe gelassen, weil ja, wie gesagt, für mich war das einfach nicht so nachvollziehbar.

I: Ja. Und dann nach dem Zweitmeinungsgespräch? Fiel Ihnen da die Entscheidung leichter für oder gegen eine OP?

TN: Ja, auf jeden Fall, denn die Zweitmeinung hat ganz klar gesagt: „Keine OP“, ne? Total quatsch, weil alles intakt. Da ist zwar ein Myom, aber das ist so klein und dadurch, dass mit zunehmenden Alter einfach die Hormonproduktion nachlässt, wird das auch nicht mehr wachsen und es wird überhaupt nichts machen und kann da letztlich liegenbleiben, ne?“ (P8_HE_ZM, Pos. 60-63)

Ein interessanter Befund, der sich aus den Interviews ergab, war der, dass sowohl die Zweitmeinungserbringung als auch die Durchführung des Eingriffs durch einen zugelassenen Zweitmeiner erfolgte.

“I: Ja. Okay. Inwieweit hat denn auch dieser Arzt, Sie darauf hingewiesen, dass er Sie nicht operieren darf?

TN: Dass er mich nicht operieren darf?

I: Ja.

TN: Der hat mich aber operiert. [...] Nach meinem Wunsch.

I: Ja. Okay. Und was haben Sie dabei empfunden?

TN: Sicherheit.” (P7_HE, Pos. 153-164)

Zusätzlich konnte aufgezeigt werden, dass Patient*innen oftmals nicht wussten, dass sie das Recht auf die Inanspruchnahme einer ZM nach Zm-RL hatten und hatten sich eine ZM vor dem Hintergrund des Rechts auf freie Arztwahl eingeholt.

“Und ich habe das dann aus freien Stücken [eine ZM eingeholt] gemacht, weil ich immer gedacht habe: „Okay, wenn ich nicht im selben Quartal zum selben Arzt gehe, dann kann ich immer mal auch wechseln. Mit dieser Zweitmeinung, das habe ich dann wirklich erst bei meinem, also bei dem Gynäkologen erfahren, der dann letztlich auch die Zweitmeinung gemacht hat. Na, das war irgendwie gar nicht für mich präsent, dass es das gibt und, dass das bestimmte Ärzte auch nur machen. Also, ich habe immer gedacht: „Okay, dann wechselst du halt zum nächsten Quartal, weil dann ist es so, ne?“.” (P8_HE, Pos. 19)

Indikationen: TT & TE

Die befragten Patient*innen wollten im Zweitmeinungsgespräch ausführlich über Behandlung und Risiken informiert werden. Insgesamt hatten drei Personen eine ZM eingeholt. Alle Patient*innen berichteten, dass die Erbringung der ZM mit einem ausführlichen Arztgespräch und weiterführenden Untersuchungen verbunden waren. Im Verlauf wurden Behandlungsalternativen thematisiert.

“Sie hat sich eigentlich meine Geschichte sozusagen, also meine Krankheitsgeschichte auch wirklich komplett noch mal wirklich angehört und hat dann, ja, auch Hals, Nase, Ohren abgecheckt und alles, ja. Und hat mir dann eine Empfehlung gegeben und hat mir halt aber auch die Empfehlung schon für die OP gegeben, aber halt eben auch erstmal nach einer Alternative gesucht, um für mich vielleicht einen Weg zu finden, die OP nicht unbedingt antreten zu müssen.” (P11_TE, Pos. 128)

Die Patient*innen berichteten, dass die Informationsbedarfe im Rahmen der Zweitmeinungserbringung erfüllt wurden. Hinsichtlich des Informationsbedarfs betonten alle Teilnehmenden, dass sie sich ausreichend über Alternativen der Behandlung und deren Vor- und Nachteile informiert fühlten.

“I: Wie gut wurden Sie denn dann auch über mögliche alternative Behandlungsmöglichkeiten und deren Vor- und Nachteile informiert?”

TN: Also das hat sie auf jeden Fall gemacht. Also sie hat mir ja wirklich erstmal die pflanzliche Schiene aufgezeigt, hat mir dort Empfehlungen gegeben, was ich für mich erstmal tun kann, was ich nehmen kann, wenn es doch der gefühlte, akute Fall

eintritt. Also da habe ich mich schon gut beraten gefühlt.“ (P11_TE_ZM, Pos. 139-140)

Zusammenfassung Ergebnisse und Bewertung der Hypothese

Tabelle 8-10: Zusammenfassende Bewertung U3

	Datenquelle	Ergebnis HE	Ergebnis TT/TE
U3: Die Informationsbedarfe der Patient*innen werden im Zweitmeinungsgespräch nach Zm-RL erfüllt.	Qualitative Patientenbefragung Alle Teilnehmenden aller Indikationen (HE und TT/TE) berichteten, dass sie ausreichend über alternative Behandlungsmöglichkeiten und deren Vor- und Nachteile aufgeklärt und ihre Informationsbedarfe erfüllt wurden.	+	+
	Gesamtbewertung	Hypothese bestätigt	Hypothese bestätigt

Zusammenfassend sprechen die Ergebnisse der einzelnen Datenerhebungen sowie die Ergebnisse einzelner Items für die Hypothese bei allen Indikationen. Aus Sicht der Patient*innen wurden die Informationsbedarfe im Zweitmeinungsgespräch erfüllt.

Limitationen qualitative Patientenbefragung:

Es ist nicht auszuschließen, dass die Teilnehmenden in den Interviews aufgrund einer sozialen Erwünschtheit geantwortet hatten. Personen könnten somit dazu tendiert haben, nicht die für sie zutreffende Antwort zu geben, sondern diejenige, die sozial gebilligt oder erwünscht war. Darüber hinaus war die Gruppe der Interviewteilnehmenden sehr klein. Ergebnisse waren demnach nicht repräsentativ, sondern gaben einen detaillierten Einblick in die Versorgungsrealität und können die quantitativen Ergebnisse kontextualisieren.

8.2.1.4 U4: Ärzt*innen klären die Patient*innen entsprechend der Vorgaben der Zm-RL auf

Datenquelle: quantitative Ärztebefragung

Ergebnisse der quantitativen Ärztebefragung:

Ergebnisse zu Item 1:

„Welche Aspekte berücksichtigen Sie bei der Aufklärung über das Recht auf Zweitmeinung?“

- Ich weise darauf hin, dass die Zweitmeinung nur von Ärztinnen und Ärzten erbracht werden kann, die eine Genehmigung zur Erteilung einer Zweitmeinung nach Richtlinie haben.*
- Ich weise darauf hin, wo die Patientinnen und Patienten Informationen über zugelassene Zweitmeiner finden können.*
- Ich weise auf die Entscheidungshilfen des IQWiG hin.*
- Ich weise auf das Patientenmerkblatt des G-BA über das Zweitmeinungsverfahren hin.*
- Ich weise darauf hin, dass die Patientinnen und Patienten das Recht auf eine Befundüberlassung für die zweitmeinende Ärztin oder den zweitmeinenden Arzt haben.*
- Ich kläre den Patienten oder die Patientin über das Recht zur Einholung einer Zweitmeinung auf.*
- Ich informiere Patientinnen und Patienten darüber, dass die Zweitmeinung nicht bei einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Einrichtung erfolgen kann, durch die oder durch den der Eingriff durchgeführt werden soll.*

Indikationen: HE

Insgesamt erbrachten 7 von 257 (2,7%) befragten Gynäkolog*innen alle Leistungsbestandteile im Rahmen der Aufklärung über das Recht auf ZM. 47% (n=122) der Gynäkolog*innen gaben den Patient*innen den Hinweis, dass sie eine ZM nur bei einem zugelassenen ZMer einholen können. 33% (n=84) der Ärzt*innen stellten den Patient*innen Informationsangebote über zugelassene ZMer zur Verfügung. Auf die spezifischen Entscheidungshilfen des IQWiG wiesen 6 % (n=16) der Fachärzt*innen hin und 16% (n=40) stellten das Patientenmerkblatt zur Verfügung. Auf das Recht der Befundüberlassung wiesen 45% (n=115) der Ärzt*innen hin. Bei 25% (n=63) der Ärzt*innen erfolgte die Aufklärung mindestens zehn Tage vor dem geplanten Eingriff und 42% (n=107) wiesen darauf hin, dass der Eingriff nicht dort erfolgen kann, wo die ZM abgegeben wird. Detaillierte Informationen zum Antwortverhalten der einzelnen Gynäkolog*innen sind der Abbildung 8-58 zu entnehmen.

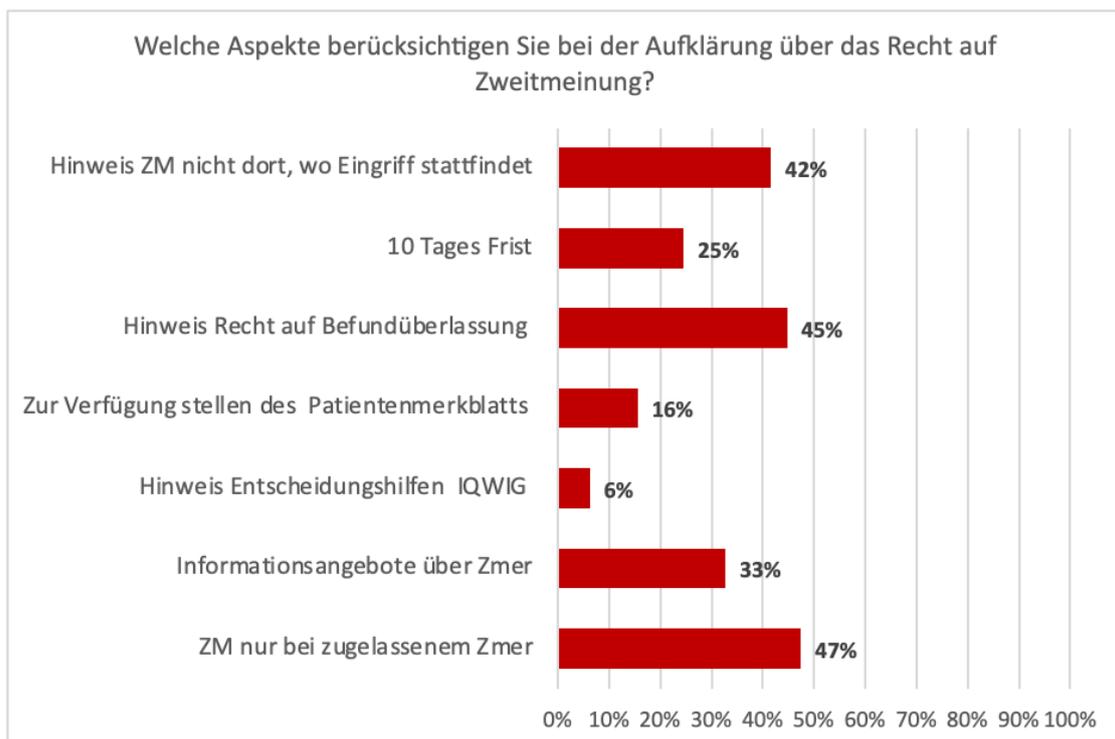


Abbildung 8-58: Art der Aufklärung über das Recht auf ZM (Gynäkolog*innen; n=257)

Indikationen: TT & TE

Insgesamt erbrachten 6 von 156 (3,8%) befragten HNO-Ärzt*innen alle Leistungsbestandteile im Rahmen der Aufklärung über das Recht auf ZM. 40% (n=62) der HNO-Ärzt*innen gaben den Patient*innen den Hinweis, dass sie eine ZM nur bei einem zugelassenen ZMer einholen können. 38% (n=59) der Ärzt*innen stellten den Patient*innen Informationsangebote über zugelassene ZMer zur Verfügung. Auf die spezifischen Entscheidungshilfen des IQWiG wiesen 6 % (n=10) der Fachärzt*innen hin und 23% (n=36) stellten das Patientenmerkblatt zur Verfügung. Auf das Recht der Befundüberlassung wiesen 28% (n=36) der Ärzt*innen hin. Bei 28% (n=43) der Ärzt*innen erfolgte die Aufklärung mindestens zehn Tage vor dem geplanten Eingriff und 36% (n=56) wiesen darauf hin, dass der Eingriff nicht dort erfolgen kann, wo die ZM abgegeben wird. Detaillierte Informationen zum Antwortverhalten der HNO-Ärzt*innen sind der Abbildung 8-59 zu entnehmen.

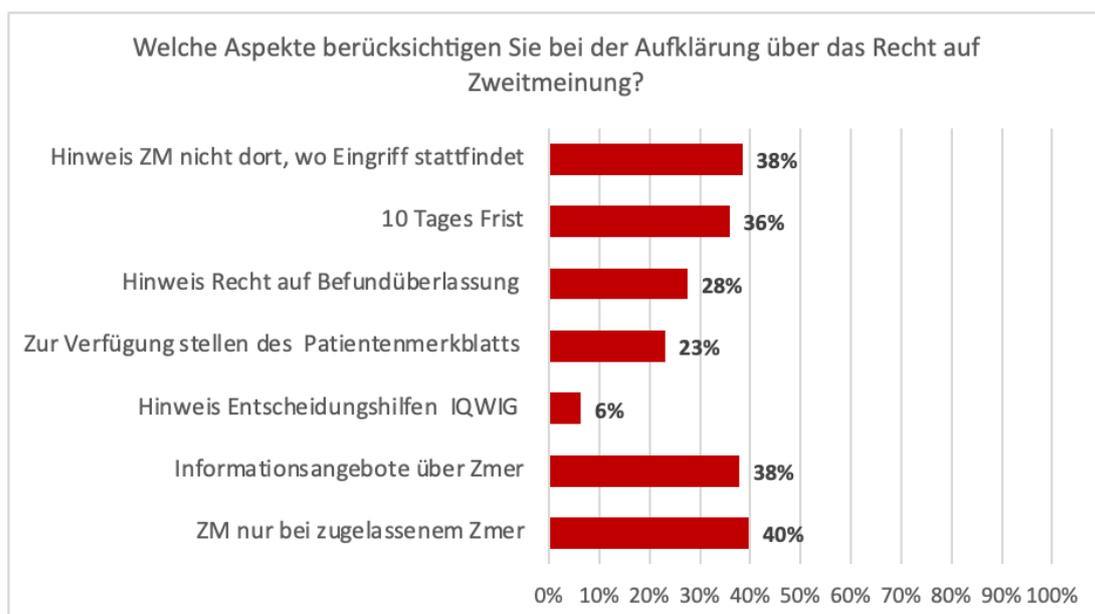


Abbildung 8-59: Art der Aufklärung über das Recht auf ZM (HNO-Ärzt*innen; n=156)

Ergebnisse zu Item 2:

„In welcher Form teilen Sie Informationsangebote hinsichtlich der Einholung einer Zweitmeinung aus?“

- Ich teile das Patientenmerkblatt des G-BA aus.
- Ich habe selbst Patienteninformationen entworfen und teile mein eigenes Patientenmerkblatt aus.
- Ich gebe den Patientinnen und Patienten eine Liste mit Kontaktdaten für zugelassene zweitmeinende Ärztinnen und Ärzte mit.
- Ich verweise auf die Informationsangebote der Kassenärztlichen Vereinigung.
- anderes:

Indikationen: TT & TE

21% (n=33) der HNO-Ärzt*innen gaben an, das Patientenmerkblatt des G-BA den Patient*innen zur Verfügung zu stellen. 10% (n=16) der Ärzt*innen hatte eigens erstelltes Infomaterial und teilte dies aus. 7% (n=11) teilte eine Liste mit Informationen über zugelassene ZMer aus und 51% (n=79) verwiesen auf Informationsangebote der Kassenärztlichen Vereinigung. 19% (n=30) gaben an, dass sie anderes Material austeilten (s. Abbildung 8-60).

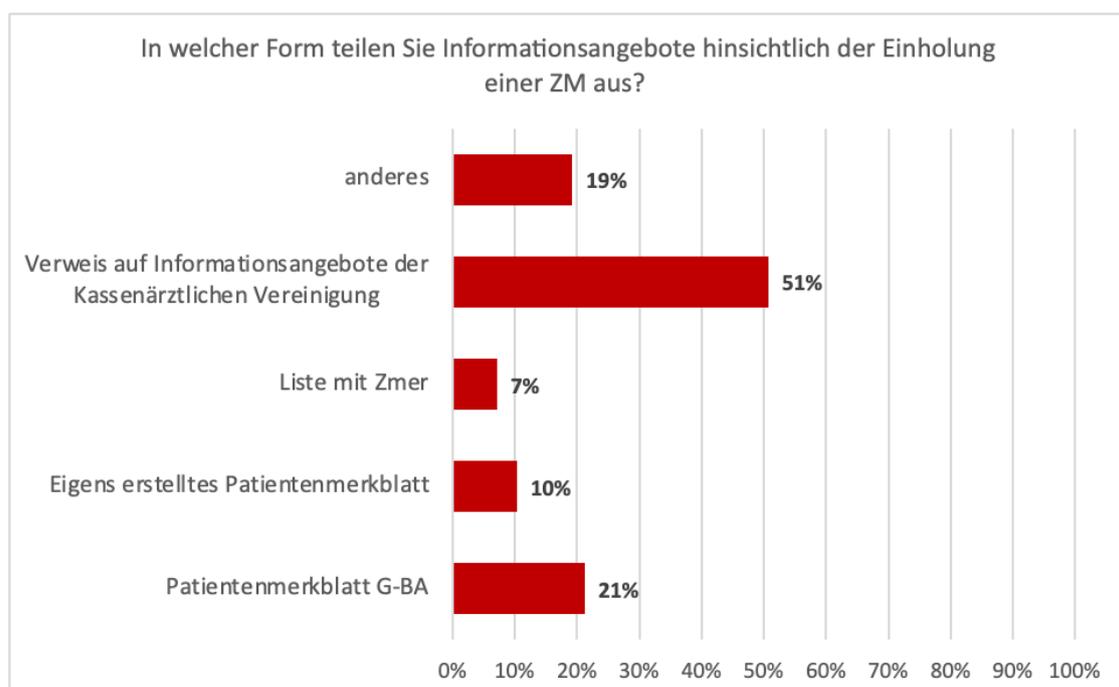


Abbildung 8-60: Informationsangebote (HNO-Ärzt*innen; n=156)

Die Ärzt*innen hatten zusätzlich die Möglichkeit, Freitextantworten anzugeben. Die Antworten wurden kategorisiert. Die Mehrheit der Ärzt*innen gab an, dass sie lediglich mündlich auf der Recht auf ZM hinwiesen und keine Informationsmaterialien austeilten (n=6).

Der Patient wird von mir über die Einholung einer zweiten Meinung im Aufklärungsgespräch informiert. (TN HNO 551)

Einige Ärzt*innen gaben an, dass sie Informationsmaterialien nur austeilten, wenn die Patient*innen daran interessiert waren (n=2).

Ich gebe Informationen nach Patientenwunsch raus (TN HNO 381)

Einige Ärzt*innen gaben an, dass sie keine weiterführenden Informationsmaterialien austeilten (n=6).

Ich teile keine Informationsbroschüren oder -angebote aus (TN HNO 30)

Es gab zusätzlich Hinweise von den Befragten, dass Ärzt*innen keine weiterführenden Informationsmaterialien austeilten und sich die Patient*innen bei dem Interesse an der Einholung einer ZM selbstständig um Informationen bemühen muss (n=3).

Sofern der Patient eine Zweitmeinung einholen möchte, muss er/sie sich selbst um Kontaktdaten von Kollegen kümmern (TN HNO 148)

Indikationen: HE

26% (n=66) der Gynäkolog*innen gaben an, das Patientenmerkblatt des G-BA den Patient*innen zur Verfügung zu stellen. 2% (n=4) der Ärzt*innen hatte eigens erstelltes Infomaterial und teilte dies aus. 14% (n=37) teilte eine Liste mit Informationen über zugelassene ZMer aus und 52% (n=133) verwiesen auf Informationsangebote der Kassenärztlichen Vereinigung. 22% (n=56) gaben an, dass sie anderes Material austeilten (s. Abbildung 8-61).

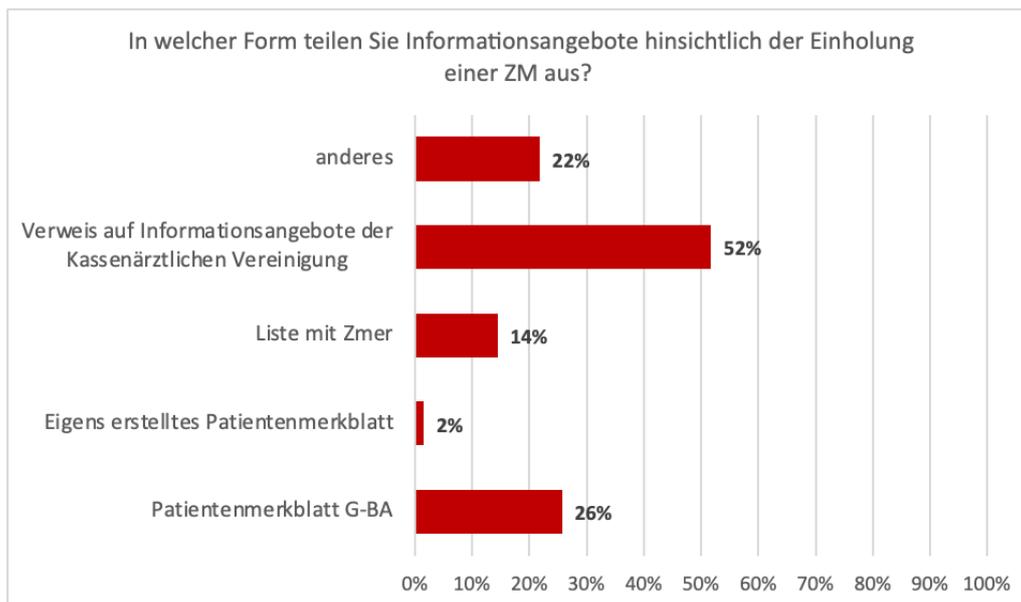


Abbildung 8-61: Informationsangebote (Gynäkolog*innen; n=257)

Bei den Gynäkolog*innen nutzten die befragten Personen auch die Möglichkeit einer Freitextantwort. Auch bei den Gynäkolog*innen wurde häufig angegeben, dass die Aufklärung nur mündlich erfolgte und keine Informationsmaterialien ausgeteilt wurden (n=16).

mündlich, ohne schriftliche Infos (TN Gyn 101)

Darüber hinaus gaben einige Ärzt*innen, dass sie kein Informationsmaterial austeilten (n=8) oder nur Informationsmaterial austeilten, wenn Patient*innen interessiert waren (n=3). Zusätzlich wiesen Gynäkolog*innen mitunter darauf hin, dass die Patient*innen eine ZM in der Klinik erhalten, in der sie vorstellig werden (n=2).

Ich verweise auf die Voruntersuchung der Klinik (TN Gyn 424)

Zusammenfassung Ergebnisse und Bewertung der Hypothese

Tabelle 8-11: Zusammenfassende Bewertung U4

	Datenquelle	Ergebnis HE	Ergebnis TT/TE
U4: Ärzt*innen klären die Patient*innen entsprechend der Vorgaben der Zm-RL auf.	Quantitative Ärztebefragung Item 1 HE 2,7% der befragten Gynäkolog*innen berücksichtigten alle Leistungsbestandteile bei der Aufklärung über das Recht auf ZM. Die Aufklärung durch die Ärzt*innen entsprechend der Vorgaben der Zm-RL wurde bei der HE nicht umgesetzt.	-	-
	Item 1 TE & TT 3,8% der befragten HNO-Ärzt*innen berücksichtigten alle Leistungsbestandteile bei der Aufklärung über das Recht auf ZM. Die Aufklärung durch die Ärzt*innen entsprechend der Vorgaben der Zm-RL wurde bei allen relevanten Indikationen nicht umgesetzt.	Klären (nahezu) vollumfänglich auf Klären im guten Ausmaß auf Klären in guten Ausmaß auf Klären in einem nicht ausreichenden Ausmaß auf Klären kaum auf	Klären (nahezu) vollumfänglich auf Klären im guten Ausmaß auf Klären in guten Ausmaß auf Klären in einem nicht ausreichenden Ausmaß auf Klären kaum auf
	Quantitative Ärztebefragung Item 2 HE 26% der Gynäkolog*innen stellten den Patient*innen das Patientenmerkblatt des G-BA zur Verfügung. Die Aufklärung im Sinne der Zm-RL wurde in	(-)	-

	<p>der Gynäkologie in einem nicht ausreichenden Ausmaß umgesetzt.</p> <p>Item 2 TE & TT</p> <p>21% der HNO-Ärzt*innen stellten den Patient*innen das Patientenmerkblatt des G-BA zur Verfügung. Die Aufklärung im Sinne der Zm-RL wurde in der HNO kaum umgesetzt.</p>	<p>Klären in guten Ausmaß auf</p> <p>Klären in einem nicht ausreichenden Ausmaß auf</p> <p>Klären kaum auf</p>	<p>Klären in guten Ausmaß auf</p> <p>Klären in einem nicht ausreichenden Ausmaß auf</p> <p>Klären kaum auf</p>
	<p>Gesamtbewertung</p>	<p>Hypothese widerlegt</p>	<p>Hypothese widerlegt</p>

Zusammenfassend sprechen die Ergebnisse der quantitativen Datenerhebung und somit die Ergebnisse einzelner Items gegen die Hypothese bei allen Indikationen. Lediglich eine geringe Anzahl von Ärzt*innen berücksichtigten bei allen relevanten Indikationen alle Aspekte der Aufklärung über das Recht auf Inanspruchnahme einer ZM. Zusätzlich wurde offensichtlich, dass Ärzt*innen selten Informationsmaterialien im Rahmen des ZM-Verfahrens austeilten oder darauf hinwiesen, obwohl sie dazu verpflichtet waren.

Limitationen quantitative Ärztebefragung:

In der Natur von Fragebogenerhebung liegt die fehlende Kontrolle der Befragungssituation, sodass nicht nachvollziehbar war, unter welchen Bedingungen die Ärzt*innen an der Fragebogenerhebung teilgenommen hatten und, ob sie alle Fragen so verstanden hatten, wie sie intendiert waren.

Bei der Fragebogenerhebungen könnte es zu Missverständnissen oder Fehlinterpretationen von Fragen kommen, sodass das Antwortverhalten, trotz intensiver Pilotierung des Fragebogens auf Verständlichkeit, nicht uneingeschränkt verlässlich war.

8.2.1.5 U5: Die im Rahmen der Aufklärung über das Recht auf ZM eingesetzten Informationsmaterialien sowie die Zusammenstellung der Befundunterlagen unterstützen die Patient*innen bei der informierten Entscheidungsfindung

Datenquellen: quantitative Patientenbefragung, qualitative Patientenbefragung

Ergebnisse der quantitativen Patientenbefragung

Ergebnisse zum Item 1: Zusammenhangsanalysen

„Haben Sie eines der folgenden Informationsmaterialien gelesen?“

- *Ja, schriftliches Informationsmaterial des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)*
 - *Patientenmerkblatt zur ZM*
 - *Entscheidungshilfe zur Gebärmutterentfernung*
 - *Myome*
 - *Endometriose*
 - *Starke Regelblutung*
 - *Scheidensenkung und Gebärmuttersenkung*

Bei den Indikationen TT/TE

- *Entscheidungshilfe zur (Teil-) Entfernung der Mandeln*
 - *Mandelentzündung bei Erwachsenen*
 - *Mandelentzündung bei Kindern (bei Fragebogen für Erziehungsberechtigte an erster Stelle)*
 - *Vergrößerte Gaumenmandeln*
- *Ja, online Informationsmaterial des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)*
 - *Patientenmerkblatt zur ZM*
 - *Entscheidungshilfe zur Gebärmutterentfernung*
 - *Myomen*
 - *Endometriose*
 - *Starke Regelblutung*
 - *Scheidensenkung und Gebärmuttersenkung*

Bei den Indikationen TT/TE

- Entscheidungshilfe zur (Teil-) Entfernung der Mandeln
 - Mandelentzündung bei Erwachsenen
 - Mandelentzündung bei Kindern (bei Fragebogen für Erziehungsberechtigte an erster Stelle)
 - Vergrößerte Gaumenmandeln
- Befundunterlagen
- Andere: _____
- Nein
- Ich kann mich nicht erinnern.

Indikation: HE**Deskriptive Darstellung HE – Informationsmaterialien (Mehrfachangaben möglich)**

Es erfolgt eine deskriptive Darstellung der Informationsmaterialien. Das Patientenmerkblatt wurde hierbei vom G-BA entwickelt (dunkelgraue Darstellung in der Abbildung 8-62), die Entscheidungshilfen vom IQWiG erstellt (hellgraue Darstellung in der Abbildung 8-62). Diese Dokumente sind richtlinienrelevant. Darüber hinaus konnten Patient*innen angeben, ob sie andere Informationsmaterialien und/oder die Befundunterlagen genutzt hatten.

38,3% (n=124) hatten das schriftliche Informationsmaterial genutzt, 19,8% (n=64) gaben an, das online Informationsmaterial verwendet zu haben, 10,2% (n=33) nutzten die Befundunterlagen und 4,3% (n=14) hatten angegeben, andere Informationsmaterialien genutzt zu haben. 38,0% (n=123) haben keine der genannten Informationsmaterialien verwendet und 11,1% (n=36) konnten sich nicht an eine Nutzung der genannten Informationsmaterialien erinnern. 13 Personen haben zu diesen genannten Punkten keine Angaben getätigt. Detaillierte Informationen zur Inanspruchnahme des Patientenmerkblatts und der jeweiligen Entscheidungshilfen können in der Abbildung 8-62 entnommen werden. Die prozentualen Angaben der Abbildung beziehen sich auf die Stichprobe n=324.

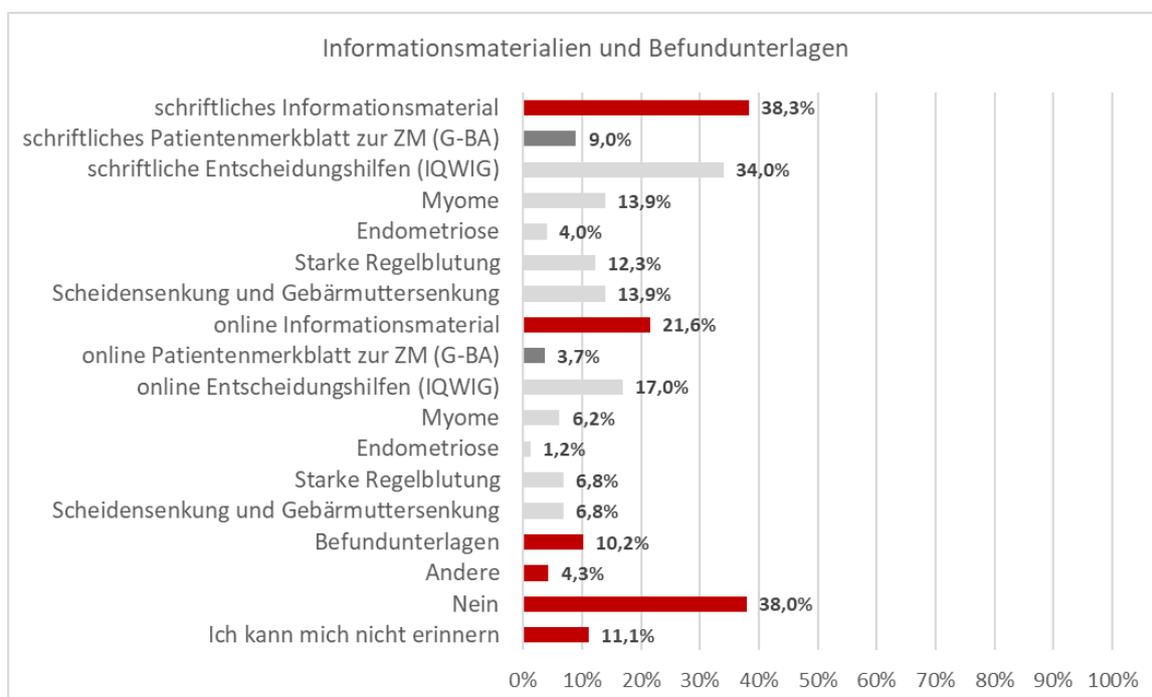


Abbildung 8-62: Informationsmaterialien und Befundunterlagen HE (n=324)

Zur Hypothesenüberprüfung wurden im Folgenden die Zusammenhangsanalysen Chi-Quadrat-Test bzw. Exakter Test nach Fisher herangezogen. Summativ zeigte sich in den Ergebnissen für die Indikation HE, dass es, abgesehen von den Infomaterialien schriftlich, keine statistisch signifikanten Werte gab, da $p > 0.05$. Die detaillierten Ergebnisse können in Tabelle 8-12 eingesehen werden. Die Spalte "Gesamtbewertung" soll für den/die Leser*in die Bewertung (s. Tabelle 8-12) nachvollziehbarer machen.

Tabelle 8-12: Zusammenhangsanalysen Informationsmaterialien Patientenmerkblatt, Entscheidungshilfen (schriftlich und online), Befundunterlagen und Items für informierte Entscheidungsfindung (HE).

	Ich fühlte mich insgesamt aufgeklärt. (dichotomisiert)			Die zweite ärztliche Meinung hat die erste Meinung bestätigt.			Gesamtbewertung
	Chi-Quadrat	P-Wert	n	Chi-Quadrat	P-Wert	n	
Schriftliches Informationsmaterial	15.2629	0.000	311	9.4185	0.002	92	+
Schriftlich Patientenmerkblatt zur ZM	/	1.000	114	/	0.541	35	-
Schriftlich Entscheidungshilfen	/	0.404	114	/	0.029	35	-/+
Online Informationsmaterial	1.4148	0.234	311	1.6660	0.197	35	-
Online Patientenmerkblatt zur ZM	/	1.000	52	/	1.000	19	-
Online Entscheidungshilfe zur Gebärmutterentfernung	/	0.217	52	/	1.000	19	-
Befundunterlagen	/	0.317	311	/	1.000	92	-

Indikationen: TT & TE

Deskriptive Darstellung HE – Informationsmaterialien (Mehrfachangaben möglich)

Es erfolgt eine deskriptive Darstellung der Informationsmaterialien. Das Patientenmerkblatt wurde hierbei vom G-BA entwickelt (dunkelgraue Darstellung in der Abbildung 63), die Entscheidungshilfen vom IQWiG erstellt (hellgraue Darstellung in der Abbildung 63). Diese Dokumente sind richtlinienrelevant. Darüber hinaus konnten Patient*innen angeben, ob sie andere Informationsmaterialien und/oder die Befundunterlagen genutzt hatten.

38,4% (n=108) hatten das schriftliche Informationsmaterial genutzt, 12,1% (n=34) gaben an, das online Informationsmaterial verwendet zu haben, 12,8% (n=36) nutzten die Befundunterlagen und 1,1% (n=3) hatten angegeben, andere Informationsmaterialien genutzt zu haben. Angaben zu anderen Informationsmaterialien bezogen sich auf eine Fachzeitschrift (n=1) und auf Online-Recherche bzw. Erfahrungsberichte (n=2). 32,7% (n=92) hatten keine der genannten Informationsmaterialien verwendet und 21,0% (n=59) konnten sich nicht an eine Nutzung der genannten Informationsmaterialien erinnern. Neun Personen haben zu diesen genannten Punkten keine Angaben getätigt. Detaillierte Informationen zur Inanspruchnahme des Patientenmerkblatts und der jeweiligen Entscheidungshilfen können in der Abbildung 8-63 entnommen werden. Die prozentualen Angaben der Abbildung beziehen sich auf die Stichprobe n=281.

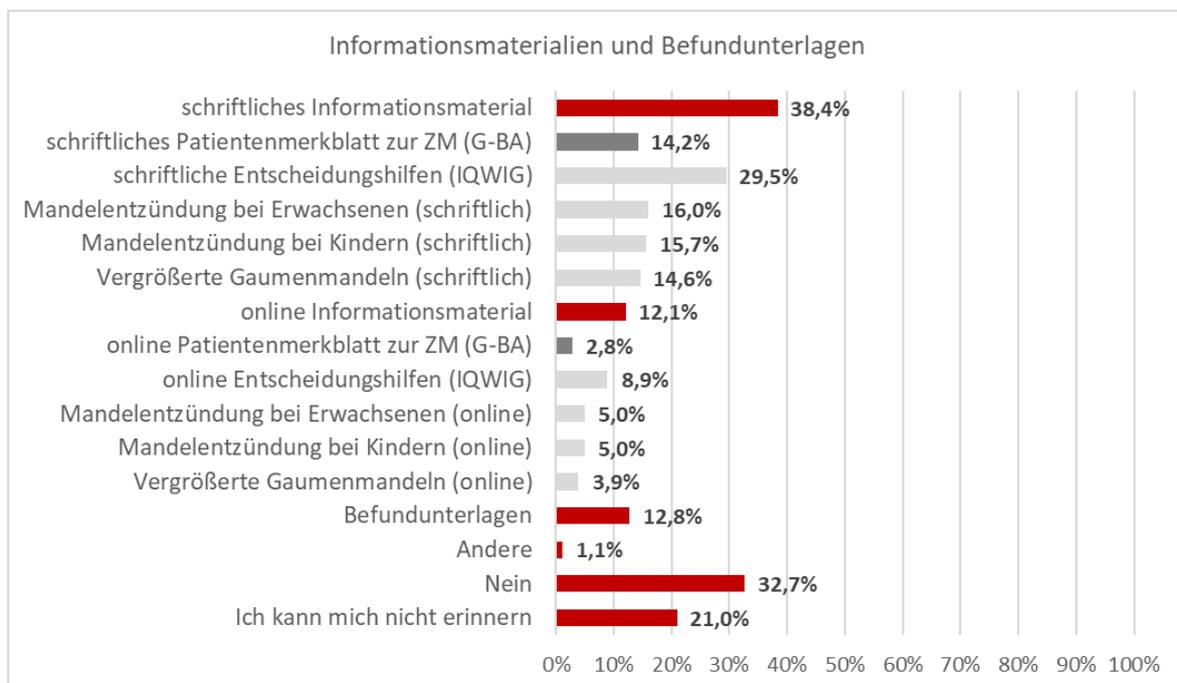


Abbildung 8-63: Informationsmaterialien und Befundunterlagen TT/TE (n=281)

Zur Hypothesenüberprüfung wurden im Folgenden Zusammenhangsanalysen herangezogen. Da die erwartete Zellhäufigkeit bei allen, außer dem schriftlichen Informationsmaterial unter fünf lag, wurde der exakte Test nach Fisher angewendet. Bei dem schriftlichen Informationsmaterial wurde der Chi-Quadrat-Test verwendet. Alle Werte waren nicht signifikant, da $p > 0.05$. Die detaillierten Ergebnisse können in Tabelle 8-13 eingesehen werden. Die Spalte "Gesamtbewertung" soll für den/die Leser*in die Bewertung (s. Tabelle 8-13) nachvollziehbarer machen.

Tabelle 8-13: Zusammenhangsanalysen Informationsmaterialien Patientenmerkblatt, Entscheidungshilfen (schriftlich und online), Befundunterlagen und Items für informierte Entscheidungsfindung (TT/TE)

	Ich fühlte mich insgesamt aufgeklärt. (dichotomisiert)			Die zweite ärztliche Meinung hat die erste Meinung bestätigt.			Gesamtbewertung
	Chi-Quadrat	p-Wert	n	Chi-Quadrat	p-Wert	n	
Schriftliches Informationsmaterial	0.2839	0.594	274	0.4054	0.524	74	-
Schriftlich Patientenmerkblatt zur ZM	/	0.618	93	/	0.618	27	-
Schriftlich Entscheidungshilfe zur (Teil-) Entfernung der Mandeln	/	1.000	93	/	1.000	27	-
Online Informationsmaterial	/	0.776	274	/	0.699	74	-
Online Patientenmerkblatt zur ZM	/	1.000	27	/	1.000	10	-
Online Entscheidungshilfe zur (Teil-) Entfernung der Mandeln	/	1.000	27	/	1.000	10	-
Befundunterlagen	/	0.277	274	/	1.000	74	-

Ergebnisse zu dem Item 2:

„War das Informationsmaterial verständlich?“

- Ja
- Nein

Indikation: HE

95,0% (n=114) der Patient*innen mit der Indikation HE hatten angegeben, dass sie das Informationsmaterial verständlich fanden, wohingegen 5,0% (n=6) die Informationsmaterialien nicht verständlich fanden. 46 Personen hatten keine Antwort gegeben.

Indikationen: TT & TE

97,0% (n=98) der Patient*innen mit den Indikationen TT/TE hatten angegeben, dass sie das Informationsmaterial verständlich fanden, wohingegen 3,0% (n=3) die Informationsmaterialien nicht verständlich fanden. 26 Personen hatten keine Antwort gegeben, drei Personen eine ungültige Angabe.

Ergebnisse zu dem Item 3:

„Fanden Sie das Informationsmaterial hilfreich?“

- *Ja*
- *Nein*

Indikation: HE

92,0% (n=103) der Teilnehmenden mit der Indikation HE fanden die Informationsmaterialien hilfreich, 8,0% (n=9) fanden die Infomaterialien nicht hilfreich. 54 Personen hatten keine Antwort gegeben.

Indikationen: TT & TE

93,6% (n=88) der Teilnehmenden mit den Indikationen TT/TE fanden die Informationsmaterialien hilfreich, 6,4% (n=6) fanden die Infomaterialien nicht hilfreich. 35 Personen hatten keine Antwort gegeben, eine Person eine ungültige Angabe.

Ergebnisse zu dem Item 4:

„Hat Sie das Informationsmaterial unterstützt?“

- *Ja*
- *Nein*

Indikation: HE

83,5% (n=86) der Personen mit der Indikation HE hatten angegeben, dass sie das Informationsmaterial unterstützt hatte, wohingegen 16,5% (n=17) das Informationsmaterial nicht als unterstützend empfanden. 63 Personen hatten keine Antwort gegeben.

Indikationen: TT & TE

81,9% (n=77) der Personen mit den Indikationen TT/TE hatten angegeben, dass sie das Informationsmaterial unterstützt hatte, wohingegen 18,1% (n=17) das Informationsmaterial nicht als unterstützend empfanden. 35 Personen hatten keine Antwort gegeben, eine Person eine ungültige Angabe.

Qualitative Patientenbefragung

Indikation: HE

Keine der Patient*innen hatte im Rahmen der Indikationsstellung das Patientenmerkblatt ausgehändigt bekommen. Auch wurde von den Ärzt*innen nicht auf die Entscheidungshilfen hingewiesen. Im Rahmen der Aufklärung über das Recht auf ZM wurden die Befundunterlagen nicht obligatorisch zusammengestellt und den Patient*innen ausgehändigt.

Indikationen: TT & TE

Die Mehrheit der Patient*innen gab an, dass sie von den behandelnden Ärzt*innen keine Informationsmaterialien oder weiterführende Unterlagen ausgehändigt bekommen hatten (3 von 5 Patient*innen). Darüber hinaus interpretierten die Patient*innen bspw. den OP-Aufklärungsbogen oder allgemeine Patienteninformationen als Patientenmerkblatt.

“I: Ja. Sie, hat Ihre Ärztin Sie auf das Patientenmerkblatt und die Entscheidungshilfen hingewiesen?”

TN: Ja. Habe ich mitbekommen.

I: Und was haben Sie da direkt mitbekommen?”

TN: Da standen einmal die Risiken drauf der OP. Und, ja, was war das noch? Und grundsätzlich glaube ich: Was ist eine Mandelentzündung?” (P5_TE, Pos. 46-49)

Im Rahmen der Aufklärung über das Recht auf ZM wurden die Befundunterlagen nicht obligatorisch zusammengestellt und den Patient*innen ausgehändigt.

“I: Und die Ärztin muss Ihnen auch deutlich machen, dass die Abschriften beziehungsweise Kopien von den Befundunterlagen für die Zweitmeinung mitnehmen können. Hat sie das gemacht?”

TN: Das glaube ich nicht. Da bin ich mir jetzt wirklich unsicher. Weil, mitgegeben hat sie mir nichts, sonst hätte ich das sonst vielleicht.” (P11_TE, Pos. 72-73)

Sofern auf die Entscheidungshilfen des IQWiG hingewiesen oder diese sogar ausgeteilt wurden, nutzten die Patient*innen die Möglichkeit, sich mit den Informationsmaterialien nach dem Arztbesuch auseinanderzusetzen. Dabei wurden die Entscheidungshilfen von einer von fünf Patient*innen mit der Indikation TT/TE als hilfreich empfunden.

“Also das [die Entscheidungshilfe] haben die uns halt erklärt und mitgegeben, und dann haben wir das halt daheim nochmal in Ruhe diskutiert, durchgelesen. Und ich sage jetzt mal, das hat dann nochmal so zwanzig Prozent Fragen, die nochmal

aufgetaucht sind oder wo man sich nicht mehr an den ganz genauen Gesprächsverlauf erinnern konnte, geholfen.“ (P4_TE, Pos. 65)

Zusammenfassung Ergebnisse und Bewertung der Hypothese

Tabelle 8-14: Zusammenfassende Bewertung U5

	Datenquelle	Ergebnis HE	Ergebnis TT/TE
U5: Die im Rahmen der Aufklärung über das Recht auf ZM eingesetzten Informationsmaterialien sowie die Zusammenstellung der Befundunterlagen unterstützen die Patient*innen bei der informierten Entscheidungsfindung.	Quantitative Patientenbefragung – Item 1 Item HE Es bestand ein Zusammenhang zwischen dem schriftlichen Informationsmaterial und der informierten Entscheidungsfindung (p=0.000 bzw. p=0.002). Die restlichen Zusammenhangsanalysen wiesen keinen statistisch signifikanten Wert auf. In der Tabelle 8-12 können die einzelnen statistischen Werte nachvollzogen werden.	(-)	-
	Item TT/TE Es lag bei allen Zusammenhangsanalysen zwischen den Informationsmaterialien bzw. Befundunterlagen und der informierten Entscheidungsfindung kein statistisch signifikanter Wert		

	vor. In der Tabelle 8-13 können die einzelnen statistischen Werte nachvollzogen werden.		
	<p>Quantitative Patientenbefragung</p> <p>Item 2 HE</p> <p>95,1% der Patient*innen mit der Indikation HE fanden das Informationsmaterial verständlich.</p> <p>Item 2 TT/TE</p> <p>97,0% der Patient*innen mit den Indikationen TT/TE fanden das Informationsmaterial verständlich.</p>	<p style="text-align: center;">+</p> <p>(nahezu) vollumfänglich unterstützt</p> <p>im guten Ausmaß unterstützt</p> <p>noch ausreichend unterstützt</p> <p>nicht ausreichend unterstützt</p> <p>kaum unterstützt</p>	<p style="text-align: center;">+</p> <p>(nahezu) vollumfänglich unterstützt</p> <p>im guten Ausmaß unterstützt</p> <p>noch ausreichend unterstützt</p> <p>nicht ausreichend unterstützt</p> <p>kaum nicht unterstützt</p>
	<p>Quantitative Patientenbefragung</p> <p>Item 3 HE</p> <p>92,0% der Patient*innen mit der Indikation HE fanden das Informationsmaterial hilfreich.</p> <p>Item 3 TT/TE</p> <p>93,6% der Patient*innen mit den Indikationen TT/TE fanden das Informationsmaterial hilfreich.</p>	<p style="text-align: center;">(+)</p> <p>(nahezu) vollumfänglich unterstützt</p> <p>im guten Ausmaß unterstützt</p> <p>noch ausreichend unterstützt</p> <p>nicht ausreichend unterstützt</p> <p>kaum unterstützt</p>	<p style="text-align: center;">(+)</p> <p>(nahezu) vollumfänglich unterstützt</p> <p>im guten Ausmaß unterstützt</p> <p>noch ausreichend unterstützt</p> <p>nicht ausreichend unterstützt</p> <p>kaum unterstützt</p>

	<p>Quantitative Patientenbefragung</p> <p>Item 4 HE</p> <p>83,5% der Patient*innen mit der Indikation HE wurden durch das Informationsmaterial unterstützt.</p> <p>Item 4 TT/TE</p> <p>81,9% der Patient*innen mit den Indikationen TT/TE wurden durch das Informationsmaterial unterstützt.</p>	<p>(+)</p> <p>(nahezu) vollumfänglich unterstützt</p> <p>im guten Ausmaß unterstützt</p> <p>noch ausreichend unterstützt</p> <p>nicht ausreichend unterstützt</p> <p>kaum unterstützt</p>	<p>(+)</p> <p>(nahezu) vollumfänglich unterstützt</p> <p>im guten Ausmaß unterstützt</p> <p>noch ausreichend unterstützt</p> <p>nicht ausreichend unterstützt</p> <p>kaum unterstützt</p>
	<p>Qualitative Patientenbefragung</p> <p>HE</p> <p>Da in dem Prozess der Aufklärung den Patient*innen keine Informationsmaterialien zur Verfügung gestellt wurden, können diese die Patient*innen nicht bei der Entscheidungsfindung unterstützen.</p> <p>TT/TE</p> <p>Da in dem Prozess der Aufklärung den Patient*innen selten Informationsmaterialien zur Verfügung gestellt wurden, kann eine abschließende</p>	<p>-</p>	<p>(-)</p>

	Bewertung nicht vollumfänglich erfolgen. Die Interviews lieferten Hinweise, dass die Entscheidungshilfen die Patient*innen bei der Entscheidungsfindung unterstützen könnten.		
	Gesamtbewertung	Hypothese bestätigt	Hypothese bestätigt

Zusammenfassend sprechen die Ergebnisse der einzelnen Datenerhebungen sowie die Ergebnisse einzelner Items für die Hypothese bei allen Indikationen. Sofern Informationsmaterialien ausgeteilt bzw. von den Patient*innen genutzt wurden, wurden diese als hilfreich und unterstützend bewertet. Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass Patient*innen selten auf weiterführende Informationen hingewiesen wurden.

Limitationen quantitative Patientenbefragung:

Die Ergebnisse der Bewertung hinsichtlich der Nutzung von Informationsmaterialien erweckte den Eindruck, dass das Informationsmaterial häufig genutzt wird und gleichzeitig einen unterstützenden Einfluss auf die Entscheidungsfindung hatte. Hierbei muss limitierend darauf eingegangen werden, dass nur wenige Patient*innen die Informationsmaterialien wirklich ausgehändigt bzw. genutzt hatten. Hinweise darauf konnten in den Interviews identifiziert werden. In den Interviews wurde offensichtlich, dass die Patient*innen den OP-Aufklärungsbogen als weiterführendes Informationsmaterial zur Inanspruchnahme einer ZM interpretierten. Darüber hinaus war ein Recall-Bias nicht auszuschließen. Vor diesem Hintergrund bestand ein Risiko, die positive Bewertung in ihrer Wirkung auf die Gesamtversorgung zu überschätzen.

Kritisch kann hierbei auch die Formulierung der Frage betrachtet werden. Es wurde nach den Informationsmaterialien gefragt und die Antwortkategorie "Befundunterlagen" inkludiert. Die Beurteilung von Befundunterlagen als Laie könnte sich schwierig gestalten haben. In weitergehenden Evaluationen wäre eine separate Frage zur Mitnahme von Befundunterlagen erstrebenswert.

Zudem wurde bei der Beurteilung der Informationsmaterialien eine globale Bewertung vorgenommen, d.h. eine differenzierte Beurteilung der einzelnen Informationsmaterialien und Befundunterlagen konnte durch die Teilnehmenden nicht vorgenommen werden. Hierbei ist es fraglich, ob sie sich detailliert an die einzelnen Informationsmaterialien erinnern können. Ein Recall-Bias kann nicht ausgeschlossen werden. Zudem können die Missings bei der Bewertung der Informationsmaterialien das Ergebnis verzerrt haben. Mögliche Ursache für die fehlenden Angaben könnte die Anordnung im Fragebogen sein.

Die ungleichen und geringen Verteilungen in den jeweiligen Gruppen können die Signifikanz der Ergebnisse beeinflusst haben. Eine größere Stichprobe könnte zukünftig zu anderen Ergebnissen führen. Fraglich bleibt hier jedoch, ob sich die Verteilung der Gruppen zugunsten der Signifikanz verbessert.

In der Natur von Fragebogenerhebung liegt die fehlende Kontrolle der Befragungssituation, sodass nicht nachvollziehbar war, unter welchen Bedingungen die Patient*innen an der Fragebogenerhebung teilgenommen hatten, und ob sie alle Fragen so verstanden haben, wie sie intendiert waren. Bei der Fragebogenerhebungen könnte es zu Missverständnissen oder Fehlinterpretationen von Fragen kommen, sodass das Antwortverhalten, trotz intensiver Pilotierung des Fragebogens auf Verständlichkeit, nicht uneingeschränkt verlässlich war.

Neben den reinen hypothesenbezogenen Items in der Fragebogenerhebung soll ein weiteres Item zur Kontextualisierung der Hypothese herangezogen werden. Flankierend soll die deskriptive Darstellung des folgenden Items aufgezeigt werden:

„Welche weiteren Informationsquellen haben Sie hinsichtlich Ihrer Erkrankung und / oder den Behandlungsmöglichkeiten genutzt?“ Mehrfachauswahl möglich

- *Austausch mit Angehörigen (Partner*in, Familie, Verwandte, Freunde) und Bekannten*
- *Austausch mit anderen Ärzten (nicht der Arzt / die Ärztin, der / die die operative Entfernung empfohlen hat), und zwar:*
- *Webseiten im Internet*
- *Foren im Internet*
- *Social Media*
- *Fachzeitschriften, Fachbücher*
- *Zeitungen, Magazine*

- *Fernsehen, Radio*
- *Fachvorträge (z.B. in der Klinik)*
- *Keine*
- *Andere:*

Indikation: HE

Die meisten Befragten hatten als weitere Informationsquelle den Austausch mit Angehörigen (Partner*in, Familie, Verwandte, Freunde) und Bekannten mit 74,2% (n=245) gewählt, folgend von Webseiten im Internet mit 44,5% (n=147) und Austausch mit anderen Ärzten mit 27,3% (n=90). 9,7% (n=32) der Teilnehmenden hatten keine weiteren Informationsquellen verwendet. Eine detaillierte Auflistung ist in der Abbildung 8-64 zu sehen. Acht Personen hatten keine Antwort getätigt.

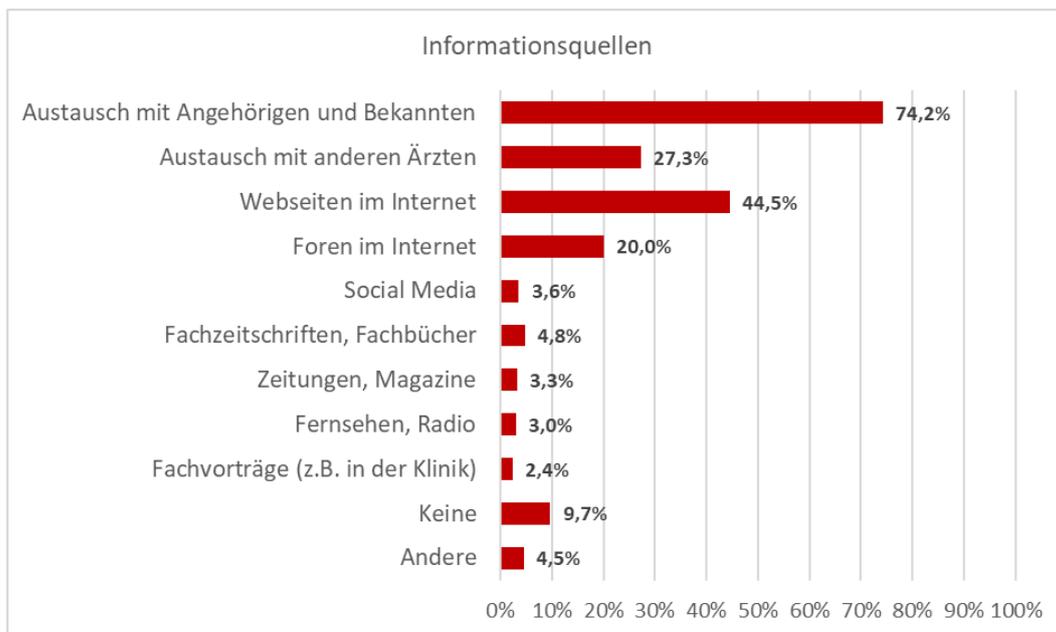


Abbildung 8-64: Informationsquellen (HE), n=329 valide Antwortmöglichkeiten

Indikationen: TT & TE

Die meisten Befragten hatten als weitere Informationsquelle den Austausch mit Angehörigen (Partner*in, Familie, Verwandte, Freunde) und Bekannten mit 70,8% (n=204) gewählt, folgend von Webseiten im Internet mit 40,6% (n=117) und Austausch mit anderen Ärzten mit 31,3% (n=90). 9,7% (n=28) der Teilnehmenden hatten keine weiteren Informationsquellen

verwendet. Eine detaillierte Auflistung ist in der Abbildung 8-65 zu sehen. Zwei Personen hatten keine Antwort getätigt.

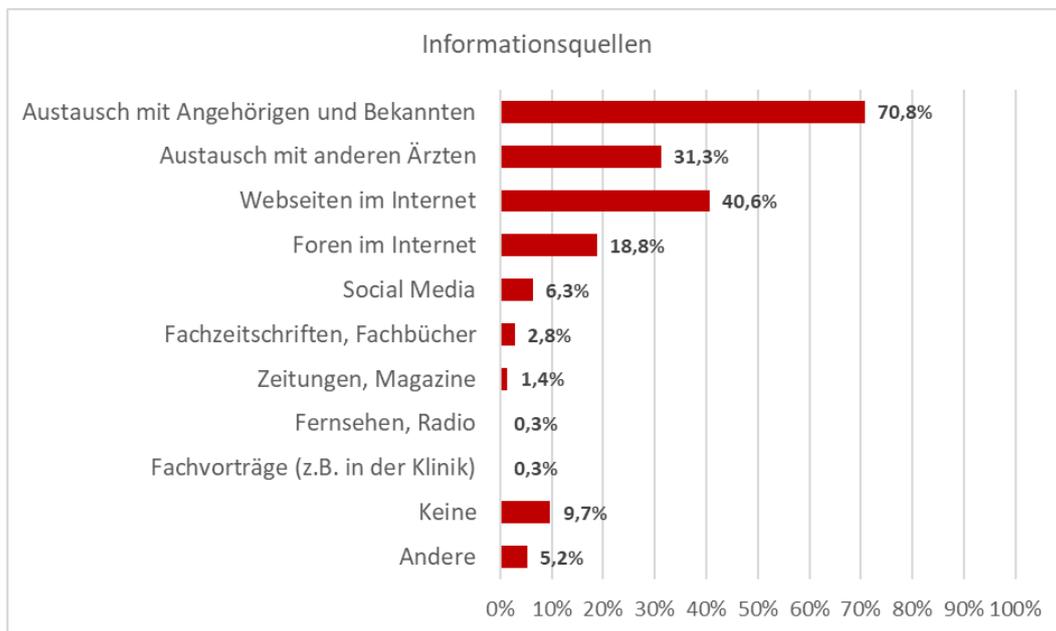


Abbildung 8-65: Informationsquellen (TT/TE), n=288 valide Antwortmöglichkeiten

8.2.1.6 U6: Die Qualität der Information trägt zu einer informierten Entscheidungsfindung bei

Datenquellen: quantitative Patientenbefragung

Quantitative Patientenbefragung

Ergebnisse zu Item 1:

„Denken Sie bitte zurück an das Gespräch mit Ihrem Arzt oder Ärztin, der / die Ihnen eine bzw. die Gebärmutterentfernung bzw. (Teil-) Entfernung der Mandeln empfohlen hat. Bitte ordnen Sie jeweils zu: Wie fühlten Sie sich aufgeklärt hinsichtlich...“

... Ihrer Erkrankung (bei Erziehungsberechtigten: Ihres Kindes)?

... der Behandlungsmöglichkeiten?

... der Vorteile einer Operation?

... der Risiken und Nebenwirkungen einer Operation?“

- Sehr gut
- Gut
- Mittel

- *Schlecht*
- *Sehr schlecht*

Indikation: HE

Hinsichtlich der Aufklärung zu der Erkrankung hatten 43,3% (n=139) der Teilnehmenden mit der Indikation HE die Antwortmöglichkeit "sehr gut" und 38,9% (n=125) "gut" angekreuzt, wohingegen 10,6% (n=34) "mittel", 6,5% (n=21) "schlecht" und 0,6% (n=2) "sehr schlecht" wählten. 16 Personen hatten keine Angabe gemacht.

Ähnlich verhielt es sich bei der Aufklärung zu den Behandlungsmöglichkeiten, Vorteile einer Operation, Risiken und Nebenwirkungen einer Operation:

Bzgl. der Behandlungsmöglichkeiten fanden sich 39,4% (n=125) sehr gut aufgeklärt und 42,3% (n=134) gut aufgeklärt, währenddessen 9,5% (n=30) mittel, 6,6% (n=21) schlecht und 2,2% (n=7) der Patient*innen sehr schlecht aufgeklärt wurden. 20 Personen hatten keine Angabe gemacht.

Die Aufklärung zu den Vorteilen der Operation empfanden 39,6% der Personen (n=128) als sehr gut, 43,0% (n=139) als gut, 10,8% (n=35) als mittel, 5,3% (n=17) als schlecht und 1,2% (n=4) als sehr schlecht. 13 Personen hatten keine Angabe gemacht, eine Person eine ungünstige Antwort.

Bei der Aufklärung zu den Risiken und Nebenwirkungen einer Operation wählten 37,1% (n=118) die Antwortmöglichkeit "sehr gut", 36,8% (n=117) "gut", 17,0% (n=54) "mittel", 6,0% (n=19) "schlecht" und 3,1% (n=10) "sehr schlecht". 18 Personen hatten keine Angabe gemacht, eine Person eine ungünstige Antwort.

Die Ausführungen sind grafisch in der Abbildung 8-66 dargestellt.

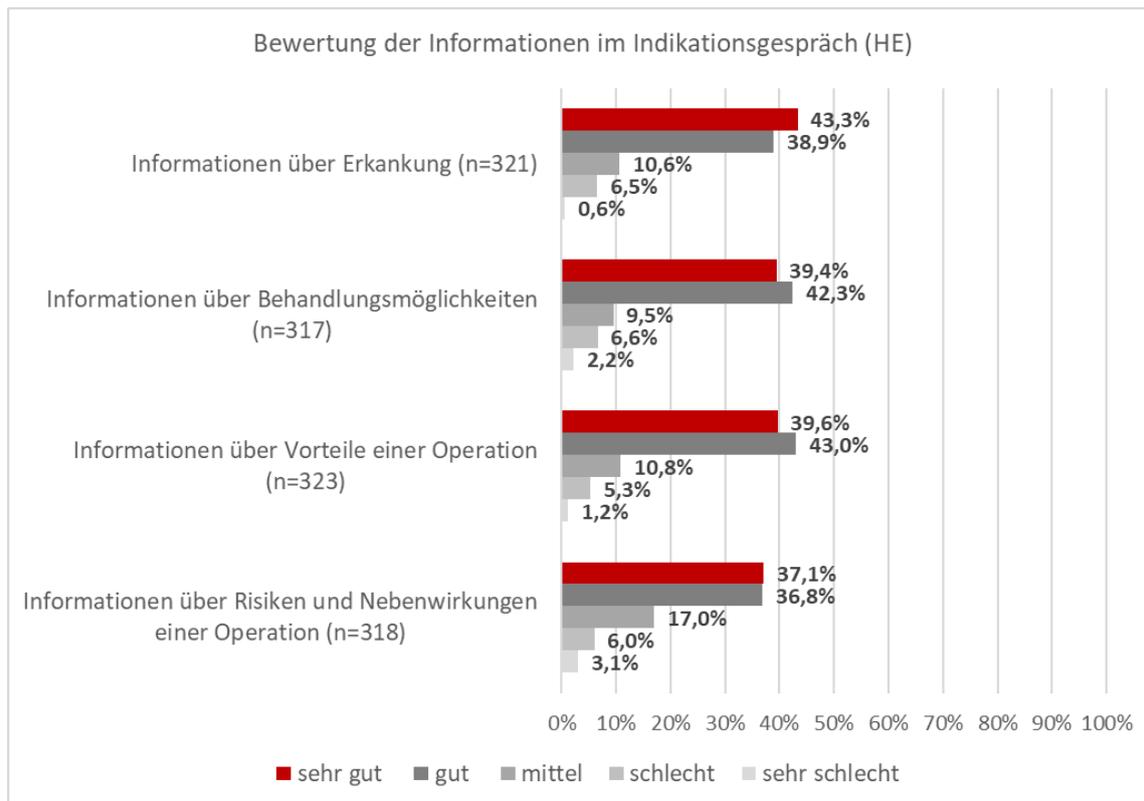


Abbildung 8-66: Bewertung der Informationen im Indikationsgespräch (HE)

Indikationen: TT & TE

Hinsichtlich der Aufklärung zu der Erkrankung hatten 51,2% (n=147) der Teilnehmenden mit den Indikationen TT/TE die Antwortmöglichkeit "sehr gut" und 39,7% (n=114) "gut" angekreuzt, wohingegen 5,6% (n=16) "mittel", 2,4% (n=7) "schlecht" und 1,0% (n=3) "sehr schlecht" wählten. Drei Personen hatten keine Angabe getätigt.

Ähnlich verhielt es sich bei der Aufklärung zu den Behandlungsmöglichkeiten, Vorteile einer Operation, Risiken und Nebenwirkungen einer Operation:

Bzgl. der Behandlungsmöglichkeiten fanden sich 47,2% (n=135) sehr gut aufgeklärt und 39,9% (n=114) gut aufgeklärt, währenddessen 9,4% (n=27) mittel, 2,4% (n=7) schlecht und 1,0% (n=3) der Patient*innen sehr schlecht aufgeklärt wurden. Vier Personen hatten keine Angabe getätigt.

Die Aufklärung zu den Vorteilen der Operation empfanden 48,8% der Personen (n=139) als sehr gut, 39,3% (n=112) als gut, 10,5% (n=30) als mittel, 1,1% (n=3) als schlecht und 0,4% (n=1) als sehr schlecht. Fünf Personen hatten keine Angabe getätigt.

Bei der Aufklärung zu den Risiken und Nebenwirkungen einer Operation wählten 49,1% (n=140) die Antwortmöglichkeit "sehr gut", 31,6% (n=90) "gut", 13,7% (n=39) "mittel", 5,3% (n=15) "schlecht" und 0,4% (n=1) "sehr schlecht". Fünf Personen hatten keine Angabe getätigt.

Die Ausführungen sind grafisch in der Abbildung 8-67 dargestellt.

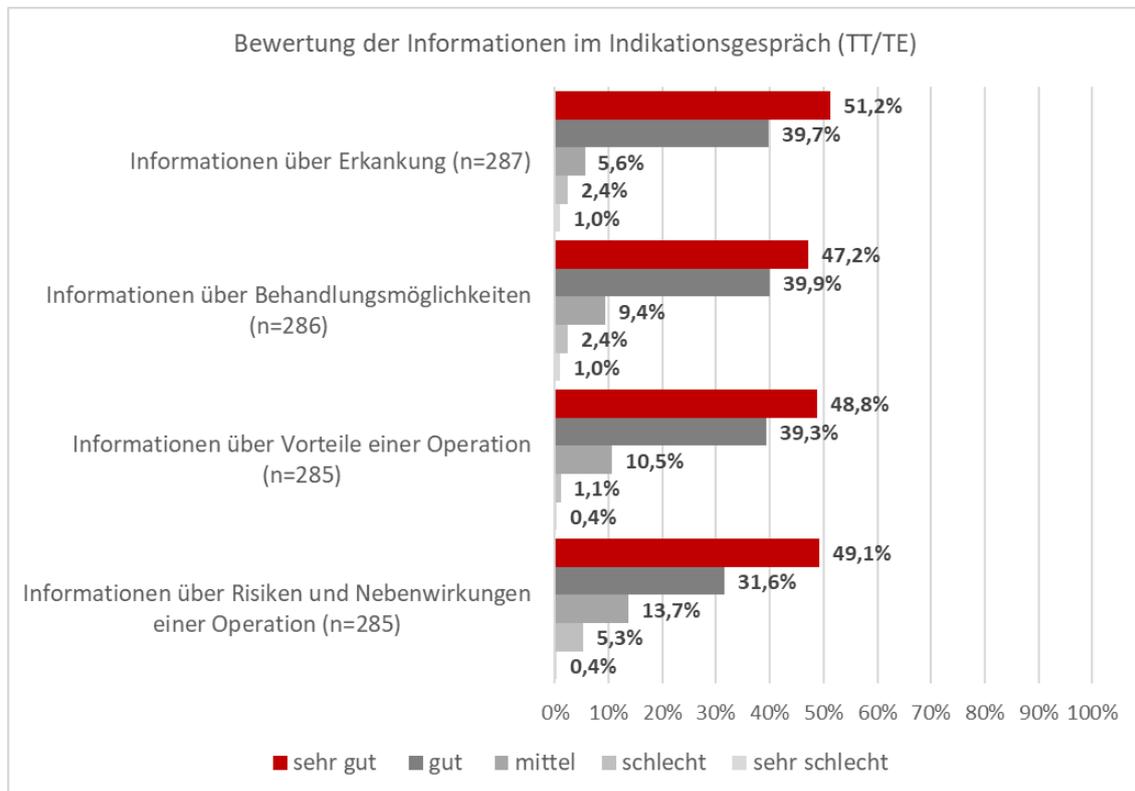


Abbildung 8-67: Bewertung der Informationen im Indikationsgespräch (TT/TE)

Ergebnisse zu Item 2: Zusammenhangsanalysen mit folgenden Variablen:

- *Bewertung Aufklärung Erkrankung und informierte Entscheidungsfindung*
- *Bewertung Aufklärung Behandlungsmöglichkeiten und informierte Entscheidungsfindung*
- *Bewertung Aufklärung Vorteile einer Operation und informierte Entscheidungsfindung*
- *Bewertung Aufklärung Risiken und Nebenwirkungen einer Operation und informierte Entscheidungsfindung*

Indikation: HE

Die Zusammenhangsanalysen wurden mit den Items für die informierte Entscheidungsfindung und jeweils mit den Bewertungen zu den Informationen zur Erkrankung, Behandlungsmöglichkeiten, Vorteiler einer Operation sowie Risiken und Nebenwirkungen

einer Operation mittels Spearmans Rangkorrelation (r_{sp}) und dem Chi-Quadrat-Test, ggf. exakten Test nach Fisher vorgenommen. Für die Zusammenhangsanalyse mit dem Item der informierten Entscheidungsfindung "Die zweite ärztliche Meinung hat die erste Meinung bestätigt." wurden die Variablen Erkrankung, Behandlungsmöglichkeiten, Vorteile einer Operation Risiken und Nebenwirkungen einer Operation dichotomisiert (mittel, schlecht und sehr schlecht=0; sehr gut und gut=1).

Die Ergebnisse der Zusammenhangsanalyse können in der Tabelle 8-15 nachvollzogen werden.

Tabelle 8-15: Zusammenhangsanalysen Bewertung Informationen Erkrankung, Behandlungsmöglichkeiten, Vorteile einer Operation sowie Risiken und Nebenwirkungen einer Operation mit Items für informierte Entscheidungsfindung (HE)

	Ich fühlte mich insgesamt aufgeklärt.			Die zweite ärztliche Meinung hat die erste Meinung bestätigt.		
	r_{sp}	p-Wert	n	Chi-Quadrat	p-Wert	n
Erkrankung	0.6018	0.0000	317	20.1362	0.0000	93
Behandlungsmöglichkeiten	0.6145	0.0000	313	35.9423	0.0000	93
Vorteile einer Operation	0.6219	0.0000	318	26.907	0.0000	93
Risiken und Nebenwirkungen einer Operation	0.6530	0.0000	315	14.7137	0.0000	91

Die Bewertung der Aufklärung beim Gespräch der Indikationsstellung stand im starken positiven Zusammenhang mit der Bewertung zu den Informationen zur Erkrankung. Die Bewertung zu den Informationen zur Erkrankung stand in einem Zusammenhang mit Bestätigung der ersten ärztlichen Meinung mit der zweiten ärztlichen Meinung.

Die Bewertung der Aufklärung beim Gespräch der Indikationsstellung stand im starken positiven Zusammenhang mit einer guten Bewertung zu den Informationen zur Behandlungsmöglichkeiten. Die Bewertung zu den Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten stand in einem Zusammenhang mit Bestätigung der ersten ärztlichen Meinung mit der zweiten ärztlichen Meinung.

Die Bewertung der Aufklärung beim Gespräch der Indikationsstellung stand im starken positiven Zusammenhang mit einer guten Bewertung zu den Informationen zu den Vorteilen

einer Operation. Die Bewertung zu den Informationen zu den Vorteilen einer Operation stand in einem Zusammenhang mit Bestätigung der ersten ärztlichen Meinung mit der zweiten ärztlichen Meinung.

Die Bewertung der Aufklärung beim Gespräch der Indikationsstellung stand im starken positiven Zusammenhang mit einer guten Bewertung zu den Informationen zu den Risiken und Nebenwirkungen einer Operation. Die Bewertung zu den Risiken und Nebenwirkungen einer Operation stand in einem Zusammenhang mit Bestätigung der ersten ärztlichen Meinung mit der zweiten ärztlichen Meinung.

Indikationen: TT & TE

Die Zusammenhangsanalysen wurden mit den Items für die informierte Entscheidungsfindung und jeweils mit den Bewertungen zu den Informationen zur Erkrankung, Behandlungsmöglichkeiten, Vorteiler einer Operation sowie Risiken und Nebenwirkungen einer Operation mittels Spearmans Rangkorrelation (r_{sp}) und dem Chi-Quadrat-Test, ggf. exakten Test nach Fisher vorgenommen. Für die Zusammenhangsanalyse mit dem Item der informierten Entscheidungsfindung "Die zweite ärztliche Meinung hat die erste Meinung bestätigt." wurden die Variablen Erkrankung, Behandlungsmöglichkeiten, Vorteile einer Operation Risiken und Nebenwirkungen einer Operation dichotomisiert (mittel, schlecht und sehr schlecht=0; sehr gut und gut=1). Die Ergebnisse der Zusammenhangsanalyse können in der Tabelle 8-16 nachvollzogen werden.

Tabelle 8-16: Zusammenhangsanalysen Bewertung Informationen Erkrankung, Behandlungsmöglichkeiten, Vorteile einer Operation sowie Risiken und Nebenwirkungen einer Operation mit Items für informierte Entscheidungsfindung (TT/TE)

	Ich fühlte mich insgesamt aufgeklärt.			Die zweite ärztliche Meinung hat die erste Meinung bestätigt.			Gesamtbewertung
	r_{sp}	p-Wert	n	Chi-Quadrat	p-Wert	n	
Erkrankung	0.5124	0.0000	281	4.0367	0.045	76	+
Behandlungsmöglichkeiten	0.5631	0.0000	281	/	0.329	76	+/-
Vorteile einer Operation	0.5235	0.0000	281	/	0.212	76	+/-
Risiken und Nebenwirkungen einer Operation	0.6623	0.0000	281	/	1.000	76	+/-

Die Bewertung der Aufklärung beim Gespräch der Indikationsstellung steht im starken positiven Zusammenhang mit der Bewertung zu den Informationen zur Erkrankung. Die Bewertung zu den Informationen zur Erkrankung steht in einem Zusammenhang mit Bestätigung der ersten ärztlichen Meinung mit der zweiten ärztlichen Meinung.

Die Bewertung der Aufklärung beim Gespräch der Indikationsstellung steht im starken positiven Zusammenhang mit der Bewertung zu den Informationen zu den Behandlungsmöglichkeiten. Die Bewertung zu den Informationen zu den Behandlungsmöglichkeiten steht in keinem Zusammenhang mit Bestätigung der ersten ärztlichen Meinung mit der zweiten ärztlichen Meinung.

Die Bewertung der Aufklärung beim Gespräch der Indikationsstellung steht im starken positiven Zusammenhang mit der Bewertung zu den Informationen zu den Vorteilen einer Operation. Die Bewertung zu den Informationen zu den Vorteilen einer Operation steht in keinem Zusammenhang mit Bestätigung der ersten ärztlichen Meinung mit der zweiten ärztlichen Meinung.

Die Bewertung der Aufklärung beim Gespräch der Indikationsstellung steht im starken positiven Zusammenhang mit der Bewertung zu den Informationen zu den Risiken und Nebenwirkungen einer Operation. Die Bewertung zu den Risiken und Nebenwirkungen einer Operation steht in keinem Zusammenhang mit Bestätigung der ersten ärztlichen Meinung mit der zweiten ärztlichen Meinung.

Ergebnisse zu Item 3

„Denken Sie bitte zurück an das Gespräch mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin, der / die Ihnen eine bzw. die Gebärmutterentfernung bzw. (Teil-) Entfernung der Mandeln empfohlen hat. Bitte kreuzen Sie das für Sie zutreffende an:

Die Informationen waren verständlich.“

- *Trifft vollständig zu*
- *Trifft eher zu*
- *Trifft teilweise zu*
- *Trifft eher nicht zu*
- *Trifft überhaupt nicht zu*

Indikation: HE

68,7% (n=224) der Patient*innen hatten angegeben, dass die Aussage "Die Informationen waren verständlich." vollständig zutrifft, bei 18,4% (n=60) die Aussage eher zutrifft, bei 9,5% (n=31) teilweise zutrifft, bei 2,8% (n=9) eher nicht zutrifft und bei 0,6% (n=2) nicht zutrifft. Elf Personen haben keine Angabe gemacht.

Indikationen: TT & TE

69,4% (n=170) der Patient*innen hatten angegeben, dass die Aussage "Die Informationen waren verständlich." vollständig zutrifft, bei 24,5% (n=60) die Aussage eher zutrifft, bei 4,1% (n=10) teilweise zutrifft und bei 2,0% (n=5) eher nicht zutrifft. Keine Person hatte die Antwortkategorie "Trifft überhaupt nicht zu" gewählt. Fünf Personen haben keine Angabe getätigt.

Ergebnisse zu Item 4: Zusammenhangsanalysen mit folgenden Variablen:

- Verständlichkeit der Informationen und informierte Entscheidungsfindung

Indikation: HE

Für die Analysen wurde die Rangkorrelation nach Spearman und der Chi-Quadrat-Test verwendet (s. Tabelle 817).

Tabelle 8-17: Verständlichkeit der Informationen und informierte Entscheidungsfindung (HE)

	Ich fühlte mich insgesamt aufgeklärt.			Die zweite ärztliche Meinung hat die erste Meinung bestätigt.		
	r_{sp}	p-Wert	N	Chi-Quadrat	p-Wert	n
Verständlichkeit der Informationen	0.8482	0.0000	319	17.5675	0.0000	91

Die Bewertung der Aufklärung beim Gespräch der Indikationsstellung stand in einem starken positiven Zusammenhang mit der Verständlichkeit der Informationen. Die Bewertung der Verständlichkeit der Informationen stand in einem Zusammenhang mit Bestätigung der ersten ärztlichen Meinung mit der zweiten ärztlichen Meinung.

Indikationen: TT & TE

Für die Analysen wurde die Rangkorrelation nach Spearman und der exakte Test nach Fisher verwendet (s. Tabelle 818).

Tabelle 8-18: Verständlichkeit der Informationen und informierte Entscheidungsfindung (TT/TE)

	Ich fühlte mich insgesamt aufgeklärt.			Die zweite ärztliche Meinung hat die erste Meinung bestätigt.	
	r_{sp}	p-Wert	N	p-Wert	n
Verständlichkeit der Informationen	0.7878	0.0000	283	0.653	76

Die Bewertung der Aufklärung beim Gespräch der Indikationsstellung steht in einem starken positiven Zusammenhang mit der Verständlichkeit der Informationen. Die Bewertung der Verständlichkeit der Informationen steht in keinem Zusammenhang mit Bestätigung der ersten ärztlichen Meinung mit der zweiten ärztlichen Meinung.

Zusammenfassung Ergebnisse und Bewertung der Hypothese

Tabelle 8-19: Zusammenfassende Bewertung U6

	Datenquelle	Ergebnis HE	Ergebnis TT/TE
	Quantitative Patientenbefragung	(+)	(+)
	Item 1 HE	Trägt (nahezu) vollumfänglich bei	Trägt (nahezu) vollumfänglich bei
	Bei der Bewertung werden die Antwortmöglichkeiten "sehr gut" und "gut" summiert. Somit ergaben sich für die Bewertung summiert folgende Ergebnisse bei der Indikation HE:	Trägt im guten Ausmaß bei	Trägt im guten Ausmaß bei
	- Erkrankung: 82,2%	Trägt noch ausreichend bei	Trägt noch ausreichend bei
	- Behandlungsmöglichkeiten: 81,7%	Trägt nicht ausreichend bei	Trägt nicht ausreichend bei
	- Vorteilen einer Operation: 82,7%	Trägt kaum bei	Trägt kaum bei
	- Risiken und Nebenwirkungen einer Operation: 73,9%		
U6: Die Qualität der Information trägt zu einer informierten Entscheidungsfindung bei.	Die Qualität der Information trug bei der Indikation HE hinsichtlich der Erkrankung, Behandlungsmöglichkeiten und Vorteile einer Operation in einem guten Ausmaß zu einer informierten Entscheidungsfindung bei. Die Qualität der Information trug hinsichtlich der Risiken und Nebenwirkungen einer Operation in einem noch ausreichenden Ausmaß zu einer informierten Entscheidungsfindung bei.		

	<p>Item 1 TT/TE</p> <p>Für die Bewertung ergaben sich durch die Antwortmöglichkeiten “sehr gut” und “gut” summiert folgende Ergebnisse bei den Indikationen TT/TE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erkrankung: 90,9% - Behandlungsmöglichkeiten: 87,1% - Vorteilen einer Operation: 88,1% - Risiken und Nebenwirkungen einer Operation: 80,7% <p>Die Qualität der Information trug bei den Indikationen TT/TE hinsichtlich der Erkrankung, Behandlungsmöglichkeiten und Vorteile sowie Risiken und Nebenwirkungen einer Operation in einem guten Ausmaß zu einer informierten Entscheidungsfindung bei.</p>		
	<p>Quantitative Patientenbefragung – Item 2 HE</p> <p>Die Bewertung der Informationen bzgl. der Erkrankung im Indikationsgespräch stehen in einem statistisch signifikanten Zusammenhang mit den Items der informierten Entscheidungsfindung.</p>	+	+/-

	<p>Die Bewertung der Informationen bzgl. der Behandlungsmöglichkeiten im Indikationsgespräch stehen in einem statistisch signifikanten Zusammenhang mit den Items der informierten Entscheidungsfindung.</p> <p>Die Bewertung der Informationen bzgl. der Vorteile einer Operation im Indikationsgespräch stehen in einem statistisch signifikanten Zusammenhang mit den Items der informierten Entscheidungsfindung.</p> <p>Die Bewertung der Informationen bzgl. der Risiken und Nebenwirkungen einer Operation im Indikationsgespräch stehen in einem statistisch signifikanten Zusammenhang mit den Items der informierten Entscheidungsfindung.</p> <p>Item 2 TT/TE</p> <p>Die Bewertung der Informationen bzgl. der Erkrankung im Indikationsgespräch standen in einem statistisch signifikanten Zusammenhang mit den Items der informierten Entscheidungsfindung.</p> <p>Die Bewertung der Informationen bzgl. der</p>		
--	--	--	--

	<p>Behandlungsmöglichkeiten im Indikationsgespräch standen teilweise in einem statistisch signifikanten Zusammenhang mit den Items der informierten Entscheidungsfindung.</p> <p>Die Bewertung der Informationen bzgl. der Vorteile einer Operation im Indikationsgespräch standen teilweise in einem statistisch signifikanten Zusammenhang mit den Items der informierten Entscheidungsfindung.</p> <p>Die Bewertung der Informationen bzgl. der Risiken und Nebenwirkungen einer Operation im Indikationsgespräch standen teilweise in einem statistisch signifikanten Zusammenhang mit den Items der informierten Entscheidungsfindung.</p>		
	<p>Quantitative Patientenbefragung</p> <p>Item 3 HE</p> <p>Bei der Bewertung wurden die Antwortmöglichkeiten "Trifft vollständig zu." und "Trifft eher zu." summiert.</p> <p>Insgesamt hatten 87,1% der Teilnehmenden mit der Indikation HE haben eine der Antwortmöglichkeiten gewählt.</p> <p>Item 3 TT/TE</p>	<p>(+)</p> <p>Trägt (nahezu) vollumfänglich bei</p> <p>Trägt im guten Ausmaß bei</p> <p>Trägt noch ausreichend bei</p> <p>Trägt nicht ausreichend bei</p> <p>Trägt kaum bei</p>	<p>(+)</p> <p>Trägt (nahezu) vollumfänglich bei</p> <p>Trägt im guten Ausmaß bei</p> <p>Trägt noch ausreichend bei</p> <p>Trägt nicht ausreichend bei</p> <p>Trägt kaum bei</p>

	<p>Bei der Bewertung wurden die Antwortmöglichkeiten "Trifft vollständig zu." und "Trifft eher zu." summiert.</p> <p>Insgesamt hatten 93,9% der Teilnehmenden mit den Indikationen TT/TE eine der Antwortmöglichkeiten gewählt.</p>		
	<p>Quantitative Patientenbefragung – Item 4 HE</p> <p>Die Bewertung der Verständlichkeit der Informationen im Indikationsgespräch und die Items der informierten Entscheidungsfindung standen in einem statistisch signifikanten Zusammenhang.</p> <p>Item 4 TT/TE</p> <p>Die Bewertung der Verständlichkeit der Informationen im Indikationsgespräch und die Items der informierten Entscheidungsfindung standen teilweise in einem statistisch signifikanten Zusammenhang.</p>	+	+/-
	Gesamtbewertung	Hypothese bestätigt	Hypothese widerlegt

Zusammenfassend sprechen die Ergebnisse der einzelnen Datenerhebungen sowie die Ergebnisse einzelner Items bei der Indikation HE für die Hypothese. Die Bewertung der Informationen im Rahmen der Indikationsstellung zu Erkrankung, Behandlungsmöglichkeiten, Vorteile einer Operation sowie Risiken und Nebenwirkungen wurden überwiegend positiv

bewertet. Die Informationen wurden als überwiegend verständlich eingestuft. Die statistischen Signifikanzen untermauerten diese Ergebnisse.

Zusammenfassend sprechen die Ergebnisse der einzelnen Datenerhebungen sowie die Ergebnisse einzelner Items bei den Indikationen TT und TE gegen die Hypothese. Die Bewertung der Informationen im Rahmen der Indikationsstellung zu Erkrankung, Behandlungsmöglichkeiten, Vorteile einer Operation sowie Risiken und Nebenwirkungen wurden überwiegend positiv bewertet. Die Informationen wurden als überwiegend verständlich eingestuft. Jedoch waren die einzelnen Items und die Items der informierten Entscheidungsfindung nicht eindeutig einer statistischen Signifikanz zuzuordnen, weswegen die Qualität der Informationen nicht zu einer informierten Entscheidungsfindung beitrug.

Limitationen quantitative Patientenbefragung:

Limitierend ist hier wieder der Recall Bias zu erwähnen, d.h. Patient*innen könnten sich nicht an die genauen Informationen erinnern und beurteilen eher das Gesamtgespräch. Gleichzeitig war die Verwendung des Qualitätsbegriffs in der Hypothese eine eigene Herausforderung: Die Zm-RL beinhaltet keine explizite Qualitätsdefinition – das Verständnis von Qualität kann damit im Kontext der Zm-RL aus Sicht der Patient*innen, aus Sicht der Ärzt*innen oder anderen Akteur*innen unterschiedlich ausfallen. Zufriedenheitsorientierte „Hilfskonstrukte“ in den Patientenbefragungen wie „Wie empfanden sie...“ oder „Wie fühlten Sie sich aufgeklärt“ waren zwar in sich schon aufschlussreich, erfassten Qualität aber nur indirekt und subjektiv.

Des Weiteren können die hohen Korrelationen und hoch signifikanten Werte kritisch betrachtet werden. Das Item der informierten Entscheidungsfindung „Bewertung der Aufklärung beim Gespräch der Indikationsstellung“ und die Items bezogen sich alle auf das Aufklärungsgespräch und waren dementsprechend auch im Fragebogen im selben thematischen Block. Es war nicht abwegig, dass eine gute Bewertung der einzelnen Items (Erkrankung, Behandlungsmöglichkeit, Vorteile einer OP, Risiken und Nebenwirkungen einer OP) mit einer gleichen (guten) Bewertungen des Items „Ich fühlte mich insgesamt gut aufgeklärt“ einherging. Das Gleiche galt für „Die Informationen waren verständlich“ und „Ich fühlte mich insgesamt gut aufgeklärt“. Die Ergebnisse zeigten zudem eine Korrelation an, eine Kausalität war jedoch nicht bewiesen. Außerdem konnten in die Korrelationsanalysen keine weiteren Faktoren (z.B. Alter, Bildung, Familienstand) aufgenommen werden, die einen Einfluss auf die informierte Entscheidungsfindung haben könnten.

In der Natur von Fragebogenerhebung liegt die fehlende Kontrolle der Befragungssituation, sodass nicht nachvollziehbar war, unter welchen Bedingungen die Patient*innen an der Fragebogenerhebung teilgenommen hatten, und ob sie alle Fragen so verstanden hatten, wie sie intendiert waren. Bei der Fragebogenerhebung könnte es zu Missverständnissen oder Fehlinterpretationen von Fragen kommen, sodass das Antwortverhalten, trotz intensiver Pilotierung des Fragebogens auf Verständlichkeit, nicht uneingeschränkt verlässlich war.

8.2.1.7 U7: ZMer erbringen eine qualitativ hochwertige ZM und berücksichtigen bei der Erbringung der ZM alle in der Zm-RL aufgeführten Aufgaben

Datenquellen: qualitative Ärztebefragung, quantitative Patientenbefragung

Ergebnisse der qualitativen Ärztebefragung:

Bei der Auswertung der Interviews wurde die Beurteilung der richtlinienkonformen Erbringung der ZM fokussiert. Gemäß der Zm-RL müssten alle ZMer die folgenden Aspekte bei der Erbringung der ZM berücksichtigen:

- Aufklärung über mögliche Therapiealternativen unter Berücksichtigung der Anamnese und des Krankheitsverlaufs
- auf Nachfrage der/des Patient*in zu Beginn des Beratungsgespräches Auskunft über möglicherweise bestehende Interessenkonflikte oder finanzielle Beziehungen
- mögliche Einbeziehung von Ärzt*innen weiterer medizinischer Fachgebiete oder Angehörige von nichtärztlichen Gesundheitsfachberufen
- persönliches Gespräch (Abweichung in Coronapandemie)
- Nutzung von Vorbefunden (weiterführende Untersuchungen möglich) - ZMer informiert die indikationsstellende Ärztin oder den indikationsstellenden Arzt darüber, sofern die Patientin oder der Patient dem zugestimmt hat
- (keine) Bestätigung der empfohlenen Indikation + weiter Handlungsoptionen
- auf Wunsch des/der Patient*in: Mitteilung des Ergebnisses an indikationsstellende*n Ärzt*in

Indikation: HE

Aus den Interviews mit zweitmeinenden Gynäkolog*innen (n=7) wurde zunächst einmal ersichtlich, dass die Abgabe einer ZM sehr selten erfolgte. Ärzt*innen, die über eine Zulassung

zum zweitmeinenden Arzt/ Ärztin seit Beginn der Zm-RL verfügten, berichteten, dass bisher sehr selten eine ZM nach RL in Anspruch genommen wurde.

“Es ist in all den Jahren [4], wo es das gibt, noch keine einzige Patientin gekommen. Obwohl wie gesagt viele Krankenhäuser da sind und reichlich operiert wird und jede Patientin ja Anspruch darauf hätte. Noch kein niedergelassener Arzt hat jemanden direkt zu mir geschickt. Es wurde also in all den Krankenhäusern noch keine einzige HE nach Zweitmeinungsverfahren durchgeführt.” (AP244 Gyn ZMer, Pos. 4)

“Der Niedergelassene, der die Zweitmeinung macht, bei dem wird das einfach nicht nachgefragt. Einmal in der ganzen Zeit bisher habe ich da eine Patientin dazu beraten. Das ist nicht sonderlich viel.” (AP227 Gyn ZMer, Pos. 6)

Die geringe Inanspruchnahme wurde von Ärzt*innen dadurch begründet, dass sich Patient*innen durch das Recht auf freie Arztwahl einen weiteren Arzt/ eine weitere Ärztin selbstständig suchten und eine ZM einholen können.

“Ja, und das Problem ist, dass es Zweitmeinung schon immer gibt, ja? Weil in dem Augenblick, in dem ein Patient mit dem, was der Arzt sagt, nicht zufrieden ist, geht er zu einem anderen Arzt und sagt wahrscheinlich nicht einmal, dass er woanders gewesen ist. Sondern sagt, er hätte das und das Problem und dann lässt er sich nochmal untersuchen. Und dann lässt er sich das sagen, was dieser Kollege dann sagt. Und es gibt eben auch Patienten, die das so oft machen, bis sie das hören, was sie gerne hören wollen.” (AP227 Gyn ZMer, Pos. 26)

Die Aufklärung über Therapieoptionen und Alternativen sowie Konsequenzen des operativen Eingriffs wurden durch ZMer erbracht. Darüber hinaus erbrachten die ZMer die ZM patientenzentriert, bezogen diesen oder diese aktiv mit ein und versuchten bei der Entscheidungsfindung zu unterstützen.

“Ich habe es ja schon gesagt. Die Frage ist: Wie belastend eine Situation für jemanden ist, lässt sich ja auch nur im Gespräch mit ihm selber rausfinden. Und dann ist es halt eben auch so: Ohne eine Überprüfung, ob da nicht vielleicht auch eine andere Ursache dahinter steht unter dem, was den Patienten belastet, kann man das eben auch nicht entscheiden.” (AP227 Gyn ZMer, Pos. 30)

Ärzt*innen berichteten darüber hinaus, dass, wenn Patient*innen zur Abgabe einer ZM kamen, dies größtenteils aus Eigeninitiative heraus geschah. Dabei brachten Patient*innen i.d.R. keine Vorbefunde mit, die in die Abgabe einer ZM einbezogen werden konnten. Hinsichtlich der Nutzung von Vorbefunden gaben die Ärzt*innen an, dass sie diese bei Vorliegen flankierend nutzten, allerdings wurden immer weitere Untersuchungen durchgeführt.

"Nein, immer selber untersuchen. Immer. Dafür habe ich tatsächlich schon zu viel gefunden, was vorher nicht gesehen wurde. Ja, muss sein." (AP245 Gyn ZMer, Pos. 28)

"Also ohne eine klinische Untersuchung und eine Ultraschalluntersuchung, kann man dazu keine Stellung nehmen. Also, das ist ja dann eine Entscheidung nach Aktenlage, das ist, sagen wir mal, eine ganz, ganz schwache Basis, auf der man dann entscheidet. Dann könnte ich auch beim medizinischen Dienst der Krankenversicherung arbeiten. Da wird das ja so gemacht, dass man einfach nur die Unterlagen anguckt und dann entscheidet, ob das angemessen ist oder nicht. Aber das geht so nicht, man muss mit den Menschen auch sprechen." (AP227 Gyn ZMer, Pos. 30)

Summativ kannten die ZMer die Aufgaben der Zm-RL nicht im Detail. Die Erbringung der ZM erfolgte wie eine Erstvorstellung mit allen notwendigen Untersuchungen.

Indikationen: TT & TE

Auch in den Interviews mit zweitmeinenden HNO-Ärzt*innen (n=7) wurde ersichtlich, dass die Abgabe einer ZM sehr selten erfolgte. Ärzt*innen, die über eine Zulassung zum zweitmeinenden Arzt/ Ärztin seit Beginn der Zm-RL verfügten, berichteten, dass bisher sehr selten eine ZM nach RL in Anspruch genommen wurde.

*"I: Wenn Sie mal so zurückblicken, die letzten Jahre wo Sie diesen Zweitmeiner Status ja quasi haben, wie viele Patient*innen sind zu Ihnen gekommen im Rahmen der Zweitmeinungsrichtlinie und wollten eine Zweitmeinung haben?"*

TN: Ganz erschreckend wenige.

I: Können wir da eine Hand nehmen?"

TN: Eine Hand können Sie nehmen. Ja, fünf Patienten vielleicht.

I: Innerhalb von wie viel Jahren?

TN: Seit wann gibt es das, ich habe mich da ziemlich direkt angemeldet.“ (AP223 HNO ZMer, Pos. 47-52)

Ebenso wie bei der Indikation zur HE, wurden die Patient*innen im HNO-Bereich auch über Therapieoptionen und Alternativen sowie Konsequenzen des operativen Eingriffs aufgeklärt. Darüber hinaus erbrachten die ZMer die ZM patientenzentriert, bezogen diesen oder diese aktiv mit ein und versuchten bei der Entscheidungsfindung zu unterstützen. Ärzt*innen berichteten darüber hinaus, dass, wenn Patient*innen zur Abgabe einer ZM kamen, die Patient*innen größtenteils auf Eigeninitiative kamen. Demnach kam es fast immer dazu, dass Patient*innen keine Vorbefunde mitbrachten, die in die Abgabe einer ZM einbezogen werden konnten. Hinsichtlich der Nutzung von Vorbefunden gaben die Ärzt*innen an, dass sie sie flankierend nutzten, allerdings wurden immer weitere Untersuchungen durchgeführt. Summativ kannten die ZMer die Aufgaben der Zm-RL nicht im Detail. Die Erbringung der ZM erfolgte wie eine Erstvorstellung mit allen notwendigen Untersuchungen.

“I: Wie erfolgt denn die Zweitmeinungserbringung?

TN: Letztendlich so, wie eine ganz normale Routineuntersuchung auch. Da mache ich nichts anders.“ (AP215 HNO ZMer, Pos. 39-40)

Ergebnisse der quantitativen Patientenbefragung

Ergebnisse zu Item:

„Welche Erfahrung(en) haben Sie damals dabei gemacht?“

- *Ich war mit der zweiten ärztlichen Meinung zufrieden.*
- *Ich war mit der zweiten ärztlichen Meinung unzufrieden.*

Indikation: HE

92,2% der Personen (n=47), die eine ZM in Anspruch genommen hatten, hatten angegeben, dass sie zufrieden mit der ZM waren, 7,8% (n=4) waren nicht zufrieden mit der ZM. 54 Personen hatten keine Angabe gemacht.

Indikationen: TT & TE

93,9% der Personen (n=31), die eine ZM in Anspruch genommen hatten, hatten angegeben, dass sie zufrieden mit der ZM waren, 6,1% (n=2) waren nicht zufrieden mit der ZM. 47 Personen hatten keine Angabe gemacht, eine Person eine ungültige Angabe.

Zusammenfassung Ergebnisse und Bewertung der Hypothese

Tabelle 8-20: Zusammenfassende Bewertung U7

U7: ZMer erbringen eine qualitativ hochwertige ZM und berücksichtigen bei der Erbringung der ZM alle in der Zm-RL aufgeführten Aufgaben.	Datenquelle	Ergebnis HE	Ergebnis TT/TE
	<p>Qualitative Ärztebefragung</p> <p>HE</p> <p>Die Erbringung einer ZM nach Zm-RL in dem Versorgungsalltag erfolgte selten. Wenn eine ZM abgegeben wurde, glich sie einer Versorgung von Neupatient*innen. Befunde wurden selten einbezogen, weil sie selten vorhanden waren. In der Regel wurden zur Indikationsstellung alle relevanten Untersuchungen noch einmal neu durchgeführt. Die ZMer kannten die Aspekte der Erbringung der ZM nicht im Detail. Die Erbringung der ZM war zwar rein fachlich-medizinisch als qualitativ hochwertig zu bewerten, allerdings erfolgte sie nicht gemäß der Verfahrensspezifika der Zm-RL.</p>	-	-

	<p>TT/TE</p> <p>Die Erbringung einer ZM nach RL in dem Versorgungsalltag erfolgte selten. Wenn eine ZM abgegeben wurde, glich sie einer Versorgung von Neupatient*innen. Befunde wurden selten einbezogen, weil sie selten vorhanden waren. In der Regel wurden zur Indikationsstellung alle relevanten Untersuchungen noch einmal neu durchgeführt. Die ZMer kannten die Aspekte der Erbringung der ZM nicht im Detail. Die Erbringung der ZM war zwar rein fachlich-medizinisch als qualitativ hochwertig zu bewerten, allerdings erfolgte sie nicht gemäß der Verfahrensspezifika der Zm-RL.</p>		
	<p>Quantitative Patientenbefragung</p> <p>Item HE</p> <p>92,2% der Befragten gaben bei der Indikation HE an, dass sie zufrieden mit der ZM sind.</p> <p>Item TT/TE</p> <p>93,9% der Befragten der Indikationen TT/TE gaben an,</p>	<p>(+)</p> <p>(nahezu) vollumfänglich</p> <p>im guten Ausmaß</p> <p>noch ausreichend nicht ausreichend</p> <p>kaum eine qualitativ hochwertige ZM</p>	<p>(+)</p> <p>(nahezu) vollumfänglich</p> <p>im guten Ausmaß</p> <p>noch ausreichend nicht ausreichend</p> <p>kaum eine qualitativ hochwertige ZM</p>

	dass sie zufrieden mit der ZM sind.		
	Gesamtbewertung	Hypothese widerlegt	Hypothese widerlegt

Die Ergebnisse der Datenerhebungen sprechen gegen die Hypothese. Die Erbringung der ZM ist bei allen Indikationen als qualitativ hochwertig zu bewerten, allerdings erfolgte sie nicht gemäß der Verfahrensspezifika der Zm-RL. Vielmehr glich die Erbringung der ZM einer Erstroutineuntersuchung und die ZMer berücksichtigten nicht die in der RL aufgeführten Aspekte. Auch wenn die Erbringung der ZM aus Patientenperspektive als zufriedenstellend bewertet wurde, erfolgte die Erbringung der ZM damit nicht, wie in der Zm-RL intendiert.

Limitationen qualitative Ärztebefragung:

Es muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass Ärzt*innen sich nicht detailliert an die Erbringung der ZM erinnern konnten, weil sie in der Vergangenheit selten eine ZM nach Zm-RL abgeben hatten. Ein Recall-Bias war nicht auszuschließen.

Limitationen quantitative Patientenbefragung:

Durch die hohe Anzahl der fehlenden Angaben (HE n=54 und bei TT/TE n=47) bei der Frage, ob die Patient*innen zufrieden mit der ZM waren oder nicht, kann nicht ausgeschlossen werden, dass das Ergebnis überschätzt wurde. Es ist möglich, dass die hohe Anzahl an Missings durch die Anordnung der Antwortkategorien im Fragebogen zustande kam. So konnten Teilnehmende möglicherweise die Antwortkategorien übersehen oder gedacht haben, dass die Antwortkategorien zu "Die zweite Meinung wich von der ersten ab." zählten. Eine separate Frage "Waren Sie zufrieden mit der Zweitmeinung?" hätte ggf. zu einer geringeren Anzahl an Missings geführt. Zudem handelte es sich hierbei um ein subjektives Item. Eine Bewertung der obligatorischen Anforderungen an die ZM konnte im Rahmen der quantitativen Patientenbefragung nicht beantwortet werden.

In der Natur von Fragebogenerhebung liegt die fehlende Kontrolle der Befragungssituation, sodass nicht nachvollziehbar war, unter welchen Bedingungen die Patient*innen an der Fragebogenerhebung teilgenommen hatten, und ob sie alle Fragen so verstanden hatten, wie sie intendiert waren. Bei der Fragebogenerhebungen könnte es zu Missverständnissen oder Fehlinterpretationen von Fragen gekommen sein, sodass das Antwortverhalten, trotz

intensiver Pilotierung des Fragebogens auf Verständlichkeit, nicht uneingeschränkt verlässlich war.

Neben den reinen hypothesenbezogenen Items in der Fragebogenerhebung soll ein weiteres Item zur Kontextualisierung der Hypothese herangezogen werden. Flankierend soll die deskriptive Darstellung des folgenden Items aufgezeigt werden:

„Kreuzen Sie bitte eine der folgenden Möglichkeiten an, durch wen Sie die zweite Meinung erhalten haben:“

- *Durch eine*n Arzt oder Ärztin in einer Arztpraxis*
- *Durch eine*n Arzt oder Ärztin im Krankenhaus (Nicht das OP-Aufklärungsgespräch)*
- *Über ein Internetportal*
- *Durch Zweitmeinungsexperten meiner Krankenkasse (Sonderleistung)*
- *Sonstiges*

Indikation: HE

39,2% (n=38) hatten eine ZM durch eine/n Ärzt*in in einer Arztpraxis erhalten, 53,6% (n=52) durch eine/n Ärzt*in im Krankenhaus, 2,1% (n=2) über ein Internetportal und 5,2% (n=5) hatten die Antwortkategorie Sonstiges gewählt. Keine Person hatte eine ZM durch Zweitmeinungsexperten der Krankenkasse erhalten. Acht Personen hatten eine ungültige Antwort gegeben, d.h. sie hatten mehrere Antworten angekreuzt.

Indikationen: TT & TE

71,6% hatten eine ZM durch eine/n Ärzt*in in einer Arztpraxis erhalten, 23,9% (n=16) durch eine/n Ärzt*in im Krankenhaus, 1,5% (n=1) über ein Internetportal und 3% (n=2) hatten die Antwortkategorie Sonstiges gewählt. Keine Person hatte eine ZM durch Zweitmeinungsexperten der Krankenkasse erhalten.

8.2.1.8 U8: Das Ziel einer vollständigen Durchdringung¹ auf Ebene der EMer wurde erreicht

Datenquelle: quantitative Ärztebefragung

¹ Verweis zur Operationalisierung siehe Kapitel 3.3.5 Operationalisierungen

Ergebnisse der quantitativen Ärztebefragung:Ergebnisse zu Item:

„Wie häufig klären Sie Patientinnen und Patienten bei den Indikationen TE/TT oder HE über das Recht auf, eine zweite Meinung einholen zu können?“

- *Immer*
- *manchmal*
- *Selten*
- *gar nicht*

Indikation: HE

60% (n=155) der Gynäkolog*innen klärten immer über das Recht auf ZM auf. 26% (n=68) klärten manchmal über das Recht auf ZM auf. 10% (n=25) klärten selten über das Recht auf ZM auf. An der Befragung nahmen 260 Ärzt*innen teil. Vier Personen machten keine Angaben, sodass die Gesamtzahl der teilnehmenden Ärzt*innen 256 beträgt.

Berechnung Durchdringungsgrad:

$$\frac{155 + 68 + 25}{256} = 0,96$$

Der Durchdringungsgrad auf Erstmeinerebene bei der Indikation HE betrug 0,96.

Indikationen: TT & TE

69% (n=107) der HNO-Ärzt*innen klärten immer über das Recht auf ZM auf. 19% (n=30) klärten manchmal auf und 8% (n=13) der HNO-Ärzt*innen klärten selten auf. Insgesamt nahmen 156 Personen an der Befragung teil.

Berechnung Durchdringungsgrad:

$$\frac{107 + 30 + 13}{156} = 0,96$$

Der Durchdringungsgrad auf Erstmeinerebene bei der Indikationen TE und TT betrug 0,96.

Zusammenfassung Ergebnisse und Bewertung der Hypothese

Tabelle 8-21: Zusammenfassende Bewertung U8

	Datenquelle	Ergebnis HE	Ergebnis TT/TE
U8: Das Ziel einer vollständigen Durchdringung auf Ebene der EMer wurde erreicht.	Quantitative Ärztebefragung	+	+
	Der Durchdringungsgrad bei der Indikation HE betrug 96%. Die Aufklärung im Sinne der Zm-RL war (nahezu) vollumfänglich durchdrungen. Der Durchdringungsgrad bei der Indikationen TE und TT betrug 96%. Die Aufklärung im Sinne der Zm-RL war (nahezu) vollumfänglich durchdrungen.	(nahezu) vollumfänglich durchdrungen in einem guten Ausmaß durchdrungen in einem noch ausreichenden Ausmaß durchdrungen in einem nicht ausreichenden Ausmaß durchdrungen kaum durchdrungen	(nahezu) vollumfänglich durchdrungen in einem guten Ausmaß durchdrungen in einem noch ausreichenden Ausmaß durchdrungen in einem nicht ausreichenden Ausmaß durchdrungen kaum durchdrungen
	Gesamtbewertung	Hypothese bestätigt	Hypothese bestätigt

Zusammenfassend sprechen die Ergebnisse der einzelnen Datenerhebungen sowie die Ergebnisse bei allen Indikationen für die Hypothese.

Limitationen quantitative Ärztebefragung:

Die Bewertung der Durchdringung erfolgte aus Vergleichbarkeitsgründen mit anderen Evaluationen auf Basis der definitorischen Anforderungen des G-BA. Grundlage waren dabei die Eigenangaben der Ärzt*innen. Womöglich können die Antworten hier einem Bias zur sozialen Erwünschtheit unterliegen. Eine Überschätzung des Durchdringungsgrades war dabei nicht auszuschließen.

Gleichzeitig bildete die Arztsicht nur eine Perspektive auf die Versorgungssituation: Die Sicht der Patient*innen oder die (Routine-)Datenlage der Krankenkassen kämen – so sie vergleichbar herangezogen würden – womöglich zu anderen Ergebnissen. Insofern griffen etwaige Schlussfolgerungen, aufgrund der hier dargestellten Ergebnisse von einer insgesamt hoch durchdrungenen (implementierten/umgesetzten) Versorgungssituation, zu kurz.

8.2.1.9 U9: Das Ziel einer vollständigen Implementierung² auf Ebene der EMer wurde erreicht

Datenquelle: quantitative Ärztebefragung

Ergebnisse der quantitativen Ärztebefragung:

Ergebnisse zu Item:

„Welche Aspekte berücksichtigen Sie bei der Aufklärung über das Recht auf Zweitmeinung?“

- *Ich weise darauf hin, dass die Zweitmeinung nur von Ärztinnen und Ärzten erbracht werden kann, die eine Genehmigung zur Erteilung einer Zweitmeinung nach Richtlinie haben.*
- *Ich weise darauf hin, wo die Patientinnen und Patienten Informationen über zugelassene Zweitmeiner finden können.*
- *Ich weise auf die Entscheidungshilfen des IQWiG hin.*
- *Ich weise auf das Patientenmerkblatt des G-BA über das Zweitmeinungsverfahren hin.*
- *Ich weise darauf hin, dass die Patientinnen und Patienten das Recht auf eine Befundüberlassung für die zweitmeinende Ärztin oder den zweitmeinenden Arzt haben.*
- *Ich kläre den Patienten oder die Patientin über das Recht zur Einholung einer Zweitmeinung mindestens 10 Tage vor dem geplanten Eingriff auf*
- *Ich informiere Patientinnen und Patienten darüber, dass die Zweitmeinung nicht bei einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Einrichtung erfolgen kann, durch die oder durch den der Eingriff durchgeführt werden soll.*

² s. Kapitel 3.3.5 Operationalisierungen

Indikation: HE

Insgesamt erbrachten 3% (n=7) von 260 befragten Gynäkolog*innen alle Leistungsbestandteile im Rahmen der Aufklärung über das Recht auf ZM. Weitere 3% (n=8) erbrachten sechs Bestandteile. 4 % (n=10) erbrachten fünf Leistungsbestandteile und 9% (n=24) vier Leistungsbestandteile. 16% (n=41) erbrachten drei Bestandteile. 20% (n=51) erbrachten zwei Leistungsbestandteile und 34% (n=88) ein Leistungsbestandteil. 12% (n=31) erbrachten kein Leistungsbestandteil. Die Tabelle 8-22 fasst alle Ergebnisse zusammen.

Tabelle 8-22: Anzahl berücksichtigter Leistungsbestandteile auf Erstmeinerebene (Gyn; n=260)

Anzahl berücksichtigter Aspekte	n (260)	%
0	31	12%
1	88	34%
2	51	20%
3	41	16%
4	24	9%
5	10	4%
6	8	3%
7	7	3%

Die Formel zur Berechnung des Implementierungsgrades kann im Kapitel 3.3.5 Operationalisierungen nachvollzogen werden.

Berechnung Implementierungsgrad:

$$\frac{31 \times 0 + 88 \times 0,14 + 51 \times 0,29 + 41 \times 0,43 + 24 \times 0,57 + 10 \times 0,71 + 8 \times 0,86 + 7 \times 1}{260} = 0,305$$

Der Implementierungsgrad auf Erstmeinerebene bei der Indikation HE betrug 0,305.

Indikationen: TT & TE

Insgesamt erbrachten 4% (n=6) von 156 befragten HNO-Ärzt*innen alle Leistungsbestandteile im Rahmen der Aufklärung über das Recht auf ZM. 2% (n=3) erbrachten sechs Bestandteile. 6% (n=9) erbrachten fünf Leistungsbestandteile und 7% (n=11) vier Leistungsbestandteile. 13% (n=20) erbrachten drei Bestandteile. 20% (n=31) erbrachten zwei Leistungsbestandteile und 35% (n=55) ein Leistungsbestandteil. 13% (n=21) erbrachten kein Leistungsbestandteil. Die Tabelle 8-23 fasst alle Ergebnisse zusammen.

Tabelle 8-23: Anzahl berücksichtigter Leistungsbestandteile auf Erstmeinerebene (HNO; n=156)

Anzahl berücksichtigter Aspekte	n (156)	%
0	21	13%
1	55	35%
2	31	20%
3	20	13%
4	11	7%
5	9	6%
6	3	2%
7	6	4%

Die Formel zur Berechnung des Implementierungsgrades kann im Kapitel 3.3.5 Operationalisierungen nachvollzogen werden.

Berechnung Implementierungsgrad:

$$\frac{21 \times 0 + 55 \times 0,14 + 31 \times 0,29 + 20 \times 0,43 + 11 \times 0,57 + 9 \times 0,71 + 3 \times 0,86 + 6 \times 1}{156} = 0,298$$

Der Implementierungsgrad auf Erstmeinerebene bei den Indikationen TE und TT betrug 0,298.

Zusammenfassung Ergebnisse und Bewertung der Hypothese

Tabelle 8-24: Zusammenfassende Bewertung U9

U9: Das Ziel einer vollständigen Implementierung auf Ebene der EMer nen wurde erreicht.	Datenquelle	Ergebnis HE	ErgebnisTT/TE
	<p>Quantitative Ärztebefragung</p> <p>HE</p> <p>Der Implementierungsgrad bei der Indikation HE betrug 30,5%. Die Aufklärung über das Recht auf ZM entsprechend der Vorgaben der Richtlinie durch die Ärzt*innen wurde in einem nicht ausreichenden Ausmaß implementiert.</p> <p>TT/TE</p> <p>Der Implementierungsgrad bei den Indikationen TE und TT betrug 29,8%. Die Aufklärung über das Recht auf ZM entsprechend der Vorgaben der Richtlinie durch die Ärzt*innen wurde in einem nicht ausreichenden Ausmaß implementiert.</p>	<p>(-)</p> <p>(nahezu) vollumfänglich implementiert in einem guten Ausmaß implementiert in einem noch ausreichenden Ausmaß implementiert</p> <p>in einem nicht ausreichenden Ausmaß implementiert</p> <p>kaum implementiert</p>	<p>(-)</p> <p>(nahezu) vollumfänglich implementiert in einem guten Ausmaß implementiert in einem noch ausreichenden Ausmaß implementiert</p> <p>in einem nicht ausreichenden Ausmaß implementiert</p> <p>kaum implementiert</p>
	Gesamtbewertung	Hypothese widerlegt	Hypothese widerlegt

Zusammenfassend sprechen die Ergebnisse der einzelnen Datenerhebungen sowie die Ergebnisse einzelner Items bei allen Indikationen gegen die Hypothese. Die Zm-RL wurde bei allen Indikationen noch nicht vollständig implementiert.

Limitationen quantitative Ärztebefragung:

Die Bewertung der Implementierung erfolgte aus Vergleichbarkeitsgründen mit anderen Evaluationen auf Basis der definitorischen Anforderungen des G-BA. Grundlage waren dabei die Eigenangaben der Ärzt*innen. Womöglich können die Antworten hier einem Bias zur sozialen Erwünschtheit unterliegen. Eine Überschätzung des Implementierungsgrades war dabei nicht auszuschließen.

Gleichzeitig bildete die Arztsicht nur eine Perspektive auf die Versorgungssituation: Die Sicht der Patient*innen oder die (Routine-)Datenlage der Krankenkassen kämen – so sie vergleichbar herangezogen würden – womöglich zu anderen Ergebnissen. Insofern griffen etwaige Schlussfolgerungen, aufgrund der hier dargestellten Ergebnisse vermutlich zu kurz.

8.2.1.10 U10: Das Ziel einer vollständigen Umsetzung³ auf Ebene der EMer wurde erreicht

Datenquelle: quantitative Ärztebefragung

Ergebnisse der quantitativen Ärztebefragung

Der Umsetzungsgrad ergab sich als Produkt aus dem Durchdringungs- und Implementierungsgrad.

Indikation: HE

Berechnung Umsetzungsgrad bei der Indikation HE: $0,96 \times 0,30 = 0,288$

Indikationen: TT & TE

Berechnung Umsetzungsgrad bei den Indikationen TE und TT: $0,96 \times 0,29 = 0,278$

Zusammenfassung Ergebnisse und Bewertung der Hypothese

Tabelle 8-25: Zusammenfassende Bewertung U10

U10: Das Ziel einer vollständigen Umsetzung auf	Datenquelle	Ergebnis Gyn	Ergebnis HNO
	Quantitative Ärztebefragung Der Umsetzungsgrad bei der Indikation der HE betrug 28,8%. Die	-	-

³s. Kapitel 3.3.5 Operationalisierungen

Ebene der EMer nen wurde erreicht.	Aufklärung über das Recht auf ZM wurde in einem nicht ausreichenden Ausmaß umgesetzt. Der Umsetzungsgrad bei den Indikationen der TE und TT beträgt 27,8%. Die Aufklärung über das Recht auf ZM wurde in einem nicht ausreichenden Ausmaß umgesetzt.	(nahezu) vollumfänglich umgesetzt in einem guten Ausmaß umgesetzt in einem noch ausreichenden Ausmaß umgesetzt in einem nicht ausreichenden Ausmaß umgesetzt kaum umgesetzt	(nahezu) vollumfänglich umgesetzt in einem guten Ausmaß umgesetzt in einem noch ausreichenden Ausmaß umgesetzt in einem nicht ausreichenden Ausmaß umgesetzt kaum umgesetzt
	Gesamtbewertung	Hypothese widerlegt	Hypothese widerlegt

Zusammenfassend sprechen die Ergebnisse der einzelnen Datenerhebungen sowie die Ergebnisse einzelner Items bei allen Indikationen gegen die Hypothese. Die Zm-RL wurde bei allen Indikationen auf der Ebene der EMer noch nicht vollständig in der Versorgung umgesetzt.

Limitationen:

Die Bewertung der Umsetzung erfolgte aus Vergleichbarkeitsgründen mit anderen Evaluationen auf Basis der definatorischen Anforderungen des G-BA. Grundlage waren dabei die Eigenangaben der Ärzt*innen. Womöglich können die Antworten hier einem Bias zur sozialen Erwünschtheit unterliegen. Eine Überschätzung des Umsetzungsgrades war dabei nicht auszuschließen.

Gleichzeitig bildete die Arztsicht nur eine Perspektive auf die Versorgungssituation: Die Sicht der Patient*innen oder die (Routine-)Datenlage der Krankenkassen kämen – so sie vergleichbar herangezogen würden – womöglich zu anderen Ergebnissen. Insofern griffen etwaige Schlussfolgerungen, aufgrund der hier dargestellten Ergebnisse vermutlich zu kurz.

Die Bewertung der **U10: Das Ziel einer vollständigen Durchdringung auf Ebene der ZMer wurde erreicht.** soll zusätzlich noch einmal kontextualisiert werden. Aus den Interviews mit den Ärzt*innen konnten von den Ärzt*innen wahrgenommene Herausforderungen bzw. Hindernisse bei der Umsetzung der Zm-RL identifiziert werden. Die Abbildung 8-68 illustriert die von den Ärzt*innen wahrgenommenen Herausforderungen, die bei der Umsetzung der Zm-RL auf der Ebene der EMer beobachtet werden. Die Tabelle 8-26 beinhaltet die ausführliche Beschreibung der Kategorien und die dazugehörigen Ankerzitate.

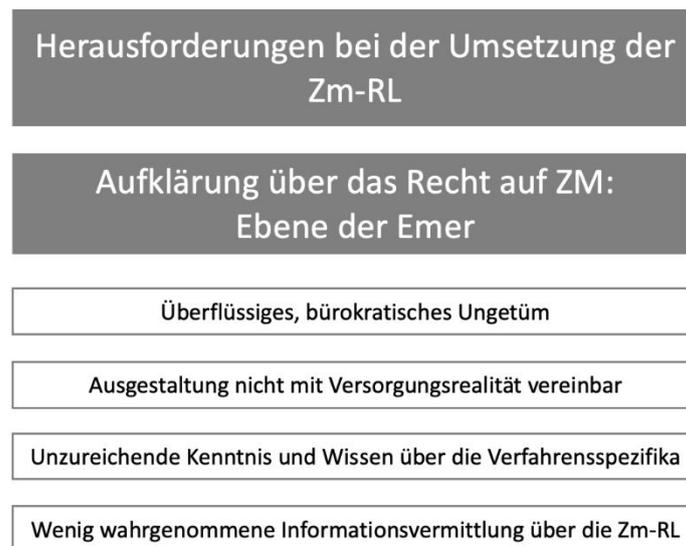


Abbildung 8-68: Vereinfachtes Kategoriensystem aus der Ärztebefragung zu den Herausforderungen bei der Umsetzung der Zm-RL auf der Ebene der EMer

Tabelle 8-26: Kategoriensystem mit Kategorienbeschreibung und Ankerzitaten aus der Ärztebefragung zu den Herausforderungen bei der Umsetzung der Zm-RL auf der Ebene der EMer

Kategorie	Beschreibung	Ankerzitat
Überflüssiges, bürokratisches Ungetüm	Dieser Code wurde vergeben, wenn thematisiert wird, dass die Zm-RL aus Sicht der Ärzt*innen überflüssig ist und die Sinnhaftigkeit in Frage gestellt wird.	„Wir haben sowieso schon so einen Versorgungsdschungel und Administration und Termine sind schwer zu kriegen bei Fachärzten, dann noch eine Zweitmeinung, ich finde es tatsächlich überflüssig ja.“(AP210 HNO, Pos. 68) „I: Gibt es aus Ihrer Sicht noch irgendwas, was Sie uns zum Thema

		<p><i>Zweitmeinungsrichtlinie mitteilen wollen würden?</i></p> <p><i>TN: Ja, das braucht keiner. Also das ist ein bürokratisches Ungetüm.“ (AP209 HNO Zmer, Pos. 133-134)</i></p>
<p>Ausgestaltung nicht mit Versorgungsrealität vereinbar</p>	<p>Dieser Code wurde vergeben, wenn thematisiert wurde, dass die Zm-RL nicht in die derzeitige Versorgungsrealität passt, weil die Versorgung patientenzentriert erfolgte und eine ZM-RL keine Rolle spielte.</p>	<p><i>„Obwohl ich tatsächlich nicht weiß, wer sich diese Zweitmeinungsverfahren ausgedacht hat. Aber das können keine Leute sein, die mitten in der Versorgung stehen und wirklich jeden Tag sich mit den Patienten hinsetzen, deren Probleme besprechen, sich das anhören und die achte Mandelentzündung betreuen und sehen wie die leiden und so was, sondern ja.“ (AP210 HNO, Pos. 80)</i></p>
<p>Unzureichende Kenntnis und Wissen über die Verfahrensspezifika</p>	<p>Dieser Code wurde vergeben, wenn thematisiert wurde, dass die Inhalte der Zm-RL weitestgehend unbekannt waren.</p>	<p><i>„Nein, ganz ehrlich, wusste ich überhaupt nicht, dass ich verpflichtet bin aufzuklären und dann noch soviel berücksichtigen muss. Und ich würde jetzt auch mal ganz stark bezweifeln, dass meine Kollegin in der Praxis das so handhabt.“(AP224 Gyn, Pos. 20)</i></p>
<p>Wenig wahrgenommene Informationsvermittlung über die Zm-RL</p>	<p>Dieser Code wurde vergeben, wenn thematisiert wurde, dass bei der Einführung der Zm-RL die Ärzt*innen unzureichend informiert wurden.</p>	<p><i>„Auch damals, als das neu eingeführt wurde, gab es von den offiziellen Seiten überhaupt keinerlei Informationen, weder für die Ärzte, noch für die Patienten, sondern man hat das mal so zufällig mitgekriegt, weil es eben irgendeinem Newsletter stand oder weil es ein Kollege erzählt hat oder der wieder eine andere Zeitschrift gelesen hat.“ (AP211 Gyn, Pos. 92)</i></p>

Neben den Herausforderungen, die durch die Ärzt*innen geschildert wurden, sollten auch noch einmal die Herausforderungen, die durch die Stakeholder thematisiert wurden, aufgezeigt werden. Die Abbildung 8-69 illustriert die von den Stakeholdern wahrgenommenen Herausforderungen, die bei der Umsetzung der Zm-RL auf der Ebene der ZMer beobachtet wurden. Die Tabelle 8-27 beinhaltet die ausführliche Beschreibung der Kategorien und die dazugehörigen Ankerzitate.

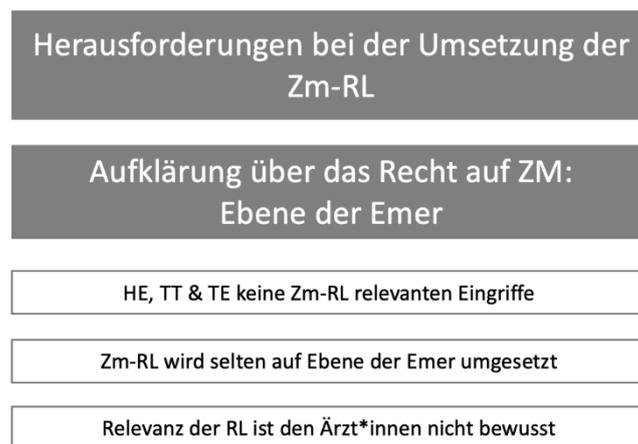


Abbildung 8-69: Vereinfachtes Kategoriensystem aus der Stakeholderbefragung zu den Herausforderungen bei der Umsetzung der Zm-RL auf der Ebene der EMer

Tabelle 8-27: Kategoriensystem mit Kategorienbeschreibung und Ankerziten aus der Stakeholderbefragung zu den Herausforderungen bei der Umsetzung der Zm-RL auf der Ebene der EMer

Kategorie	Beschreibung	Ankerzitat
HE, TT & TE keine Zm-RL relevanten Eingriffe	Dieser Code wurde vergeben, wenn thematisiert wurde, dass die Eingriffe HE, TT & TE nicht zweitmeinungsrichtlinienrelevant waren.	„Die Mandeloperation als Verfahren selber, zu so einer Zweitmeinungsrichtlinie, weiß ich nicht, ob das zwingend erforderlich ist. Weil ich hier so sehe, dass wir an sich ja klare Rahmenbedingungen haben, warum eine Mandeloperation durchgeführt werden soll und warum eine Mandeloperation nicht durchgeführt werden soll. Von daher weiß ich nicht, ob die Mandeloperation so das richtige

		<i>Themenfeld ist für eine Zweitmeinungsrichtlinie.“ (SH2 KVen; Landesvorsitz HNO; HNO-Arzt, ZMer, Pos. 15)</i>
Zm-RL wurde selten auf Ebene der Emer umgesetzt	Dieser Code wurde vergeben, wenn thematisiert wurde, dass Ärzt*innen die Zm-RL auf Ebene der EMer nicht oder selten umsetzten.	<i>„Das wird im Alltag, nee, das ist nicht im Alltag. Also diese hier jetzt das Zweitmeinungsverfahren, ich glaube, ich habe da auch in dieser Runde gefragt, wir waren zu elft. Macht ihr das? Macht ihr? Weist ihr eure Leute darauf hin und so weiter. Das geht im Alltag unter. Das macht keiner.“ (SH1 Berufsverband Gyn, Pos. 13)</i>
Relevanz der RL war den Ärzt*innen nicht bewusst	Dieser Code wurde vergeben, wenn thematisiert wurde, dass den Ärzt*innen die Relevanz der RL im Gegensatz zu Leitlinien nicht bewusst war.	<i>„Aber das, was da drin steht in der Richtlinie, musst du machen. Das gibt dem Ganzen natürlich eine andere Verbindlichkeit. Leitlinie ist bei den Ärzten jetzt emotional viel höher angesiedelt. Also, wobei ich ja immer sage: Leitlinie leitet. Aber Richtlinie und so, nach der musst du dich richten. Das wird viel vergessen.“ (SH1 Berufsverband Gyn, Pos. 31)</i>

8.2.1.11 U11: Das Ziel einer vollständigen Durchdringung ⁴auf Ebene der ZMer wurde erreicht

Datenquelle: quantitative Ärztebefragung

Ergebnisse der quantitativen Ärztebefragung:

Ergebnisse zu Item:

*„Wie oft haben Sie, seit Sie als Zweitmeiner*in zugelassen sind, eine ZM nach Richtlinie erbracht?“*

⁴ s. Kapitel 3.3.5 Operationalisierungen

- *Gar nicht*
- *1-5-mal*
- *6-10-mal*
- *11-15-mal*
- *16-20-mal*
- *Mehr als 20-mal*
- *Das kann ich nicht beurteilen*

Indikation: HE

Von den 58 teilnehmenden Gynäkolog*innen gaben zwei Personen an, dass sie bisher keine ZM erbracht hatten. 36 Personen gaben an, dass sie die ZM bisher 1-5 mal erbracht hatten und neun Ärzt*innen gaben an, dass sie 6-10 mal die ZM nach RL erbracht hatten. Zwei Ärzt*innen hatten die ZM 11-15 mal erbracht, zwei Personen 16-20 mal und sechs Personen mehr als 20 mal (s. Abbildung 8-70).



Abbildung 8-70: Häufigkeit der ZM-Erbringung (Gynäkolog*innen; n=58)

Berechnung Durchdringungsgrad:

$$\frac{55}{58} = 0,948$$

Der Durchdringungsgrad auf Zweitmeinerebene bei der Indikation HE betrug 0,948.

Indikationen: TT & TE

Von den 33 teilnehmenden HNO-Ärzt*innen gaben zehn Personen an, dass sie bisher keine ZM erbracht hatten. Neun Personen gaben an, dass sie die ZM bisher 1-5 mal erbracht hatten und vier Ärzt*innen gaben an, dass sie 6-10 mal die ZM nach RL erbracht hatten. Zwei Ärzt*innen hatten die ZM 16-20 mal erbracht und fünf Personen mehr als 20 mal. Drei Ärzt*innen konnten es nicht beurteilen (s. Abbildung 8-71).

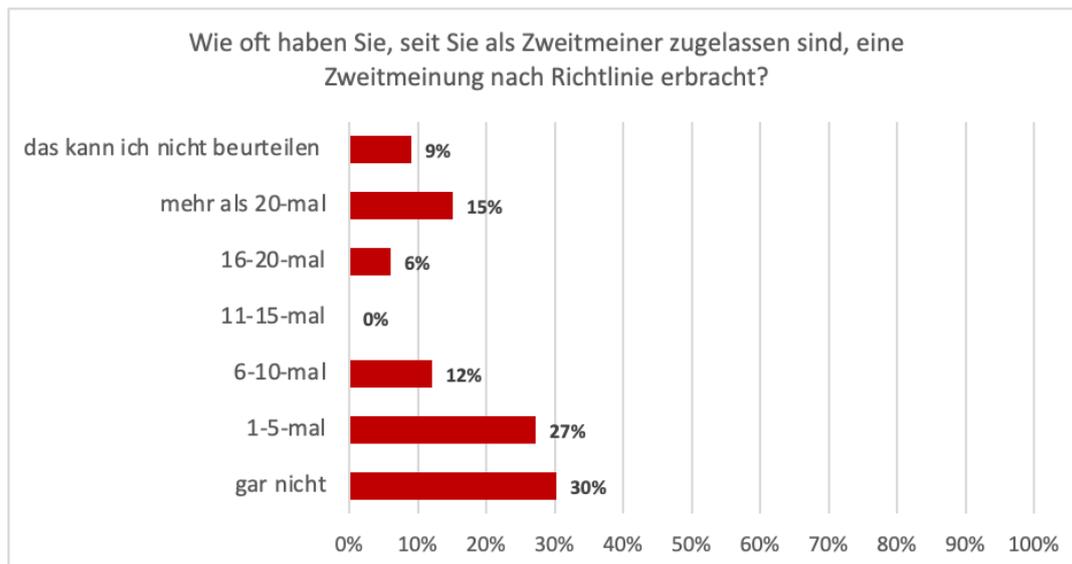


Abbildung 8-71: Häufigkeit der ZM-Erbringung (HNO-Ärzt*innen; n=33)

Berechnung Durchdringungsgrad:

$$\frac{20}{33} = 0,606$$

Der Durchdringungsgrad auf Zweitmeinerebene bei der Indikationen TE und TT betrug 0,606.

Zusammenfassung Ergebnisse und Bewertung der Hypothese

Tabelle 8-28: Zusammenfassende Bewertung U11

U11: Das Ziel einer vollständigen Durchdringung auf Ebene der ZMer wurde erreicht.	Datenquelle	Ergebnis HE	Ergebnis TT/TE
	<p>Quantitative Ärztebefragung</p> <p>HE</p> <p>Der Durchdringungsgrad auf Zweitmeinerebene bei der Indikation HE betrug 94,8%. Die Zm-RL war auf Ebene der ZMer (nahezu) vollumfänglich durchdrungen.</p> <p>TT/TE</p> <p>Der Durchdringungsgrad auf Zweitmeinerebene bei der Indikationen TE und TT betrug 60,6%. Die Zm-RL war auf Ebene der ZMer in einem noch ausreichenden Ausmaß durchdrungen.</p>	<p style="text-align: center;">+</p> <p>(nahezu) vollumfänglich durchdrungen</p> <p>in einem guten Ausmaß durchdrungen</p> <p>in einem noch ausreichenden Ausmaß durchdrungen</p> <p>in einem nicht ausreichenden Ausmaß durchdrungen</p> <p>kaum durchdrungen</p>	<p style="text-align: center;">+/-</p> <p>(nahezu) vollumfänglich durchdrungen</p> <p>in einem guten Ausmaß durchdrungen</p> <p>in einem noch ausreichenden Ausmaß durchdrungen</p> <p>in einem nicht ausreichenden Ausmaß durchdrungen</p> <p>kaum durchdrungen</p>
	Gesamtbewertung	Hypothese bestätigt	Hypothese widerlegt

Zusammenfassend sprechen die Ergebnisse der einzelnen Datenerhebungen sowie die Ergebnisse einzelner Items bei den Indikation HE für die Hypothese. Bei den Indikationen TT und TE sprechen die Ergebnisse der einzelnen Datenerhebungen sowie die Ergebnisse einzelner Items hingegen gegen die Hypothese.

Limitation quantitative Ärztebefragung:

Die Bewertung der Durchdringung erfolgte aus Vergleichbarkeitsgründen mit anderen Evaluationen auf Basis der definitorischen Anforderungen des G-BA. Grundlage waren dabei

die Eigenangaben der Ärzt*innen. Womöglich können die Antworten hier einem Bias zur sozialen Erwünschtheit unterliegen. Eine Überschätzung des Durchdringungsgrades war dabei nicht auszuschließen.

Gleichzeitig bildete die Arztsicht nur eine Perspektive auf die Versorgungssituation: Die Sicht der Patient*innen oder die (Routine-)Datenlage der Krankenkassen kämen – so sie vergleichbar herangezogen würden – womöglich zu anderen Ergebnissen. Insofern griffen etwaige Schlussfolgerungen, aufgrund der hier dargestellten Ergebnisse zu kurz.

8.2.1.12 U12: Das Ziel einer vollständigen Implementierung⁵ auf Ebene der ZMer wurde erreicht

Datenquelle: qualitative Ärztebefragung

Ergebnisse der qualitativen Ärztebefragung:

Die Leistungsbestandteile der ZMer zur Erbringung der ZM können in obligatorische und fakultative Bestandteile unterteilt werden (s. Tabelle 8-29). Bei der Analyse der Interviews wurden folglich nur die Berücksichtigung der obligatorischen Leistungsbestandteile berücksichtigt.

Tabelle 8-29: Leistungsbestandteile der Zweitmeinungserbringung

Obligatorische Leistungsbestandteile	Aufklärung über mögliche Therapiealternativen unter Berücksichtigung der Anamnese und des Krankheitsverlaufs
	persönliches Gespräch (Abweichung in Coronapandemie)
	Nutzung von Vorbefunden (weiterführende Untersuchungen möglich)
	(keine) Bestätigung der empfohlenen Indikation + weiter Handlungsoptionen
Fakultative Leistungsbestandteile	auf Nachfrage der/des Patient*in zu Beginn des Beratungsgespräches Auskunft über möglicherweise bestehende Interessenkonflikte oder finanzielle Beziehungen
	auf Wunsch des/der Patient*in: Mitteilung des Ergebnisses an indikationsstellende*nÄrzt*in + zusammenfassender ärztlicher Bericht mit anschließender Aushändigung an Patient*in

⁵ s. Kapitel 3.3.5 Operationalisierungen

Indikation: HE

Alle sieben interviewten Gynäkolog*innen klärten die Patient*innen über mögliche Therapiealternativen unter Berücksichtigung der Anamnese und des Krankheitsverlaufs in einem persönlichen Gespräch auf. Keine/r der Befragten nutzte Vorbefunde und führte immer alle notwendigen Untersuchungen durch. Die vom EMer empfohlene Indikation wurde bestätigt oder abgelehnt und mögliche Handlungsoptionen wurden dargelegt.

Die Formel zur Berechnung des Implementierungsgrades kann im Kapitel 3.3.5 Operationalisierungen nachvollzogen werden.

Berechnung Implementierungsgrad:

$$\frac{0 \times 0 + 0 \times 0,25 + 0 \times 0,5 + 7 \times 0,75 + 0 \times 1}{7} = 0,75$$

Der Implementierungsgrad auf Zweitmeinerebene bei den Indikationen TE und TT betrug 0,75.

Indikationen: TT & TE

Alle sieben HNO-Ärzt*innen klärten die Patient*innen über mögliche Therapiealternativen unter Berücksichtigung der Anamnese und des Krankheitsverlaufs in einem persönlichen Gespräch auf. Keine/r der Befragten nutzte Vorbefunde und führte immer alle notwendigen Untersuchungen durch. Die vom EMer empfohlene Indikation wurde bestätigt oder abgelehnt und mögliche Handlungsoptionen wurden dargelegt.

Die Formel zur Berechnung des Implementierungsgrades kann im Kapitel 3.3.5 Operationalisierungen nachvollzogen werden.

Berechnung Implementierungsgrad:

$$\frac{0 \times 0 + 0 \times 0,25 + 0 \times 0,5 + 7 \times 0,75 + 0 \times 1}{7} = 0,75$$

Der Implementierungsgrad auf Zweitmeinerebene bei der Indikationen TE und TT betrug 0,75.

Zusammenfassung Ergebnisse und Bewertung der Hypothese

Tabelle 8-30: Zusammenfassende Bewertung U12

U12: Das Ziel einer vollständigen Implementierung auf Ebene der ZMer wurde erreicht.	Datenquelle	Ergebnis HE	Ergebnis TT/TE
	Qualitative Ärztebefragung	(+)	(+)
	HE Der Implementierungsgrad auf Zweitmeinerebene bei der Indikation HE betrug 75,0%. Die Zm-RL wurde auf Zweitmeinerebene in einem guten Ausmaß implementiert.	(nahezu) vollumfänglich implementiert in einem guten Ausmaß implementiert in einem noch ausreichenden Ausmaß	(nahezu) vollumfänglich implementiert in einem guten Ausmaß implementiert in einem noch ausreichenden Ausmaß
	TT/TE Der Implementierungsgrad auf Zweitmeinerebene bei der Indikationen TE und TT betrug 75,0%. Die Zm-RL wurde auf Zweitmeinerebene in einem guten Ausmaß implementiert.	implementiert in einem nicht ausreichenden Ausmaß implementiert kaum implementiert	implementiert in einem nicht ausreichenden Ausmaß implementiert kaum implementiert
	Gesamtbewertung	Hypothese bestätigt	Hypothese bestätigt

Bewertung:

Zusammenfassend sprechen die Ergebnisse der einzelnen Datenerhebungen sowie die Ergebnisse einzelner Items bei allen Indikationen für die Hypothese.

Limitationen:

Limitierend hervorzuheben war die kleine Stichprobengröße von sieben HNO-Ärzt*innen und sieben Gynäkolog*innen. Vor diesem Hintergrund war es fraglich, ob die Ergebnisse anhand der kleinen Teilnehmerzahl generalisierbar waren und die Implementierung abschließend beurteilbar war.

Die Bewertung der Implementierung erfolgte aus Vergleichbarkeitsgründen mit anderen Evaluationen auf Basis der defintitorischen Anforderungen des G-BA. Grundlage waren dabei die Eigenangaben der Ärzt*innen. Womöglich können die Antworten hier einem Bias zur sozialen Erwünschtheit unterliegen. Eine Überschätzung des Implementierungsgrades war dabei nicht auszuschließen.

Gleichzeitig bildete die Arztsicht nur eine Perspektive auf die Versorgungssituation: Die Sicht der Patient*innen oder die (Routine-)Datenlage der Krankenkassen kämen – so sie vergleichbar herangezogen würden – womöglich zu anderen Ergebnissen. Insofern griffen etwaige Schlussfolgerungen, aufgrund der hier dargestellten Ergebnisse vermutlich zu kurz.

8.2.1.13 U13: Das Ziel einer vollständigen Umsetzung⁶ auf Ebene der ZMer wurde erreicht

Datenquelle: quantitative Ärztebefragung, qualitative Ärztebefragung

Ergebnisse der quantitativen Ärztebefragung und qualitativen Ärztebefragung

Der Umsetzungsgrad ergab sich aus dem Durchdringungs- und Implementierungsgrad.

Hierbei ist zu erwähnen, dass der Umsetzungsgrad aus zwei verschiedenen Datenquellen – der quantitativen und qualitativen Ärztebefragung - multipliziert wurde.

Indikation: HE

Berechnung Umsetzungsgrad bei der Indikation HE: $0,96 \times 0,75 = 0,72$

Indikationen: TT & TE

Berechnung Umsetzungsgrad bei den Indikationen TE und TT: $0,606 \times 0,75 = 0,45$

⁶ s. Kapitel 3.3.5 Operationalisierungen

Zusammenfassung Ergebnisse und Bewertung der Hypothese

Tabelle 8-31 Zusammenfassende Bewertung U13

	Datenquelle	Ergebnis HE	Ergebnis TT/TE
U13: Das Ziel einer vollständigen Umsetzung auf Ebene der ZMer wurde erreicht.	<p>Quantitative & Qualitative Ärztebefragung</p> <p>Der Umsetzungsgrad bei der Indikation der HE betrug 72,0%. Die Aufklärung über das Recht auf ZM wurde in einem noch ausreichenden Ausmaß umgesetzt.</p> <p>Der Umsetzungsgrad bei den Indikationen der TE und TT betrug 45,0%. Die Aufklärung über das Recht auf ZM wurde in einem nicht ausreichenden Ausmaß umgesetzt</p>	<p>+/-</p> <p>(nahezu) vollumfänglich umgesetzt in einem guten Ausmaß umgesetzt in einem noch ausreichenden Ausmaß umgesetzt in einem nicht ausreichenden Ausmaß umgesetzt kaum umgesetzt</p>	<p>(-)</p> <p>(nahezu) vollumfänglich umgesetzt in einem guten Ausmaß umgesetzt in einem noch ausreichenden Ausmaß umgesetzt in einem nicht ausreichenden Ausmaß umgesetzt kaum umgesetzt</p>
	Gesamtbewertung	Hypothese widerlegt	Hypothese widerlegt

Zusammenfassend sprechen die Ergebnisse der einzelnen Datenerhebungen sowie die Ergebnisse einzelner Items bei allen Indikationen gegen die Hypothese.

Limitationen:

Die Bewertung der Implementierung erfolgte aus Vergleichbarkeitsgründen mit anderen Evaluationen auf Basis der definitorischen Anforderungen des G-BA. Grundlage waren dabei die Eigenangaben der Ärzt*innen. Womöglich können die Antworten hier einem Bias zur sozialen Erwünschtheit unterliegen. Eine Überschätzung des Umsetzungsgrades ist dabei nicht auszuschließen.

Wie bereits oben erwähnt, speiste sich der Durchdringungsgrad aus der quantitativen Ärztebefragung und der Implementierungsgrad aus der qualitativen Ärztebefragung. Um den Umsetzungsgrad zu bilden und somit ein Ergebnis zur Vergleichbarkeit mit anderen Evaluationen und deren Umsetzungsgrad zu erhalten, wurde dieses Vorgehen als sinnvoll erachtet. Im Idealfall würde der Umsetzungsgrad aus einer Datenquelle entstammen. Folge uneinheitlicher Datenquellen könnte eine Verzerrung des Ergebnisses sein, sodass der Umsetzungsgrad über- oder unterschätzt wurde.

Gleichzeitig bildete die Arztsicht nur eine Perspektive auf die Versorgungssituation: Die Sicht der Patient*innen oder die (Routine-)Datenlage der Krankenkassen kämen – so sie vergleichbar herangezogen würden – zu anderen Ergebnissen. Insofern wäre von Interpretationen aus den hier zugrundeliegenden Umsetzungsgraden etwa im Sinne eines „es findet eine aus Versorgungssicht relevante, großzahlige Umsetzung statt“ ohne weiteren Kontext abzuraten.

Die Bewertung der **U13: Das Ziel einer vollständigen Umsetzung auf Ebene der ZMer wurde erreicht.** soll zusätzlich noch einmal kontextualisiert werden. Aus den Interviews mit den Ärzt*innen konnten von den Ärzt*innen wahrgenommene Herausforderungen bzw. Hindernisse bei der Umsetzung der Zm-RL identifiziert werden. Die Abbildung 8-73 illustriert die von den Ärzt*innen wahrgenommenen Herausforderungen, die bei der Umsetzung der Zm-RL auf der Ebene der ZMer beobachtet wurden. Die Tabelle 8-32 beinhaltet die ausführliche Beschreibung der Kategorien und die dazugehörigen Ankerzitate.

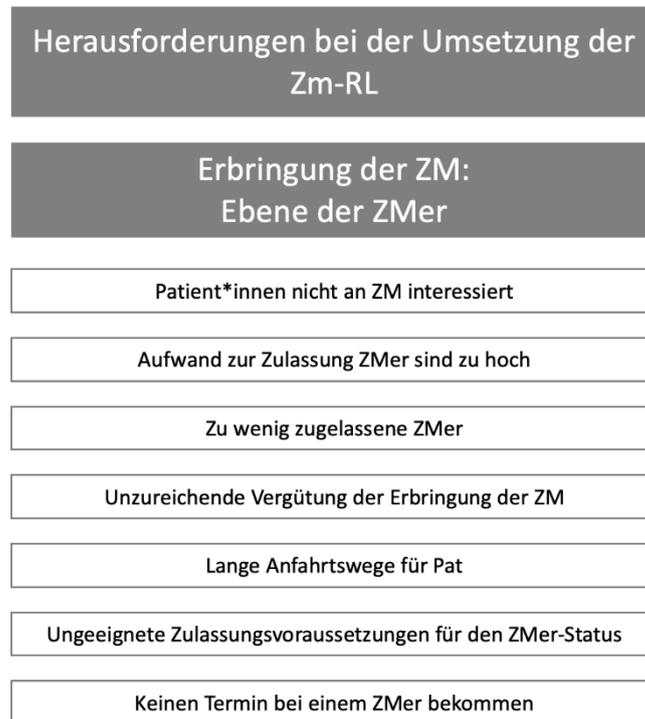


Abbildung 8-73: Vereinfachtes Kategoriensystem aus der Ärztebefragung zu den Herausforderungen bei der Umsetzung der Zm-RL auf der Ebene der ZMer

Tabelle 8-32: Kategoriensystem mit Kategorienbeschreibung und Ankerzitaten aus der Ärztebefragung zu den Herausforderungen bei der Umsetzung der Zm-RL auf der Ebene der ZMer

Kategorie	Beschreibung	Ankerzitat
Patient*innen nicht an ZM interessiert	Dieser Code wurde vergeben, wenn thematisiert wurde, dass Ärzt*innen berichteten, dass in ihrer Wahrnehmung Patient*innen wenig und nicht an der Einholung einer ZM interessiert waren.	„Da müssen wir dann immer eben halt sagen, dass es das Zweitmeinungsverfahren gibt, da müssen wir darüber aufklären und dann ist meine persönliche Erfahrung die, dass die alle sagen: „Ich will kein Zweitmeinungsverfahren.““ (AP209 HNO Zmer, Pos. 8)
Unzureichende Vergütung der Erbringung der ZM	Dieser Code wurde vergeben, wenn thematisiert wurde, dass	„So richtig lukrativ ist das [die Zweitmeinungserbringung] auch nicht. Ich glaube, die können noch nicht mal

	die Erbringung der ZM aus Sicht der Ärzt*innen unzureichend vergütet wurde.	<i>einen ganzen Fall abrechnen dafür, müssen dann die ganzen Unterlagen nochmal mit denen durchgehen, also weiß ich nicht, das ist doch viel zu wenig.“</i> (AP210 HNO, Pos. 38)
Ungeeignete Zulassungsvoraussetzungen für den ZMer-Status	Dieser Code wurde vergeben, wenn thematisiert wurde, dass die Zulassungsvoraussetzungen zum ZMer als ungeeignet angesehen wurden.	<i>„Also, die Habilitation ist völlig ungeeignet, weil, es gibt sicherlich genügend Kolleg*innen, die sich habilitiert haben in medizinischer Endokrinologie oder irgendwas völlig fern, von jeglichem operativen Geschehen und das macht, glaube ich, wenig Sinn.“</i> (AP225 Gyn ZMer, Pos. 14)
Aufwand zur Zulassung ZMer waren zu hoch	Dieser Code wurde vergeben, wenn thematisiert wurde, dass die Aufklärung über das Recht auf Inanspruchnahme einer ZM mit einem vermehrten Aufwand einherging.	<i>„Ein Pamphlet von acht Seiten auszufüllen, um sich darum zu reißen, dann für diese Zweitmeinung, ich weiß nicht, 4,95 Euro zu bekommen. Das macht niemandem Spaß. Das ist doch viel zu wenig.“</i> (AP218 HNO, Pos. 4)
lange Anfahrtswege für Patient*innen	Dieser Code wurde vergeben, wenn thematisiert wurde, dass die Inanspruchnahme einer ZM nach RL eher selten erfolgte, weil die Anfahrtswege für die Patient*innen zu lang waren.	<i>„Naja, sie haben ja 30 HNO-Ärzte in ganz [Bundesland], die dazu berechtigt sind, ja? Die das machen wollen. Jetzt bin ich das und mein Kollege Herr W. ist das und dann wird es schwierig. Dann müssen sie schon mal so 70, 80 Kilometer fahren. Und dann müssen sie dann auch noch einen Termin bekommen. Und dann, wenn sie sagen: Ja gut, dann erzählt er mir das gleiche. Dann wird es schwierig,</i>

		<i>dass die Leute dazu bereit sind.“ (AP223 HNO ZMer, Pos. 44)</i>
Zu wenig zugelassene ZMer	Dieser Code wurde vergeben, wenn thematisiert wurde, dass es aktuell zu wenig zugelassene ZMer gab.	<i>„Und Sie werden in der HNO, also in [Bundesland], finden Sie kaum einen Zweitmeiner.“ (AP222 HNO, Pos. 52)</i>
Keinen Termin bei einem ZMer bekommen	Dieser Code wurde vergeben, wenn thematisiert wurde, dass Patient*innen oftmals lange auf einen Termin bei einem ZMer warten mussten.	<i>„Und das ist natürlich auch ein zweites Problem, auf das ich vielleicht da mal hinweisen möchte: Wir haben eh schon ein Problem mit Terminvergaben, ja? Also, es ist ja nicht so, dass Sie jetzt, wenn Sie bei mir in der Praxis anrufen, dann sage ich ja nicht: Sie können morgen um zehn kommen oder übermorgen um eins oder samstags früh um acht, wie es Ihnen passt. Sondern im Grunde genommen ist es ja fast immer so, dass die Patienten ganz lange auf irgendwelche Spezialsprechstunden und irgendwelche Termine warten müssen. Wenn man natürlich jetzt dann noch solche Zweitmeinungen da reinhaut, weiß ich gar nicht, ob das auch so für das gesamte System sehr hilfreich ist. Weil, im Grunde ist ja immer überall Zeitmangel und Terminmangel, gerade in so Facharztpraxen, ja?“ (AP224 Gyn, Pos. 60)</i>

Neben den Herausforderungen, die durch die Ärzt*innen geschildert wurden, sollen auch noch einmal die Herausforderungen, die durch die Stakeholder thematisiert wurden, aufgezeigt werden. Die Abbildung 8-74 illustriert die von den Stakeholdern wahrgenommenen Herausforderungen, die bei der Umsetzung der Zm-RL auf der Ebene der ZMer beobachtet

wurden. Die Tabelle 8-33 beinhaltet die ausführliche Beschreibung der Kategorien und die dazugehörigen Ankerzitate.

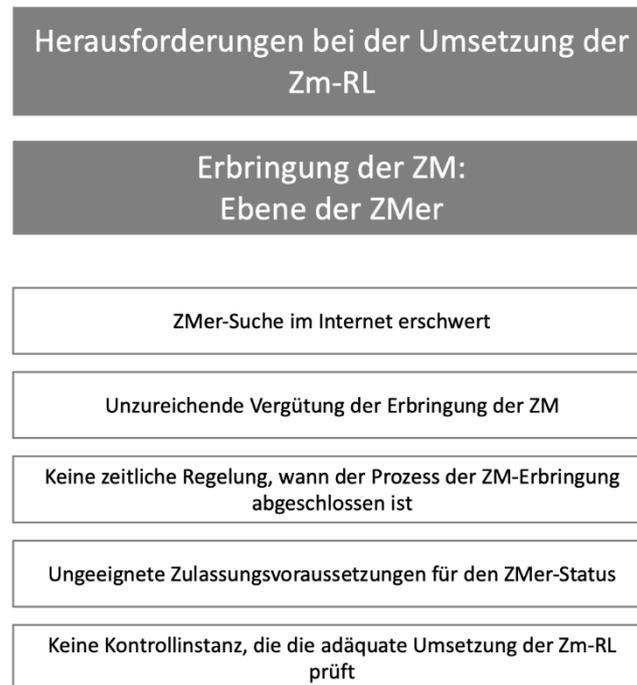


Abbildung 8-74: Vereinfachtes Kategoriensystem aus der Stakeholderbefragung zu den Herausforderungen bei der Umsetzung der Zm-RL auf der Ebene der ZMer

Tabelle 8-33: Kategoriensystem mit Kategorienbeschreibung und Ankerziten aus der Stakeholderbefragung zu den Herausforderungen bei der Umsetzung der Zm-RL auf der Ebene der ZMer

Kategorie	Beschreibung	Ankerzitat
Ungeeignete Zulassungsvoraussetzungen für den ZMer-Status	Dieser Code wurde vergeben, wenn thematisiert wurde, dass die Zulassungsvoraussetzungen zum ZMer als ungeeignet angesehen wurden.	<i>„Also, ja, was eben immer das Ding ist, ist diese Weiterbildungsbefugnis, beziehungsweise Lehrbefugnis. Da geht es dann ja eher um die Theoretiker, die das haben, und dann die Zweitmeinung erstellen können. Und viele Ärzte, die die Eingriffe tatsächlich durchführen, haben ja keine Weiterbildungsbefugnis, und kümmern sich auch nicht darum, weil die mal den ganzen Tag zum Beispiel am OP-Tisch stehen, oder den Großteil. Und die werden komplett ausgeschlossen aus</i>

		<p><i>dem ganzen Verfahren, wenn sie dann sich nicht um die Weiterbildungsbefugnis bemühen. Was ich aber nicht ganz nachvollziehen kann, weil es sind ja letztlich die Ärzte, die den Eingriff durchführen, die oft auch was dazu sagen können, ob das dann notwendig ist, oder nicht. Also, dass man da vielleicht irgendwie die Ärzte da noch mit einbeziehen könnte, die wirklich den Eingriff durchführen.“ (SH3 KV, Qualitätsbeauftragte, Pos. 93)</i></p>
<p>Unzureichende Vergütung der Erbringung der ZM</p>	<p>Dieser Code wurde vergeben, wenn thematisiert wurde, dass die Erbringung der ZM aus Sicht der Ärzt*innen unzureichend vergütet wurde.</p>	<p><i>“Sprechen Sie ruhig auch bitte die Honorierung auch an. Dass die Honorierung mit diesem ganzen Akt, Aufwand, lesen, beraten, hinweisen und so weiter. Das ist halt, dass das alles zu wenig ist.“ (SH1 Berufsverband Gyn, Pos. 81)</i></p>
<p>ZMer-Suche im Internet erschwert</p>	<p>Dieser Code wurde vergeben, wenn thematisiert wurde, dass die Suche nach ZMern im Internet für die Patient*innen erschwert war.</p>	<p><i>“Wenn Sie mal auf der KBV-Seite waren, wenn man da sich auch ein Zweitmeiner sucht, das ist nicht gut gestaltet. Da wird man wirklich in die Irre geführt. Also wenn eine Frau wirklich auch eine zweite Meinung noch einholen will und sich hier jemanden suchen will, um das zu beurteilen. Also ich habe das einmal anhand von [Name einer Stadt] so durchgespielt. Da wird man auf der Postleitzahl festgelegt. Man muss im Prinzip zwanzig Postleitzahlen für [Name einer Stadt] durchklicken, um zu gucken, ob es da jemanden gibt. Aber die reine Suche nach Wohnort ist überhaupt nicht</i></p>

		<i>möglich. Also ich finde das ist ein Manko.” (SH1 Berufsverband Gyn, Pos. 15)</i>
Keine zeitliche Regelung, wann der Prozess der ZM-Erbringung abgeschlossen war	Dieser Code wurde vergeben, wenn thematisiert wurde, dass in der RL nicht beschrieben war, wann der Prozess der Erbringung der ZM beendet war.	<i>“Das ist dann echt so die Sache, weil wenn auch der Arzt zum Beispiel bei der Zweitmeinung sagt: “Nein, einen Eingriff sieht er noch nicht, würde er nicht machen, versuchen Sie doch dieses, jenes noch.” Und dann sagt der Patient, er lässt es in der Praxis machen. Und dann kann es ja sein,[...] dass halt alle anderen Behandlungsmethoden dann doch nicht fruchten, und man doch operieren müsste. Wo ist dann der Behandlungsfall zu Ende? Also, wenn man da ja schon alles andere dann ausgeschöpft hat, zählt der dann immer noch als Zweitmeiner oder zählt er dann schon wieder als normaler Arzt, als Behandler? Das ist dann immer so die Frage, die offen bleibt.” (SH3 KV, Qualitätsbeauftragte, Pos. 33)</i>
Keine Kontrollinstanz, die die adäquate Umsetzung der Zm-RL prüfte	Dieser Code wurde vergeben, wenn thematisiert wurde, dass es keine Kontrollinstanz gab, die die korrekte Umsetzung der Zm-RL prüfte.	<i>“Es ist durch die Art und Weise, wie beraten werden kann... theoretisch ist es möglich, dass die Erstmeinung, die Zweitmeinung und die Operation in ein und derselben Einrichtung durchgeführt werden. Das ist tatsächlich möglich, wenn man sich das ganz genau anschaut, weil es da keine Sperrregelung gibt. Das ist auch für die KV zum Beispiel im Sinne der Qualitätssicherung gar nicht zu kontrollieren, weil die Eingriffe im Krankenhaus dann stattfinden. Das sind</i>

		<p><i>alles Krankenhauseingriffe ganz überwiegend, die hier stattfinden. Wir reden nicht über ambulante Praxisoperationen, sondern über stationäre Eingriffe, und die werden nicht in der KV abgerechnet. Die sieht die KV nicht. Das heißt, man sieht gar nicht, was mit dem Patienten im Ergebnis passiert, aber nicht doch operiert wird.“ (SH6 KBV, Pos. 15)</i></p>
--	--	--

8.2.1.14 U14 Patient*innen werden durch die ZM in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt

Datenquellen: quantitative Patientenbefragung, qualitative Patientenbefragung

Ergebnisse der quantitativen Patientenbefragung:

Ergebnisse zu Item 1: Die zweite ärztliche Meinung hat die erste Meinung bestätigt.

- *Die Bestätigung hat mich in meiner Entscheidung bestärkt.*
- *Die Bestätigung hat mich in meiner Entscheidung nicht bestärkt.*

Indikation: HE

Bei Item 1 hatten 98,6% (n=70) der Patient*innen mit der Indikation HE angegeben, dass die Bestätigung die Entscheidung bestärkt hat, wohingegen 1,4% (n=1) keine Bestärkung der Entscheidung angekreuzt hatten. Eine Person hatte keine Angabe gemacht, fünf Personen ungültige Angaben.

Indikationen: TT & TE

Bei Item 1 hatten 98,2% (n=54) der Patient*innen mit den Indikationen TT/TE angegeben, dass die Bestätigung die Entscheidung bestärkt hat, wohingegen 1,8% (n=1) keine Bestärkung der Entscheidung angekreuzt hatten. Fünf Personen hatten keine Angabe gemacht, zwei Personen eine ungültige Angabe.

Ergebnisse zu Item 2: Die zweite ärztliche Meinung wich von der ersten Meinung ab.

- *Ich habe mich trotzdem für die erste Meinung entschieden.*
- *Ich habe mich für die zweite Meinung entschieden.*
- *Ich habe mich für etwas ganz Anderes entschieden.*

Indikation: HE

Bei Item 2 hatte sich der Großteil der Befragten mit 81,0% (n=17) für die zweite Meinung entschieden, 9,5% (n=2) hatten sich für die erste Meinung entschieden und 9,5% (n=2) hatten sich für etwas ganz Anderes entschieden. Zwei Personen hatten keine Angabe gemacht, fünf Personen ungültige Angaben.

Indikationen: TT & TE

Bei Item 2 hatte sich der Großteil der Befragten mit 71,4% (n=10) für die zweite Meinung entschieden, 28,6% (n=4) hatten sich für die erste Meinung entschieden und keine Person hatte sich für etwas ganz Anderes entschieden. Drei Personen hatten keine Angabe gemacht, zwei Personen eine ungültige Angabe.

Ergebnisse zu Item 3: Zusammenhangsanalyse

Variablen:

- *Zweitmeinung ja/nein (Eigenangabe)*
 - *Items informierte Entscheidungsfindung*

Indikation: HE

Für die Zusammenhangsanalyse wurde der Chi-Quadrat-Test verwendet.

Es gab einen Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme der ZM und der Bewertung der Informationen im Rahmen des Indikationsgesprächs, d.h. es gab einen Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme der ZM und der informierten Entscheidungsfindung (Chi-Quadrat: 12.8119, $p=0.000$).

Indikationen: TT & TE

Für die Zusammenhangsanalyse wurde der Chi-Quadrat verwendet.

Es gab einen Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme der ZM und der Bewertung der Informationen im Rahmen des Indikationsgesprächs, d.h. es gab einen Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme der ZM und der informierten Entscheidungsfindung (Chi-Quadrat: 5.2249, $p=0.022$).

Ergebnisse der qualitativen Patientenbefragung:

Indikation: HE

Nur wenige interviewte Personen ($n=3$) hatten eine ZM in Anspruch genommen, sodass eine Bewertung mithilfe dieser Datengrundlage nicht vollumfänglich erfolgen konnte.

Alle Personen fühlten sich durch die ZM in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt. Exemplarisch wird hier ein Zitat einer Patientin herangezogen. Diese hatte die Erbringung der ZM bei der Indikation HE als erfolgreich empfunden. Der Patientin wurde gezielt ein zugelassener Zweitmeiner empfohlen, bei dem sie zeitnah einen Termin erhalten hatte. Nach dem ersten Termin waren noch Fragen offen, sodass es zu einem zweiten Termin kam. Der Zweitmeiner hatte alle notwendigen Untersuchungen durchgeführt:

“I: Genau und hat er, um sich jetzt die zweite Meinung zu bilden, da vorher nochmal Untersuchungen durchgeführt?”

TN: Nee, nee, der hat tatsächlich untersucht, die Blase untersucht. Die Gebärmutter nochmal abgetastet und von unten ein Ultraschall gemacht. Also, der hat mich schon ordentlich untersucht, bevor er mir die OP gemacht hat.” (P7 HE, Pos. 177-180)

Der zweitmeinende Arzt kam zu derselben Einschätzung, wie der erstmeinende Arzt und hatte nicht nur die ZM abgegeben, sondern auch den Eingriff durchgeführt. Die Patientin war sich nach den Terminen bei dem Zweitmeiner sicher mit der Entscheidung.

Indikationen: TT & TE

Nur wenige interviewte Personen (n=3) haben eine ZM in Anspruch genommen, sodass eine Bewertung mithilfe dieser Datengrundlage nicht vollumfänglich erfolgen konnte. Alle Personen fühlten sich durch die ZM in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt. Exemplarisch wird hier ein Zitat einer Patientin herangezogen. Diese hat eine ZM in Anspruch genommen und fühlte sich durch die ZM bei der Entscheidungsfindung unterstützt.

“Also sie hat mir ja wirklich erstmal die pflanzliche Schiene aufgezeigt, hat mir dort Empfehlungen gegeben, was ich für mich erstmal tun kann, was ich nehmen kann, wenn es doch der gefühlte, akute Fall eintritt. Alles halt auf pflanzlicher Basis, also da habe ich mich schon gut beraten gefühlt. Das hat mir geholfen.“ (P11_TE_ZM, Pos. 140)

Zusammenfassung Ergebnisse und Bewertung der Hypothese

Tabelle 8-34: Zusammenfassende Bewertung U14

U14: Patient*innen werden durch die ZM in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt.	Datenquelle	Ergebnis HE	Ergebnis TT/TE
	Quantitative Patientenbefragung – Item 1	+	+
	Item HE Wenn bei der Indikation HE die zweite Meinung die erste Meinung bestätigt hatte, hatten 98,6% der Teilnehmenden angegeben, dass die Bestätigung ihre Meinung bestärkt hatte.	vollumfänglich unterstützt in einem guten Ausmaß unterstützt in einem noch ausreichenden Ausmaß unterstützt in einem nicht ausreichenden Ausmaß unterstützt	vollumfänglich unterstützt in einem guten Ausmaß unterstützt in einem noch ausreichenden Ausmaß unterstützt in einem nicht ausreichenden Ausmaß unterstützt nicht unterstützt
	Item TT/TE		

	<p>Wenn bei der Indikation TT/TE die zweite Meinung die erste Meinung bestätigt hatte, hatten 97,8% der Teilnehmenden angegeben, dass die Bestätigung ihre Meinung bestärkt hatte.</p>	<p>Ausmaß unterstützt nicht unterstützt</p>	
	<p>Quantitative Patientenbefragung – Item 2</p> <p>Item HE</p> <p>Wenn bei der Indikation HE die zweite Meinung von der ersten Meinung anders ausgefallen war, hatten sich 81,0% der Teilnehmenden für die zweite Meinung entschieden.</p> <p>Item TT/TE</p> <p>Wenn bei der Indikation TT/TE die zweite Meinung von der ersten Meinung anders ausgefallen war, hatten sich 71,4% der Teilnehmenden für die zweite Meinung entschieden.</p>	<p style="text-align: center;">+</p> <p>(nahezu) vollumfänglich unterstützt</p> <p>in einem guten Ausmaß unterstützt</p> <p>in einem noch ausreichenden Ausmaß unterstützt</p> <p>in einem nicht ausreichenden Ausmaß unterstützt</p> <p>kaum unterstützt</p>	<p style="text-align: center;">+</p> <p>(nahezu) vollumfänglich unterstützt</p> <p>in einem guten Ausmaß unterstützt</p> <p>in einem noch ausreichenden Ausmaß unterstützt</p> <p>in einem nicht ausreichenden Ausmaß unterstützt</p> <p>kaum unterstützt</p>
	<p>Quantitative Patientenbefragung – Item 3</p>	<p style="text-align: center;">+</p>	<p style="text-align: center;">+</p>

	<p>Item HE</p> <p>Es bestand ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme der ZM und der Bewertung der Informationen im Indikationsgespräch bei der Indikation HE ($p=0.000$). Patient*innen wurden durch die ZM in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt.</p> <p>Item TT/TE</p> <p>Es bestand ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme der ZM und der Bewertung der Informationen im Indikationsgespräch bei den Indikationen TT/TE ($p=0.022$). Patient*innen wurden durch die ZM in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt.</p>		
	<p>Qualitative Patientenbefragung</p> <p>Es gib Hinweise, dass Patient*innen sich sicherer in der Entscheidungsfindung</p>	+	+

	fühlten, wenn sie eine ZM eingeholt hatten.		
	Gesamtbewertung	Hypothese bestätigt	Hypothese bestätigt

Zusammenfassend sprechen die Ergebnisse der einzelnen Datenerhebungen sowie die Ergebnisse einzelner Items bei allen Indikationen für die Hypothese. Die einzelnen Erhebungen zeigten, dass sich Patient*innen nach der Einholung einer ZM sicher in ihrer Entscheidung gefühlt hatten.

Limitationen

Quantitative Patientenbefragung:

Die Ergebnisse könnten darauf hinweisen, dass Patient*innen mitunter vor allem ihre eigentlich schon vorgefasste Entscheidung bestätigt haben wollten und sich deshalb eine/n Ärzt*in suchten, der/die diese Entscheidung bestärkte. Zudem konnte nur ein Item der informierten Entscheidungsfindung für die Zusammenhangsanalyse herangezogen werden.

Die quantitative Erhebung konnte nicht mit absoluter Verlässlichkeit aufzeigen, dass alle ZM nach RL erfolgt waren. Somit könnten Patient*innen zwar ZM in Anspruch genommen haben, die aber womöglich nicht nach RL erfolgt waren.

Es konnte darüber hinaus nur geprüft werden, ob ein Zusammenhang zwischen den verwendeten Variablen bestand, jedoch keine Aussage über eine kausale Beziehung getroffen werden. Ebenso konnten keine weiteren Variablen in die Analyse mit aufgenommen werden, die möglicherweise einen Einfluss hatten.

Qualitative Patientenbefragung:

Aufgrund der kleinen Stichprobengröße ist die Generalisierbarkeit fraglich. Darüber hinaus könnten die Teilnehmenden aus sozialer Erwünschtheit geantwortet haben und ein Recall-Bias ist nicht auszuschließen. Zusätzlich kann nicht verlässlich davon ausgegangen werden, dass die ZM nach RL erbracht wurden.

8.2.2 Spezifisches Evaluationsziel B: Indikationsstellung, Inanspruchnahme von ZM, Durchführung von Eingriffen

8.2.2.1 U15: Medizinisch nicht notwendige Indikationsstellungen bei planbaren Eingriffen sowie die Durchführung von medizinisch nicht gebotenen planbaren Eingriffen können durch die Zm-RL vermieden werden.

Datenquellen: qualitative Ärztebefragung, qualitative Patientenbefragung, quantitative Patientenbefragung, Routinedatenanalyse

Ergebnisse der qualitativen Ärztebefragung:

Indikationen: TT & TE

Die HNO-Ärzt*innen bezogen sich bei der Indikationsstellung nahezu immer auf die Leitlinien.

“I: Okay. Wenn Sie die Indikation stellen, beziehen Sie sich da auch auf Leitlinien?”

TN: Hm. (bejahend) Ja, klar. Das ist ja inzwischen unser täglich Brot geworden, uns auf Leitlinien zu beziehen, auch wenn die sich dann auch alle paar Jahre mal wieder ändern und Dinge, die gestern noch galten, plötzlich dann nicht mehr gelten und dann nach einigen Jahren dann doch wieder gelten, aber klar, daran halten wir uns.” (AP219 HNO, Pos. 17-18)

Besonders auffällig erschien, dass alle interviewten Ärzt*innen den Inhalt der Leitlinie konkret wiedergeben konnten. Die Ärzt*innen wichen nur in seltenen Fällen von der Leitlinie ab. Gründe hierfür waren ein hoher Leidensdruck der Patient*innen oder eine ausgeprägte Symptomstärke, die die Teilhabe der Patient*innen im privaten und/ oder beruflichen Kontext massiv einschränken.

“Also, wenn jetzt ein Patient, der bei mir in Behandlung ist und jetzt wirklich, sagen wir mal, im vier-Wochen-Takt Tonsillektomien hat und jetzt mit seiner vierten Tonsillitis vor mir sitzt oder mit seiner fünften vielleicht schon mal, dann vor mir sitzt und sagt: „Ich kann nicht mehr, ich kann doch auch nicht ständig Antibiotika nehmen und ähnliches“, dann maße ich mir doch an, aufgrund meines Erfahrungshorizontes zu sagen, da ist auch die nächste und die übernächste Tonsillitis vorprogrammiert und dann setze ich dem Ganzen ein Ende und das ist dann vor allem eine medizinische Abwägung. Weil auch diese ständige Antibiotikagabe ist für den Patienten nicht unbedenklich.” (AP219 HNO, Pos. 22)

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass unabhängig von der Zm-RL die Indikationsstellungen leitliniengerecht und nicht notwendige Eingriffe selten erfolgten.

Indikation: HE

Die Gynäkolog*innen konnten im Gegensatz zu den HNO-Ärzt*innen die Leitlinien nicht konkret wiedergeben. Nichtsdestotrotz waren die Ärzt*innen sensibilisiert, nicht zu schnell zu einer HE zu raten bzw. diese zu indizieren. Vielmehr wurden Therapieoptionen während des gesamten Versorgungsprozesses immer wieder gemeinsam diskutiert. Ausschlaggebend für die Entscheidung für eine HE war in den meisten Fällen die Tatsache, dass alle Therapieoptionen bereits durchgeführt wurden und eine HE die letzte therapeutische Option darstellte.

Letztendlich ist zu bedenken, dass im Vorfeld i.d.R. andere operative Eingriffe (Endometriumablation o. ä.) durchgeführt wurden. Hier stellte sich vor dem Hintergrund der Vermeidung nicht notwendiger operativer Eingriffe die Frage, inwieweit diese Eingriffe durch die Inanspruchnahme einer ZM vermieden werden könnten. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass unabhängig von der Zm-RL die Indikationsstellungen leitliniengerecht und nicht notwendige Eingriffe selten erfolgen.

Ergebnisse der qualitativen Patientenbefragung:

Indikationen: TT & TE

Innerhalb der Patientenbefragung wurden Hinweise gefunden, dass die Versorgung überwiegend leitliniengerecht erfolgt. Exemplarisch für die Indikationen der TE und TT folgen Fallbeispiel. Eine Patientin, die bei unterschiedlichen Ärzt*innen in Behandlung war, berichtete Folgendes:

*“Ich habe mich nicht verstanden gefühlt. Also ich habe ja immer nur Antibiotika bekommen. Und ich hätte mir gewünscht, dass man mir schon eher den Vorschlag einer Mandel-OP gibt. Das haben die [zwei unterschiedliche Ärzt*innen] mir nie gegeben. Und ich habe immer gesagt bei dem ersten: Nee. Das ist jetzt schon das zweite Antibiotika. Meine zweite Krankschreibung. Oder die vierte oder so was. Und das ging über sechs Monate. Und dann habe ich mir gedacht: Okay, ich gehe jetzt zum anderen Arzt. Probiere es da nochmal. Und da meinte er so: Nee, so schnell macht man das ja nicht. Und dann wieder ein Antibiotika bekommen.“ (P5, Pos. 21)*

Dieses Fallbeispiel verdeutlicht, dass Patient*innen in der HNO durchaus leitliniengerecht versorgt werden. Ärzt*innen berücksichtigten die Leitlinien, verschrieben Antibiotika, empfahlen nicht sofort einen Eingriff. Die leitliniengerechte Versorgung steht allerdings konträr zu dem Patientenwunsch. Diese Patientin hatte insgesamt drei verschiedene Ärzt*innen aufgesucht. Keine/r dieser Ärzt*innen war zugelassene/r ZMer. Insgesamt wurden zwei Patient*innen (von insgesamt fünf Patient*innen mit den Indikationen TT/TE) über das Recht zur Inanspruchnahme auf ZM aufgeklärt. Diesen wurde nicht sofort ein Eingriff empfohlen.

Indikation: HE

Auch bei der Indikation der HE wurden Hinweise in den Interviews gefunden, dass die Versorgung leitliniengerecht erfolgte, die Patient*innen nicht unmittelbar die Empfehlung zur HE erhielten, sondern andere Therapieoptionen initial im Fokus standen. Die Patientin des ersten Zitats wurde über eine ZM aufgeklärt.

“I: Und welche Information hätten Sie sich denn in dieser Zeit gewünscht?”

T: Eine genaue Diagnostik und nicht so ein Schwammiges hin und her ja, wir gucken mal und wir warten mal ab. Aber vielleicht auch habe ich das nur so empfunden, weil ich ein halbes Jahr vorher mein Vater durch Krebs verloren habe. Und auch selbst da immer so gedümpelt wurde, so hin und her ja, wir gucken mal, wir gucken mal da, wir gucken, weil hier, wir probieren das mal aus und wir probieren hier mal aus.” (P7_HE, Pos. 31-32)

“Ich bin zwanzig Jahre bei dem [Arzt] in Behandlung gewesen. Also ich bin als Jugendliche dahin und der hat mich durch beide Schwangerschaften begleitet et cetera. Also die war eigentlich immer gut, aber die letzten Jahre, also ich sage mal so drei, vier Jahre, (seufzt) ich war genervt irgendwo schon von dem. Weil das, ja, halt immer wieder zu hören bekommen: ja, wir machen eine Ausschabung, dann ist das besser. Weil sonst das Rausnehmen das geht noch nicht, dafür ist es noch zu früh. Dann kommen Sie ja in die Wechseljahre, das ist einfach noch viel zu früh.” (P10_HE, Pos. 29)

Insgesamt wurde nur eine Patientin (von insgesamt 5 Patient*innen mit der Indikation HE) über eine Inanspruchnahme zu einer ZM aufgeklärt. Dieser wurde nicht sofort ein Eingriff empfohlen.

Ergebnisse der quantitativen Patientenbefragung:

Ergebnisse zu Item: „Welche Erfahrung(en) haben Sie damals dabei gemacht?“

Die zweite ärztliche Meinung hat die erste Meinung bestätigt.

- *Ja*
- *Nein*

Indikation: HE

75,8% (n=72) der Patient*innen mit der Indikation HE haben angegeben, dass die zweite ärztliche Meinung die erste Meinung bestätigt hat, wohingegen 24,2% (n=23) diese Antwortmöglichkeit nicht angekreuzt haben. Fünf Personen haben keine Angabe gemacht, fünf Personen eine ungültige Antwort.

Indikationen: TT & TE

80,3% (n=61) der Patient*innen mit der Indikation HE haben angegeben, dass die zweite ärztliche Meinung die erste Meinung bestätigt hat, wohingegen 19,7% (n=15) diese Antwortmöglichkeit nicht angekreuzt haben. Drei Personen haben keine Angabe gemacht, zwei Personen eine ungültige Angabe.

Ergebnisse der Routinedatenanalyse:Ergebnisse zum Vergleich der Items:

- Aufgeklärte Patienten ohne Inanspruchnahme einer ZM nach ZM-RL: Mit Eingriff (G2E) und kein Eingriff (G2KE)
- (Aufgeklärte) Patienten mit Inanspruchnahme einer ZM nach ZM-RL: Mit Eingriff (G3AE, G3BE) und kein Eingriff (G3AKE, G3BKE)

Die Gruppe ohne ZM mit Eingriff (G1) hatte methodisch bedingt keine direkte Referenzgruppe ohne Eingriff und konnte für diese Analyse nicht herangezogen werden.

Indikation: HE

Tabelle 8-35 liefert einen Überblick zu den absoluten Häufigkeiten nach ZM ja/nein jeweils mit Eingriff und kein Eingriff.

Tabelle 8-35: Keine ZM und ZM, jeweils mit Eingriff/kein Eingriff (HE) mit prozentualem Vergleich Eingriff/kein Eingriff

	Keine ZM		ZM	
Stichprobe	Kein Eingriff	Eingriff	Kein Eingriff	Eingriff
HE	G2KE	G2E	G3AKE + G3BKE	G3AE + G3BE
	1081	1183	62	46
Prozentualer Vergleich	+8,6%		-34,8%	

Der Anteil der Gruppe ohne ZM, die einen Eingriff durchführen ließen, liegt 8,6% höher als der Anteil der Gruppe ohne ZM, die keinen Eingriff durchführen ließen. Der Anteil der Gruppe mit einer ZM, die einen Eingriff durchführen lassen haben, liegt 34,8% niedriger als der Anteil der Gruppe, die keinen Eingriff haben durchführen lassen.

Resümierend lässt sich also feststellen, dass es einen deskriptiven Unterschied zwischen den jeweiligen Gruppen mit und ohne Eingriff gibt. Diese Differenz fällt bei den Gruppen mit einer ZM höher aus (34,8%) als bei den Gruppen ohne ZM (8,6%). Der prozentuale Vergleich zwischen den Gruppen mit und ohne ZM ergibt 43,4 Prozentpunkte (34,8% - (-8,6%)). Mit einer ZM nimmt der Anteil der Operierten ab. Da der Unterschied (43,4 Prozentpunkte) zwischen

der Gruppe mit und ohne ZM größer als 25 Prozentpunkte ist, können nach dem Bewertungsmaßstab medz. nicht gebotene planbare Eingriffe vermieden werden.

Indikationen: TT & TE

In der Tabelle 8-36 können die Häufigkeiten nach ZM ja/nein jeweils mit Eingriff und kein Eingriff eingesehen werden.

Tabelle 8-36: Keine ZM und ZM, jeweils mit Eingriff/kein Eingriff (TT/TE) mit prozentualem Vergleich Eingriff/kein Eingriff

	Keine ZM		ZM	
Stichprobe	Kein Eingriff	Eingriff	Kein Eingriff	Eingriff
TT/TE	G2KE	G2E	G3AKE + G3BKE	G3AE + G3BE
	1268	1745	38	30
Prozentualer Vergleich	+27,3%		-26,7%	

Der Anteil der Gruppe ohne ZM, die einen Eingriff durchführen ließen, liegt 27,3% höher als der Anteil der Gruppe ohne ZM, die keinen Eingriff durchführen ließen. Der Anteil der Gruppe mit einer ZM, die keinen Eingriff durchführen ließen, liegt 26,7% höher als der Anteil der Gruppe, die keinen Eingriff durchführen ließen.

Resümierend lässt sich also feststellen, dass es einen deskriptiven Unterschied zwischen den jeweiligen Gruppen mit und ohne Eingriff gibt. Diese Differenz fällt bei den Personen mit ZM höher aus (26,7%) als bei Personen ohne ZM (21,0%). Der prozentuale Vergleich zwischen den Gruppen mit und ohne ZM ergibt 54,0 Prozentpunkte (26,7% - (-27,3%)). Mit einer ZM nimmt der Anteil der Operierten ab. Da der Unterschied (54,0 Prozentpunkte) zwischen der Gruppe mit und ohne ZM größer als 25 Prozentpunkte ist, können nach dem Bewertungsmaßstab medz. nicht gebotene planbare Eingriffe vermieden werden.

Zusammenfassung Ergebnisse und Bewertung der Hypothese

Tabelle 8-37: Zusammenfassende Bewertung U15

	Datenquelle	Ergebnis HE	Ergebnis TT/TE
U15: Medizinisch nicht notwendige Indikationsstellungen bei planbaren Eingriffen sowie die Durchführung von medizinisch nicht gebotenen planbaren Eingriffen können durch die Zm-RL vermieden werden.	<p>Qualitative Ärztebefragung</p> <p>Die Indikationsstellung der TT und TE in der HNO kann als leitliniengerecht beurteilt werden.</p> <p>Die Indikationsstellung der HE in der Gynäkologie kann als leitliniengerecht beurteilt werden.</p> <p>Einflussgrößen, die die Indikationsstellung aus Sicht der Ärzt*innen beeinflussen sind: Region, Alter, Ausbildung.</p> <p>Keine der Ärzt*innen (HE n=29, TT/TE n=17) hat angegeben, dass durch die Zm-RL eine leitliniengerechtere Indikationsstellung erfolgt.</p>	-	-
	<p>Quantitative Patientenbefragung</p> <p>Item HE</p> <p>75,8% der Teilnehmenden mit der Indikation HE haben angegeben, dass die zweite Meinung die erste Meinung bestätigt. Medizinisch nicht notwendige Indikationsstellungen bei planbaren Eingriffen können somit durch die Zm-RL in einem guten Ausmaß vermieden werden.</p> <p>Item TT/TE</p>	<p>(+)</p> <p>(nahezu) vollumfängliche Vermeidung</p> <p>Vermeidung in einem guten Ausmaß</p> <p>Vermeidung in einem noch ausreichenden Ausmaß</p>	<p>(+)</p> <p>(nahezu) vollumfängliche Vermeidung</p> <p>Vermeidung in einem guten Ausmaß</p> <p>Vermeidung in einem noch ausreichenden Ausmaß</p>

	<p>80,3% der Teilnehmenden mit den Indikationen TT/TE haben angegeben, dass die zweite Meinung die erste Meinung bestätigt. Medizinisch nicht notwendige Indikationsstellungen bei planbaren Eingriffen können somit durch die Zm-RL in einem guten Ausmaß vermieden werden.</p>	<p>Vermeidung in keinem ausreichenden Ausmaß kaum eine Vermeidung</p>	<p>Vermeidung in keinem ausreichenden Ausmaß kaum eine Vermeidung</p>
	<p>Qualitative Patientenbefragung</p> <p>Die Interviews geben Hinweise, dass die Versorgung leitliniengerecht erfolgt und die Zm-RL vermutlich keinen Einfluss auf die Vermeidung nicht notwendiger Indikationsstellungen bzw. Eingriffe hat.</p>	-	-
	<p>Routinedatenanalyse</p> <p>Item 1 HE</p> <p>Da der Unterschied (43,4 Prozentpunkte) zwischen der Gruppe mit und ohne ZM größer als 25 Prozentpunkte ist, können nach dem Bewertungsmaßstab medz. nicht gebotene planbare Eingriffe vermieden werden.</p> <p>Item 1 TT/TE</p> <p>Da der Unterschied (54,0 Prozentpunkte) zwischen der Gruppe mit und ohne ZM größer als 25 Prozentpunkte ist, können</p>	+	+

	nach dem Bewertungsmaßstab medz. nicht gebotene planbare Eingriffe vermieden werden.		
	Gesamtbewertung	Hypothese widerlegt	Hypothese widerlegt

Zusammenfassend sprechen die Ergebnisse der einzelnen Datenerhebungen sowie die Ergebnisse einzelner Items bei allen Indikationen gegen die Hypothese. Aus den Interviews mit den Ärzt*innen und Patient*innen wurden Hinweise identifizieren, dass die Versorgung überwiegend leitliniengerecht erfolgt. Sofern leitliniengerecht versorgt wird, kann davon ausgegangen werden, dass medizinisch nicht notwendige Indikationsstellungen sowie Eingriffe nicht verhindert werden können. Die Items der quantitativen Patientenbefragung und Routinedaten fl als bestätigende Bewertung für die Hypothese in die Gesamtbewertung ein. Die Gesamtbewertung fällt somit +/- aus, was nach dem Bewertungsschema zu einer Widerlegung der Hypothese führt.

Limitationen Qualitative Ärztebefragung:

Aufgrund der kleinen Stichprobengröße muss die Generalisierbarkeit in Frage gestellt werden. Darüber hinaus könnten die Teilnehmenden aus sozialer Erwünschtheit geantwortet haben und ein Recall-Bias ist nicht auszuschließen. Zusätzlich kann nicht verlässlich davon ausgegangen werden, dass die ZM nach RL erbracht wurden.

Limitationen Qualitative Patientenbefragung:

Aufgrund der kleinen Stichprobengröße muss die Generalisierbarkeit in Frage gestellt werden. Darüber hinaus könnten die Teilnehmenden aus sozialer Erwünschtheit geantwortet haben und ein Recall-Bias ist nicht auszuschließen. Grundsätzlich sollte bei der Beurteilung der Hypothese der Patientenwunsch berücksichtigt werden. ZMer könnten demnach unter Abwägung der diagnostischen Fakten sowie unter dem Eindruck möglicherweise im ZM-Gespräch nochmals deutlicher artikulierter, einem Eingriff skeptisch gegenüberstehender Patientenwünsche eine andere Empfehlung gegeben haben als der EMer. Wobei möglicherweise auch die Tatsache, dass ein/e Patient*in mit Indikation zur OP durch den EMer einen ZMer aufsuchte, durch den ZM als ein Signal hinsichtlich des Patientenwunsches

verstanden werden konnte. Die Begrifflichkeit "Medizinisch nicht notwendig" konnte dabei aus Sicht der Patient*innen auch anders interpretiert werden als aus „Leitlinensicht“.

Limitationen Quantitative Patientenbefragung:

Da es sich bei der Erhebung um eine Querschnittserhebung handelte, konnte nicht nachvollzogen werden, ob sich die Patient*innen zu einem späteren Zeitpunkt vielleicht doch für einen Eingriff entschieden haben. Deshalb konnte nicht verlässlich bestimmt werden, ob die Patient*innen entsprechend der ZM-Empfehlung gehandelt haben. Zudem konnte nicht ausgeschlossen werden, dass auch informelle ZM (also nicht nach Zm-RL) von den Patient*innen in Anspruch genommen wurden und diese in die Bewertung eingeflossen sind.

Limitationen Routinedatenanalyse:

Limitierend zu den Routinedatenanalyse lässt sich festhalten, dass eine Krankenkasse ausgeschlossen wurde. Grund hierfür ist, dass diese keine Personen mit ZM (Gruppe 3) über ihre Abrechnungsdaten identifizieren konnte, jedoch eine gleiche Datenbasis für die Hypothesenbewertung im Rahmen der Evaluation essenziell war. Da die Routinedaten von den Krankenkassen bereitgestellt wurden, kann die Güte der Routinedaten nicht abschließend beurteilt werden. Die Routinedaten wurden zum Stand der Patientenbefragung erhoben. Da die Durchführung der Patientenbefragungen der Krankenkasse von Februar 2022 bis Mai 2023 erfolgten, kann eine für einen Zeitpunkt gewählte Routinedatenerhebung nicht gewährleistet werden. Außerdem kann nicht abschließend beurteilt werden, ob die Patient*innen sich zu einem späteren Zeitpunkt einen Eingriff unterzogen haben oder werden, sodass diese in eine andere Gruppe übertreten würden.

Darüber hinaus wurden für diese Hypothese Personen ohne Aufklärung und ohne ZM (G1) nicht mit aufgelistet und in die Berechnung einbezogen, da es hier keine Referenzgruppe (also keinen Eingriff) gab. Zudem wurde hier ein Cut-Off von 25 Prozentpunkten gesetzt, im Bewusstsein darüber, dass medizinisch nicht notwendige Eingriffe im Rahmen der Fragestellung schwierig zu quantifizieren waren.

8.2.2.2 H5 Die Zm-RL erwirkt eine Abnahme der regionalen Variation der Eingriffshäufigkeiten von TT und TE

Datenquellen: Routinedatenanalyse, Qualitative Stakeholderbefragung - Interviews

Ergebnisse der Routinedatenanalyse

Zur Beurteilung der Hypothese wird der CV verwendet. Dafür werden die nachfolgenden Items herangezogen:

Ergebnisse zu Item:

- Eingriffe vor der Einführung der Zm-RL (2016-2018): G1
- Eingriffe nach der Einführung der Zm-RL (2019-2021): G1, G2E, G3AE, G3BE

Die absoluten Häufigkeiten wurden wie folgt bereinigt:

$$\frac{\text{Anzahl Eingriffe}}{\text{Versicherte}} * 100.000$$

Die Betrachtung der regionalen Varianz erfolgte auf Bundeslandebene, um eine ausreichend große Stichproben zu erhalten. Eine Analyse auf Landkreisebene wurde verworfen, da es zu viele Landkreise mit wenigen bzw. keinen Häufigkeiten gab, um eine verlässliche Analyse durchführen zu können (Risiko eines Befehlers, d. h. die Nullhypothese wurde nicht abgelehnt, obwohl sie falsch ist). Eine Krankenkasse wurde aus der Analyse ausgeschlossen, da eine wichtige Gruppe aufgrund von fehlenden Abrechnungsziffern innerhalb der Krankenkasse nicht identifiziert werden konnte und eine einheitliche Datenbasis für alle Hypothesen geschaffen werden sollte.

Im ersten Schritt sollen die Eingriffshäufigkeiten je 100.000 Versicherte pro Jahr und jeweils vor der Einführung der Zm-RL und nach der Zm-RL in der Tabelle 8-38 dargestellt werden. Für die durchschnittlichen Eingriffshäufigkeiten pro Jahr wurden die Mittelwerte der Quartale eines Jahres summiert. Für die durchschnittlichen Eingriffshäufigkeiten vor und nach der Einführung der Zm-RL wurden die Mittelwerte aller Quartalszahlen von 2016 bis 2018 bzw. 2019 bis 2021 herangezogen. Der Übersicht halber wurden die Eingriffshäufigkeiten auf eine Dezimalstelle nach dem Komma angegeben.

Tabelle 8-38: Durchschnittliche Eingriffshäufigkeiten pro Jahr bzw. vor und nach der Einführung der Zm-RL je 100.000 Versicherte nach Bundesland und Deutschland (TT/TE)

Bundesland	2016	2017	2018	vor Einführung der Zm-RL	2019	2020	2021	nach Einführung der Zm-RL
Bayern	18,2	17,2	16,8	17,4	18,6	13,1	8,8	13,5
Brandenburg	19,5	26,3	26,3	24,0	17,9	16,8	11,7	15,5
Berlin	57,0	59,0	57,1	57,7	54,1	31,9	25,7	37,2
Baden- Württemberg	19,6	19,1	15,2	18,0	16,0	9,1	6,4	10,5
Bremen	22,0	36,1	21,4	26,5	24,1	14,0	8,0	15,4
Hessen	27,4	26,6	27,7	27,2	28,0	18,3	13,2	19,8
Hamburg	21,5	23,6	22,0	22,4	20,0	14,8	11,4	15,4
Mecklenburg- Vorpommern	26,2	31,1	35,9	31,1	35,3	20,4	7,5	21,1
Niedersachsen	27,5	26,9	27,2	27,2	29,3	24,7	17,5	23,8
Nordrhein- Westfalen	16,0	21,3	19,2	18,8	19,6	12,0	8,4	13,3
Rheinland-Pfalz	49,8	48,3	45,1	47,7	42,3	29,3	27,7	33,1
Schleswig- Holstein	12,3	18,1	16,2	15,6	15,9	11,0	9,1	12,0
Saarland	15,7	30,9	31,9	26,2	39,4	14,9	10,6	21,7
Sachsen	10,7	10,4	8,7	9,9	8,7	6,1	3,1	6,0
Sachsen-Anhalt	18,7	20,0	20,2	19,7	20,5	13,5	6,9	13,6
Thüringen	12,6	12,8	12,0	12,5	9,7	6,1	3,3	6,4
Deutschland	23,4	26,7	25,2	25,1	25,0	16,0	11,2	17,4

Die Eingriffshäufigkeiten je 100.000 Patient*innen nehmen insgesamt ab. Bei dem Vergleich vor der Einführung der Zm-RL (25,1) und nach der Einführung der Zm-RL (17,4) ist im bundesweiten Durchschnitt ein Rückgang von 7,7% zu verzeichnen, wobei der Hauptrückgang in den „Coronajahren“ 2020/21 stattfindet und damit typisch für den Rückgang elektiver Eingriffe (s. Näheres dazu im Kapitel 10.6.1 Auswirkung der Coronapandemie auf die Umsetzung und Zielerreichung der ZmRL).

In der folgenden kartographischen Abbildung 8-75 sind die durchschnittlichen Eingriffshäufigkeiten vor Einführung der Zm-RL und nach Einführung der Zm-RL und deren Abweichung vom Bundesdurchschnitt je 100.000 Versicherte auf Bundeslandebene dargestellt. Die Daten für die durchschnittlichen Eingriffshäufigkeiten hierfür können aus der Tabelle 8-38 entnommen werden. Ziel der kartographischen Darstellung ist die Abweichung vom Bundesdurchschnitt je Bundesland zu verbildlichen und so die regionalen Unterschiede visuell zu veranschaulichen.

Durchschnittliche Eingriffshäufigkeiten von Tonsillektomie/Tonsillotomie und deren Abweichung vom Bundesdurchschnitt je 100.000 Versicherte auf Bundeslandebene vor Einführung der Zm-RL (2016-2018) und nach der Einführung der Zm-RL (2019-2021)

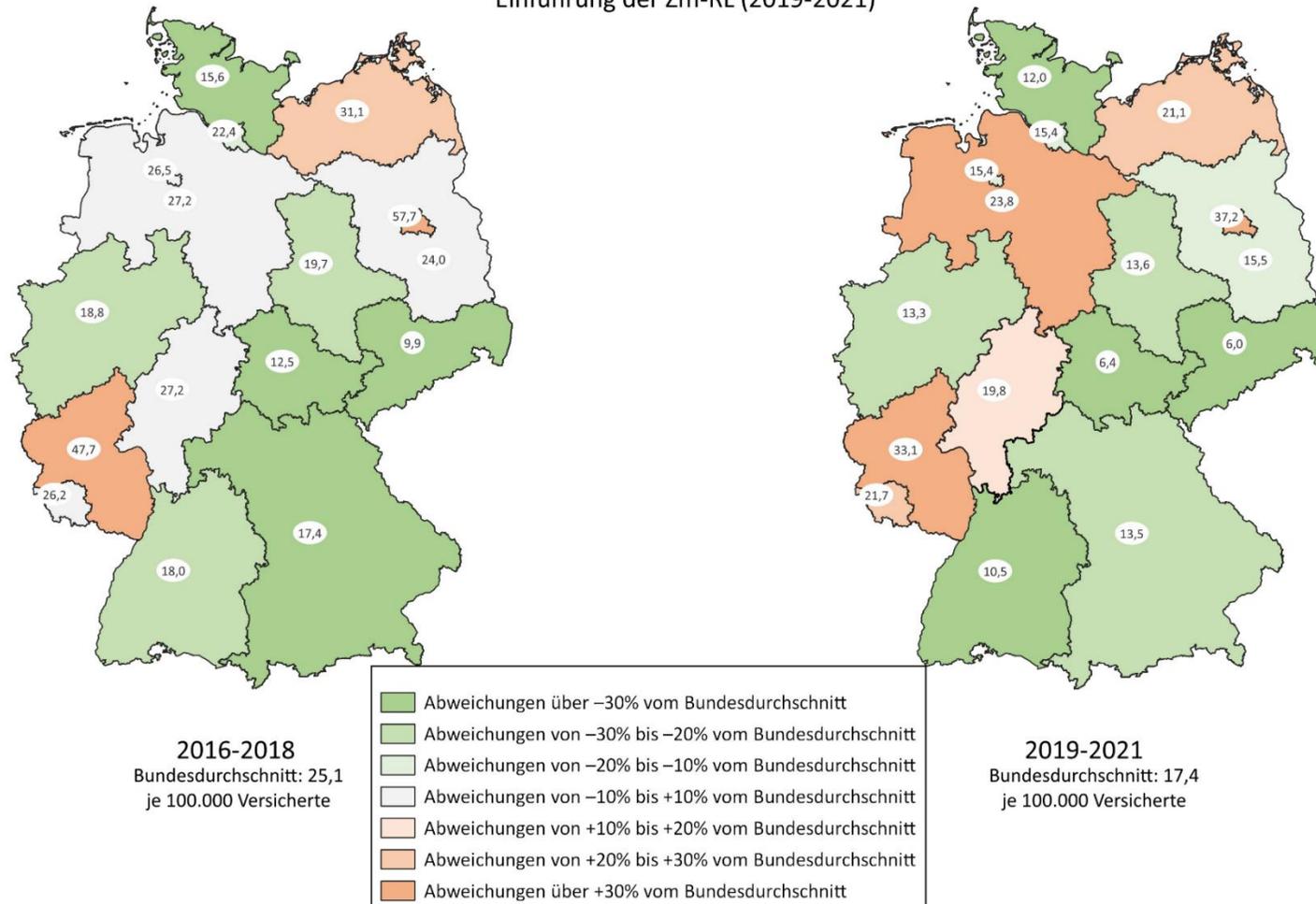


Abbildung 8-75: Kartographische Darstellungen der durchschnittlichen Eingriffshäufigkeiten von TT/TE und deren Abweichung vom Bundesdurchschnitt je 100.000 Versicherte auf Bundeslandebene vor Einführung der Zm-RL und nach Einführung der Zm-RL

Im nächsten Schritt werden die regionalen Variationen auf Bundeslandebene pro Jahr sowie vor und nach der Einführung der Zm-RL mittels des CV aufgezeigt (s. Tabelle 8-39).

Tabelle 8-39: CV nach Jahr sowie vor und nach der Einführung der Zm-RL (TT/TE)

Jahr	2016	2017	2018	Vor Zm-RL	2019	2020	2021	Nach Zm-RL
CV	0,5936	0,5004	0,5516	0,5464	0,5238	0,5642	0,6795	0,6684

Der CV kann in Prozenten angegeben werden. Der CV nimmt von 2016 (59,4%) bis 2020 (56,4%) ab, wobei er im Jahr 2021 (68,0%) wieder ansteigt. Bei dem Vergleich vor Einführung der Zm-RL (54,6%) und nach der Einführung der Zm-RL (66,8%) steigt der CV um 0,122, d. h. um 12,2 Prozentpunkte an. Mit anderen Worten: Es gibt auf Basis dieser Zahlen keinen belastbaren Hinweis, dass regionale Versorgungsunterschiede auf Bundeslandebene mit Einführung der ZM-RL zurückgegangen sind.

Zusammenfassung Ergebnisse und Bewertung der Hypothese

Tabelle 8-40: Zusammenfassende Bewertung H5

H5 Die Zm-RL	Datenquelle	Ergebnis HNO
erwirkt eine Abnahme der regionalen Variation der Eingriffshäufigkeiten von TE und TT.	<p>Routinedatenanalyse</p> <p>Da sich die regionale Variation vor und nach der Einführung der Zm-RL um 12,2 Prozentpunkte erhöht, liegt eine leichte Zunahme der regionalen Variation vor.</p>	<p>(-)</p> <p>Erhöhte Abnahme der regionalen Variation</p> <p>Leichte Abnahme der regionalen Variation</p> <p>Regionale Variation (nahezu) gleichbleibend</p> <p>Leichte Zunahme der regionalen Variation</p> <p>Erhöhte Zunahme der regionalen Variation</p>
	Gesamtbewertung	Hypothese widerlegt

Zusammenfassend sprechen die Ergebnisse der einzelnen Datenerhebungen sowie die Ergebnisse einzelner Items bei der Indikation der HE gegen die Hypothese. Die Analyse der Routinedaten zeigt sogar eher eine Zunahme der regionalen Variation.

Limitation Routinedatenanalyse:

Limitierend zu den Routinedatenanalyse lässt sich festhalten, dass eine Krankenkasse ausgeschlossen wurde. Grund hierfür ist, dass diese keine Personen mit ZM (Gruppe 3) über ihre Abrechnungsdaten identifizieren konnte, jedoch eine gleiche Datenbasis für die Hypothesenbewertung im Rahmen der Evaluation essenziell war. Da die Routinedaten von den Krankenkassen bereitgestellt wurden, kann die Güte der Routinedaten nicht abschließend beurteilt werden. Die Routinedaten wurden zum Stand der Patientenbefragung erhoben. Da die Patientenbefragungen von Februar 2022 bis Mai 2023 erfolgten, kann eine für einen Zeitpunkt gewählte Routinedatenerhebung nicht gewährleistet werden. Außerdem kann nicht abschließend beurteilt werden, ob die Patient*innen sich zu einem späteren Zeitpunkt einen Eingriff unterzogen haben oder werden, sodass diese in eine andere Gruppe übertreten würden.

Zur Bereinigung der absoluten Eingriffe wurde der Stand der Versicherten zu dem Zeitpunkt der Erhebung der quantitativen Patientenbefragung verwendet. Da sich die Versichertenzahl über die Jahre jedoch veränderte, kann es so zu einer Verzerrung der bereinigten Eingriffshäufigkeiten gekommen sein.

8.2.2.3 H6 Die Zm-RL erwirkt eine Abnahme der regionalen Variation der Eingriffshäufigkeiten von HE

Datenquellen: Routinedatenanalyse, Qualitative Stakeholderbefragung - Interviews

Routinedatenanalyse

Zur Beurteilung der Hypothese wird der CV verwendet. Dafür wurden die nachfolgenden Items herangezogen:

Ergebnisse zu Item:

- Eingriffe vor der Einführung der Zm-RL (2016-2018): G1
- Eingriffe nach der Einführung der Zm-RL (2019-2021): G1, G2E, G3AE, G3BE

Die absoluten Häufigkeiten wurden wie folgt bereinigt:

$$\frac{\text{Anzahl Eingriffe}}{\text{Versicherte}} * 100.000$$

Die Betrachtung der regionalen Varianz erfolgt auf Bundeslandebene, um eine ausreichend große Stichproben zu erhalten. Eine Analyse auf Landkreisebene wurde verworfen, da es zu viele Landkreise mit wenigen bzw. keinen Häufigkeiten gibt, um eine verlässliche Analyse durchführen zu können (Risiko eines Betafehlers, d.h. die Nullhypothese wird nicht abgelehnt, obwohl sie falsch ist). Eine Krankenkasse wurde aus der Analyse ausgeschlossen, da eine wichtige Gruppe aufgrund von fehlenden Abrechnungsziffern innerhalb der Krankenkasse nicht identifiziert werden konnte und eine einheitliche Datenbasis für alle Hypothesen geschaffen werden sollte.

Im ersten Schritt sollen die Eingriffshäufigkeiten je 100.000 Versicherte pro Jahr und jeweils vor der Einführung der Zm-RL und nach der Zm-RL in der Tabelle 8-41 dargestellt werden. Für die durchschnittlichen Eingriffshäufigkeiten pro Jahr wurden die Mittelwerte der Quartale eines Jahres summiert. Für die durchschnittlichen Eingriffshäufigkeiten vor und nach der Einführung der Zm-RL wurden die Mittelwerte aller Quartalszahlen von 2016 bis 2018 bzw. 2019 bis 2021 herangezogen. Der Übersicht halber wurden die Eingriffshäufigkeiten auf eine Dezimalstelle nach dem Komma angegeben.

*Tabelle 8-41: Durchschnittliche Eingriffshäufigkeiten pro Jahr bzw. vor und nach der Einführung der Zm-RL je 100.000 Patient*innen nach Bundesland und Deutschland (HE)*

Bundesland	2016	2017	2018	vor Einführung der Zm-RL	2019	2020	2021	nach Einführung der Zm-RL
Bayern	20,6	19,4	19,1	19,7	19,4	12,9	11,1	14,5
Brandenburg	8,9	47,1	39,6	31,9	47,6	31,7	33,6	37,6
Berlin	6,7	9,1	7,9	7,9	9,1	10,0	10,9	10,0
Baden- Württemberg	37,0	37,1	40,1	38,1	39,7	26,3	27,3	31,1
Bremen	27,9	37,8	36,1	33,9	39,4	34,5	59,1	44,3
Hessen	62,0	62,6	62,2	62,3	51,2	42,5	40,0	44,6
Hamburg	28,3	36,1	31,3	31,9	27,6	28,9	33,7	30,1
Mecklenburg- Vorpommern	21,4	60,3	53,6	45,1	34,8	33,5	22,8	30,4
Niedersachsen	72,7	75,0	76,8	74,8	80,6	70,9	71,0	74,2

Nordrhein-Westfalen	37,2	56,6	55,3	49,7	52,9	45,1	44,6	47,5
Rheinland-Pfalz	33,5	41,2	44,6	39,8	34,4	32,3	29,3	32,0
Schleswig-Holstein	22,0	37,9	45,5	35,1	37,1	33,3	32,6	34,3
Saarland	16,6	79,1	74,7	56,8	64,8	51,5	49,3	55,2
Sachsen	47,1	58,4	56,2	53,9	50,3	41,7	36,9	43,0
Sachsen-Anhalt	37,8	62,2	50,7	50,2	51,1	39,7	42,0	44,3
Thüringen	50,5	60,2	53,4	54,7	59,0	43,7	38,4	47,0
Deutschland	33,1	48,8	46,7	42,9	28,0	23,1	23,3	38,7

Die durchschnittlichen Eingriffshäufigkeiten je 100.000 Patient*innen nehmen ab 2018 (46,7) im Jahresverlauf ab. Bei dem Vergleich vor der Einführung der Zm-RL (42,9) und nach der Einführung der Zm-RL (38,7) ist im Durchschnitt ein Rückgang von 4,2% zu verzeichnen, wobei der Hauptrückgang in den „Coronajahren“ 2020/21 stattfindet und damit typisch für den Rückgang elektiver Eingriffe (s. Näheres dazu im Kapitel 10.6.1 Auswirkung der Coronapandemie auf die Umsetzung und Zielerreichung der ZmRL).

In der folgenden kartographischen Abbildung 8-76 sind die durchschnittlichen Eingriffshäufigkeiten vor Einführung der Zm-RL und nach Einführung der Zm-RL und deren Abweichung vom Bundesdurchschnitt je 100.000 Versicherte auf Bundeslandebene dargestellt. Die Daten für die durchschnittlichen Eingriffshäufigkeiten hierfür können aus der Tabelle 8-41 entnommen werden. Ziel der kartographischen Darstellung ist die Abweichung vom Bundesdurchschnitt je Bundesland zu verbildlichen und so die regionalen Unterschiede visuell zu veranschaulichen.

Durchschnittliche Eingriffshäufigkeiten von Hysterektomie und deren Abweichung vom Bundesdurchschnitt je 100.000 Versicherte auf Bundeslandebene vor Einführung der Zm-RL (2016-2018) und nach der Einführung der Zm-RL (2019-2021)

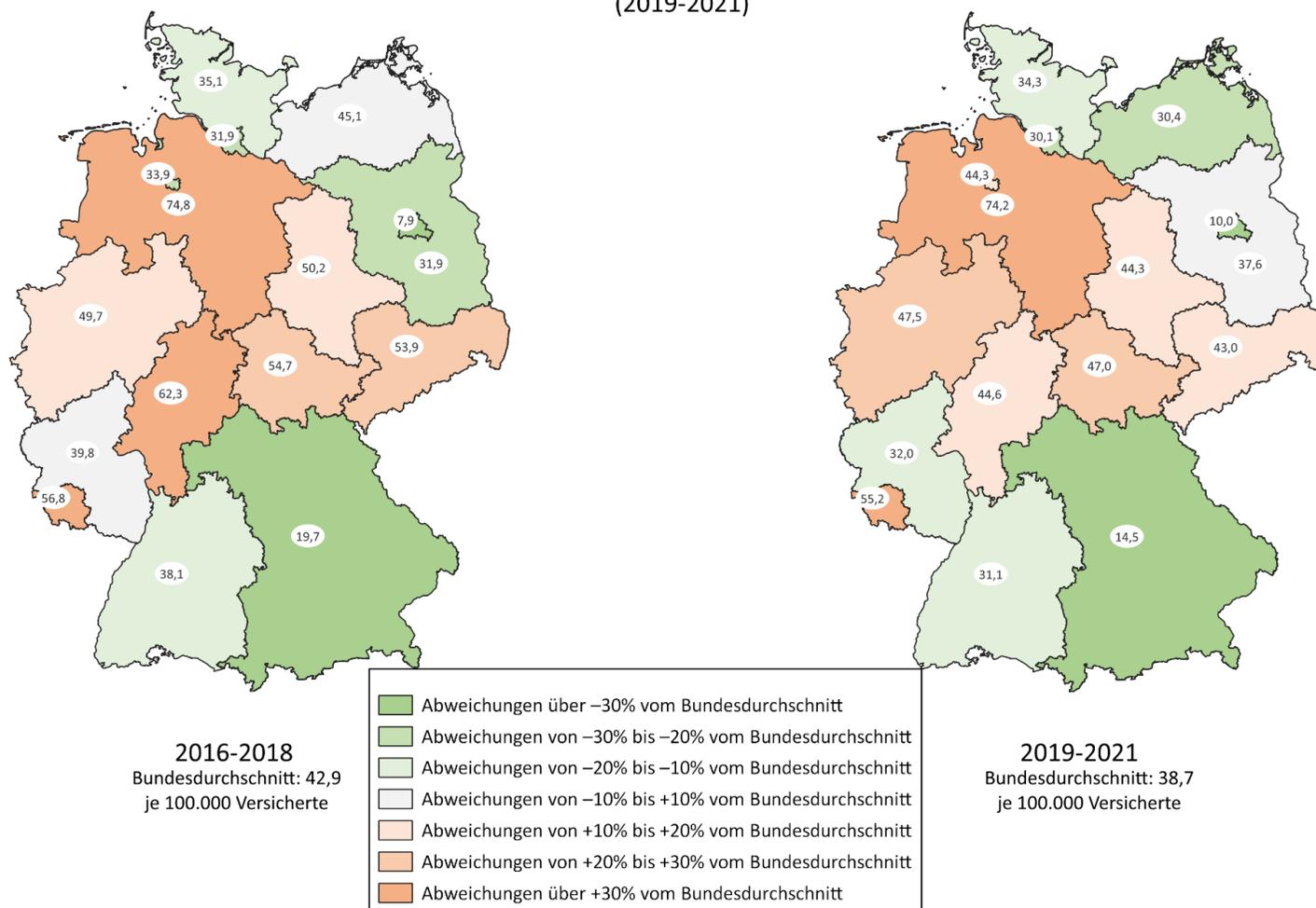


Abbildung 8-76: Kartographische Darstellungen der durchschnittlichen Eingriffshäufigkeiten von HE und deren Abweichung vom Bundesdurchschnitt je 100.000 Versicherte auf Bundeslandebene vor Einführung der Zm-RL und nach Einführung der Zm-RL

Im nächsten Schritt werden die regionalen Variationen auf Bundeslandebene pro Jahr sowie vor und nach der Einführung der Zm-RL mittels des CV aufgezeigt (s. Tabelle 8-42). Der Vergleich vor und nach der Einführung der Zm-RL dient der Bewertung der Hypothese.

Tabelle 8-42: CV nach Jahr sowie vor und nach der Einführung der Zm-RL

Jahr		2017	2018	vor Zm-RL	2019	2020	2021	nach Zm-RL
CV	0,3312	0,4875	0,4668	0,5103	0,4368	0,3615	0,3639	0,4772

Der CV kann in Prozenten angegeben werden. Die regionale Variation nimmt von 2017 (48,8%) bis 2021 (36,4%) ab. Bei dem Vergleich vor Einführung der Zm-RL (51,0%) und nach der Einführung der Zm-RL (47,7%) sinkt der CV um 0,033, d.h. um 3,3 Prozentpunkte. Mit anderen Worten: Es gibt auf Basis dieser Zahlen keinen belastbaren Hinweis, dass regionale Versorgungsunterschiede auf Bundeslandebene mit Einführung der ZM-RL zurückgegangen sind.

Zusammenfassung Ergebnisse und Bewertung der Hypothese

Tabelle 8-43: Zusammenfassende Bewertung H6

H6 Die Zm-RL erwirkt eine Abnahme der regionalen Variation der Eingriffshäufigkeit en von HE.	Datenquelle	Ergebnis Gyn
	<p>Routinedatenanalyse</p> <p>Da die regionale Variation vor und nach der Einführung der Zm-RL (nahezu) gleichbleibend ist, kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Zm-RL eine regionale Variation erwirkt.</p>	<p>+/-</p> <p>Erhöhte Abnahme der regionalen Variation</p> <p>Leichte Abnahme der regionalen Variation</p> <p>Regionale Variation (nahezu) gleichbleibend</p> <p>Leichte Zunahme der regionalen Variation</p> <p>Erhöhte Zunahme der regionalen Variation</p>
	Gesamtbewertung	-

Zusammenfassend sprechen die Ergebnisse der einzelnen Datenerhebungen sowie die Ergebnisse einzelner Items bei der Indikation der HE gegen die Hypothese. Die Analyse der Routinedaten zeigt bei der regionalen Variation eine leichte Abnahme.

Limitation Routinedatenanalyse

Limitierend zu den Routinedatenanalyse lässt sich festhalten, dass eine Krankenkasse ausgeschlossen wurde. Grund hierfür ist, dass diese keine Personen mit ZM (Gruppe 3) über ihre Abrechnungsdaten identifizieren konnte, jedoch eine gleiche Datenbasis für die Hypothesenbewertung im Rahmen der Evaluation essenziell ist. Da die Routinedaten von den Krankenkassen bereitgestellt wurden, kann die Güte der Routinedaten nicht abschließend beurteilt werden. Die Routinedaten wurden zum Stand der Patientenbefragung erhoben. Da die Patientenbefragungen von Februar 2022 bis Mai 2023 erfolgten, kann eine für einen

Zeitpunkt gewählte Routinedatenerhebung nicht gewährleistet werden. Außerdem kann nicht abschließend beurteilt werden, ob die Patient*innen sich zu einem späteren Zeitpunkt einen Eingriff unterzogen haben oder werden, sodass diese in eine andere Gruppe übertreten würden.

Zur Bereinigung der absoluten Eingriffe wurde der Stand der Versicherten zu dem Zeitpunkt der Erhebung der quantitativen Patientenbefragung verwendet. Da sich die Versichertenzahl über die Jahre jedoch verändert, kann es so zu einer Verzerrung der bereinigten Eingriffshäufigkeiten gekommen sein.

8.2.2.4 U16: Evidenzbasierte Leitlinieninhalte werden bei der für die Indikationsstellung und der finalen OP-Empfehlung berücksichtigt.

Datenquelle: quantitative Ärztebefragung

Ergebnisse der quantitative Ärztebefragung:

Ergebnisse zu Item:

„Bitte schätzen Sie die Relevanz der folgenden Aspekte bei der Indikationsstellung ein (Antwortoptionen: sehr relevant, relevant, weniger relevant, gar nicht relevant, keine Angabe).“

- *Die Berücksichtigung von Leitlinien*
- *Die Berücksichtigung des Patientenwunsches*
- *Die Berücksichtigung von individuellen Lebensumständen der Patientinnen und Patienten*
- *Die Berücksichtigung Ihrer medizinisch-fachlichen Ausbildung*
- *Die Berücksichtigung Ihrer Berufserfahrung*

Indikation: HE

Bei den Gynäkolog*innen gaben 42% (n=107) an, dass die Berücksichtigung von Leitlinien sehr relevant und 48% (n=118) meinten, dass die Berücksichtigung relevant ist. 8% (n=21) der Ärzt*innen gaben an, dass Leitlinien weniger relevant und 4% (n=1) gar nicht relevant wären. Die nachstehende Abbildung 8-77 illustriert die detaillierten Ergebnisse.

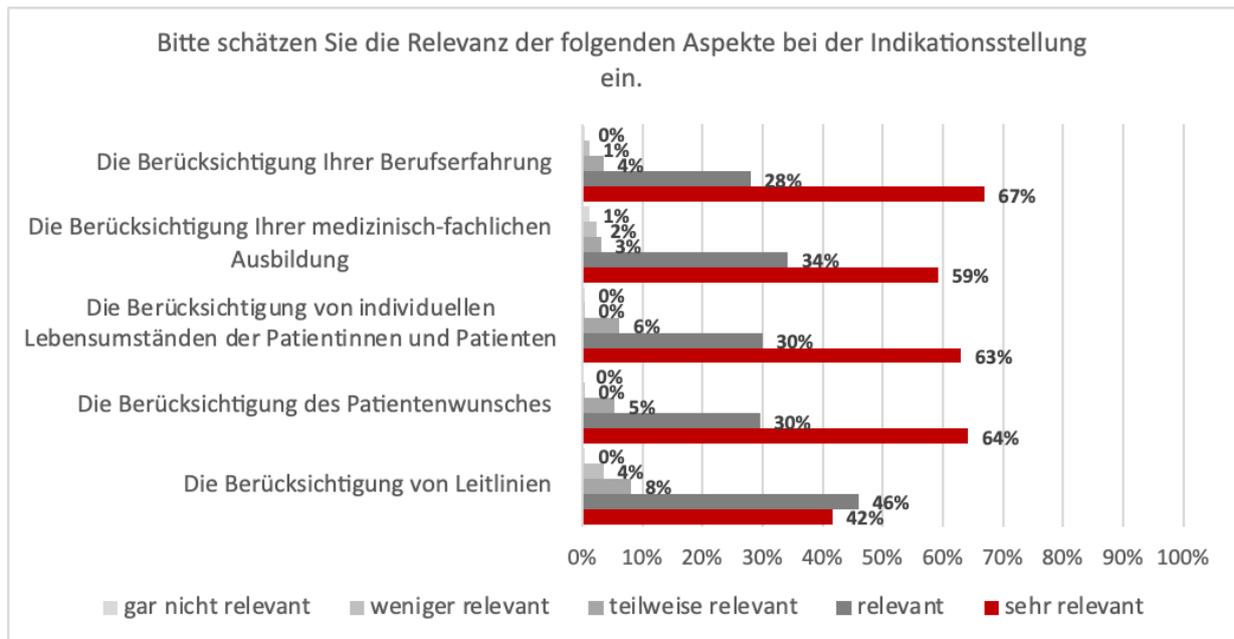


Abbildung 8-77: Relevanz der Aspekte bei der Indikationsstellung (Gynäkolog*innen; n=257)

Indikationen: TT & TE

Bei den HNO-Ärzt*innen gaben 52% (n=81) an, dass die Berücksichtigung von Leitlinien sehr relevant und 32% (59) meinten, dass die Berücksichtigung relevant ist. 7% (11) der Ärzt*innen gaben an, dass Leitlinien weniger relevant sind. Die nachstehende Abbildung 8-78 illustriert die detaillierten Ergebnisse.

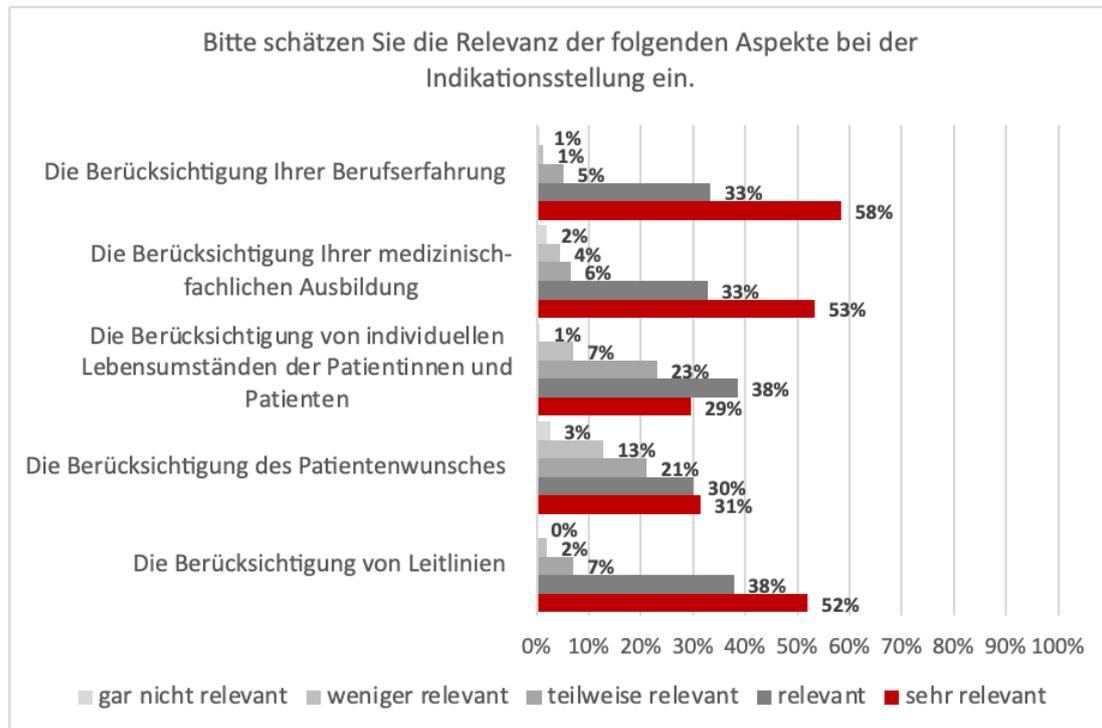


Abbildung 8-78: Relevanz der Aspekte bei der Indikationsstellung (HNO-Ärzt*innen; n=156)

Zusammenfassung Ergebnisse und Bewertung der Hypothese

Tabelle 8-44: Zusammenfassende Bewertung U16

U16: Evidenzbasierte Leitlinieninhalte werden bei der für die Indikationsstellung und der finalen OP-Empfehlung berücksichtigt.	Datenquelle	Ergebnis HE	Ergebnis TT/TE
	Quantitative Ärztebefragung 90% der Gynäkolog*innen gaben an, dass Leitlinien bei der Indikationsstellung relevant oder sehr relevant sind. 84% der HNO-Ärzt*innen gaben an, dass Leitlinien bei der Indikationsstellung relevant oder sehr relevant sind.	+ evidenzbasierte Leitlinieninhalte bei der Indikationsstellung berücksichtigt	+ evidenzbasierte Leitlinieninhalte bei der Indikationsstellung berücksichtigt
		evidenzbasierte Leitlinieninhalte bei der Indikationsstellung nicht berücksichtigt	evidenzbasierte Leitlinieninhalte bei der Indikationsstellung nicht berücksichtigt
	Gesamtbewertung	Hypothese bestätigt	Hypothese bestätigt

Zusammenfassend sprechen die Ergebnisse der Datenerhebung bei allen Indikationen für die Hypothese. Ärzt*innen berücksichtigen bei der Indikationsstellung evidenzbasierte Leitlinieninhalte.

Limitationen quantitative Ärztebefragung:

Bei der Fragebogenerhebungen könnte es zu Missverständnissen oder Fehlinterpretationen von Fragen gekommen sein, sodass das Antwortverhalten, trotz intensiver Pilotierung des Fragebogens auf Verständlichkeit, nicht uneingeschränkt verlässlich ist. Darüber hinaus könnte das Antwortverhalten der Ärzt*innen auf das Phänomen der sozialen Erwünschtheit zurückzuführen sein.

8.2.3 Spezifisches Evaluationsziel C: Verantwortungsbereiche und Inanspruchnahme von Leistungserbringern Bewertung der Ergebnisse

8.2.3.1 U17: Die Zm-RL führt dazu, dass Eingriffe zeitlich verzögert durchgeführt werden.

Datenquellen: quantitative Patientenbefragung, qualitative Patientenbefragung

Ergebnisse der quantitativen Patientenbefragung

Ergebnisse zu Item 1 – Operationalisierung aus:

„Wann wurde (bei HE und TT/TE Erwachsene: Ihnen) die operative Entfernung der Gebärmutter bzw. (Teil-) Entfernung der Mandeln durch Ihren erstbehandelnden Arzt oder Ärztin (Facharzt oder Fachärztin für Frauenheilkunde bzw. für HNO, bei Erziehungsberechtigten ergänzend: Kinder- und Jugendmedizin) empfohlen?“

- *Angabe Monat und Jahr*

„Wann wurde die Operation durchgeführt?“

- *Angabe Monat und Jahr*

Um die Hypothese überprüfen zu können, wurden Fälle miteinbezogen, die die Monatsangabe und Jahresangabe für die Empfehlung des Eingriffs sowie die Monatsangabe und Jahresangabe des Eingriffs angegeben haben.

Um den zeitlichen Abstand von dem Gespräch für die Empfehlung der Operation und der durchgeführten Operation zu berechnen, wurde folgende Formel angewendet:

Zeitlicher Abstand pro Fall = (Jahr OP x 12 + Monat OP) - (Jahr Empfehlung OP x 12 + Monat Empfehlung OP)

Wenn das Datum und Jahr für das Gespräch für die Empfehlung der OP und der OP gleich waren, wurde der Wert 0,5 (statt 0) verwendet.

Von dieser Variable wurde zum einen der Mittelwert von den Personen mit ZM und zum anderen der Mittelwert von den Personen ohne ZM errechnet. Die Differenzierung ZM ja/nein erfolgt über die Selbstangabe, da aufgrund der geringen Gruppengröße der Personen mit einer ZM in den vorgegebenen Gruppen kein Gruppenvergleich möglich gewesen wäre.

Indikation: HE

Bei Personen mit einer ZM beträgt die durchschnittliche zeitliche Differenz zwischen dem Gespräch für die Empfehlung einer zweiten ärztlichen Meinung und der durchgeführten Operation 3,89 Monate (n=76). Bei Personen, die keine ZM in Anspruch genommen haben, beträgt die durchschnittliche zeitliche Differenz 3,65 Monate (n=186). D. h. Personen ohne ZM haben im Durchschnitt 0,24 Monate (7,3 Tage) eher eine Operation durchführen lassen. Insgesamt wurden 75 Personen ausgeschlossen.

Indikationen: TT & TE

Bei Personen mit einer ZM beträgt die durchschnittliche zeitliche Differenz zwischen dem Gespräch für die Empfehlung einer zweiten ärztlichen Meinung und der durchgeführten Operation 3,2 Monate (n=54). Bei Personen, die keine Zweitmeinung in Anspruch genommen haben, beträgt die durchschnittliche zeitliche Differenz 2,8 Monate (n=133). D. h. Personen ohne ZM haben im Durchschnitt 0,4 Monate (12,1 Tage) eher eine Operation durchführen lassen. Insgesamt wurden 103 Personen ausgeschlossen.

Ergebnisse zu Item 2: Unterschiedsanalyse

Variablen:

- *ZM ja/nein (Eigenangabe)*
 - *zeitliche Distanz Monat/Jahr Empfehlung OP und Monat/Jahr OP*
(s. Variable oben)

Zur Berechnung der statistischen Signifikanz wurde der Mann-Whitney-U-Test verwendet.

Indikation: HE

Zwischen den Variablen Inanspruchnahme einer ZM und dem zeitlichen Abstand Gespräch Empfehlung OP/ Monat/Jahr OP besteht keine statistische Signifikanz, exakter Mann-Whitney-U-Test: $U = 6292,500$, $p = 0.159$, d. h., dass es keine Unterschiede bezüglich der zentralen Tendenzen der Gruppen gibt.

Indikationen: TT & TE

Zwischen den Variablen Inanspruchnahme einer ZM und dem zeitlichen Abstand Gespräch Empfehlung OP/ Monat/Jahr OP besteht eine statistische Signifikanz, exakter Mann-Whitney-U-Test: $U = 3098,500$, $p = 0.008$ d. h., dass es Unterschiede bezüglich der zentralen Tendenzen

der Gruppen gibt. Personen, die eine ZM in Anspruch nehmen sind zeitlich mehr verzögert (Median=3,0 Monate) als Personen, die keine ZM in Anspruch nehmen (Median=2,0 Monate).

Ergebnisse der qualitativen Patientenbefragung

Indikationen: HE, TT & TE

In den Interviews fanden sich initial keine Hinweise darauf, dass die Zm-RL dazu führt, dass Eingriffe zeitlich verzögert durchgeführt werden. Aufgrund der Tatsache, dass die Einholung einer ZM mit einem zeitlichen Aufwand verbunden ist, bspw. bis man einen Termin bei einem ZMer erhalten hat, kann davon ausgegangen werden, dass es zu leichten zeitlichen Verzögerungen bis zum tatsächlichen Eingriff kommt, wobei nicht konkretisiert werden kann, ob sich ein anschließender Eingriffstermin im Gegensatz zur Nichtinanspruchnahme einer ZM verzögert.

“I: Und, na haben Sie dann bei der zweitmeinenden Ärztin relativ schnell einen Termin bekommen oder hat das schon gedauert?”

TN: Also es hat ein bisschen gedauert, aber es ging trotzdem eigentlich relativ- also ein, zwei Monate würde ich jetzt vielleicht sagen.” (P11_TE_ZM, Pos. 137-138)

Zusammenfassung Ergebnisse und Bewertung der Hypothese

Tabelle 8-45: Zusammenfassende Bewertung U17

U17: Die Zm-RL führt dazu, dass Eingriffe zeitlich verzögert durchgeführt werden.	Datenquelle	Ergebnis HE	Ergebnis TT/TE
	Quantitative Patientenbefragung – Item 1	-	-
	Bei der Indikation HE beträgt der zeitliche Abstand zwischen Personen mit ZM und Personen ohne ZM 0,24 Monate.	Keine Verzögerung leichte Verzögerung	Keine Verzögerung leichte Verzögerung
	Bei den Indikationen TT/TE beträgt der zeitliche Abstand zwischen Personen mit ZM und Personen ohne ZM 0,4 Monate.	mittlere Verzögerung erhöhte Verzögerung stark erhöhte Verzögerung	mittlere Verzögerung erhöhte Verzögerung stark erhöhte Verzögerung

	Es kommt bei allen Indikationen zu einer leichten Verzögerung.		
	Quantitative Patientenbefragung – Item 2 Es liegt für die Indikation HE keine statistische Signifikanz vor ($p = 0.159$). Es liegt für die Indikationen TT/TE eine statistische Signifikanz vor ($p = 0.008$).	-	+
	Qualitative Patientenbefragung Die Interviews liefern keine konkreten Hinweise zu dieser Fragestellung.	∅	∅
	Gesamtbewertung	Hypothese widerlegt	Hypothese widerlegt

Zusammenfassend sprechen die Ergebnisse der einzelnen Datenerhebungen sowie die Ergebnisse einzelner Items bei allen Indikationen gegen die Hypothese. Bei beiden Indikationen kommt es nach dem Bewertungsschema bei dem ersten Item zu keiner zeitlichen Verzögerung der Eingriffe, da diese 0,24 bzw. 0,4 Monate beträgt. Wird getestet, ob es statisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen (ZM ja/nein) und der zeitlichen Distanz gibt, ergibt sich bei der TT/TE ein statistisch signifikanter Wert. Da nach dem Bewertungsschema eine positive und eine negative Bewertung zur Widerlegung der Hypothese führt, wird die Hypothese TT/TE widerlegt. Zudem können die Ergebnisse der qualitativen Patientenbefragung zur Beurteilung nicht herangezogen werden.

Limitationen der quantitativen Patientenbefragung

Limitierend ist hier zu erwähnen, dass die Gruppeneinteilung mittels der Selbstangabe ZM ja/nein erfolgte. Es kann also nicht abschließend festgestellt werden, ob es sich um eine ZM nach Zm-RL handelte oder um eine informelle ZM und welchen Einfluss die Zm-RL konkret hatte. Dafür hätte eine Einteilung nach den Originalgruppen erfolgen müssen, was aufgrund

der ungleichen Verteilung zu keinen aussagekräftigen Ergebnissen geführt hätte. Auch spielt der Recall-Bias eine Rolle, d. h. Patient*innen können sich ggf. nicht an den konkreten Monat oder das Jahr erinnern, was wiederum Einfluss auf die Ergebnisse hat. Um die zeitliche Verzögerung zu berechnen, wurden nur Fälle eingeschlossen, die eine vollständige Monats- und Jahresangabe getätigt haben. Fälle, die eine unvollständige Angabe gemacht haben, wurden demnach ausgeschlossen (HE n=74, TT/TE n=84). Diese Fälle hätten jedoch zu anderen expliziteren Ergebnissen führen können. Um eine konkrete zeitliche Distanz berechnen zu können, hätte man das Datum der Empfehlung für den Eingriff und das Datum der OP benötigt. Andere Ereignisse (z. B. Coronapandemie, persönliche Ereignisse) können zudem einen zeitlichen Einfluss haben, die in die Bewertung nicht mit eingeflossen sind.

In der Natur von Fragebogenerhebung liegt die fehlende Kontrolle der Befragungssituation, sodass nicht nachvollziehbar ist, unter welchen Bedingungen die Patient*innen an der Fragebogenerhebung teilgenommen haben und, ob sie alle Fragen so verstanden haben, wie sie intendiert waren. Bei der Fragebogenerhebungen könnte es zu Missverständnissen oder Fehlinterpretationen von Fragen kommen, sodass das Antwortverhalten, trotz intensiver Pilotierung des Fragebogens auf Verständlichkeit, nicht uneingeschränkt verlässlich ist.

Limitationen qualitative Patientenbefragung:

Es ist nicht auszuschließen, dass die Teilnehmenden in den Interviews aufgrund einer sozialen Erwünschtheit geantwortet haben. Personen könnten somit dazu tendiert haben, nicht die für sie zutreffende Antwort zu geben, sondern diejenige, die sie als sozial gebilligt oder erwünscht empfinden. Darüber hinaus ist die Gruppe der Interviewteilnehmenden klein. Ergebnisse sind demnach nicht repräsentativ, sondern detaillieren einen Einblick in die Versorgungsrealität und kontextualisieren die quantitativen Ergebnisse.

8.2.3.2 U18: Die Zm-RL führt dazu, dass sich Patient*innen mit ihrer Entscheidung sicher fühlen

Datenquelle: qualitative Patientenbefragung

Ergebnisse der qualitativen Patientenbefragung

Indikation: HE

Während des Zweitmeinungsgesprächs wurden bei allen teilnehmenden Patient*innen mit einer HE (n= 3) die Informationsbedarfe erfüllt, sodass eine informierte Entscheidung getroffen werden konnte.

“I: Hätten Sie sich denn noch andere Informationen gewünscht von ihm [ZMer] und wenn ja, welche?

TN: Nee, eigentlich hat er mich wirklich ja bestätigt. Also ich wollte ja wirklich auch nur nochmal eine Bestätigung, dass so ja sich irgendwie mein Gefühl richtig angefühlt hat. Und nee, von daher war ich wirklich zufrieden mit dem, was er mir gesagt hat. Und habe da jetzt nichts vermisst.” (P8_HE_ZM, Pos. 45”)

“Ich glaube, so ein paar kleine Fragen hatte ich noch. Die hat er mir dann aber auch umfangreich und vernünftig erklärt. Wenn ich da mehr Fragen gehabt hätte, hätte er mir da auch noch weiter Rede und Auskunft gestanden. Also ich persönlich brauchte da keine mehr Informationen.” (P10_HE_ZM, Pos. 85)

Indikationen: TT & TE

Während des Zweitmeinungsgesprächs wurden die teilnehmenden Patient*innen mit einer TT oder TE (n=3) über alternative Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt, sodass eine informierte Entscheidung getroffen werden konnte.

“Also das hat sie auf jeden Fall gemacht [Aufklärung über Behandlungsalternativen]. Also sie hat mir ja wirklich erstmal die pflanzliche Schiene aufgezeigt, hat mir dort Empfehlungen gegeben, was ich für mich erstmal tun kann, was ich nehmen kann, wenn es doch der gefühlte, akute Fall eintritt. Alles halt auf pflanzlicher Basis, also da habe ich mich schon gut beraten gefühlt.” (P11_TE_ZM, Pos. 140)

In einem Interview konnte das Informationsbedürfnis nach Behandlungsalternativen identifiziert werden.

“I: Okay. Und welche Informationen hätten Sie sich noch vom ihm gewünscht?

TN: Ja, vielleicht wie man es vielleicht doch machen kann [die OP durchführen], auch wenn es nicht fünf bis sechsmal. Oder die Alternativen, wenn Sie sagen, da gibt es Alternativen, dann natürlich die Alternativen. Dass er mir das sagt, was man da machen kann.” (P9_TT_ZM, Pos. 42-43)

Zusammenfassung Ergebnisse und Bewertung der Hypothese

Tabelle 8-46: Zusammenfassende Bewertung U18

	Datenquelle	Ergebnis HE	Ergebnis TT/TE
U18: Die Zm-RL führt dazu, dass sich Patient*innen mit ihrer Entscheidung sicher fühlen.	<p>Qualitative Patientenbefragung</p> <p>HE</p> <p>Sofern Patient*innen eine ZM in Anspruch genommen haben, berichten sie davon, dass sie hinsichtlich der Behandlung ihrer Erkrankungen gut informiert und aufgeklärt wurden.</p> <p>TT/TE</p> <p>Sofern Patient*innen eine ZM in Anspruch genommen haben, berichten sie davon, dass sie hinsichtlich der Behandlung ihrer Erkrankungen gut informiert und aufgeklärt wurden. In einem Interview konnte das Informationsbedürfnis nach Behandlungsalternativen identifiziert werden.</p>	+	(+)

	Gesamtbewertung	Hypothese bestätigt	Hypothese bestätigt
--	------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Zusammenfassend sprechen die Ergebnisse der einzelnen Datenerhebungen sowie die Ergebnisse einzelner Items bei allen Indikationen für die Hypothese.

Limitation qualitative Patientenbefragung:

Es ist nicht auszuschließen, dass die Teilnehmenden in den Interviews aufgrund einer sozialen Erwünschtheit geantwortet haben. Personen könnten somit dazu tendiert haben, nicht die für sie zutreffende Antwort zu geben, sondern diejenige, die sie als sozial gebilligt oder erwünscht empfinden. Darüber hinaus ist die Gruppe der Interviewteilnehmenden klein. Ergebnisse sind demnach nicht repräsentativ, sondern detaillieren einen Einblick in die Versorgungsrealität und kontextualisieren die quantitativen Ergebnisse.

8.2.3.3 U19: Die Zm-RL führt dazu, dass vermehrt Drittmeinungen eingeholt werden

Datenquellen: quantitative Patientenbefragung, qualitative Patientenbefragung

Quantitative Patientenbefragung

Ergebnisse zu Item (Referenzfragebogen HE):

„Haben Sie nach der zweiten ärztlichen Meinung zur Entfernung der Gebärmutter bzw. (Teil-) Entfernung der Mandeln eine dritte ärztliche Meinung in Anspruch genommen?“

- *Ja*
- *Nein*

Indikation: HE

12,4% (n=13) der Patient*innen mit der Indikation HE, welche eine ZM in Anspruch genommen haben, haben sich zusätzlich eine dritte ärztliche Meinung eingeholt, der Großteil der befragten Patient*innen (87,6%, n= 92) haben sich keine Drittmeinung eingeholt.

Indikationen: TT & TE

6,6% (n=5) der Patient*innen mit den Indikationen TT/TE, welche eine ZM in Anspruch genommen haben, haben sich zusätzlich eine dritte ärztliche Meinung eingeholt, der Großteil der befragten Patient*innen (93,4%, n= 71) haben sich keine Drittmeinung eingeholt. Vier Personen haben keine Antwort getätigt, eine Person eine ungültige Antwort.

Ergebnisse der qualitativen Patientenbefragung

Indikationen: HE, TT & TE

In den Interviews ließen sich keine Hinweise finden, dass aufgrund der Zm-RL vermehrt Drittmeinungen eingeholt werden. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass es Patient*innen gibt, die sich einen Eingriff wünschen, der oder die behandelnde Ärzt*in einen Eingriff allerdings ablehnen. Oftmals suchen diese Patient*innen solange nach einem Arzt oder einer Ärzt*in, der/ die den Eingriff empfehlen. Dieses Vorgehen ist unabhängig von der Zm-RL zu beobachten.

Bewertung

Tabelle 8-47: Zusammenfassende Bewertung U19

U19: Die Zm-RL führt dazu, dass vermehrt Drittmeinungen eingeholt werden.	Datenquelle	Ergebnis HE	ErgebnisTT/TE
	<p>Quantitative Patientenbefragung</p> <p>Item HE</p> <p>12,4% der Patient*innen mit der Indikation HE haben angegeben eine Drittmeinung in Anspruch genommen zu haben.</p> <p>Item TT/TE</p> <p>6,6% der Patient*innen mit der Indikation TT/TE haben angegeben eine Drittmeinung in Anspruch genommen zu haben.</p>	<p>-</p> <p>(nahezu) vollumfänglich</p> <p>vermehrt</p> <p>moderat</p> <p>wenig</p> <p>sehr wenig</p>	<p>-</p> <p>(nahezu) vollumfänglich</p> <p>vermehrt</p> <p>moderat</p> <p>wenig</p> <p>sehr wenig</p>
	<p>Qualitative Patientenbefragung</p>	<p>∅</p>	<p>∅</p>

	<p>Die Einholung von Drittmeinungen bei den Indikationen HE sowie TT und TE ist im Versorgungsalltag beobachtbar. Ein Zusammenhang der Einholung von Drittmeinungen mit der RL ist nicht zu vermuten. Die Datenquelle wird nicht in die Bewertung der Hypothese einbezogen, weil die Ergebnisse nicht aussagekräftig sind.</p>		
	Gesamtbewertung	Hypothese widerlegt	Hypothese widerlegt

Zusammenfassend sprechen die Ergebnisse der einzelnen Datenerhebungen sowie die Ergebnisse einzelner Items bei allen Indikationen gegen die Hypothese. Die Ergebnisse der quantitativen Patientenbefragung zeigen eine seltene Inanspruchnahme der Drittmeinung. Die qualitative Patientenbefragung liefert keine Hinweise auf die vermehrte Einholung von Drittmeinungen im Zusammenhang mit der Zm-RL.

Limitation quantitative Patientebefragung:

Die Patient*innen mögen eine vielfältige Auffassung darüber gehabt haben, was eine dritte ärztliche Meinung bedeutet, was potenziell zu einer Über- oder Unterschätzung der Ergebnisse führen könnte.

8.2.3.4 U20: Richtlinienrelevante Informationen sind für Patient*innen leicht zugänglich

Datenquellen: quantitative Patientenbefragung, qualitative Patientenbefragung

Quantitative Patientenbefragung

Ergebnisse zu Item 1:

„Auf offiziellen Webseiten gibt es ausführlichere Informationen zum Zweitmeinungsverfahren. Haben Sie eine der beiden Webseiten während Ihres bzw. des Entscheidungsprozesses zur Gebärmutterentfernung bzw. (Teil-) Entfernung der Mandeln besucht?“

- **116117.de/zweitmeinung**
 - *Ja*
 - *Nein*

Indikation: HE

Der Großteil der Befragten (97,0%, n=292) mit der Indikation HE hat die Webseite 116117.de/zweitmeinung nicht besucht, 3% (n=9) hat diese Webseite in Anspruch genommen. 36 Personen haben keine Antwort getätigt.

Indikationen: TE & TT

Der Großteil der Befragten (97,8%, n=262) mit den Indikationen TT/TE hat die Webseite 116117.de/zweitmeinung nicht besucht, 2,2% (n=6) hat diese Webseite in Anspruch genommen. 22 Personen haben keine Antwort getätigt.

Ergebnisse zu Item 2:

„Auf offiziellen Webseiten gibt es ausführlichere Informationen zum Zweitmeinungsverfahren. Haben Sie eine der beiden Webseiten während Ihres bzw. des Entscheidungsprozesses zur Gebärmutterentfernung bzw. (Teil-) Entfernung der Mandeln besucht?“

- *gesundheitsinformation.de/zweitmeinung*
 - *Ja*
 - *Nein*

Indikation: HE

Der Großteil der Befragten (94,8%, n=275) mit der Indikation HE hat die Webseite gesundheitsinformation.de/zweitmeinung nicht besucht, 5,2% (n=15) hat diese Webseite in Anspruch genommen. 46 Personen haben keine Antwort getätigt, eine Person eine ungültige Angabe.

Indikationen: TT & TE

Der Großteil der Befragten (97,0%, n=255) mit den Indikationen TT/TE hat die Webseite gesundheitsinformation.de/zweitmeinung nicht besucht, 3,0% (n=8) hat diese Webseite in Anspruch genommen. 27 Personen haben keine Antwort getätigt.

Ergebnisse zu Item 3:

„Kreuzen Sie bitte eine der folgenden Möglichkeiten an, wie Sie auf den / die Arzt oder Ärztin, der / die Ihnen die ZM erteilt hat, aufmerksam gemacht wurden.“

- *Durch meine*n behandelnde*n Ärztin oder Arzt*
- *Persönliche Empfehlung durch Angehörige, Bekannte etc.*
- *Ich habe im Internet recherchiert*
- *Ich habe bei meiner Krankenkasse nachgefragt*
- *Sonstiges:*

Mehrfachangaben wurden zugelassen, um Informationsverluste zu minimieren.

Indikation: HE

53,9% (n=55) der Patient*innen mit der Indikation HE haben angegeben, dass sie durch den/die indikationsstellende/n Ärzt*in auf die ZM aufmerksam geworden sind, 46,1% (n=47) haben diese Antwortkategorie nicht gewählt. Die restlichen Antwortmöglichkeiten des Items sind in der Abbildung 8-79 dargestellt. 3 Personen haben keine Antwort getätigt.



Abbildung 8-79: Durch wen wurden Sie auf die ZM aufmerksam gemacht? (HE), n=102, valide Antwortmöglichkeiten

Indikationen: TT & TE

47,5% (n=38) der Patient*innen mit der Indikation HE haben angegeben, dass sie durch den/die indikationsstellende/n Ärzt*in auf die ZM aufmerksam geworden sind, 52,5% (n=42) haben diese Antwortkategorie nicht gewählt. Die restlichen Antwortmöglichkeiten des Items sind in der Abbildung 8-80 dargestellt. Eine Person hat keine Antwort getätigt.

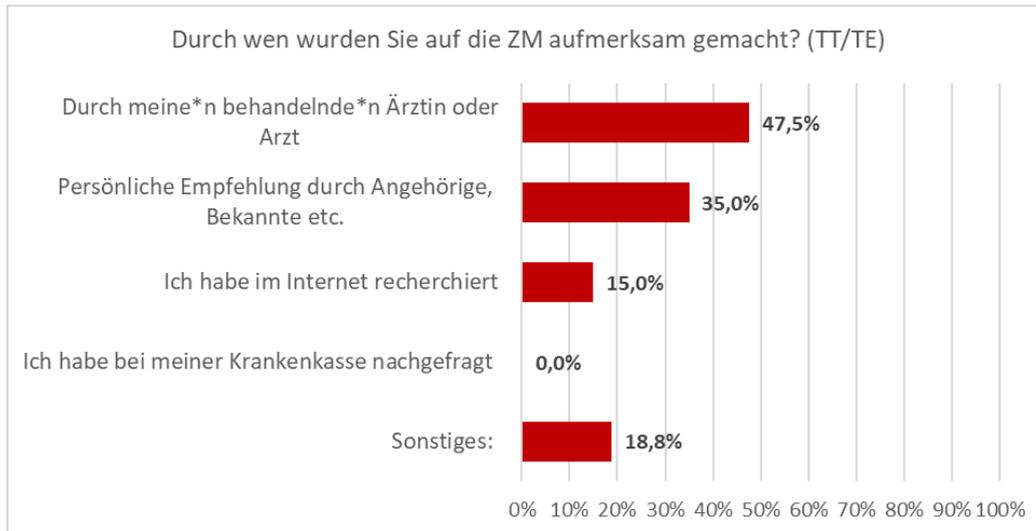


Abbildung 8-80: Durch wen wurden Sie auf die ZM aufmerksam gemacht? (TT/TE), n=80 valide Antwortmöglichkeiten

Ergebnisse der qualitativen Patientenbefragung

„Zugang zu Informationen bzgl. des Zweitmeinungsverfahrens“

- *Arztsuche (Zweitmeiner*in)*
- *Informationen im Aufklärungs- und Zweitmeinungsgespräch*
- *Nutzung und Bewertung von Informationsmaterialien*
- *Nutzung und Bewertung von Informationsquellen und -plattformen*

Indikation: HE

Alle Patient*innen (n=5) wurden auf kein weiterführendes Informationsmaterial (bspw. Entscheidungshilfen oder das Patientenmerkblatt) aufmerksam gemacht. Eine Aushändigung einer Liste mit Informationen zu ZMer erfolgte selten. Hinweise auf das Recht auf Inanspruchnahme einer ZM erfolgten ebenso selten. Und wenn Patient*innen dahingehend informiert wurden, dann erfolgte die Informationsvermittlung oftmals nicht so, wie es in der Zm-RL intendiert ist bzw. wurden die in der RL aufgeführten Aspekte nicht oder selten

vollumfänglich berücksichtigt. An die Nutzung von Informationsmaterialien (Patientenmerkblatt des G-BA & Entscheidungshilfen) konnten sich die meisten Patient*innen nicht erinnern. Die meisten Patient*innen informierten sich im Internet. Google und Wikipedia waren die am häufigsten genannten Webseiten, die von Patient*innen bei der Internetrecherche genutzt wurden. Die Webseiten gesundheitsinformationen.de oder 116117.de wurden von keinem/ keiner der befragten Patient*innen genutzt.

Indikationen: TT & TE

Die Patient*innen wurden selten auf weiterführendes Informationsmaterial (bspw. Entscheidungshilfen oder das Patientenmerkblatt) aufmerksam gemacht. Zwei Patient*innen auf das Patientenmerkblatt, ein/eine Patient*in auf Entscheidungshilfen. Eine Aushändigung einer Liste mit Informationen zu ZMer erfolgte selten. Hinweise auf das Recht auf Inanspruchnahme einer ZM erfolgten ebenso selten. Und wenn Patient*innen dahingehend informiert wurden, dann erfolgte die Informationsvermittlung oftmals nicht so, wie es in der Zm-RL intendiert ist bzw. wurden die in der RL aufgeführten Aspekte nicht oder selten vollumfänglich berücksichtigt. An die Nutzung von Informationsmaterialien (Patientenmerkblatt des G-BA & Entscheidungshilfen) konnten sich die meisten Patient*innen nicht erinnern. Eine Bewertung bspw. der Nutzung von Entscheidungshilfen erfolgte nur einmal. Die meisten Patient*innen informierten sich im Internet. Google und Wikipedia waren die am häufigsten genannten Webseiten, die von den Patient*innen bei der Internetrecherche genutzt wurden. Die Webseiten gesundheitsinformationen.de oder 116117.de wurden von keinem/ keiner der befragten Patient*innen genutzt. Die Informationsquelle der Ärzt*innen wurde als am zuverlässigsten bewertet.

Zusammenfassung Ergebnisse und Bewertung der Hypothese

Tabelle 8-48: Zusammenfassende Bewertung U20

U20:	Datenquelle	Ergebnis HE	Ergebnis TT/TE
Richtlinienrelevante Informationen sind für Patient*innen leicht zugänglich.	Quantitative Patientenbefragung – Item 1 Item HE Die Webseite <i>116117.de/zweitmeinung</i> wird von 97,0% der Befragten mit der	- (nahezu) vollumfänglich besucht	- (nahezu) vollumfänglich besucht

	<p>Indikation HE nicht besucht und von 3,0% besucht.</p> <p>Item TT/TE</p> <p>Die Webseite 116117.de/zweitmeinung wird von 97,8% der Befragten mit den Indikationen TT/TE nicht besucht und von 2,2% besucht.</p>	<p>In einem guten Ausmaß besucht</p> <p>In einem noch ausreichenden Ausmaß besucht</p> <p>In einem nicht ausreichenden Ausmaß besucht</p> <p>kaum besucht</p>	<p>In einem guten Ausmaß besucht</p> <p>In einem noch ausreichenden Ausmaß besucht</p> <p>In einem nicht ausreichenden Ausmaß besucht</p> <p>kaum besucht</p>
	<p>Quantitative Patientenbefragung – Item 2</p> <p>Item HE</p> <p>Die Webseite Gesundheitsinformation.de/zweitmeinung wird von 94,8% der Befragten mit der Indikation HE nicht besucht und von 5,2% besucht.</p> <p>Item TT/TE</p> <p>Die Webseite Gesundheitsinformation.de/zweitmeinung wird von 97,0% der Befragten mit der Indikation HE nicht besucht und von 3,0% besucht.</p>	<p>-</p> <p>(nahezu) vollumfänglich besucht</p> <p>In einem guten Ausmaß besucht</p> <p>In einem noch ausreichenden Ausmaß besucht</p> <p>In einem nicht ausreichenden Ausmaß besucht</p> <p>kaum besucht</p>	<p>-</p> <p>(nahezu) vollumfänglich besucht</p> <p>In einem guten Ausmaß besucht</p> <p>In einem noch ausreichenden Ausmaß besucht</p> <p>In einem nicht ausreichenden Ausmaß besucht</p> <p>kaum besucht</p>
	<p>Quantitative Patientenbefragung – Item 3</p> <p>Item HE</p>	<p>+/-</p> <p>Aufgabe (nahezu)</p>	<p>-</p> <p>Aufgabe (nahezu)</p>

	<p>Bei der Frage zu der Suche nach dem ZMer wurden 53,9% der Teilnehmenden mit der Indikation HE durch den/die behandelnde/n Ärzt*in auf den/die Zweitmeiner*in aufmerksam gemacht.</p> <p>Item TT/TE</p> <p>Bei der Frage zu der Suche nach dem ZMer wurden 47,5% der Teilnehmenden mit der Indikation TT/TE durch den/die behandelnde/n Ärzt*in auf den/die Zweitmeiner*in aufmerksam gemacht.</p>	<p>vollumfänglich erledigt</p> <p>Aufgabe in gutem Ausmaß erledigt</p> <p>Aufgabe in noch ausreichende n Ausmaß erledigt</p> <p>Aufgabe in nicht ausreichenden Ausmaß erledigt</p> <p>Aufgabe kaum erledigt</p>	<p>vollumfänglich erledigt</p> <p>Aufgabe in gutem Ausmaß erledigt</p> <p>Aufgabe in noch ausreichenden Ausmaß erledigt</p> <p>Aufgabe in nicht ausreichenden Ausmaß erledigt</p> <p>Aufgabe kaum erledigt</p>
	<p>Qualitative Patientenbefragung</p> <p>HE</p> <p>Ärzt*innen teilten kein weiterführendes Informationsmaterial (bspw. Entscheidungshilfen oder das Patientenmerkblatt) aus. Die Webseiten, die in dem Patientenmerkblatt thematisiert wurden, waren nicht bekannt und wurden von den Befragten nicht genutzt.</p> <p>TT/TE</p> <p>Ärzt*innen teilten selten weiterführendes Informationsmaterial</p>	<p>-</p>	<p>(-)</p>

	(bspw. Entscheidungshilfen oder das Patientenmerkblatt) aus. Die Webseiten, die in dem Patientenmerkblatt thematisiert wurden, waren nicht bekannt und wurden von den Befragten nicht genutzt.		
	Gesamtbewertung	Hypothese widerlegt	Hypothese widerlegt

Zusammenfassend sprechen die Ergebnisse der einzelnen Datenerhebungen sowie die Ergebnisse einzelner Items bei allen Indikationen gegen die Hypothese. Weder die Webseite 116117.de/zweitmeinung noch die Webseite gesundheitsinformationen.de/zweitmeinung werden von den Patient*innen bei allen Indikationen regelhaft genutzt. Zusätzlich werden die Patient*innen durch die indikationsstellenden Ärzt*innen selten auf die richtlinienrelevanten Informationen hingewiesen. Somit werden diese Informationen als nicht leicht zugänglich für die Patient*innen bewertet.

Limitationen quantitative Patientenbefragung:

Patient*innen können sich möglicherweise nicht an die Webseiten erinnern, weswegen das Ergebnis unterschätzt sein könnte. Zudem wurden bei Item 3 Mehrfachantworten zugelassen, obwohl nur eine Möglichkeit gewählt werden sollte, um so keinen Informationsverlust zu generieren. Somit kann nicht eindeutig identifiziert werden, durch wen sie zuerst auf die Möglichkeit einer ZM nach Zm-RL aufmerksam gemacht wurden. Dies kann jedoch auch kritisch betrachtet werden, da es nicht ausgeschlossen ist, dass der/die Patient*in über mehrere Kanäle darauf aufmerksam gemacht wurde.

In der Natur von Fragebogenerhebung liegt die fehlende Kontrolle der Befragungssituation, sodass nicht nachvollziehbar ist, unter welchen Bedingungen die Patient*innen an der Fragebogenerhebung teilgenommen haben und, ob sie alle Fragen so verstanden haben, wie sie intendiert waren. Bei der Fragebogenerhebungen könnte es zu Missverständnissen oder Fehlinterpretationen von Fragen kommen, sodass das Antwortverhalten, trotz intensiver Pilotierung des Fragebogens auf Verständlichkeit, nicht uneingeschränkt verlässlich ist.

Limitationen qualitative Patientenbefragung:

Es ist nicht auszuschließen, dass die Teilnehmenden in den Interviews aufgrund einer sozialen Erwünschtheit geantwortet haben. Personen könnten somit dazu tendiert haben, nicht die für sie zutreffende Antwort zu geben, sondern diejenige, die sie als sozial gebilligt oder erwünscht empfinden. Darüber hinaus ist die Gruppe der Interviewteilnehmenden klein. Ergebnisse sind demnach nicht repräsentativ, sondern detaillieren einen Einblick in die Versorgungsrealität und kontextualisieren die quantitativen Ergebnisse.

8.2.3.5 U21: Richtlinienrelevante Informationen sind von den an der Zm-RL beteiligten Stakeholdern inhaltlich abgestimmt

Datenquelle: Qualitative Stakeholderbefragung – Interviews und Kurzfragebogen

Ergebnisse der qualitativen Stakeholderbefragung - Interviews

Die Ergebnisse der qualitativen Stakeholderbefragung werden nicht indikationsspezifisch ausgewertet, weil es sich um nicht indikationsspezifische Inhalte handelt.

Krankenkassen, KVen und die KBV stellen Informationen zum gesetzlichen Zweitmeinungsverfahren auf ihrer Webseite zur Verfügung.

“Auf der Homepage informieren wir darüber, über das Recht der Zweitmeinung, das haben wir auch in Broschüren natürlich mit drinnen, also wir informieren da schon drüber.” (SH5 Krankenkasse, Pos. 41)

Krankenkassen verweisen auf ihrer Webseite unter anderem auf andere Informationsangebote im Internet bspw. auf die Webseite 116117.de:

“Wir haben es so gemacht, dass wir auf die 116117 verweisen. Und da findet man halt auch die Ärzte. Da gibt es ja die Abfrage, weil das, die Schwierigkeit ist natürlich auch, dass man eine aktuelle Datenbank immer wieder zur Verfügung stellen muss. Und das ist halt über die 116117 sichergestellt, und können wir ja selber nicht, weil dann gehen wieder Ärzte, kommen Ärzte dazu.” (SH4 Krankenkasse, Pos. 10)

Darüber hinaus können Kund*innen sich in Servicecentern der GKVen über die Zm-RL informieren.

“Ja, wir bieten das schon an, also über die Direktionen bei uns vor Ort, dass der Versicherte sich da erkundigen kann.” (SH5 Krankenkasse, Pos. 35)

Und auch die KVen verweisen auf weiterführende Informationen im Internet:

“I: Das heißt aber, Sie als KV stellen da keine Informationen, also, über die Zweitmeiner, zur Verfügung, wo die, wo man einen findet.

TN: Man verweist auf die Seite der KBV.” (SH3 KV, Qualitätsbeauftragte, Pos. 84-85)

Es zeigte sich in den Interviews, dass die Institutionen unterschiedliche Informationen und unterschiedliche Verlinkungen zu Informationsangeboten zur Verfügung stellen. Krankenkassen stellen Informationen für ihre Versicherten zur Verfügung und die KVen fokussieren bei der Informationsvermittlung die ärztliche Profession.

“I: Für wen sind denn die Informationen?”

TN: Das ist eher für die Ärzte. Ja.

I: Okay. Und wenn Patientinnen und Patienten auf Ihrer Seite sind, können die dann da auch aktiv einen Zweitmeiner suchen und finden?

TN: Da gibt es, glaube ich, extra nochmal eine Seite. Bei der Arztsuche ist das dann dabei [...]. Man verweist auf die Seite der KBV.” (SH3 KV, Qualitätsbeauftragte, Pos. 76)

Eine Abstimmung, welche Informationen konkret von den Stakeholdern zur Verfügung gestellt werden, konnte im Rahmen der Interviews nicht identifiziert werden bzw. es war den interviewten Partner*innen nicht bewusst, inwieweit eine Abstimmung erfolgt

“Im HNO-Bereich glaube ich nicht. Ich wüsste es aber nicht. Ich wüsste auch nicht mit wem. Nein, also HNO-Bereich, würde ich sagen, nein. Ich würde sagen, das hatten wir damals abgestimmt. Ja, das hatte ich mit dem KV-Vorstand damals abgestimmt, dass wir entsprechende Personen gesucht haben und die auch implementiert haben. Aber ich glaube, weiterführend/ Weil auch kein Bedarf besteht. Weil, wenn da niemand anfragt, warum soll die KV tätig werden?” (SH2 KV; Landesvorsitz HNO; HNO-Arzt, ZMer, Pos. 69)

“Das läuft sehr autonom alles. Das sind Silos, das sind quasi Informationssilos, wo jeder Akteur der G-BA selber, die Krankenkassen, die Krankenhausesellschaft, wir, die Patientenverbände eigenaktiv sind. Und hier gibt es keine Abstimmung, keine Gremien und kein gemeinsames Material.” (SH6 KBV, Pos. 45)

Perspektivisch ist ein einheitliches Vorgehen hinsichtlich des zur Verfügung Stellens von Informationen für Patient*innen geplant:

“Eigentlich haben wir das mit den KVen besprochen. Man kann auch auf der KV-Seite suchen typischerweise. Es ist aber über den G-BA besprochen, dass wir, weil der Patient das Recht hat, sich irgendeinen Zweitmeiner auszusuchen, eine bundesweite Suchfunktion zur Verfügung stellen über die 116117. Das heißt, etliche KVs verweisen direkt auf die 116117 wieder, wenn es um eine Zweitmeiner-Suche geht, weil wir das auch vereinheitlichen wollen. Das macht keinen Sinn, dass man da 27 verschiedene Suchwege anbietet. Sondern es ist wichtig, dass der Patient und der Arzt auch einfach genau weiß, da ist das. Und das ist so geregelt, wenn man über [116117.de/Zweitmeinung](https://www.116117.de/Zweitmeinung), also über einen sogenannten Deeplink sucht - der ist auch in den G-BA-Informationsmaterialien veröffentlicht - landet man direkt auf der Suchseite. Ja, das ist dann der Punkt.” (SH6 KBV, Pos. 53)

Es ist dabei aber zu beachten, dass es sich hier um möglicherweise um isolierte Perspektiven einzelner Stakeholder handelt, die eben nicht systematisch untereinander abgestimmt sein müssen (was für ihre intendierte Wirkung aber erforderlich wäre – s. dazu auch die folgenden Ergebnisse der fragebogenbasierten Kurzbefragung).

Ergebnisse der qualitativen Stakeholderbefragung - Kurzfragebogen

An dem schriftlichen Kurzbefragung (welcher für die Hypothesenüberprüfung relevant ist) haben zehn KVen und ein Landesverband der Krankenhausgesellschaft teilgenommen. Von diesen insgesamt elf Institutionen haben zwei KVen angegeben, die Inhalte zu den zur Verfügung stehenden ZMer mit Akteur*innen anderer Institutionen abzustimmen. Somit stimmen sich 18,2% (n=2) zu den zur Verfügung stehenden ZMer mit Akteur*innen anderer Institutionen ab, 81,8% (n=9) stimmen sich nicht ab (siehe Abbildung 8-81).

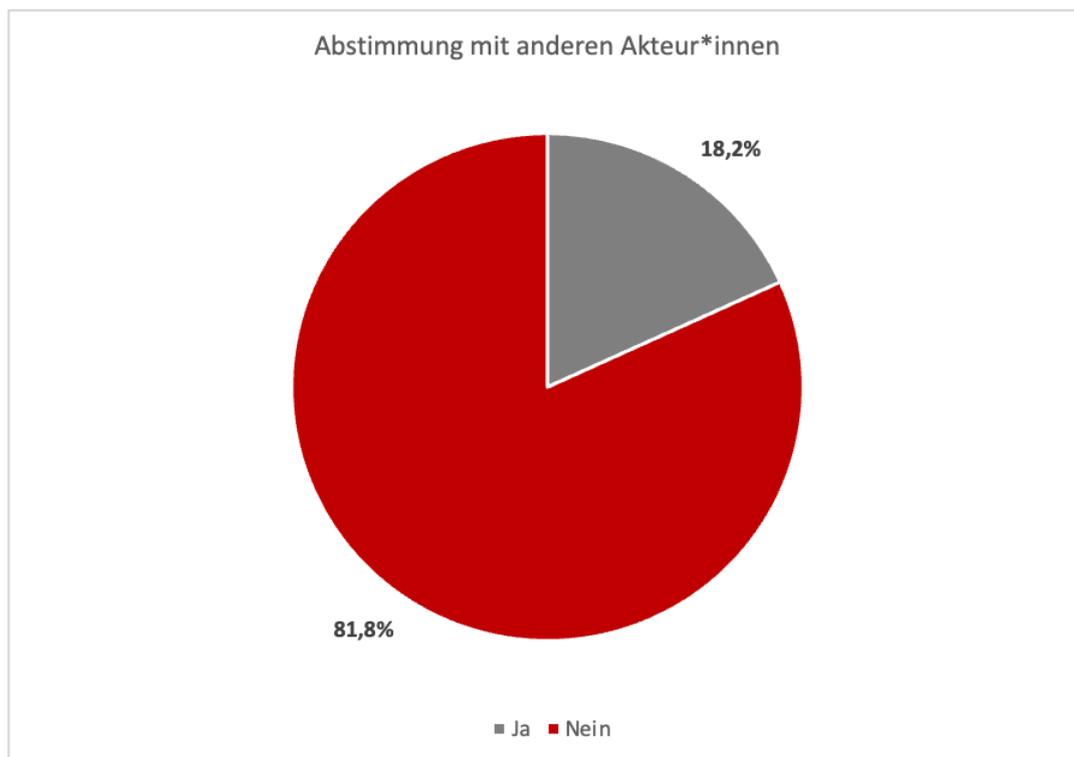


Abbildung 8-81: Abstimmungsverhalten der Institutionen hinsichtlich des zur Verfügung Stellens von Informationen zur Zm-RL; Angabe in %

Auf die Frage "Mit welchen Akteur*innen stimmen Sie sich zu den zur Verfügung stehenden ZMer ab?" wurden von den zwei zustimmenden Institutionen folgende Antworten gegeben:

- LÄKen wegen Weiterbildungsbefugnis, Universitäten / Fachhochschulen wegen Lehrbefugnis
- Ärzte

Überwiegend stellen die Stakeholder (KVen, Landesverband der Krankenhausgesellschaft) Ärzt*innen und Patient*innen Informationen über eine Webseite zur Verfügung. Weitere Arten der Informationsvermittlung sind der Abbildung 8-82 zu entnehmen.

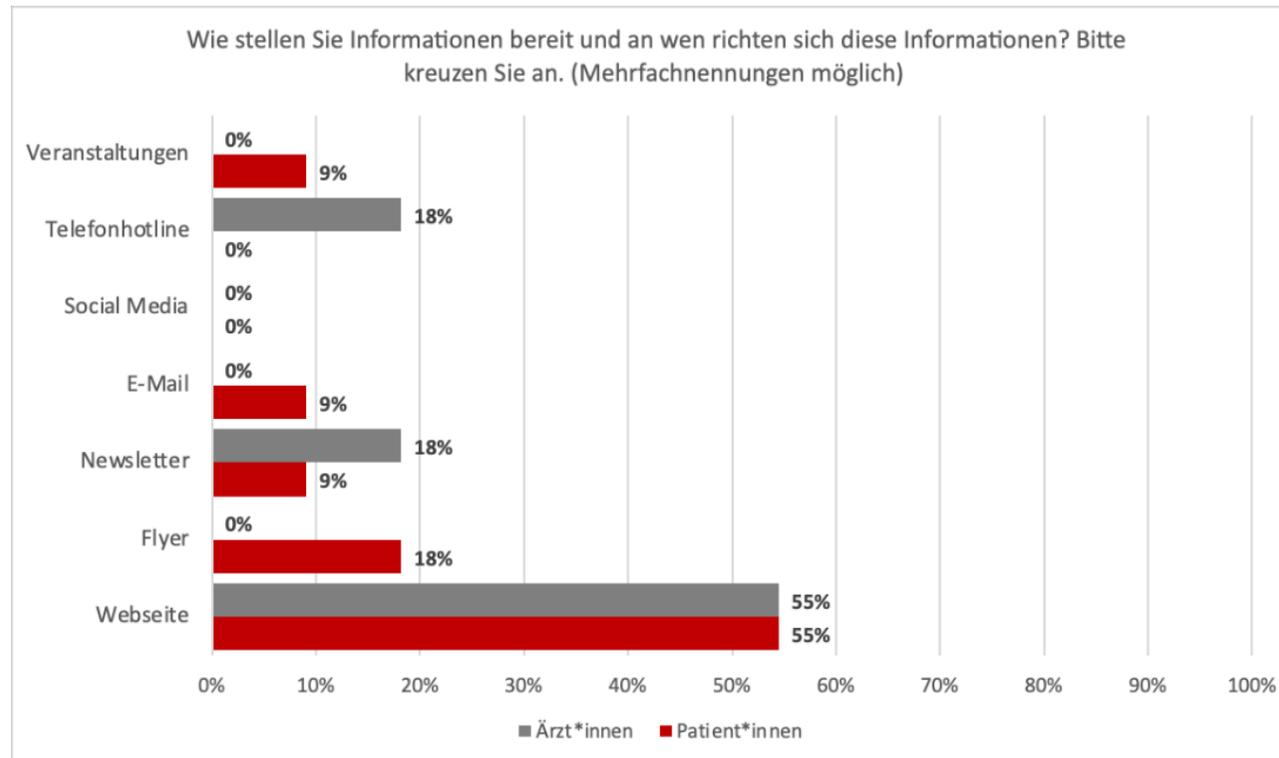


Abbildung 8-82: Häufigkeiten der Personengruppen, die über die Zm-RL über die entsprechenden Medien informiert werden; Mehrfachangabe möglich; n = 11

Am häufigsten werden allgemeine Informationen zum Zweitmeinungsverfahren vermittelt (63,6%). Daran schließen sich Informationen zu den Anforderungen zur Zulassung eines ZMer an (54,5%), gefolgt von der Nennung von Ansprechpartner*innen für Fragen zur Zm-RL (45,5%) und das Patientenmerkblatt des G-BA (45,5%). Alle weiteren Häufigkeiten sind der Abbildung 8-83 zu entnehmen.

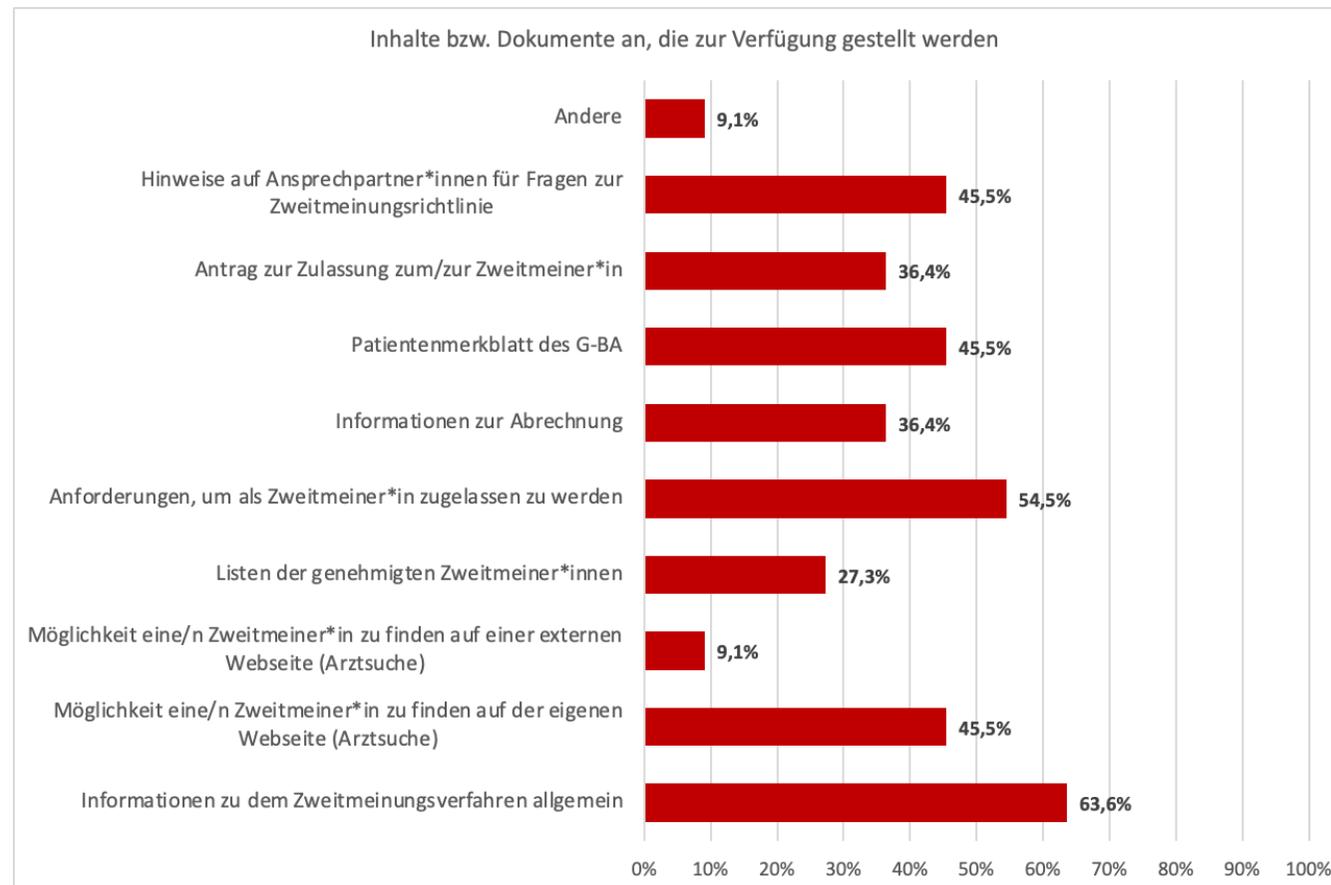


Abbildung 8-83: Häufigkeiten der Inhalte bzw. Dokumente, die zur Verfügung gestellt werden; n = 11, Mehrfachantworten möglich

Zusammenfassung Ergebnisse und Bewertung der Hypothese

Tabelle 8-49: Zusammenfassende Bewertung U21

U21:	Datenquelle	Ergebnis HE	Ergebnis TT/TE
Richtlinienrelevante Informationen sind von den an der Zm-RL beteiligten Stakeholdern inhaltlich abgestimmt.	Qualitative Stakeholderbefragung Eine Abstimmung der richtlinienrelevanten Stakeholder (n=3) wird mit Hilfe der Interviews nicht identifiziert.	-	-
	Stakeholderbefragung – Kurzfragebogen – Item 1 18,2% der Stakeholder, die an der Zm-RL beteiligt sind, stimmen sich mit Akteur*innen anderer Institutionen zu den zur Verfügung stehenden ZMer ab.	- Stimmen sich (nahezu) vollumfänglich ab Stimmen sich in gutem Ausmaß ab Stimmen sich in einem noch ausreichenden Ausmaß ab Stimmen sich in einem nicht ausreichenden Ausmaß ab Stimmen sich kaum ab	- Stimmen sich (nahezu) vollumfänglich ab Stimmen sich in gutem Ausmaß ab Stimmen sich in einem noch ausreichenden Ausmaß ab Stimmen sich in einem nicht ausreichenden Ausmaß ab Stimmen sich kaum ab
	Stakeholderbefragung – Kurzfragebogen – Item 2	-	-

	<p>Nach der Zm-RL müssen sich die KVen und die LKG (hier Landesverband der Krankenhausgesellschaft) über die zur Verfügung stehenden ZMer abstimmen. Es haben 18,2% der KVen angegeben, sich mit anderen Akteur*innen abzustimmen. In den Freitextmöglichkeiten sind jedoch keine Hinweise auf eine Abstimmung mit der Landeskrankenhausgesellschaft zu finden.</p>		
	Gesamtbewertung	Hypothese widerlegt	Hypothese widerlegt

Zusammenfassend sprechen die Ergebnisse der einzelnen Datenerhebungen sowie die Ergebnisse einzelner Items bei allen Indikationen klar gegen die Hypothese. Eine Abstimmung der Stakeholder ist auf Grundlage der erhobenen Daten nicht beobachtbar.

Limitationen qualitative Stakeholderbefragung - Interviews:

Aufgrund der kleinen Stichprobe konnte eine Verallgemeinerung nicht vollumfänglich erfolgen, außerdem hat keine LKG an einem Interview teilgenommen. Bei den Antworten könnten die Stakeholder (unbewusst) auch Bezug zu anderen von der Zm-RL erfassten Indikationen als HE und TT/TE genommen haben.

Limitationen qualitative Stakeholderbefragung Online-Kurzfragebogen:

Es hat nur eine überschaubare Anzahl (N=19) an Institutionen bzw. Funktionsträger*innen an dem Online-Kurzfragebogen teilgenommen. Die Repräsentativität ist somit eingeschränkt. Am Kurzfragebogen haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft, LKG und die KBV nicht teilgenommen, sodass keine Informationen hinsichtlich einer Informationsabstimmung dieser Institutionen im quantitativen Format vorliegen. Das bedeutet jedoch nicht, dass keine Informationsabstimmung stattfindet. Zudem waren die Angaben zu den Fragen für eine

Institution immer auch von individueller Perspektive/Kennntnisstands des/der befragten Funktionsträger*in abhängig.

Aussagen zur Bewertung, Umsetzung und Informationsabstimmung hinsichtlich der Zm-RL wurden für beide Indikationen vorgenommen. Unterschiede in den verschiedenen Indikationen wurden von den Teilnehmenden nicht genannt. Es kann zudem nicht ausgeschlossen werden, dass in diese Bewertung andere Indikationen (z. B. Amputation des diabetischen Fußes) hinzugezogen wurden.

8.2.3.6 U22 Es stehen ausreichend Fachärzt*innen der Gynäkologie und HNO zur Verfügung, die die Voraussetzung erfüllen, um als Zweitmeiner*in zugelassen zu werden

Datenquelle: öffentlich zugängliche Daten der LÄKen und der Bundesärztekammer

Ergebnisse der Daten der LÄKen und der Bundesärztekammer

Indikation: HE

Insgesamt sind 19.295 Fachärzt*innen der Gynäkologie tätig (Stand 2021), davon haben 2.376 eine Weiterbildungsbefugnis für die Facharztkompetenz Frauenheilkunde und Geburtshilfe inne.

Aus der Anzahl der Weiterbildungsbefugten der Gynäkologie und der Anzahl Fachärzt*innen der Gynäkologie ergab sich folgende Berechnung, wonach 12 Prozent der Fachärzt*innen über eine Weiterbildungsbefugnis verfügen und somit eine zentrale Voraussetzung zu einer ZM-Zulassung erfüllen:

Fachärzt*innen der Gynäkologie in Deutschland mit einer Weiterbildungsbefugnis

Fachärzt*innen der Gynäkologie in Deutschland

$$\frac{2376}{19295} = 0,12$$

Indikationen: TT & TE

Fachärzt*innen der HNO sind deutschlandweit mit 6.530 Personen vertreten (Stand 2021), wovon 873 eine Weiterbildungsbefugnis zur Facharztkompetenz HNO und/oder eine

Basisweiterbildung HNO erlangt haben. Aus der Anzahl der Weiterbildungsbefugten der HNO und der Anzahl der Fachärzt*innen der HNO ergab sich folgende Berechnung, wonach 13 Prozent der Fachärzt*innen über eine Weiterbildungsbefugnis verfügen und somit eine zentrale Voraussetzung zu einer ZM-Zulassung erfüllen:

Fachärzt*innen der HNO in Deutschland mit einer Weiterbildungsbefugnis

Fachärzt*innen der HNO in Deutschland

$$\frac{873}{6530} = 0,13$$

Zusammenfassung Ergebnisse und Bewertung der Hypothese

Tabelle 8-50: Zusammenfassende Bewertung U22

U22: Es stehen ausreichend Fachärzt*innen der Gynäkologie und HNO zur Verfügung, die die Voraussetzung erfüllen, um als Zweitmeiner*in zugelassen zu werden.	Datenquelle	Ergebnis HE	Ergebnis TT/TE
	Daten der Landesärztekammern und der Bundesärztekammer	-	-
	Item HE Von allen berufstätigen Fachärzt*innen der Gynäkologie in Deutschland haben 12% eine Weiterbildungsbefugnis.	(nahezu) vollumfänglich gutes Ausmaß ausreichendes Ausmaß	(nahezu) vollumfänglich gutes Ausmaß ausreichendes Ausmaß
	Item TT/TE Von allen berufstätigen Fachärzt*innen der HNO in Deutschland haben 13% eine Weiterbildungsbefugnis.	nicht ausreichendes Ausmaß kaum	nicht ausreichendes Ausmaß kaum
	Gesamtbewertung	Hypothese widerlegt	Hypothese widerlegt

Zusammenfassend sprechen die Ergebnisse der einzelnen Datenerhebungen sowie die Ergebnisse einzelner Items bei allen Indikationen gegen die Hypothese, da es nach dem Bewertungsschema kaum Fachärzt*innen der Gynäkologie bzw. HNO gibt, die die Voraussetzung erfüllen, um als Zweitmeiner*in zugelassen zu werden.

Limitationen der Daten der LÄKen und der Bundesärztekammer:

Für die Überprüfung der Hypothese U22 wurde die Weiterbildungsbefugnis als Zulassungsvoraussetzung gewählt. Um als Zweitmeiner*in zugelassen zu werden, bedarf es jedoch neben der Weiterbildungsbefugnis einer 5-jährigen Facharztstätigkeit und eine bestimmte Anzahl an Weiterbildungspunkten. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit als ZMer zugelassen zu werden, wenn eine akademische Lehrbefugnis vorliegt. Um diese Informationen zu erhalten, hätten die KVen mehrere (in der Kombination) sensibler Detailinformationen von einzelnen Ärzt*innen herausgeben müssen. Aufgrund des Arbeitsaufwands und datenschutzrechtlicher Gegebenheiten wurde sich gegen dieses Vorgehen entschieden. Zudem ist die Angabe, ob ein/e Ärzt*in eine Weiterbildungsbefugnis hat, auf den Webseiten der jeweiligen KVen frei zugänglich.

Weiterhin wurde die Hypothese U22 ausschließlich mit einem Item, das aus sekundären Datenquellen besteht, überprüft. Ob bzw. inwieweit die Anzahl der ZMer als ausreichend eingestuft werden kann, war hier nicht abschließend bewertbar. Zum einen, weil es keine Zielvorgaben zur Versorgungsdichte durch ZM gibt, an der sich eine Bewertung orientieren könnte, zum anderen vor dem Hintergrund, dass offenbar nur überschaubare Anzahlen an Patient*innen überhaupt eine (abgerechnete) ZM nach ZM-RL in Anspruch nehmen. Fraglich ist in diesem Zusammenhang, ob eine Erhöhung der zur Verfügung stehenden ZMer zu einer erhöhten Inanspruchnahme der ZM führen würde.

8.2.3.7 U23: ZMer führen zusätzliche Untersuchungen durch, um zu ihrer Indikationsstellung zu gelangen

Datenquelle: qualitative Ärztebefragung, qualitative Patientenbefragung

Ergebnisse qualitative Ärztebefragung:

Indikation: HE

Alle Ärzt*innen (n=7) berichteten in den Interviews, dass sie im Rahmen der Zweitmeinungserbringung immer alle notwendigen Untersuchungen durchführen.

“Nein, immer selber untersuchen. Immer. Dafür habe ich tatsächlich schon zu viel gefunden, was vorher nicht gesehen wurde. Ja, muss sein.” (AP245 Gyn ZMer, Pos. 28)

Begründet wurde die Durchführung der Untersuchungen damit, dass Patient*innen nur selten Befundunterlagen mitbringen, die zur Erbringung einer qualitativ hochwertigen ZM befähigen.

“Die hatten ja keine Unterlagen dabei. Also muss ich mir selber einen Eindruck verschaffen. Es wird darauf ankommen, wie die Qualität der Unterlagen ist. Habe ich einen vernünftigen Arztbrief mit Ultraschall oder vernünftigem Befund, dann würde mir das meistens wahrscheinlich reichen. Nur woher bekomme ich das? Wenn die meinetwegen eine Kopie von der Kartei hat, dann würde ich wahrscheinlich zu 98 Prozent nicht lesen können, was da steht.” (AP244 Gyn ZMer, Pos. 18)

Darüber hinaus berichteten die Ärzt*innen, dass Patient*innen mit einer gewissen Erwartungshaltung hinsichtlich der Erbringung der ZM zum Arzt oder zur Ärztin kommen. Eine ausführliche Untersuchung wird aus Sicht der Ärzt*innen von den Patient*innen vorausgesetzt.

“Zum anderen ist meist die Erwartungshaltung auch vom Patienten. Ich glaube, dass in den meisten Fällen die Erwartungshaltung der Patienten schon so ist, dass man sich selber einen Eindruck verschafft [alle notwendigen Untersuchungen durchführt].” (AP244 Gyn ZMer, Pos. 18)

Indikationen: TT & TE

Alle Ärzt*innen (n=7) berichteten in den Interviews, dass sie im Rahmen der Zweitmeinungserbringung immer Untersuchungen durchführen.

“I: Und wenn Sie die Zweitmeinung abgeben, wie machen Sie das dann?”

TN: Ich führe halt alle notwendigen Untersuchungen durch. Ganz normal.” (AP237 HNO ZMer, Pos. 7-8)

Begründet wurde die Durchführung der Untersuchungen damit, dass Patient*innen nur selten Befundunterlagen mitbringen, die zur Erbringung einer qualitativ hochwertigen ZM befähigen. Darüber hinaus berichten die Ärzt*innen, dass Patient*innen mit einer gewissen Erwartungshaltung hinsichtlich der Erbringung der ZM zum Arzt oder zur Ärztin kommen. Eine ausführliche Untersuchung wird aus Sicht der Ärzt*innen von den Patient*innen vorausgesetzt.

Ergebnisse qualitative Patientenbefragung:

Indikation: HE

Alle Patient*innen mit ZM (n=3) betonten in den Interviews, dass die Erbringung der ZM in dem gleichen Ausmaß erfolgte, wie die beim indikationsstellenden Arzt oder der indikationsstellenden Ärztin.

“Im Prinzip hat er eine ganz normale Routineuntersuchung gemacht, die ich sonst auch jährlich beim Gynäkologen mache, ne? Klar, hat der einen Ultraschall gemacht und nochmal geschaut und natürlich getastet. Aber wie gesagt, da war gar keine Unauffälligkeit. Von daher war da jetzt nicht eine andere Untersuchung als man sonst irgendwie erfährt.” (P8_HE_ZM, Pos. 47)

Indikationen: TT & TE

Und auch bei diesen Indikationen gaben alle Patient*innen mit ZM (n=3) an, dass ZMer alle Untersuchungen durchführten und keine Befundunterlagen des indikationsstellenden Arztes oder der Ärztin nutzten.

“I: Und welche Untersuchungen hat dann der zweitmeinende Arzt bei Ihnen durchgeführt?”

TN: Er hat mir in den Hals geguckt.

I: Und weitere Untersuchungen?”

TN: Also natürlich Blutabnahme.

I: Und welche Befundunterlagen hat dann der zweitmeinende Arzt genutzt?”

TN: Ich glaube gar keine.” (P9_TT_informelle ZM, Pos. 52-57)

Zusammenfassung Ergebnisse und Bewertung der Hypothese

Tabelle 8-51: Zusammenfassende Bewertung U23

U23: ZMer führen zusätzliche Untersuchungen durch, um zu ihrer Indikationsstellung zu gelangen.	Datenquelle	Ergebnis Gyn	Ergebnis HNO
	Qualitative Ärztebefragung Bei allen Indikationen führen die ZMer immer alle notwendigen Untersuchungen durch.	+	+
	Qualitative Patientenbefragung Bei allen Indikationen führen die ZMer immer alle notwendigen Untersuchungen durch.	+	+
	Gesamtbewertung	Hypothese bestätigt	Hypothese bestätigt

Zusammenfassend sprechen die Ergebnisse der einzelnen Datenerhebungen sowie die Ergebnisse einzelner Items bei allen Indikationen für die Hypothese. ZMer nutzen in der Regel keine Befundunterlagen zur Erbringung der ZM, weil Patient*innen diese nicht mitbringen. Die Erbringung der ZM erfolgt wie eine Routineuntersuchung inklusive der Durchführung aller notwendigen Untersuchungen.

Limitationen qualitative Ärztebefragung & qualitative Patientenbefragung:

Es ist nicht auszuschließen, dass die Teilnehmenden in den Interviews aufgrund einer sozialen Erwünschtheit geantwortet hatten. Personen könnten somit dazu tendiert haben, nicht die für sie zutreffende Antwort zu geben, sondern diejenige, die sozial gebilligt oder erwünscht ist. Darüber hinaus war die Gruppe der Interviewteilnehmenden klein. Die Ergebnisse erheben damit keinen Anspruch auf Repräsentativität, sondern gaben vor allem einen detaillierten Einblick in die Versorgungsrealität.

Dass immer alle notwendigen Untersuchungen durchgeführt werden, begründen die Ärzt*innen damit, dass Patient*innen nur selten Befundunterlagen mitbringen, die zur Erbringung einer qualitativ hochwertigen ZM befähigen. Hinsichtlich der qualitativen Ärztebefragung ist zudem zu erwähnen, dass nur der Patient darüber entscheidet, ob er

sich die Befundunterlagen des EMers aushändigen lässt, oder ob er ohne diese Unterlagen eine ZM beansprucht, es sich hier also um einen unmittelbaren Effekt der RL und der Entscheidung des Patienten handelt.

8.2.3.8 U24: Eine Verlagerung der Behandlung hin zu zweitmeinenden Institutionen findet statt

Datenquellen: KH-Qualitätsberichte, quantitative Ärztebefragung, quantitative Patientenbefragung

Ergebnisse der KH-Qualitätsberichte

Item: stationäre Eingriffe der Krankenhäuser mit ZMer der in den Selektionskriterien (s. Kapitel 3.3.2.1 Quantitative Patientenbefragung) festgelegten OPS-Codes sowie stationäre Eingriffe ohne ZMer der jeweiligen Fachgebiete (Übersicht dazu siehe Statistische Ämter des Bundes und der Länder [2023])

Um eine Verlagerung der Behandlung hin zu zweitmeinenden Institutionen beurteilen zu können, werden die Daten der KH herangezogen, in welchem ein/e ZMer hauptberuflich in dem jeweiligen Fachgebiet tätig ist und die Daten der KH ohne ZMer zu den jeweiligen Eingriffen herangezogen. Im ersten Schritt werden die einzelnen Eingriffe pro Jahr und deren prozentuale Rückgänge bzw. Zunahmen berechnet. Anschließend werden die durchschnittlichen prozentualen Werte mittels der Formel der jährlichen Wachstumsrate (CAGR) vor der Einführung der Zm-RL (2016-2018) und nach der Einführung der Zm-RL (2019-2021) für die Eingriffshäufigkeiten für die zweitmeinenden Kliniken und der KH ohne ZMer errechnet. Wenn sich nach Einführung der ZM-RL mit 75% stärkere Dynamik hin zu den KH mit ZM ergibt, dann findet eine Verlagerung statt.

Indikation: HE

Insgesamt sind 31 ZMer der Gynäkologie der stationären Verortung zuzuordnen. Ein Krankenhaus wurde aus der Analyse ausgeschlossen, da bei diesem erst ab dem Jahr 2018 Qualitätsberichte vorliegen. So wurden 30 KH-Qualitätsberichte in die Analyse involviert.

Sowohl bei den KH mit ZMern als bei den KH ohne ZMer ist ein Rückgang der Eingriffe von 2016 bis 2021 zu beobachten. Vor der Einführung der Zm-RL ergibt sich bei den KH mit ZMer ein durchschnittlicher Rückgang der Eingriffe von 0,5%, bei KH ohne ZMer ein durchschnittlicher Rückgang von 2,7%. Nach der Einführung der Zm-RL beträgt der

durchschnittliche Rückgang bei KH mit ZMer 6,1% und bei KH ohne ZMer 7,1%. Die beschriebenen Ergebnisse können in der Tabelle 8-52 nachvollzogen werden.

Tabelle 8-52: Rückgang der stationären Eingriffe HE, Quellen: KH-Qualitätsberichte, DRG-Statistik Vollstationäre Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern Operationen und Prozeduren (OPS Version 2016-2021, Statistisches Bundesamt)

	Eingriffe HE Krankenhäuser mit ZMer	prozentuale Veränderung KH mit ZMer	Krankenhäuser ohne ZMer	prozentuale Veränderung KH ohne ZMer
2016	4211		107462	
2017	4261	+1,2	102433	-4,7
2018	4168	-2,2	101683	-0,7
2019	4051	-2,8	97415	-4,2
2020	3746	-7,5	84365	-13,4
2021	3574	-4,6	84035	-0,4
2016-2018		-0,5		-2,7
2019-2021		-6,1		-7,1

Zur Beurteilung der Hypothese wird nun der durchschnittliche Rückgang ab der Einführung der Zm-RL herangezogen. Findet nach der Einführung der Zm-RL eine um 75% stärkere Dynamik hin zu KH mit ZM statt, dann findet eine Verlagerung statt. Das prozentuale Verhältnis bei KH ohne ZM (6,1%) und KH mit ZM (7,1%) liegt bei 14,1%. D.h. konkret, dass der durchschnittliche Rückgang bei KH mit ZMer 14,1% niedriger ist als bei KH ohne ZMer und in KH mit ZMer somit prozentual mehr Eingriffe vorgenommen werden. Eine klare Verlagerungstendenz ist jedoch nicht nachweisbar, da diese ab 75% hin zu KH mit ZMer eintritt.

Indikationen: TT & TE

Insgesamt sind 6 ZMer der HNO der stationären Verortung zuzuordnen, sodass diese KH-Qualitätsberichte in die Analyse eingeschlossen wurden.

Sowohl bei den KH mit ZMern als bei den KH ohne ZMer ist ein Rückgang der Eingriffe von 2016 bis 2021 zu beobachten. Vor der Einführung der Zm-RL ergibt sich bei den KH mit ZMer ein durchschnittlicher Rückgang der Eingriffe von 11,9%, bei KH ohne ZMer ein

durchschnittlicher Rückgang von 7,7%. Nach der Einführung der Zm-RL beträgt der durchschnittliche Rückgang bei KH mit ZMer 25,5% und bei KH ohne ZMer 28,5%. Die beschriebenen Ergebnisse können in der Tabelle 8-53 nachvollzogen werden.

Tabelle 8-53: Rückgang der stationären Eingriffe TT/TE, Quellen: KH-Qualitätsberichte, DRG-Statistik Vollstationäre Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern Operationen und Prozeduren (OPS Version 2016-2021, Statistisches Bundesamt)

	TT/TE ZM KH ohne ZMer	prozentuale Veränderung zum Vorjahr KH mit ZMer	TT/TE KH ohne ZMer	prozentuale Veränderung zum Vorjahr KH ohne ZMer
2016	1389		85718	
2017	1271	-8,5	78288	-8,7
2018	1077	-15,3	73002	-6,8
2019	959	-11,0	69750	-4,5
2020	668	-30,3	46248	-33,7
2021	533	-20,2	35622	-23,0
2016-2018		-11,9		-7,7
2019-2021		-25,5		-28,5

Zur Beurteilung der Hypothese werden nun der durchschnittliche Rückgang nach der Einführung der Zm-RL herangezogen. Findet nach der Einführung der Zm-RL eine um 75% stärkere Dynamik hin zu KH mit ZM statt, dann findet eine Verlagerung statt.

Das prozentuale Verhältnis bei KH ohne ZM (25,5%) und KH mit ZM (28,5%) liegt bei 10,5%. D.h. konkret, dass der durchschnittliche Rückgang bei KH mit ZMer 10,5% niedriger als bei KH ohne ZMer und in KH mit ZMer somit prozentual mehr Eingriffe vorgenommen werden. Eine klare Verlagerungstendenz ist jedoch nicht nachweisbar, da diese ab 75% hin zu KH mit ZMer eintritt.

Ergebnisse der quantitativen Ärztebefragung:

Indikation: HE

Alle zweitmeinenden Gynäkolog*innen wurden dazu befragt, wie häufig es vorgekommen ist, dass Patient*innen nach der Einholung einer ZM die Behandlung zu dem befragten Arzt oder

der Ärztin bzw. dessen Institution verlagert haben. Insgesamt haben 43% (n=25) angegeben, dass es bisher nicht vorgekommen ist, dass Patient*innen die Behandlung in deren Institution verlagert haben. Demgegenüber gaben 50% (n=29) der Ärzt*innen an, dass es in unterschiedlichem Ausmaß vorgekommen ist, dass Patient*innen die Behandlung in die zweitmeinende Einrichtung verlagert haben. Insgesamt 7% (n=4) der Ärzt*innen konnten es nicht beurteilen, ob es zu einer Verlagerung kam (siehe Abbildung 8-84).

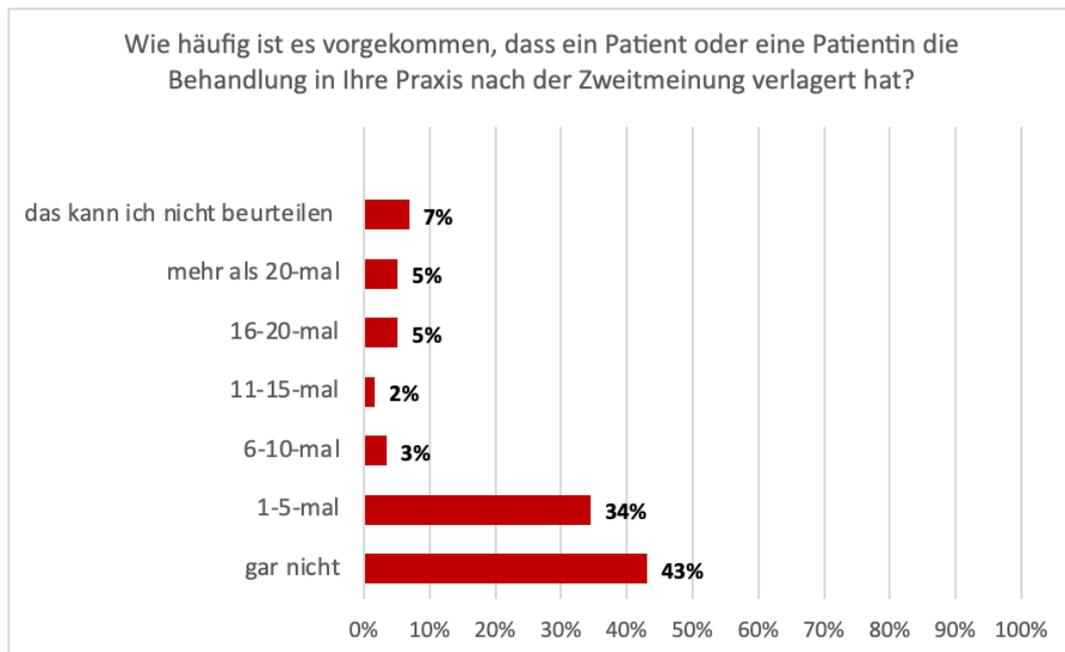


Abbildung 8-84: Häufigkeiten der Verlagerung der Behandlung in die zweitmeinende Einrichtung; (Gyn; n=58)

Die nachstehende Tabelle 8-54 kontrastiert die Angaben zur Erbringung einer ZM und der Beurteilung der Verlagerung der Versorgung. Somit kommt es nach 50% der abgegebenen ZM zu einer Verlagerung der Versorgung in die zweitmeinende Institution.

Tabelle 8-54: Vergleich der Erbringung der ZM und der Beurteilung der Verlagerung der Behandlung aus Sicht der ZMer (Gyn; n=58)

	Erbringung der ZM	Verlagerung der Behandlung
Gar nicht	3% (2)	43% (25)
Vorgekommen	97% (56)	50% (29)
Keine Angabe		7% (4)

Indikationen: TT & TE

Alle zweitmeinenden HNO-Ärzt*innen wurden dazu befragt, wie häufig es vorgekommen ist, dass Patient*innen nach der Einholung einer ZM die Behandlung zu dem Arzt oder der Ärztin verlagert hat. Insgesamt haben 52% (n=17) angegeben, dass es bisher nicht vorgekommen ist, dass Patient*innen die Behandlung in deren Institution verlagert haben. Demgegenüber gaben 30% (n=13) der Ärzt*innen an, dass es in unterschiedlichem Ausmaß vorgekommen ist, dass Patient*innen die Behandlung in die zweitmeinende Einrichtung verlagert haben. 6% (n=2) der Ärzt*innen konnten es nicht beurteilen, ob es zu einer Verlagerung kam und 3% (n=1) machten keine Aussagen (siehe Abbildung 8-85).

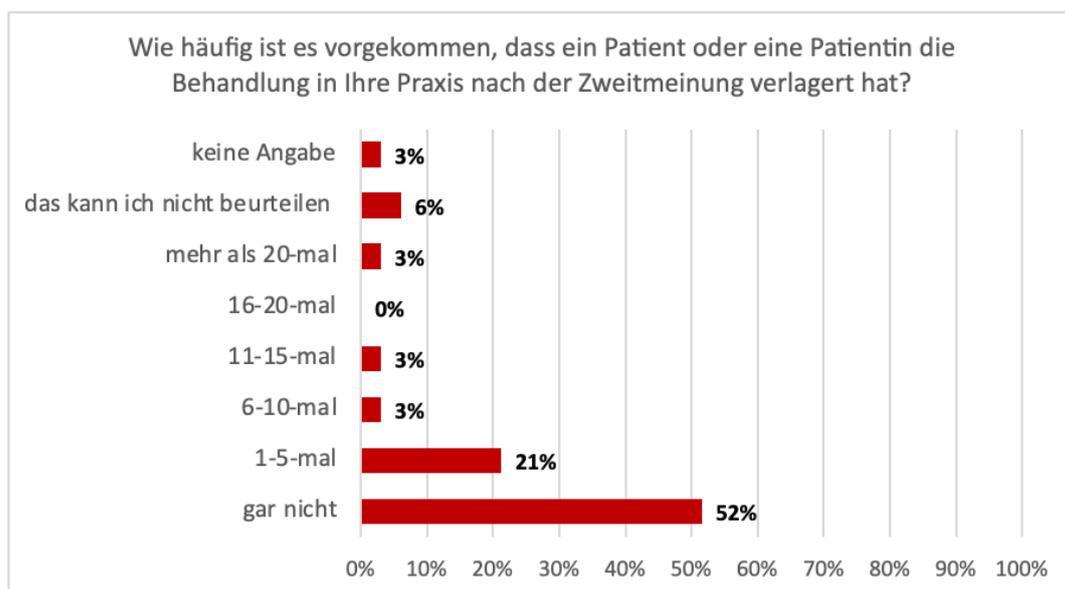


Abbildung 8-85 Häufigkeiten der Verlagerung der Behandlung in die zweitmeinende Einrichtung (HNO; n=)

Die nachstehende Tabelle 8-55 kontrastiert die Angaben zur Erbringung einer ZM und der Beurteilung der Verlagerung der Versorgung. Somit kommt es nach 30% der abgegebenen ZM zu einer Verlagerung der Versorgung in die zweitmeinende Institution.

Tabelle 8-55: Vergleich der Erbringung der ZM und der Beurteilung der Verlagerung der Behandlung aus Sicht der ZMer (HNO; n=53)

	Erbringung der ZM	Verlagerung der Behandlung
Gar nicht	30% (10)	52% (17)
Vorgekommen	61% (29)	30% (13)
Keine Angabe		

Ergebnisse der quantitativen Patientenbefragung

Ergebnisse zu Item:

„Haben Sie nach der Einholung der ZM den Arzt gewechselt?“

- *Nein, ich bin bei meinem / meiner ersten Arzt oder Ärztin geblieben.*
- *Ja, ich habe mich von dem / der zweiten Arzt oder Ärztin weiter behandeln lassen.*
- *Ich bin bei keinem der beiden Ärztinnen oder Ärzte weiter in Behandlung geblieben.*

Mit dem/der ersten Ärzt*in ist der/die EMer bzw. indikationsstellende Ärzt*in gemeint, mit dem/der zweiten Ärzt*in ist der/die ZMer gemeint.

Indikation: HE

73,3% (n=77) haben angegeben, dass sie bei dem/der ersten Ärzt*in geblieben sind, wohingegen 21,0% (n=22) sich von dem/der zweiten Ärzt*in weiterbehandelt haben lassen und 5,7% (n=6) bei keinem der Ärzt*innen geblieben ist.

Indikationen: TT & TE

63,3% (n=50) haben angegeben, dass sie bei dem/der ersten Ärzt*in geblieben sind, wohingegen 26,6% (n=21) sich von dem/der zweiten Ärzt*in weiterbehandelt haben lassen und 10,1% (n=8) bei keinem der Ärzt*innen geblieben ist. 7 Personen haben keine Angabe gemacht, 2 Personen eine ungültige Angabe.

Zusammenfassung Ergebnisse und Bewertung der Hypothese

Tabelle 8-56: Zusammenfassende Bewertung U24

	Datenquelle	Ergebnis HE	Ergebnis TT/TE
<p>U24: Eine Verlagerung der Behandlung hin zu zweitmeinenden Institutionen findet statt.</p>	<p>KH-Qualitätsberichte</p> <p>Item HE</p> <p>Das prozentuale Verhältnis des durchschnittlichen Rückgangs zwischen KH ohne ZM und KH mit ZM nach der Einführung der Zm-RL liegt bei 14,1%. D.h. konkret, dass der durchschnittliche Rückgang bei KH mit ZMer 14,1% niedriger als bei KH ohne ZMer und in KH mit ZMer somit prozentual mehr Eingriffe vorgenommen werden. Eine klare Verlagerungstendenz ist jedoch nicht nachweisbar, da diese ab 75% hin zu KH mit ZMer eintritt.</p> <p>Item TT/TE</p> <p>Das prozentuale Verhältnis des durchschnittlichen Rückgangs zwischen KH ohne ZM und KH mit ZM nach der Einführung der Zm-RL liegt bei 10,5%. D.h. konkret, dass der durchschnittliche Rückgang bei KH mit ZMer</p>	<p>-</p> <p>(nahezu) vollumfängliche Verlagerung überwiegende Verlagerung mäßige Verlagerung leichte Verlagerung</p> <p>kaum eine Verlagerung</p>	<p>-</p> <p>(nahezu) vollumfängliche Verlagerung überwiegende Verlagerung mäßige Verlagerung leichte Verlagerung</p> <p>kaum eine Verlagerung</p>

	<p>10,5% niedriger als bei KH ohne ZMer und in KH mit ZMer somit prozentual mehr Eingriffe vorgenommen werden. Eine klare Verlagerungstendenz ist jedoch nicht nachweisbar, da diese erst ab 75% hin zu KH mit ZMer eintritt.</p>		
	<p>Quantitative Ärztebefragung</p> <p>HE</p> <p>Bei 50% der abgegeben ZM kommt es zu einer Verlagerung der Versorgung in die zweitmeinende Institution.</p> <p>TT/TE</p> <p>Bei 30% der abgegeben ZM kommt es zu einer Verlagerung der Versorgung in die zweitmeinende Institution.</p>	<p>+/-</p> <p>(nahezu) vollumfänglich überwiegend teilweise manchmal selten</p>	<p>(-)</p> <p>(nahezu) vollumfänglich überwiegend teilweise manchmal selten</p>
	<p>Quantitative Patientenbefragung</p> <p>Item HE</p> <p>21,0% der Patient*innen mit der Indikation HE, die eine ZM in Anspruch genommen haben, sind für die Weiterbehandlung bei dem/der zweiten Ärzt*in geblieben.</p> <p>Item TT/TE</p>	<p>(-)</p> <p>(nahezu) vollumfänglich überwiegend teilweise manchmal selten</p>	<p>(-)</p> <p>(nahezu) vollumfänglich überwiegend teilweise manchmal selten</p>

	26,6% der Patient*innen mit den Indikationen TT/TE, die eine ZM in Anspruch genommen haben, sind für die Weiterbehandlung bei dem/der zweiten Ärzt*in geblieben.		
	Gesamtbewertung	Hypothese widerlegt	Hypothese widerlegt

Zusammenfassend sprechen die Ergebnisse der einzelnen Datenerhebungen sowie die Ergebnisse einzelner Items bei allen Indikationen gegen die Hypothese, dass es zu einer Verlagerung der Versorgung hin zur zweitmeinenden Institution kommt.

Limitationen KH-Berichte:

Limitierend ist zu erwähnen, dass sich den Eingriffshäufigkeiten der KH-Qualitätsberichte nur angenähert werden konnte, da aus datenschutzrechtlichen Gründen Eingriffe unter vier nicht exakt aufgezeigt wurden. Aus diesem Grund wurde die Zahl zwei verwendet.

Bezogen auf die Hypothese kann das verwendete Item kritisch betrachtet werden, da ein Eingriff nicht einer Behandlungshäufigkeit entspricht, sodass Patient*innen, die keinen Eingriff hatten, nicht berücksichtigt werden könnten.

Zudem wurde in den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (§17 Qb-R) angegeben, dass Qualitätsberichtsdaten für die Berichtsjahre 2019, 2020 und 2021 in Folge der Covid-19-Pandemie unvollständig sind. Damit ging eine eingeschränkte Nutzbarkeit für Vorjahresvergleiche einher. Dies könnte wiederum Auswirkungen auf die Ergebnisse und somit auf die Bewertung der Hypothese haben.

Die Daten der OPS-Codes ohne ZMer umfassten alle darunterfallenden OPS-Codes. Die verwendeten Selektionskriterien bei den zweitmeinenden Institutionen beinhalteten jedoch nicht alle OPS-Codes, weswegen die deutschlandweiten Zahlen vermutlich höher ausfallen und den Vergleich beeinflussen könnten. So wurde beispielsweise in den Selektionskriterien 5-281.1 Abszesstonsillektomie nicht mit aufgenommen, in den Eingriffen in ganz Deutschland wurde dieser OPS-Code unter 5-281 inkludiert.

Limitationen quantitative Patientenbefragung:

Das Verständnis der Patient*innen hinsichtlich des/der zweitmeinenden Ärzt*in ist ggf. unterschiedlich ausgefallen, sodass die Ergebnisse verzerrt sein könnten. Zudem kann nicht abschließend geklärt werden, ob der/die zweitmeinende Ärzt*in eine Genehmigung als ZMer hatte.

Limitationen quantitative Ärztebefragung:

In der Natur von Fragebogenerhebung liegt die fehlende Kontrolle der Befragungssituation, sodass nicht nachvollziehbar ist, unter welchen Bedingungen die Ärzt*innen an der Fragebogenerhebung teilgenommen haben und, ob sie alle Fragen so verstanden haben, wie sie intendiert waren.

Bei der Fragebogenerhebungen könnte es zu Missverständnissen oder Fehlinterpretationen von Fragen kommen, sodass das Antwortverhalten, trotz intensiver Pilotierung des Fragebogens auf Verständlichkeit, nicht uneingeschränkt verlässlich ist. Zudem war die Datenbasis der Ärztebefragung relativ klein.

Neben den reinen hypothesenbezogenen Items in der Fragebogenerhebung soll ein weiteres Item der quantitativen Patientenbefragung zur Kontextualisierung der Hypothese herangezogen werden. Flankierend soll die deskriptive Darstellung des folgenden Items aufgezeigt werden:

„Falls Sie operiert wurden: Bei welchem / welcher Arzt oder Ärztin wurden Sie operiert?“

- *Bei einem / einer Arzt oder Ärztin im Krankenhaus (weder erst- noch zweitmeinende*r Ärztin oder Arzt)*
- *Beim / bei der erstmeinenden Arzt oder Ärztin*
- *Beim / bei der zweitmeinenden Arzt oder Ärztin*
- *Bei einem / einer anderen Arzt oder Ärztin: (bitte beschreiben)*

Indikationen: HE

61,1% (n=96) haben sich bei einem/einer Ärzt*in im Krankenhaus operieren lassen, 10,8% (n=17) bei dem/der erstmeinenden Ärzt*in, 23,6% (n=37) bei dem/der zweitmeinenden Ärzt*in und 4,5% (n=7) haben angegeben, dass sie bei einem/einer anderen Ärzt*in operiert wurden. 148 Personen haben keine Angabe gemacht, 2 Personen eine ungültige Angabe.

Indikationen: TT & TE

39,9% (n=55) haben sich bei einem/einer Ärzt*in im Krankenhaus operieren lassen, 36,2% (n=50) bei dem/der erstmeinenden Ärzt*in, 21,0% (n=29) bei dem/der zweitmeinenden Ärzt*in und 2,9% (n=4) haben angegeben, dass sie bei einem/einer anderen Ärzt*in operiert wurden. 133 Personen haben keine Angabe gemacht, 1 Person eine ungültige Angabe.

8.2.4 Zusammenfassung der Ergebnisse der Unterhypothesen

Die folgenden Tabellen 8-57 und 8-58 fassen die Ergebnisse der einzelnen Hypothesenbewertungen zusammen.

Tabelle 8-57: Bewertung der Evaluationshypothesen für die Indikation HE

Hypothesen	widerlegt	bestätigt
U1: Patient*innen werden über Recht auf Einholung einer ZM im Sinne der Zm-RL aufgeklärt.	x	
U2: Die Informationsbedarfe der Patient*innen werden im Rahmen der Indikationsstellung erfüllt.	x	
U3: Die Informationsbedarfe der Patient*innen werden im Zweitmeinungsgespräch nach Zm-RL erfüllt.		x
U4: Ärzt*innen klären die Patient*innen entsprechend der Vorgaben der Zm-RL auf.	x	
U5: Die im Rahmen der Aufklärung über das Recht auf ZM eingesetzten Informationsmaterialien und die Zusammenstellung der Befundunterlagen unterstützen die Patient*innen bei der informierten Entscheidungsfindung.		x
U6: Die Qualität der Information trägt zu einer informierten Entscheidungsfindung bei.		x
U7: ZMer erbringen eine qualitativ hochwertige ZM und berücksichtigen bei der Erbringung der ZM alle in der Zm-RL aufgeführten Aufgaben.	x	
U8: Das Ziel einer vollständigen Durchdringung auf Ebene der EMer wurde erreicht.		x
U9: Das Ziel einer vollständigen Implementierung auf Ebene der EMer wurde erreicht.	x	
U10: Das Ziel einer vollständigen Umsetzung auf Ebene der EMer wurde erreicht.	x	
U11: Das Ziel einer vollständigen Durchdringung auf Ebene der ZMer wurde erreicht.		x
U12: Das Ziel einer vollständigen Implementierung auf Ebene der ZMer wurde erreicht.		x
U13: Das Ziel einer vollständigen Umsetzung auf Ebene der ZMer wurde erreicht.	x	

Hypothesen	widerlegt	bestätigt
U14: Patient*innen werden durch die ZM in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt.		x
U15: Medizinisch nicht notwendige Indikationsstellungen bei planbaren Eingriffen sowie die Durchführung von medizinisch nicht gebotenen planbaren Eingriffen können durch die Zm-RL vermieden werden.	x	
H6 Die Zm-RL erwirkt eine Abnahme der regionalen Variation der Eingriffshäufigkeiten von HE.	x	
U16: Evidenzbasierte Leitlinieninhalte werden bei der für die Indikationsstellung und der finalen OP-Empfehlung berücksichtigt.		x
U17: Die Zm-RL führt dazu, dass Eingriffe zeitlich verzögert durchgeführt werden.	x	
U18: Die Zm-RL führt dazu, dass sich Patient*innen mit ihrer Entscheidung sicher fühlen.		x
U19: Die Zm-RL führt dazu, dass vermehrt Drittmeinungen eingeholt werden.	x	
U20: Richtlinienrelevante Informationen sind für Patient*innen leicht zugänglich.	x	
U21: Richtlinienrelevante Informationen sind von den an der Zm-RL beteiligten Stakeholdern inhaltlich abgestimmt.	x	
U22: Es stehen ausreichend Fachärzt*innen der Gynäkologie und HNO zur Verfügung, die die Voraussetzung erfüllen, um als Zweitmeinere*in zugelassen zu werden.	x	
U23: ZMer führen zusätzliche Untersuchungen durch, um zu ihrer Indikationsstellung zu gelangen.		x
U24: Eine Verlagerung der Behandlung hin zu zweitmeinenden Institutionen findet statt.	x	

Tabelle 8-58: Bewertung der Evaluationshypothesen für die Indikationen TE/ TT

Hypothesen	widerlegt	bestätigt
U1: Patient*innen werden über Recht auf Einholung einer ZM im Sinne der Zm-RL aufgeklärt.	x	
U2: Die Informationsbedarfe der Patient*innen werden im Rahmen der Indikationsstellung erfüllt.	x	
U3: Die Informationsbedarfe der Patient*innen werden im Zweitmeinungsgespräch nach Zm-RL erfüllt.		x
U4: Ärzt*innen klären die Patient*innen entsprechend der Vorgaben der Zm-RL auf.	x	
U5: Die im Rahmen der Aufklärung über das Recht auf ZM eingesetzten Informationsmaterialien und die Zusammenstellung der Befundunterlagen unterstützen die Patient*innen bei der informierten Entscheidungsfindung.		x
U6: Die Qualität der Information trägt zu einer informierten Entscheidungsfindung bei.	x	
U7: ZMer erbringen eine qualitativ hochwertige ZM und berücksichtigen bei der Erbringung der ZM alle in der Zm-RL aufgeführten Aufgaben.	x	
U8: Das Ziel einer vollständigen Durchdringung auf Ebene der EMer wurde erreicht.		x
U9: Das Ziel einer vollständigen Implementierung auf Ebene der EMer wurde erreicht.	x	
U10: Das Ziel einer vollständigen Umsetzung auf Ebene der EMer wurde erreicht.	x	
U11: Das Ziel einer vollständigen Durchdringung auf Ebene der ZMer wurde erreicht.	x	
U12: Das Ziel einer vollständigen Implementierung auf Ebene der ZMer wurde erreicht.		x
U13: Das Ziel einer vollständigen Umsetzung auf Ebene der ZMer wurde erreicht.	x	

U14: Patient*innen werden durch die ZM in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt.		x
U15: Medizinisch nicht notwendige Indikationsstellungen bei planbaren Eingriffen sowie die Durchführung von medizinisch nicht gebotenen planbaren Eingriffen können durch die Zm-RL vermieden werden.	x	
H5 Die Zm-RL erwirkt eine Abnahme der regionalen Variation der Eingriffshäufigkeiten von TE und TT.	x	
U16: Evidenzbasierte Leitlinieninhalte werden bei der für die Indikationsstellung und der finalen OP-Empfehlung berücksichtigt.		x
U17: Die Zm-RL führt dazu, dass Eingriffe zeitlich verzögert durchgeführt werden.	x	
U18: Die Zm-RL führt dazu, dass sich Patient*innen mit ihrer Entscheidung sicher fühlen.		x
U19: Die Zm-RL führt dazu, dass vermehrt Drittmeinungen eingeholt werden.	x	
U20: Richtlinienrelevante Informationen sind für Patient*innen leicht zugänglich.	x	
U21: Richtlinienrelevante Informationen sind von den an der Zm-RL beteiligten Stakeholdern inhaltlich abgestimmt.	x	
U22: Es stehen ausreichend Fachärzt*innen der Gynäkologie und HNO zur Verfügung, die die Voraussetzung erfüllen, um als Zweitmeinert*in zugelassen zu werden.	x	
U23: ZMer führen zusätzliche Untersuchungen durch, um zu ihrer Indikationsstellung zu gelangen.		x
U24: Eine Verlagerung der Behandlung hin zu zweitmeinenden Institutionen findet statt.	x	

9 Bewertung der Ergebnisse

Auf Basis der ausführlichen Ergebnisse und Bewertungen der einzelnen Unterhypothesen werden im folgenden Kapitel die Evaluation leitenden Haupthypothesen bewertet. Dies erfolgt entsprechend der zugrundeliegenden Methodik durch Zuordnung der Unterhypothesen und deren Bewertungen zu den verbundenen Haupthypothesen. Als Aggregate der jeweiligen Unterhypothesen gelten immer auch deren jeweilige Limitationen, auf deren (redundante) Wiederholung hier verzichtet wird.

9.1 Bewertung Haupthypothese H1 Die Zm-RL verbessert die informierte Entscheidungsfindung der Patient*innen bei der Indikation der HE

Die Haupthypothese **H1 Die Zm-RL verbessert die informierte Entscheidungsfindung der Patient*innen bei der Indikation der HE** wurde anhand folgender Unterhypothesen überprüft:

- U2: Die Informationsbedarfe der Patient*innen werden im Rahmen der Indikationsstellung erfüllt.
- U3: Die Informationsbedarfe der Patient*innen werden im Zweitmeinungsgespräch nach Zm-RL erfüllt.
- U5: Die im Rahmen der Aufklärung über das Recht auf ZM eingesetzten Informationsmaterialien sowie die Zusammenstellung der Befundunterlagen unterstützen die Patient*innen bei der informierten Entscheidungsfindung.
- U6: Die Qualität der Information trägt zu einer informierten Entscheidungsfindung bei.
- U14: Patient*innen werden durch die ZM in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt.

Die Ergebnisse der Unterhypothesen (4 Bestätigungen – 1 Ablehnung) sprechen überwiegend für die Hypothese H1. Sie ist daher zu bestätigen (siehe Tabelle 9-1).

Tabelle 9-1: Gesamtbewertung H1 Die Zm-RL verbessert die informierte Entscheidungsfindung der Patient*innen bei der Indikation der HE

Hauptthesen	Unterthesen	Bewertung Unterthese	Bewertung Hauptthese
H1 Die Zm-RL verbessert die informierte Entscheidungsfindung der Patient*innen bei der Indikation der HE.	U2: Die Informationsbedarfe der Patient*innen werden im Rahmen der Indikationsstellung erfüllt.	Hypothese widerlegt	Hypothese bestätigt
	U3: Die Informationsbedarfe der Patient*innen werden im Zweitmeinungsgespräch nach Zm-RL erfüllt.	Hypothese bestätigt	
	U5: Die im Rahmen der Aufklärung über das Recht auf ZM eingesetzten Informationsmaterialien sowie die Zusammenstellung der Befundunterlagen unterstützen die Patient*innen bei der informierten Entscheidungsfindung.	Hypothese bestätigt	
	U6: Die Qualität der Information trägt zu einer informierten Entscheidungsfindung bei.	Hypothese bestätigt	

	U14: Patient*innen werden durch die ZM in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt.	Hypothese bestätigt	
--	---	----------------------------	--

9.2 Bewertung Haupthypothese H2 Die Zm-RL verbessert die informierte Entscheidungsfindung der/des Patient*in bzw. des Erziehungsberechtigten bei der Indikation TE oder TT

Die Haupthypothese **H2 Die Zm-RL verbessert die informierte Entscheidungsfindung der/des Patient*in bzw. des Erziehungsberechtigten bei der Indikation TT oder TE** wurde anhand folgender Unterhypothesen überprüft:

- U2: Die Informationsbedarfe der Patient*innen werden im Rahmen der Indikationsstellung erfüllt.
- U3: Die Informationsbedarfe der Patient*innen werden im Zweitmeinungsgespräch nach Zm-RL erfüllt.
- U5: Die im Rahmen der Aufklärung über das Recht auf ZM eingesetzten Informationsmaterialien sowie die Zusammenstellung der Befundunterlagen unterstützen die Patient*innen bei der informierten Entscheidungsfindung.
- U6: Die Qualität der Information trägt zu einer informierten Entscheidungshilfe bei.
- U14: Patient*innen werden durch die ZM in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt.

Die Ergebnisse der Unterhypothesen (3 Bestätigungen – 2 Ablehnungen) sprechen insgesamt für die Hypothese H2. Sie ist daher zu bestätigen (siehe Tabelle 9-2).

Tabelle 9-2: Gesamtbewertung H2 Die Zm-RL verbessert die informierte Entscheidungsfindung der Patient*innen bei der Indikation TE oder TT

Hauptthesen	Unterthesen	Bewertung Unterthese	Bewertung Hauptthese
<p>H2 Die Zm-RL verbessert die informierte Entscheidungsfindung der Patient*innen bei der Indikation TE oder TT.</p>	<p>U2: Die Informationsbedarfe der Patient*innen werden im Rahmen der Indikationsstellung erfüllt.</p>	<p>Hypothese widerlegt</p>	<p>Hypothese bestätigt</p>
	<p>U3: Die Informationsbedarfe der Patient*innen werden im Zweitmeinungsgespräch nach Zm-RL erfüllt.</p>	<p>Hypothese bestätigt</p>	
	<p>U5: Die im Rahmen der Aufklärung über das Recht auf ZM eingesetzten Informationsmaterialien sowie die Zusammenstellung der Befundunterlagen unterstützen die Patient*innen bei der informierten Entscheidungsfindung.</p>	<p>Hypothese bestätigt</p>	
	<p>U6: Die Qualität der Information trägt zu einer informierten Entscheidungsfindung bei.</p>	<p>Hypothese widerlegt</p>	

	U14: Patient*innen werden durch die ZM in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt.	Hypothese bestätigt	
--	---	----------------------------	--

9.3 Bewertung Haupthypothese H3 Die Zm-RL trägt dazu bei, dass medizinisch nicht notwendige Eingriffe vermieden werden

Die Haupthypothese **H3 Die Zm-RL trägt dazu bei, dass medizinisch nicht notwendige Eingriffe vermieden werden**. wurde anhand folgender Unterhypothesen überprüft:

- U15: Medizinisch nicht notwendige Indikationsstellungen bei planbaren Eingriffen sowie die Durchführung von medizinisch nicht gebotenen planbaren Eingriffen können durch die Zm-RL vermieden werden.
- U16: Evidenzbasierte Leitlinieninhalte werden bei der für die Indikationsstellung und der finalen OP-Empfehlung berücksichtigt.

Die Ergebnisse⁷ der Unterhypothesen sprechen gegen die Hypothese H3. Sie ist daher abzulehnen (siehe Tabelle 9-3).

⁷ 1 Bestätigung – 1 Ablehnung

Tabelle 9-3: Gesamtbewertung H3 Die Zm-RL trägt dazu bei, dass medizinisch nicht notwendige Eingriffe vermieden werden

Hauptthesen	Unterthesen	Bewertung Unterthese		Bewertung Hauptthese	
		HE	TT/TE	HE	TT/TE
H3 Die Zm-RL trägt dazu bei, dass medizinisch nicht notwendige Eingriffe vermieden werden.	U15: Medizinisch nicht notwendige Indikationsstellungen bei planbaren Eingriffen sowie die Durchführung von medizinisch nicht gebotenen planbaren Eingriffen können durch die Zm-RL vermieden werden.	Hypothese widerlegt	Hypothese widerlegt	Hypothese widerlegt	Hypothese widerlegt
	U16: Evidenzbasierte Leitlinieninhalte werden bei der für die Indikationsstellung und die finale OP-Empfehlung berücksichtigt.	Hypothese bestätigt⁸	Hypothese bestätigt		

⁸ Diese Bestätigung bedeutet im Kontext der H3 eine Widerlegung

9.4 Bewertung der Haupthypothese H4 Die Zm-RL wird vollumfänglich umgesetzt

Die Haupthypothese H4 Die Zm-RL wird vollumfänglich umgesetzt. wurde anhand folgender Unterhypothesen überprüft:

- U1: Patient*innen werden über Recht auf Einholung einer ZM im Sinne der Zm-RL aufgeklärt.
- U4: Ärzt*innen klären die Patient*innen entsprechend der Vorgaben der Zm-RL auf.
- U7: ZMer erbringen eine qualitativ hochwertige ZM und berücksichtigen bei der Erbringung der ZM alle in der Zm-RL aufgeführten Aufgaben.
- U8: Das Ziel einer vollständigen Durchdringung auf Ebene der EMer wurde erreicht.
- U9: Das Ziel einer vollständigen Implementierung auf Ebene der EMer wurde erreicht.
- U10: Das Ziel einer vollständigen Umsetzung auf Ebene der EMer nen wurde erreicht.
- U11: Das Ziel einer vollständigen Durchdringung auf Ebene der ZMer wurde erreicht.
- U12: Das Ziel einer vollständigen Implementierung auf Ebene der ZMer wurde erreicht.
- U13: Das Ziel einer vollständigen Umsetzung auf Ebene der ZMer wurde erreicht .

Die Ergebnisse der Unterhypothesen sprechen in beiden Indikationen (HE: 3 Bestätigungen – 6 Ablehnungen) (TT/TE: 2 Bestätigungen – 7 Ablehnungen) gegen die Hypothese H4. Sie ist daher zu verwerfen (siehe Tabelle 9-5)

Tabelle 9-4: Gesamtbewertung H4 Die Zm-RL wird vollumfänglich umgesetzt

Hauptthesen	Unterthesen	Bewertung Unterthese		Bewertung Hauptthese	
		HE	TT/TE	HE	TT/TE
H4 Die Zm-RL wird vollumfänglich umgesetzt.	U1: Patient*innen werden über Recht auf Einholung einer ZM im Sinne der Zm-RL aufgeklärt.	Hypothese widerlegt	Hypothese widerlegt	Hypothese widerlegt	Hypothese widerlegt
	U4: Ärzt*innen klären die Patient*innen entsprechend der Vorgaben der Zm-RL auf.	Hypothese widerlegt	Hypothese widerlegt		
	U7: ZMer erbringen eine qualitativ hochwertige ZM und berücksichtigen bei der Erbringung der ZM alle in der Zm-RL aufgeführten Aufgaben.	Hypothese widerlegt	Hypothese widerlegt		
	U8: Das Ziel einer vollständigen Durchdringung auf Ebene der EMer wurde erreicht.	Hypothese bestätigt	Hypothese bestätigt		
	U9: Das Ziel einer vollständigen Implementierung auf Ebene der EMer wurde erreicht.	Hypothese widerlegt	Hypothese widerlegt		

	U10: Das Ziel einer vollständigen Umsetzung auf Ebene der EMer wurde erreicht.	Hypothese widerlegt	Hypothese widerlegt		
	U11: Das Ziel einer vollständigen Durchdringung auf Ebene der ZMer wurde erreicht.	Hypothese bestätigt	Hypothese widerlegt		
	U12: Das Ziel einer vollständigen Implementierung auf Ebene der ZMer wurde erreicht.	Hypothese bestätigt	Hypothese bestätigt		
	U13: Das Ziel einer vollständigen Umsetzung auf Ebene der ZMer wurde erreicht.	Hypothese widerlegt	Hypothese widerlegt		

9.5 Bewertung Haupthypothese H5 Die Zm-RL erwirkt eine Abnahme der regionalen Variation der Eingriffshäufigkeiten von TE und TT

Die Haupthypothese H5 wird verworfen (siehe Tabelle 9-6).

Tabelle 9-5: Gesamtbewertung H5 Die Zm-RL erwirkt eine Abnahme der regionalen Variation der Eingriffshäufigkeiten von TE und TT

Haupthypothesen	Bewertung Haupthypothese
H5 Die Zm-RL erwirkt eine Abnahme der regionalen Variation der Eingriffshäufigkeiten von TE und TT.	Hypothese widerlegt

9.6 Bewertung Haupthypothese H6 Die Zm-RL erwirkt eine Abnahme der regionalen Variation der Eingriffshäufigkeiten von HE

Die Haupthypothese H6 wird verworfen (s. Tabelle 9-7).

Tabelle 9-6: Gesamtbewertung H6 Die Zm-RL erwirkt eine Abnahme der regionalen Variation der Eingriffshäufigkeiten von HE

Haupthypothesen	Bewertung Haupthypothese
H6 Die Zm-RL erwirkt eine Abnahme der regionalen Variation der Eingriffshäufigkeiten von HE.	Hypothese widerlegt

9.7 Bewertung Haupthypothese H7 Die Versorgung hat sich seit der Einführung der Zm-RL verändert

Die Haupthypothese **H7 Die Versorgung hat sich seit der Einführung der Zm-RL verändert.** wurde anhand folgender Unterhypothesen überprüft:

- U17: Die Zm-RL führt dazu, dass Eingriffe zeitlich verzögert durchgeführt werden.
- U18: Die Zm-RL führt dazu, dass sich Patient*innen mit ihrer Entscheidung sicher fühlen.
- U19: Die Zm-RL führt dazu, dass vermehrt Drittmeinungen eingeholt werden.
- U23: ZMer führen zusätzliche Untersuchungen durch, um zu ihrer Indikationsstellung zu gelangen.

- U24: Eine Verlagerung der Behandlung hin zu zweitmeinenden Institutionen findet statt.

Die Ergebnisse der Unterhypothesen sprechen überwiegend bei allen Indikationen (2 Bestätigungen – 3 Ablehnungen) gegen die Hypothese H7 Sie ist daher zu verwerfen (siehe Tabelle 9-8).

Tabelle 9-7: Gesamtbewertung H7 Die Versorgung hat sich seit der Einführung der RL verändert

Hauptthesen	Unterthesen	Bewertung Unterthese		Bewertung Hauptthese	
		HE	TT/TE	HE	TT/TE
H7 Die Versorgung hat sich seit der Einführung der RL verändert.	U17: Die Zm-RL führt dazu, dass Eingriffe zeitlich verzögert durchgeführt werden.	Hypothese widerlegt	Hypothese widerlegt	Hypothese widerlegt	Hypothese widerlegt
	U18: Die Zm-RL führt dazu, dass sich Patient*innen mit ihrer Entscheidung sicher fühlen.	Hypothese bestätigt	Hypothese bestätigt		
	U19: Die Zm-RL führt dazu, dass vermehrt Drittmeinungen eingeholt werden.	Hypothese widerlegt	Hypothese widerlegt		
	U23: ZMer führen zusätzliche Untersuchungen durch, um zu ihrer Indikationsstellung zu gelangen.	Hypothese bestätigt	Hypothese bestätigt		

9.8 Bewertung Haupthypothese H8 Es gibt keine Hindernisse bei der Umsetzung der Richtlinie

- Die Haupthypothese **H8 Es gibt keine Hindernisse bei der Umsetzung der Richtlinie.** wurde anhand folgender Unterhypothesen überprüft: U20: Richtlinienrelevante Informationen sind für Patient*innen leicht zugänglich.
- U21: Richtlinienrelevante Informationen sind von den an der Zm-RL beteiligten Stakeholdern inhaltlich abgestimmt.
- U22: Es stehen ausreichend Fachärzt*innen der Gynäkologie und HNO zur Verfügung, die die Voraussetzung erfüllen, um als Zweitmeiner*in zugelassen zu werden.

Die Ergebnisse der Unterhypothesen sprechen (3 Ablehnungen) gegen die Hypothese H8. Sie ist daher zu verwerfen (siehe Tabelle 9-9).

Tabelle 9-8: Gesamtbewertung H8 Es gibt keine Hindernisse bei der Umsetzung der Richtlinie

Hauptthesen	Unterthesen	Bewertung Unterthese		Bewertung Hauptthese	
		HE	TT/TE	HE	TT/TE
H8 Es gibt keine Hindernisse bei der Umsetzung der Richtlinie.	U20: Richtlinienrelevante Informationen sind für Patient*innen leicht zugänglich.	Hypothese widerlegt	Hypothese widerlegt	Hypothese widerlegt	Hypothese widerlegt
	U21: Richtlinienrelevante Informationen sind von den an der Zm-RL beteiligten Stakeholdern inhaltlich abgestimmt.	Hypothese widerlegt	Hypothese widerlegt		
	U22: Es stehen ausreichend Fachärzt*innen der Gynäkologie und HNO zur Verfügung, die die Voraussetzung erfüllen, um als Zweitmeiner*in zugelassen zu werden.	Hypothese widerlegt	Hypothese widerlegt		

10 Diskussion - Schlussfolgerungen, Konsequenzen & Perspektiven

Auf Basis der empirischen Untersuchungsergebnisse lassen sich im Folgenden die entsprechenden Schlussfolgerungen für die Ziele des Evaluationsauftrags ziehen sowie die sich aus den spezifischen Evaluationszielen und präzisen Fragestellungen abgeleiteten und formulierten spezifischen Fragestellungen beantworten.

10.1 Schlussfolgerungen hinsichtlich der Ziele des Auftrags

Die Ziele des Evaluationsauftrags umfassen:

- Die Überprüfung der Zielerreichung der Richtlinie,
- Die Überprüfung der Umsetzung der Richtlinie,
- Wenn möglich den Vergleich zur Situation vor Inkrafttreten der Richtlinie,
- Die Auswirkungen der Richtlinie,
- Eventuelle Umsetzungshindernisse der Richtlinie,
- Empfehlungen hinsichtlich einer Weiterentwicklung der Richtlinie.

Hinzu kommt noch die ergänzende Frage nach den Auswirkungen der Corona Pandemie auf die Zielerreichung und Umsetzung der Zm-RL, die hier ebenfalls adressiert wird. Das nachstehende Kapitel untergliedert sich in die einzelnen Ziele des Auftrags und betrachtet dabei die Erreichung der allgemeinen Ziele detailliert. Zudem werden im Kapitel 11 zusammenfassend die spezifischen Ziele und Fragestellungen ausgeführt.

10.2 Überprüfung der Zielerreichung der Richtlinie

Zur Überprüfung der Zielerreichung ziehen wir drei Hypothesen heran:

- H1 Die Zm-RL verbessert die informierte Entscheidungsfindung der Patient*innen bei der Indikation der HE.
- H2 Die Zm-RL verbessert die informierte Entscheidungsfindung der/des Patient*in bzw. des Erziehungsberechtigten bei der Indikation TE oder TT.
- H3 Die Zm-RL trägt dazu bei, dass medizinisch nicht notwendige Eingriffe vermieden werden.

Verbesserung der Entscheidungsfindung

Die ersten beiden, nur nach Indikation getrennten Hypothesen H1 und H2 haben sich beide im Rahmen der Evaluation bestätigt. Es wurde aufgezeigt, dass Patient*innen, wenn sie eine ZM in Anspruch genommen haben, sich sicherer in ihrer Entscheidungsfindung für oder gegen den elektiven Eingriff fühlten. Es konnte aufgezeigt werden, dass die Patient*innen, die eine ZM in Anspruch genommen haben, sich ausreichend informiert fühlten und eine informierte Entscheidung treffen konnten.

Dass eine ZM ein prinzipielles Potential hat, die informierte Entscheidungsfindung von Patient*innen zu verbessern, ergab sich auch aus der Beobachtung der Evaluation, dass die Informationsbedarfe der Patient*innen im Indikationsgespräch nicht immer vollumfänglich erfüllt werden. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass sich die Informationsbedürfnisse von Patient*innen unterscheiden. Näheres dazu kann in den im Rahmen der G-BA Innovationsfonds-Förderung entstandenen Arbeiten von May et al. [2022b] und Bruch et al. [2022] nachgelesen werden.

Offene Informationsbedarfe der Patient*innen wurden bei der Erbringung der ZM erfüllt. So berichteten die befragten Patient*innen, dass sie ausreichend über alternative Behandlungsmöglichkeiten sowie Vor- und Nachteile aufgeklärt wurden. Die vorliegenden Ergebnisse gleichen dabei denen anderer Studien, in denen die Erbringung der ZM ebenfalls eingehender untersucht wurde. So ist die Patientenzufriedenheit nach der Inanspruchnahme einer ZM hoch und die ZM wird in den meisten Fällen als hilfreich und beruhigend empfunden [Philip et al. 2010; Tattersall et al. 2009].

Entscheidend für die Bewertung der beiden Hypothesen H1 und H2 ist die quantitative Patientenbefragung. Hier ist jedoch limitierend darauf hinzuweisen, dass es sich bei der Befragung um Selbstauskünfte der Patient*innen handelt und es durchaus möglich ist, dass Patient*innen, die an der Befragung teilgenommen haben, keine ZM nach RL, sondern beispielsweise eine sogenannte informelle ZM in Anspruch genommen haben. Patient*innen interpretieren mitunter das OP-Aufklärungsgespräch oder eine informelle ZM im Sinne einer eigenständig eingeholten zusätzlichen ärztlichen Meinung als ZM nach RL. Ein Vergleich der Patientenbefragung mit den Routinedaten zeigt die Spannbreite der möglichen Diskrepanz: In der quantitativen Patientenbefragung gaben 31,2% der Patient*innen bei einer HE und 27,9% der Patient*innen bei einer TT oder TE an, eine ZM in Anspruch genommen zu haben. Die

Ergebnisse der Routinedaten der Krankenkassen und die Daten aus den Ärztebefragungen (qualitativ und quantitativ) deuten demgegenüber darauf hin, dass eine ZM nach RL bei einem/einer zugelassenen ZMer selten in Anspruch genommen wird. So zeigte die Analyse der Routinedaten, dass nur mehr 0,4% der Personen mit der Indikation zu einer HE und 0,2% der Indikationen zu einer TT oder TE, die das Recht auf eine ZM gehabt hätten, diese auch in Anspruch genommen haben. Auch wenn auf Basis der Ärzteinterviews davon auszugehen ist, dass die Routinedaten die Fallzahlen ihrerseits unterschätzen, weil möglicherweise ein Teil der Aufklärungen über das Recht auf Inanspruchnahme einer ZM nach RL sowie ein Teil der tatsächlichen Inanspruchnahme einer ZM bei einem/einer zugelassenen ZMer von den Ärzt*innen nicht abgerechnet werden, stellt sich mit Blick auf die Zielerreichung jedoch die Frage, inwieweit bei niedrigen Inanspruchnahmeraten noch von einer für das Versorgungssystem relevanten Verbesserung der informierten Entscheidungsfindung gesprochen werden kann – selbst wenn diese im Einzelfall erfolgt.

Vermeidung medizinisch nicht notwendiger Indikationsstellungen bei planbaren Eingriffen und die Durchführung von medizinisch nicht gebotenen planbaren Eingriffen

Das Erreichen des Ziels der Vermeidung medizinisch nicht notwendiger Indikationsstellungen bei planbaren Eingriffen und die Durchführung von medizinisch nicht gebotenen planbaren Eingriffen durch die Zm-RL konnte (wie u. a. auch das Fehlen einer Definition der medizinischen Notwendigkeit in der Zm-RL) im Rahmen der Hypothesenprüfung H3 nicht bestätigt werden.

Es konnte aufgezeigt werden, dass die Versorgung bei den fokussierten Indikationen (HE, TT und TE) größtenteils bereits leitliniengerecht erfolgt. Ärzt*innen orientieren sich bei der Indikationsstellung überwiegend an Leitlinien, wobei ein operativer Eingriff als letzte Behandlungsoption offeriert wird. Ob die Richtlinie einen Einfluss auf die Berücksichtigung evidenzbasierter Leitlinieninhalte hat, bleibt an dieser Stelle offen. Ein Vorher-Nachher-Vergleich war aufgrund der begrenzten Datenverfügbarkeit sowie der generell wenig zu beobachtende Umsetzung der Zm-RL nicht möglich. Vereinzelt kann es durchaus zu nicht angemessenen Indikationsstellungen kommen, denen man allerdings mithilfe anderer Korrektur-/Kontrollmechanismen (wie bspw. der Vermeidung von wettbewerblichen Fehlanreizen im Vergütungssystem oder der adäquaten Berücksichtigung der Umsetzung von Leitlinien in der Gebührenordnung) begegnen könnte als mit der Zm-RL. Das ist auch eine

grundsätzliche Kritik an der RL bzw. dem Gesetz, die schon in den Stellungnahmen zum Versorgungsstärkungsgesetz thematisiert wurde, bei der Ausgestaltung des Gesetzes aber offenbar keine zentrale Berücksichtigung gefunden hat [BMG 2015].

In dem Kontext der überwiegend leitliniengerechten Versorgung wird noch ein anderes Problem offensichtlich: Patient*innen suchen mitunter mehrere Ärzt*innen auf, bis sie zur Indikationsstellung oder eben zu einem Abraten eines Eingriffs durch den Arzt oder die Ärztin gelangen. Mithilfe der Patienteninterviews konnte aufgezeigt werden, dass Patient*innen vereinzelt mehrere Arztkontakte hatten, weil die erstversorgenden Ärzt*innen nicht die von ihnen gewünschte Indikation für den jeweiligen Eingriff stellten.

Zusätzlich wird darauf hingewiesen, dass in der Beschreibung der RL keine zeitliche Eingrenzung des Verfahrens vorgenommen wurde. In der RL ist zwar aufgeführt, wann eine ZM als abgegeben gilt, allerdings nicht, wann der ZM-Prozess als beendet gilt. Dies beeinflusst die Beurteilung, ob nicht notwendige Eingriffe durchgeführt wurden oder nicht insofern, als dass Patient*innen sich auch noch zu einem späteren Zeitpunkt bzw. Jahre später einem Eingriff unterziehen können. Hinweise zu unterschiedlichen Entscheidungstypen finden sich in May et al. [2022b]. Dort wurde bereits aufgezeigt, dass es Patient*innen gibt, die sich mitunter erst nach mehreren Jahren für einen Eingriff entscheiden, was die Beurteilung, ob die Zm-RL einen Einfluss auf die Entscheidung und somit auf die Vermeidung medizinisch nicht notwendiger Eingriffe hat, erschwert.

Und ähnlich wie im obigen Zusammenhang mit der Beurteilung der Wirkung der Zm-RL auf die informierte Entscheidungsfindung gilt mit Blick auf die Zielstellung der Zm-RL, medizinisch nicht notwendige Eingriffe zu vermeiden auch hier: Bei niedrigen Inanspruchnahmeraten kann - selbst wenn es durch die Zm-RL in absolut wenigen Fällen zu einer Vermeidung eines medizinisch nicht notwendigen Eingriffs kommt - aus Sicht des Evaluators nicht von einer für das Versorgungssystem relevanten Vermeidung nicht notwendiger Eingriffe gesprochen werden.

10.3 Überprüfung der Umsetzung der Richtlinie

Zur Überprüfung der Zielerreichung im Sinne der Umsetzung der Zm-RL wurde die Hypothese H4 „Die Zm-RL wird vollumfänglich umgesetzt.“ aufgestellt und widerlegt. Aus verschiedenen Perspektiven konnte aufgezeigt werden, dass die Zm-RL nicht wie intendiert umgesetzt wird. Die folgenden, die Situation weiter ausdifferenzierenden Ausführungen beziehen sich auf die

beiden Ebenen der Umsetzung der Zm-RL: die Erstmeinerebene (Aufklärung über das Recht auf ZM) und die Zweitmeinerebene (Erbringung der ZM).

Erstmeinerebene (Aufklärung über das Recht auf ZM)

Aus Patientensicht wurde bei allen Indikationen in einem nicht ausreichenden Ausmaß darüber aufgeklärt, dass diese ein Recht auf eine unabhängige ZM nach Zm-RL haben. Dieses Ergebnis bestätigt die bisherige Studienlage [May et al. 2022c; Neugebauer et al. 2022]. Gleichzeitig besteht zumindest in Teilen der Bevölkerung eine positive Einstellung gegenüber einer ZM und dem Wunsch, von ihrem/ihrer Ärzt*in über die Möglichkeit zur Einholung einer ZM informiert zu werden [Könsgen et al. 2022].

In der quantitativen Ärztebefragung gaben 60% der Gynäkolog*innen und 69% der HNO-Ärzt*innen an, Patient*innen über die Möglichkeit der Einholung einer ZM aufzuklären. Allerdings erfolgt die Aufklärung über das Recht auf Inanspruchnahme einer ZM nicht unbedingt vor dem Hintergrund, dass die Ärzt*innen per Zm-RL dazu verpflichtet sind, sondern weil Ärzt*innen grundsätzlich der Idee bzw. dem Konstrukt der ZM im Allgemeinen positiv gegenüber eingestellt sind.

Somit kann auch nicht davon ausgegangen werden, dass die o. g. grundsätzlich aufklärenden Ärzt*innen notwendigerweise im Sinne der Zm-RL aufklären und die Richtlinie hier wie intendiert umgesetzt wird. Mangelndes Wissen über die Inhalte der Zm-RL geht Hand in Hand damit, dass indikationsstellende Ärzt*innen schlicht nicht wissen, welche Pflichten sie bei der Aufklärung über das Recht auf ZM zu berücksichtigen haben und sind mit den Verfahrensspezifika nicht vertraut (s. hierzu auch May et al. 2022a; Stiftung Gesundheit 2021).

Die Freitextantworten der quantitativen Ärztebefragung gaben zusätzlich Hinweise, warum die Berücksichtigung aller Aufklärungspflichten nicht regelhaft erfolgt: So wird die rein mündliche Aufklärung von den Ärzt*innen bereits als Pflichterfüllung angesehen oder eine Aufklärung findet z. T. nur auf Patientenwunsch statt oder die Ärzt*innen betonten bzw. gehen davon aus, dass eine ZM in der Klinik abgegeben wird.

Nicht zuletzt scheinen die Praktikabilität und Akzeptanz der Zm-RL aus Sicht der Ärzt*innen fraglich. So zeigte eine Studie zur Akzeptanz und Umsetzung der Zm-RL bereits auf, dass die Ärzt*innen der relevanten Indikationen der ZM im Allgemeinen eher positiv und der Zm-RL eher negativ gegenüber eingestellt sind [May et al. 2022a]. Die mangelnde Akzeptanz

gegenüber der Zm-RL und die wahrgenommenen Herausforderungen, die sich mitunter bei der Umsetzung der Zm-RL ergeben, beeinflussen die Häufigkeit der Umsetzung der Zm-RL sowie die korrekte Umsetzung der Zm-RL.

Die Auswertung der Routinedaten liefert das Komplementärbild: Bei den 30555 gestellten Indikationen (HE) wurden nur 2333 (8%) Aufklärungen nach Zm-RL von den indikationsstellenden Ärzt*innen abgerechnet, bei den 30458 gestellten Indikationen (TT/TE) wurden nur 3060 (10%) Aufklärungen nach Zm-RL von den indikationsstellenden Ärzt*innen abgerechnet – von breiter Akzeptanz und Umsetzung der Zm-RL auf Erstmeinerebene kann auch aus dieser Perspektive nicht die Rede sein.

In diesem Zusammenhang sind auch die Ergebnisse der in die H4 eingehende Unterhypothese U10 zum Umsetzungsgrad im engen Sinne der definitorischen Festlegung durch den G-BA zu sehen: Umsetzungsgrade von 29% (HE) und 28% (TE/TT) sprechen aus Sicht des Evaluators ebenfalls nicht für eine bisher erfolgreiche Umsetzung der Zm-RL auf Erstmeinerebene.

Die mangelnde und unvollständige Aufklärung der Patient*innen über das Recht auf Inanspruchnahme einer ZM führt zwangsläufig dazu, dass die Patient*innen:

- oftmals nicht wissen, dass es eine Zm-RL gibt und sie das Recht haben, eine ZM in Übereinstimmung mit der Zm-RL in Anspruch zu nehmen,
- selten detaillierte Informationen zur Verfahrensspezifik erhalten,
- selten weiterführende Informationsmaterialien oder Befundunterlagen obligatorisch zur Verfügung gestellt bekommen und
- folglich bereitgestellte Informationsplattformen oder –angebote selten oder nicht nutzen.

In der Zm-RL finden sich keinerlei Regelungen oder Kontrollmechanismen, die die Aufklärung über das Recht auf Inanspruchnahme einer ZM überwachen oder – mit Ausnahme der Abrechnungsmöglichkeit - aktiv steuern. Vor diesem Hintergrund fällt es schwer davon auszugehen, dass sich die Häufigkeit bzw. Umsetzung nach Zm-RL durch die indikationsstellenden Ärzt*innen zukünftig selbständig ausweiten wird.

Zweitmeinerebene (Erbringung der ZM)

Zur Einordnung der folgenden Ausführungen zur Umsetzung der Zm-RL auf Zweitmeinerebene sind jeweils die überschaubaren Fallzahlen im Blick zu behalten: Entsprechend der

Routinedatenanalyse werden hinsichtlich der Indikation HE bei 30.555 erfassten Indikationen 108 ZM nach Zm-RL abgerechnet – das entspricht 0,4%. Und von insgesamt 30458 Personen, die eine Indikation zur TT/TE erhalten haben, nahmen 68 eine ZM in Anspruch, was 0,2% entspricht. Dies sind Größenordnungen, die auch bei einer möglichen Unterschätzung durch nicht erfolgte Abrechnungen hinsichtlich der Relevanz der Zm-RL für die Versorgung auf Zweitmeinerebene für sich stehen.

Dies steht auch nicht im Widerspruch zu den Umsetzungsgraden nach G-BA Festlegung, die mit 72% (HE) und 45% (TT/TE) höher liegen als auf Erstmeinerebene, aber konzeptionell nicht darauf ausgelegt sind, absolute Häufigkeiten oder Anteile von Prozeduren/ärztlichen Leistungen in der Versorgung abzubilden.

Vor diesem Hintergrund ist nun die Frage nach der (qualitativen) Umsetzung der Zm-RL auf Zweitmeinerebene zu bewerten. Hier lässt sich zunächst festhalten, dass die befragten ZMer ihre Pflichten, die sie im Rahmen der ZM-Erbringung berücksichtigen müssen, überwiegend nicht wiedergeben können (s. hierzu Abschnitt U7: ZMer erbringen eine qualitativ hochwertige ZM und berücksichtigen bei der Erbringung der ZM alle in der Zm-RL aufgeführten Aufgaben) und demnach auch nicht systematisch nach Zm-RL vorgehen (können). Dabei ist auch anzumerken, dass die Zm-RL derzeit keine Definition einer qualitativ hochwertigen ZM enthält. Vielmehr gleicht die Erbringung der ZM im Versorgungsalltag einer Routineversorgung.

Nichtsdestotrotz lässt sich die Erbringung der ZM (ob nach Zm-RL oder als informelle ZM spielt dabei eine eher untergeordnete Rolle) nach Auswertung der quantitativen Ärztebefragung als medizinisch und mit Ihrer Wirkung für die Patient*innen aus Sicht des Evaluators als hochwertig einstufen, auch wenn sie nicht gemäß der Verfahrensspezifika der Zm-RL erfolgt. Aus Patientensicht wird die ZM als qualitativ hochwertig eingeschätzt, wenn man die hohe identifizierte Zufriedenheit mit der ZM als Maßstab zugrunde legt (s. hierzu Unterhypothese U7). Eine hohe Zufriedenheit mit der ZM kann auch durch das Ergebnis von Weyerstraß et al. [2020] untermauert werden.

Allerdings kann es auch vorkommen, dass die Erbringung der ZM und die Durchführung des Eingriffs von ein und derselben Person durchgeführt wird, was nicht in der RL intendiert ist: *“Die Zweitmeinung kann nicht bei einem Arzt oder einer Einrichtung eingeholt werden, durch den oder durch die der Eingriff durchgeführt werden soll.”* (Auszug § 27b Absatz 1 Satz 2 SGB

V). Diese Einschränkung wird auch in der Zm-RL konkretisiert. Dort heißt es: *“Antragstellerinnen und Antragsteller nach Absatz 1 erhalten keine Genehmigung zur Abrechnung, wenn deren Tätigkeit mit dem Gebot der Unabhängigkeit gemäß § 27b Absatz 1 Satz 2 SGB V unvereinbar ist.”*

Weiterhin heißt es in der Zm-RL: *“Die Patientin oder der Patient ist darüber zu informieren, dass die Zweitmeinung nicht bei einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Einrichtung durchgeführt werden kann, durch die oder durch den der Eingriff durchgeführt werden soll.”*. Da bereits aufgezeigt wurde, dass die indikationsstellenden Ärzt*innen nicht vollumfänglich alle Aufklärungspflichten berücksichtigen, stellt sich die Frage, inwieweit Patient*innen tatsächlich über dieses Prozedere informiert sind. Und auch bei den zugelassenen ZMer scheint dieses Vorgehen nicht präsent zu sein. Vor diesem Hintergrund stellen sich im Zuge der Umsetzung der Zm-RL vielfältige Fragen:

- Wie wird kontrolliert, ob ein/e ZMer die ZM erbringt und anschließend den Eingriff durchführt? Ist eine Kontrolle überhaupt angedacht?
- Kann die gleichzeitige Erbringung der ZM und die Durchführung des Eingriffs nicht auch Sicherheit für die Patient*innen bedeuten?

Bemerkenswert ist auch, dass Patient*innen, die im Rahmen dieser Evaluation interviewt wurden, es positiv erlebt haben, dass der zweitmeinende Arzt oder die zweitmeinende Ärztin auch die OP durchführt. Im gleichen Sinne gaben zwei Patient*innen bei den Indikationen TT/TE der prospektiven Patientenbefragung im Freitextfeld an, dass sie sich bei dem/der ZMer operieren lassen wollen, dies aber aufgrund der aktuellen Regelung nicht möglich sei.

Die Interviewdaten geben zudem Hinweise auf weitere Herausforderungen bei der Erbringung bzw. Umsetzung der Zm-RL. So kann sich das Zweitmeinungsprozedere über mehrere Termine erstrecken. Es gibt in der RL keinerlei Informationen, wann der Prozess der Erbringung der ZM als beendet gilt. Auch aus einem Interview mit einer KV wurde aufgezeigt, dass Ärzt*innen immer wieder nachfragen, wann der Prozess der Erbringung der ZM beendet ist. Insofern kann aktuell nicht sicher beurteilt werden, ob sich eine Patientin oder ein Patient noch in der ZM-Erbringung befindet oder schon in der Regelversorgung.

Um abschließend nochmals auf die eingangs konstatierte eher geringere Inanspruchnahme von ZM nach RL in der Versorgung zurückzukommen: Diese könnte auch damit zusammenhängen, dass Patient*innen sich bereits sicher in ihrer Entscheidung fühlen oder

sich aus anderen Gründen keinen Nutzen durch eine ZM versprechen. In diesem Zusammenhang berichten Könsgen et al. [2021] in ihrer Studie zur Nutzung von strukturierten Zweitmeinungsprogrammen der gesetzlichen und privaten Krankenkassen in Deutschland ebenfalls von einem relativ geringen Anteil an Versicherten, die Zweitmeinungsprogramme in Anspruch nehmen. Es sollte somit hinterfragt werden, ob es ein gesetzliches Zweitmeinungsverfahren benötigt, wenn der Bedarf in einem Gesundheitssystem, das auf Basis der freien Arztwahl sowieso das Einholen unterschiedlicher Meinungen ermöglicht, noch nicht ausreichend identifiziert oder gar nicht gegeben ist.

10.4 Vergleich zur Situation vor Inkrafttreten der Richtlinie

Entsprechend der Methodologie wurde die Überprüfung eines Vergleichs der Situation seit Einführung der Zm-RL mit der Situation vor Inkrafttreten der Richtlinie mittels der Hypothesen H5 „Die Zm-RL erwirkt eine Abnahme der regionalen Variation der Eingriffshäufigkeiten von TE und TT“ und H6 „Die Zm-RL erwirkt eine Abnahme der regionalen Variation der Eingriffshäufigkeiten von HE“ geprüft. Beide Hypothesen wurden widerlegt.

Ergänzend lassen sich die Daten aus der U24 zu den Eingriffen sowie Daten zum grundsätzlichen Verlauf der Fallzahlen für ein erweitertes Bild nutzen.

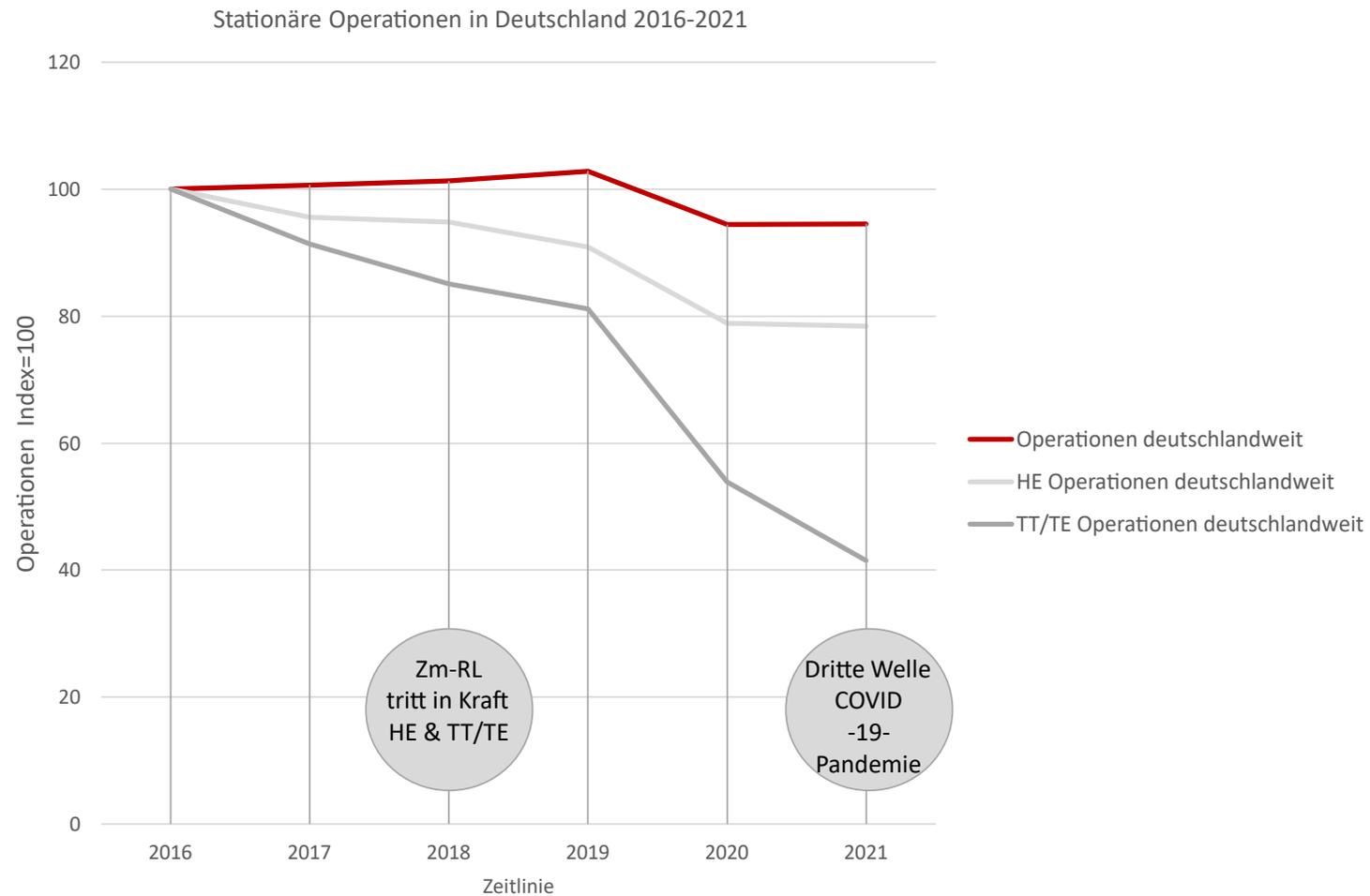
Bei der Überprüfung der regionalen Variationen konnte bei den Indikationen TT/TE eine Zunahme der regionalen Variation auf Bundeslandebene von 54,6% vor und 66,8% nach Inkrafttreten der ZM-RL festgestellt werden. Vor diesem Hintergrund lässt sich hier im Zeitraumvergleich keine regional homogenisierende Wirkung der ZM ableiten. Gleichzeitig sind die OP-Eingriffshäufigkeiten insgesamt zurückgegangen (vor der Einführung der Zm-RL durchschnittlich 25,1 Eingriffe je 100.000 Versicherte, nach der Einführung der Zm-RL: durchschnittlich 17,4 Eingriffe je 100.000 Versicherte). Regionale Unterschiede können durch die stationäre Angebotsstrukturen beeinflusst werden. So weisen in einer Untersuchung der Bertelsmann Stiftung [2015] Regionen ohne Klinik mit dem Schwerpunkt HNO die niedrigste Tonsillektomiehäufigkeit auf. Bei großen HNO-Fachabteilungen in der Region steigt die Tonsillektomiehäufigkeit. Belegabteilungen mit einem größeren Anteil an der Versorgung führen häufiger Operationen an Patienten durch, die in denselben Kreisen wohnhaft sind. Welchen Einfluss die ambulante Angebotsstruktur auf die regionalen Unterschiede in der vorliegenden Evaluation hat, kann nicht abschließend geklärt werden. Flankierend sind hier die bundesweiten Daten der stationären Eingriffe von 2016 bis 2021 zu erwähnen, also den

Zeitraum vor der Einführung der Zm-RL und nach der Einführung der Zm-RL. Die Ergebnisse zeigen insgesamt einen Rückgang der Eingriffe: So sind die Eingriffe bei der Indikation TT/TE von 2016 (87107) bis 2021 (36155) um 58,5% zurückgegangen.

Für die Indikation HE stellte sich eine (nahezu) gleichbleibende regionale Variation im Vergleich vor der Einführung (51,0%) und nach der Einführung der Zm-RL (47,7%) heraus, so dass sich hier im Zeitraumvergleich ebenfalls keine regional homogenisierende Wirkung der ZM ableiten lässt. Und auch bei der Indikation HE sind die OP-Eingriffshäufigkeiten insgesamt gesunken (vor der Einführung der Zm-RL durchschnittlich 42,9 Eingriffe je 100.000 Versicherte, nach der Einführung der Zm-RL: durchschnittlich 38,7 Eingriffe je 100.000 Versicherte). Die rückläufigen Entwicklungen könnten sowohl für eine kritischere Indikationsstellung sprechen als auch eine zwischenzeitlich flächendeckende Anwendung von neuen und konservativen Verfahren. Flankierend können auch hier die bundesweiten Daten der stationären Eingriffe von 2016 bis 2021 herangezogen werden. Die Ergebnisse zeigen insgesamt einen Rückgang der Eingriffe: So sind die Eingriffe bei der Indikation HE von 2016 (111673) bis 2021 (87609) um 21,5% zurückgegangen.

In der vorliegenden Abbildung 10-1 ist der Rückgang von 2016 bis 2021 beider Indikationen der deutschlandweiten stationären Eingriffshäufigkeiten als Indexwert⁹ dargestellt. In der Grafik sind bestimmte Kernereignisse, wie die Einführung der Zm-RL und die Coronapandemie gekennzeichnet. Die Daten der absoluten Eingriffe können aus den DRG-Statistiken (Vollstationäre Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern Operationen und Prozeduren) vom Jahr 2016-2021 entnommen werden. Im Kapitel Referenzen sind diese unter der Referenz Statistische Ämter des Bundes und der Länder [2023] mit dem entsprechenden Link zu finden.

⁹ Der Index zeigt die Entwicklung der Zahlen innerhalb eines definierten Zeitraums. Der Referenzwert, welcher in diesem Fall ein bestimmtes Jahr (Basisjahr) ist, wurde mit der Zahl 100 gleichgesetzt. Ein Indexwert von 110 entspricht demnach einem Anstieg von 10% gegenüber dem Wert der Referenzperiode.



Datenquelle: DRG-Statistik, Vollstationäre Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern Operationen und Prozeduren (OPS Version 2016-2021)

Abbildung 10-1: Stationäre Operationen in Deutschland 2016-2021

Darüber hinaus gibt es andere Faktoren die einen Einfluss auf die Anzahl der Eingriffe und die regionale Variation gehabt haben könnten. So sind beispielsweise die Anzahl der Eingriffe im Zuge der Coronapandemie stark zurückgegangen. Im Kapitel 10.6.1 Auswirkungen der Coronapandemie auf die Umsetzung und Zielerreichung der Zm-RL wird dabei näher darauf eingegangen.

Weitere Faktoren für die Rückläufigkeit der Eingriffe in beiden Indikationen können sich auch aus – in der Evaluation nicht erfassten – sich verschiebenden, eher konservierend angelegten Therapiephilosophien bspw. durch breiter rezipierte Studienlagen ergeben [Byars/Stearns/Boomsma 2018] oder aus ebenfalls nicht erfassten Ansätzen innerhalb von der Ärzteschaft, bestimmte Operationen zurückzufahren (s. die Aufrufe des Deutschen Berufsverbands der Hals-Nasen-Ohrenärzte und der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie Anfang 2023). Darüber hinaus hat die Veröffentlichung der Tonsillitleitlinie im Jahr 2015 die bereits rückläufige Tendenz von Eingriffen verstärkt. Windfuhr, Schmuker & Günster [2021] erfassten in einer retrospektiven Studie mittels anonymisierten Abrechnungsdaten der AOK folgenden prozentualen Rückgang: 2013 zu 2012: –6,8 %, 2014 zu 2013: –2,5 %, 2015 zu 2014: –11,1 %, 2016 zu 2015: –21,2 %, 2017 zu 2016: –16,7 %, 2018 zu 2017: –6,3 %, 2012-2018: –50,3 %.

Mit Blick auf die Größenordnung der genannten Veränderungen/Rückgänge der Fallzahlen, die unabhängig vom Inkrafttreten der Zm-RL sind, und auf die relative Seltenheit, mit der ZM nach Zm-RL dokumentiert erbracht wurden, erscheint es auch als schwierig, einen möglichen Rückgang an durchgeführten Eingriffen in TT/TE und HE durch die Zm-RL seriös zu detektieren und zu quantifizieren. Dies gilt zumindest für diese Evaluation mit ihrem Design, ihrer Methodik und Datenlage.

10.5 Auswirkungen der Richtlinie

Zur Überprüfung der Auswirkungen der Zm-RL wurde die Hypothese H7 „Die Versorgung hat sich seit der Einführung der RL verändert.“ aufgestellt und widerlegt. Aus verschiedenen Perspektiven konnte aufgezeigt werden, dass sich die Versorgung seit der Einführung nicht verändert hat. Bei den hier aufgeführten Auswirkungen der Richtlinie handelt es sich um die nicht-intendierten Folgen der Zm-RL.

Eine relevante, zeitliche Verzögerung der Durchführung der Eingriff durch die Zm-RL ließ sich nicht detektieren – es kommt zu keinen bemerkenswerten zeitlichen Verzögerungen von Patient*innen mit einer ZM im Gegensatz zu Patient*innen ohne ZM. Hierbei ist limitierend festzuhalten, dass die Einteilung in Inanspruchnahme ZM ja/nein durch die Selbstangabe der Patient*innen erfolgte. D. h. es kann nicht sichergestellt werden, dass die ZM nach Zm-RL erfolgte und stattdessen eine informelle ZM stattgefunden hat. Auch muss hier mit Erinnerungsverzerrungen der Patient*innen gerechnet werden. Zudem kann es mehrere Termine und Gespräche bei dem Arzt oder der Ärztin gegeben haben, die durch zwei Items nicht erfasst werden können. Bei der qualitativen Patientenbefragung gibt es Hinweise, dass von der Indikationsstellung bis zum Zeitpunkt der OP mehrere Termine in Anspruch genommen wurden. Diese können mittels quantitativer Patientenbefragung nicht identifiziert werden. Da bei beiden Indikationen keine zeitliche Verzögerung festgestellt wurde, spricht aus Sicht des Evaluators somit zusammenfassend vieles dafür, dass die Zm-RL generell keinen zeitlich relevanten Einfluss auf die Patientenversorgung im Sinne von zeitlichen Verzögerungen des Eingriffs hat.

Weiterhin ist nicht auszuschließen, dass es Patient*innen gibt, die sich schwertun, eine Entscheidung zu treffen und die Entscheidung für oder gegen einen Eingriff hinausschieben [May et al. 2022b]. In der Versorgung wird zusätzlich das Phänomen des Ärztehoppings oder Doctor Shopping beobachtet, das die Inanspruchnahme von mehreren Ärzt*innen der gleichen Fachgruppe ohne Überweisung durch einen Hausarzt oder Hausärzt*in beschreibt und dem unterschiedliche Ursachen zugrunde liegen können [Sansone/Sansone 2012]. Diese Effekte könnten auch beim Vergleich von Patient*innen mit ZM von Patient*innen ohne ZM eine Rolle spielen, wenn man unterstellt, dass gerade eher „zögerliche“ Patient*innen eine ZM in Anspruch nehmen und die Zusammensetzung der Stichprobe mit ZM beeinflussen: Bei diesen wären etwaige zeitliche Verzögerungen in einer zweitgemeinten Stichprobe nämlich nicht das Ergebnis bzw. die Wirkung der Zm-RL, sondern lediglich Ausdruck eines davon unabhängigen Entscheidungsmusters.

Weitere untersuchte Auswirkungen der Zm-RL, die über den primär interessierenden zeitlichen Aspekt hinausgehen umfassen Einholung von Drittmeinungen, Umfang der Untersuchungen durch ZM, möglicher Verlagerung von Eingriffen in Institutionen mit ZMer sowie Veränderung von Eingriffshäufigkeiten:

- Eine vermehrte Einholung von Drittmeinungen konnte nicht aufgezeigt werden. Patient*innen berichteten selten von der Inanspruchnahme einer Drittmeinung, wobei zu einem gewissen Grade offen blieb, was Patient*innen unter Drittmeinung verstehen.
- Die Evaluation zeigte, dass ZMer umfassend selbst untersuchen – die Erbringung einer ZM gleicht somit eher einer gezielten Gesamtuntersuchung, in der alle dazu notwendigen Untersuchungselemente durchgeführt werden als der Abgabe einer ärztlichen Meinung auf Basis existierender Befunde, nicht zuletzt, diese oftmals nicht vorliegen. Summativ steigt vor diesem Hintergrund die Wahrscheinlichkeit von Doppeluntersuchungen aus denen eine Überversorgung resultieren könnte. Betrachtet man dieses Vorgehen der zweitmeinenden Ärzt*innen vor dem Hintergrund einer patientenorientierten Versorgung, kann dies auf der anderen Seite auch einer der Gründe sein, dass sich Patient*innen durch die ZM gut untersucht und ihrer Erwartungshaltung entsprechend versorgt fühlen [Jähne 2018].
- Mittels der Daten der KH-Qualitätsberichte, der quantitativen Ärztebefragung und der quantitativen Patientenbefragung wurde keine Verlagerung hin zu zweitmeinenden Institutionen aufgezeigt – insgesamt sind die Eingriffshäufigkeiten in zweitmeinenden sowie nicht-zweitmeinenden Institutionen rückläufig. Ebenso lässt ein Vergleich der spezifischen Eingriffshäufigkeiten der zweitmeinenden stationären Einrichtungen und bundesweiten Krankenhäuser eine ähnliche Tendenz erahnen.

Die Tatsache, dass die ZM selten abgerechnet wurde (s. Routinedaten) und die ZMer der qualitativen und quantitative Ärztebefragung eine seltene Durchführung der ZM angeben, lässt – wie auch an anderer Stelle bereits hervorgehoben – insgesamt vermuten, dass die Zm-RL keinen großen Einfluss auf die Versorgung hat.

10.6 Eventuelle Umsetzungshindernisse der Richtlinie

Zur Identifikation von Umsetzungshindernissen der Zm-RL wurde die Hypothese H8 „Es gibt keine Hindernisse bei der Umsetzung der Richtlinie.“ aufgestellt und widerlegt. Aus verschiedenen Perspektiven konnten verschiedene Umsetzungshindernisse identifiziert werden.

Zugänglichkeit der Informationen

Es wurde aufgezeigt, dass richtlinienrelevante Informationen für Patient*innen nicht leicht zugänglich sind. Hinsichtlich der Webseiten 116117.de/zweitmeinung bzw. Gesundheitsinformation.de/zweitmeinung lässt sich klar feststellen, dass diese bei der Indikation HE sowie den Indikationen TT/TE selten genutzt werden. Dies steht im Kontrast zur allgemeinen Nutzung des Internets durch die Befragungsteilnehmer*innen, die als weitere Informationsquellen Internetwebseiten als zweithäufigsten Antwortkategorie gewählt haben.

Darüber hinaus ist zu erwähnen, dass sich die Darstellung der ZMer-Suche auf den KV-Seiten uneinheitlich gestaltet, was ein weiteres Umsetzungshindernis sein könnte. So kann Stand 12/22 entweder eine Arztsuche auf der jeweiligen KV-Seite erfolgen, eine Liste zu den ZMer herangezogen werden oder eine Verlinkung der KV-Seite auf die 116117.de genutzt werden. Ob und welche Vorgehensweise Patient*innen bei der Suche nach ZMer präferieren, bleibt weiterhin offen.

Abstimmung der Stakeholder

In der Stakeholderbefragung wurden keine Hinweise gefunden, dass sich die Stakeholder inhaltlich abstimmen, welche richtlinienrelevanten Informationen zur Verfügung gestellt werden. So werden zwar Informationen zum Zweitmeinungsverfahren und der Suche nach ZMer gegeben, jedoch sind diese nach den zur Verfügung stehenden Daten nicht aufeinander abgestimmt. In diesem Zusammenhang ist jedoch die kleine Stichprobengröße zu beachten. So konnte nur ein Teil der relevanten Akteur*innen erreicht werden, die Auskunft zur inhaltlichen Abstimmung mit anderen Akteur*innen geben können – und ob diese immer einen umfassenden Gesamtüberblick zu allen denkbaren Abstimmungsaktivitäten hatten, lässt sich nicht sicher sagen. Die Ergebnisse sind somit eher als ein Hinweis zu verstehen, und nicht als ein endgültiges Ergebnis.

Zugangsbarrieren Zweitmainerzulassung

Die Zugangsvoraussetzung der Weiterbildungsbefugnis wurde von Ärzt*innen sowie anderen Stakeholdern als Umsetzungshindernis identifiziert. Was impliziert, dass keine ausreichende Anzahl an Ärzt*innen mit einer Weiterbildungsbefugnis zur Verfügung steht. Dies wird durch die Ergebnisse der U22 untermauert. Dazu ist anzumerken, dass es keine festgelegten Ziel- bzw. Richtgröße an ZMer je Bundesland oder je Subregion oder je Einwohner gibt. Darüber

hinaus handelt es sich hierbei um eine deutschlandweite Zahl. Eine auf Landkreisebene bezogene Zielgröße könnte zu einer Erhöhung oder Senkung der berechneten Zahl je nach Region führen. Darüber hinaus war im Bericht der KBV gemäß § 10 Zweitmeinungs-Richtlinie bei der Indikation HE der häufigste Grund für eine Ablehnung des Antrags für eine Genehmigung als ZMer im Jahr 2021, dass nach § 7 Abs. 3 a) mit b) die Fortbildungspflicht nicht erfüllt und keine Weiterbildungsbefugnis vorhanden war (n=14) [G-BA 2023]. Die Weiterbildungsbefugnis lässt sich auf Grundlage der genannten Erkenntnisse der Evaluation als Hindernisgrund identifizieren.

Einstellung der Ärzt*innen zur Zm-RL

Die Ärztebefragung zeigt gerade auf Ebene der EMer eine nur eingeschränkte Akzeptanz der Zm-RL, weil es aus der Perspektive der Ärzt*innen eine gelebte Zweitmeinungskultur gibt, welche die Zm-RL überflüssig machen. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt die Studie von May et al. [2022a], in der bereits aufgezeigt wurde, dass Ärzt*innen dem Konzept der ZM im Allgemeinen positiv und der Zm-RL hingegen negativ eingestellt sind. Dies beeinflusst maßgeblich die Umsetzung der Zm-RL.

10.6.1 Auswirkungen der Coronapandemie auf die Umsetzung und Zielerreichung der Zm-RL

Mittels verschiedener Datenquellen soll die Reduktion der Eingriffszahlen bedingt durch die Coronapandemie dargestellt werden. Hier sollen vorrangig die Indikationen HE sowie TT/TE betrachtet werden. Vorliegende Datenquellen sind die Studie von Bialas/Schleppers/Auhuber [2020], die Pressemitteilung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDo) [2023] und die Daten der Evaluation (Routinedaten und KH-Qualitätsberichte/Statistisches Bundesamt).

- Bialas/Schleppers/Auhuber [2020]: In der Studie von Bialas, Schleppers und Auhuber [2020] wurde der Einfluss des ersten Lockdowns bei 25 ausgewählten Eingriffen untersucht. Die Daten wurden aus dem gemeinsamen Benchmarking-Programm für OP-Prozesszeiten vom Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA), dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) und dem Verband für OP Management e.V. (VOPM) entnommen. Bei der Betrachtung von TE (ohne Adenotomie) ist eine Veränderung von -71 % im Vergleich vor (Durchschnitt April 2017–2019) und mit Corona (April 2020), bei Adenotomie (ohne TE) -82 % im Vergleich vor und mit Corona zu beobachten. HE wurde im Rahmen der Studie nicht analysiert.

- WIdO [2023]: Mittels der Abrechnungsdaten der AOK nach § 301 SGB V zeigte sich sowohl bei den Mandelentfernungen als auch Gebärmutterentfernungen bei gutartigen Neubildungen ein Rückgang der Eingriffe. Bei den Mandelentfernungen konnte ein ausgeprägter Rückgang beobachtet werden. Im Vergleich 2020 zu 2019 ist ein Rückgang von 33% zu beobachten, 2021 zu 2019 ein Rückgang um 49%, 2022 zu 2019 ein Rückgang um 35%. Auch bei der Gebärmutterentfernung bei gutartigen Neubildungen ist ein Rückgang zu verzeichnen, welcher jedoch weniger stark ausgeprägt verlief als bei den Mandelentfernungen: 2020 zu 2019 ist ein Rückgang von 14%, 2021 zu 2019 ein Rückgang von 16%, 2021 zu 2019 ein Rückgang von 15% zu verzeichnen [WIdO 2023].
- Routinedaten: Bei den Routinedaten werden die absoluten durchschnittlichen Eingriffe je 100.000 Versicherte bundesweit im Jahresvergleich 2019/2020 und 2019/2021 betrachtet:
 - TT/TE: Vergleich 2020 zu 2019 Rückgang von 36%, 2021 zu 2019 ein Rückgang von 55,2%
 - HE: Vergleich 2020 zu 2019 Rückgang von 17,5%: 2021 zu 2019 ein Rückgang von 16,8%.
- KH-Qualitätsberichte/Statistisches Bundesamt: Bei TT/TE ist im Vergleich 2020 zu 2019 ein Rückgang von 33,6%, 2021 zu 2019 ein Rückgang von 48,9% Prozent zu verzeichnen; bei HE ist im Vergleich 2020 zu 2019 ein Rückgang von 13,2%, 2021 zu 2019 ein Rückgang von 13,7% zu verzeichnen.

Vergleichende Daten von 2022 können bei den Routinedaten und den stationären bundesweiten Eingriffen nicht herangezogen werden.

Demnach kann davon ausgegangen werden, dass auch die Umsetzung der Zm-RL durch die Coronapandemie beeinflusst wurde, weil pandemiebedingt auf Erstmeinerebene weniger Indikationen gestellt wurden, ggf. auch weniger Zweitmeinerkapazität verfügbar war und auch aus reiner KH-Kapazitätsperspektive deutlich weniger Eingriffe erfolgen konnten. Gleichzeitig erscheint es plausibel davon auszugehen, dass auch Patient*innen gerade während der Pandemie-Hochzeiten sich eher gegen, als für einen Eingriff und eine mögliche Abwägung unter Nutzung einer Zweitmeinung entscheiden haben könnten.

Die Pandemie überlappte zeitlich die Inkraftsetzung und anschließende Umsetzung der Zm-RL nahezu als „perfekter Sturm“: Gut ein Jahr nach Inkrafttreten der Zm-RL in den hier relevanten Indikationen kam es zu den ersten Lockdowns und einer damit verbundenen Einschränkung der Gesundheitsversorgung. Ärztliches Personal und Mitarbeitende nichtärztlicher Gesundheitsprofessionen wurden mit bisher nicht dagewesenen Herausforderungen im täglichen Versorgungsalltag konfrontiert. Insbesondere der ambulante Bereich war durch Umstrukturierungen im Praxismanagement und dem Aufrechterhalten von Infektionsmaßnahmen stark gefordert. Beobachtet wurde eine Reduktion des Patientenaufkommens seit dem Ausbruch von COVID-19 sowie vermehrten Terminabsagen, die überwiegend durch die Patient*innen initiiert wurden. Am häufigsten wurden Routinekontrollen und Vorsorgetermine abgesagt [Bruch et al. 2021].

Aus den Interviews mit den Patient*innen wurden folgende Auswirkungen durch die Pandemie thematisiert: Eine Patientin berichtete im Interview, dass sie sich aufgrund der Situation vor Ort im Krankenhaus vorerst gegen eine Operation entschied. Drei interviewte Personen der qualitativen Patientenbefragung berichteten von erschwerten Besuchsbedingungen nach der Operation aufgrund der in der Pandemie vorherrschenden Besuchsregeln. Eine Interviewteilnehmerin gab an, dass sich die Terminvereinbarung für das Zweitmeinungsgespräch verzögert hat. Zudem hatte eine Teilnehmerin das Gefühl, dass sich der/die Ärzt*in, bei welchem/welcher die ZM in Anspruch genommen wurde, weniger Zeit genommen hat, aufgrund des erhöhten Besucherverkehrs in der HNO-Praxis.

In den Interviews mit den Ärzt*innen wurde häufig thematisiert, dass die Organisation des Praxisalltags generell als wichtiger bewertet wurde als die adäquate Umsetzung der Zm-RL. Insbesondere der ambulante Bereich der HNO-Praxen, die vielfach Patient*innen mit Atemwegserkrankungen behandelten, waren stark belastet. Darüber hinaus berichteten HNO-Ärzt*innen, dass Patient*innen weniger häufig in die Praxis kamen, wobei sie sich nicht festlegen konnten, ob es eher der Angst vor einer Ansteckung geschuldet war oder, dass die Patient*innen seltener erkrankt waren.

Und auch die Stakeholder berichteten im gynäkologischen Bereich, dass es einen anderen Fokus in der Versorgung gab und die Umsetzung der Zm-RL, aber auch die präventive Versorgung, wie bspw. die Krebsfrüherkennung, nicht wie eigentlich intendiert erfolgte.

Darüber hinaus betonten die Vertreter*innen der KVen, dass während der Coronapandemie weniger häufig Anträge für die Zulassung zum ZMer gestellt wurden.

11 Zusammenfassung spezifischer Ziele und Fragestellungen

Neben den im vorangegangenen Kapitel beschriebenen Hauptzielen/-fragestellungen der Evaluation wurde ein Satz damit verbundener spezifischer Ziele und Fragestellungen formuliert, der neben den Hauptfragestellungen die Hypothesenformulierung mitgeleitet hat und deren Beantwortung entsprechend bereits in den Ergebnissen an unterschiedlichen Stellen dieser Evaluation enthalten ist. Um Redundanzen und längliche Wiederholungen zu vermeiden, erfolgt deswegen hier eine tabellarische Ergebnisübersicht (s. Tabelle 11-1), die sich entlang der spezifischen Evaluationsziele und der spezifischen Fragestellungen orientiert:

Tabelle 11-1: Zusammenfassung spezifischer Ziele und Fragestellungen

Spezifisches Ziel	Spezifische Fragestellungen	Siehe Ergebnisse zu Haupt-/Unterhypothesen	Ergebnisse
Spezifisches Evaluationsziel A: Gestaltung des Prozesses der ZM und Nutzen für die Informierte Entscheidungsfindung	Wie wird die Qualität der ZM, die Qualität des Aufklärungsgesprächs und der Nutzen für die informierte Entscheidungsfindung aus Patientenperspektive beurteilt?	U1, U2, U3, U6, U7	Die Qualität der ZM wird aus Patientensicht als sehr gut eingeschätzt. Die ZM unterstützt Patient*innen in ihrer Entscheidungsfindung. Die Qualität des Aufklärungsgesprächs wird aus Patientenperspektive als insgesamt gut eingeschätzt, wobei ein Informationsbedarf identifiziert wurde. Die Qualität des Aufklärungsgesprächs kann im Rahmen der Evaluation nur bei der Indikation HE zu einer informierten Entscheidungsfindung beitragen.

Wie wird die ZM im Versorgungsalltag umgesetzt?	U4, U5, U8, U9, U10, U11, U12, U13	Die ZM nach RL wird im Versorgungsalltag selten erbracht und eine regelhafte Umsetzung konnte nicht identifiziert werden.
Wie häufig wird über das Recht eine zweite Meinung im Sinne der RL aufgeklärt und wie häufig werden ZM im Sinne der Richtlinie in Anspruch genommen?		Die Aufklärung über das Recht auf ZM erfolgt bei den richtlinienrelevanten Indikationen in einem ausreichenden Maß. Fraglich ist, ob die Aufklärung über das Recht auf ZM richtlinienintendiert ist oder, ob die Aufklärung ein Bestandteil der good clinical practice ist. Eine ZM im Sinne der RL wird selten in Anspruch genommen.
Werden Patient*innen mit einer richtlinienrelevanten Indikation über ihr Recht auf Einholung einer ZM im Sinne der Zweitmeinungsrichtlinie aufgeklärt?		Patient*innen mit einer richtlinienrelevanten Indikation werden nicht regelhaft über ihr Recht auf Einholung einer ZM im Sinne der Zm-RL aufgeklärt.
Werden alle Aufklärungspflichten berücksichtigt?		Es werden sehr selten alle Aufklärungspflichten durch die indikationsstellenden Ärzt*innen berücksichtigt.
Wie wird die inhaltliche Qualität des Aufklärungsgesprächs und der eingesetzten Informationsmaterialien bewertet?	U6	Die inhaltliche Qualität hinsichtlich der Aufklärung über das Recht auf Inanspruchnahme einer ZM wird als unzureichend bewertet, wobei selten von Ärzt*innen auf Informationsmaterialien hingewiesen wird.
Wie wird die Qualität der erbrachten ZM beurteilt?	U7	Die Qualität der Erbringung der ZM kann als zufriedenstellend bewertet werden, wobei die Erbringung der ZM eher einer

			Routineuntersuchung gleicht und Verfahrensspezifika der Zm-RL nicht bewusst beachtet werden.
	Welchen Beitrag leistet die Zweitmeinungsrichtlinie für eine informierte Entscheidungsfindung?	U14	Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme der ZM und der informierten Entscheidungsfindung. Aufgrund der Wahl des Chi-Quadrat-Tests kann die Richtung und Stärke des Effekts nicht identifiziert werden.
Spezifisches Evaluationsziel B: Indikationsstellung, Inanspruchnahme von Zweitmeinungen, Durchführung von Eingriffen	Inwieweit werden Leitlinien bei der Indikationsstellung der betreffenden Eingriffe von den Fachärzt*innen berücksichtigt?	U16	Bei den relevanten Indikationen werden Leitlinien bei der Indikationsstellung berücksichtigt.
	Wie entwickeln sich die OP-Zahlen der Eingriffe TE, TT und HE regionsbezogen im Vergleich vor und nach Einführung der Zm-RL?	H5, H6	Die OP-Zahlen der Eingriffe TT/TE sowie HE sind rückläufig.
	Gelingt es durch die Zm-RL, medizinisch nicht notwendige Indikationsstellungen bei planbaren Eingriffen sowie die Durchführung von medizinisch nicht gebotenen planbaren Eingriffen zu vermeiden?	U15	Es gelingt nicht durch die Zm-RL medizinisch nicht notwendige Indikationsstellungen bei planbaren Eingriffen sowie die Durchführung von medizinisch nicht gebotenen planbaren Eingriffen zu vermeiden.
	Erwirkt die Zm-RL eine Abnahme der regionalen Variation der Eingriffshäufigkeiten von HE, TE und TT?	H5, H6	Die Zm-RL erwirkt keine Abnahme der regionalen Variation für alle Indikationen.

	Werden evidenzbasierte Leitlinieninhalte bei der Indikationsstellung und der finalen OP-Empfehlung berücksichtigt?	U16	Evidenzbasierte Leitlinieninhalte werden bei der Indikationsstellung und der finalen OP-Empfehlung berücksichtigt.
Spezifisches Evaluationsziel C: Verantwortungsbereiche und Inanspruchnahme von Leistungserbringer	Welche Behandlungspfade können durch die Zm-RL identifiziert werden?	Systematisierung der Behandlungspfade (vgl. Kapitel 8.1.6 Stichprobenbeschreibung Routinedaten)	Es wurden vier Behandlungspfade (analog den Gruppen 1, 2, 3A, 3B) identifiziert. Die Erklärung der einzelnen Gruppen kann im Kapitel 8.1.6 Stichprobenbeschreibung Routinedaten nachvollzogen werden. Nachfolgend werden die absoluten Fallzahlen der Routinedaten verwendet: TT/TE: G1: 27.377 G2: 3013 G3A: 47 G3B: 21 HE: G1: 28.183 G2: 2264 G3A: 69 G3B: 39

	Welche durch die Zm-RL nicht intendierten Folgen können im Versorgungsalltag beobachtet werden?	U17, U18, U19, U20, U21, U22	Die Zm-RL führt nicht dazu, dass Eingriffe zeitlich verzögert durchgeführt werden. Die Zm-RL führt dazu, dass sich Patient*innen mit ihrer Entscheidung sicher fühlen. Die Zm-RL führt nicht dazu, dass vermehrt Drittmeinungen eingeholt werden. Richtlinienrelevante Informationen sind für Patient*innen nicht leicht zugänglich. Richtlinienrelevante Informationen sind von den an der Zm-RL beteiligten Stakeholdern inhaltlich nicht abgestimmt. Es stehen nicht ausreichend Fachärzt*innen der Gynäkologie und HNO zur Verfügung, die die Voraussetzung erfüllen, um als Zweitmeiner*in zugelassen zu werden.
	Welche weiterführenden Diagnostiken werden an zweitmeinenden Institutionen durchgeführt?	U23	ZMer führen in der Regel alle notwendigen Untersuchungen im Rahmen der Erbringung der ZM durch.
	Findet eine Verlagerung der Behandlung hin zu zweitmeinenden Institutionen statt?	U24	Eine Verlagerung der Versorgung hin zur zweitmeinenden Institution ist nicht zu beobachten.

12 Limitationen der Evaluationsstudie

Die Limitationen sind bereits in der Methodik, den Ergebnissen und der Diskussion beschrieben worden. Diese werden hier noch einmal zusammengefasst, und um Hinweise zur Repräsentativität von Detailhypothesen und der Zusammenführung der Prüfergebnisse der Detailhypothesen sowie Repräsentativität der Daten ergänzt.

Repräsentativität, Zusammenführung und Bewertung von Detailhypothesen

Um die Evaluationsziele optimal überprüfen zu können, wurden valide und messbare Items benötigt. Unter der Berücksichtigung, dass nur bestimmte Datenquellen zur Verfügung standen, bestand die Schwierigkeit dieser Voraussetzung vollumfänglich gerecht zu werden.

So konnten bestimmte Unterhypothesen nur mit einer Datenquelle überprüft werden, welche wiederum entscheiden, ob eine Haupthypothese widerlegt oder bestätigt wird. Dies betrifft folgende Unterhypothesen: U3, U4, U6, U8, U9, U10, U11, U12, U13, U16, U17, U18, U21 und U22.

Hierbei wurde jedoch versucht, mehr als ein Item bei quantitativen Datenquellen bzw. mehr als ein Themenfeld bei qualitativen Datenquellen zu verwenden. Zudem wurden flankierend andere Items der quantitativen Befragungen bzw. Themenfelder/Kategorien der qualitativen Befragungen dargestellt, jedoch nicht in die Bewertung mit einbezogen, um die Versorgungssituation so detailliert wie möglich darzustellen.

Zudem können die verwendeten Unterhypothesen nur einen Teilaspekt abbilden. Beispielsweise kann H8 "Es gibt keine Hindernisse bei der Umsetzung der Richtlinie." durch die verwendeten Unterhypothesen nur für bestimmte Themenaspekte überprüft werden. Diese Themenaspekte beziehen sich auf die Erreichbarkeit der Information, die inhaltliche Abstimmung der Stakeholder und die Weiterbildungsbefugnis. Diese genannten thematischen Hindernisse bei der Umsetzung der Richtlinie können jedoch auch anderweitig beleuchtet werden:

- Welche Informationen sind für die Patient*innen relevant? Sind diese für Patient*innen (beispielsweise auf den Webseiten) sichtbar?
- Welche anderen Voraussetzungen als die Weiterbildungsbefugnis haben Einfluss auf die Umsetzung der Richtlinie?

Mittels bestimmter Datenquellen konnten darüber hinaus andere Hindernisse identifiziert werden, welche aufgrund der Voraussetzung festgelegter Hypothesen und Bewertungskriterien nicht in die Bewertung der Hypothesen mit einbezogen wurden. Diese wurden flankierend in den Ergebnisteil und die Diskussion integriert.

Limitierend ist zudem festzuhalten, dass die Bewertungskriterien nicht auf alle Hypothesen einheitlich angewendet wurden. Die Einstufung der Bewertungskriterien fällt zum einen aufgrund von quantitativen und qualitativen Datenquellen unterschiedlich aus, zum anderen wurden die Bewertungskriterien inhaltlich auf die Hypothese angepasst. In diesem Zusammenhang ist dabei zu erwähnen, dass bei einem Großteil der Hypothesen "noch ausreichend" bei dem Wert ab 50% (bis 74%) liegt, hierbei wird die Bewertung +/- verwendet. Dies hat zur Folge, dass das Item nicht eindeutig positiv zu bewerten ist und entsprechend der gewählten Systematik als negative Bewertung in die Beurteilung der Hypothese einfließt. Somit können Hypothesen grundsätzlich widerlegt werden, obwohl andernfalls eine positive Tendenz vorhanden ist. Dies trifft für folgende Unterhypothesen zu: U7, U11 TT/TE, U13 HE, U15, U17 TT/TE. Darüber hinaus führt die Bewertung der Items bei den Signifikanzen der U6 (+/-) dazu, dass die Unterhypothese für TT/TE widerlegt wird.

Zudem liegt die Hypothese U14 sehr nah an der Hypothesenserie U2, U3, U5 und U6, was zu einer gewissen Redundanz der Ergebnisse führt. Folge davon ist, dass bei ähnlichen Ergebnissen und Bewertungen eine stärkere Gewichtung der Bewertungen aufgrund redundanter Ergebnisse erfolgt.

Limitationen bei der Teilnahme der gesetzlichen Krankenkassen und anderen Institutionen

An der Evaluation haben insgesamt sieben Krankenkassen teilgenommen, was einen Marktanteil von 26,4% entspricht. Somit ist die Repräsentativität eingeschränkt. Erschwerend kam zudem hinzu, dass eine Krankenkasse im Laufe des Projekts abgesprungen ist und sich die Datenübermittlung der Routinedaten bis Mai 2023 und die Patientenbefragung bis April 2023

gezogen hat. Aufgrund des zeitlichen Evaluationsrahmens musste die Erhebung zum 30.04.2023 gestoppt werden, wodurch Fragebögen, die nach diesem Datum eingegangen sind, nicht in die Auswertung eingeflossen sind, die unter Umständen die Ergebnisse weiter beeinflusst hätten.

Limitationen der quantitativen Befragungen

Die Angaben der Patient*innen im quantitativen Design können nicht eindeutig darauf schließen, ob eine ZM nach Zm-RL eingeholt wurde oder ob es sich um eine informelle ZM handelt. Zudem können diverse Items von dem Recall-Bias betroffen sein, u. a. die Nutzung der Informationsmaterialien, der Monat und das Jahr des Gesprächs für die Indikation oder ob der/die Ärzt*in über das Recht auf eine ZM hingewiesen hat. Zudem beeinflusste der Selektionsbias die Teilnahme an dem Projekt. So könnten Patient*innen, die eher von der Thematik betroffen sind (z. B. bei hoher Unzufriedenheit mit der Behandlung/OP), eher an der Umfrage teilnehmen, sodass Patient*innen, bei denen beispielsweise ein reibungsloser Ablauf war, weniger an der Umfrage teilnehmen. Zudem lässt sich die Anordnung der Fragen im Fragebogen kritisch beleuchten. So generierten die Fragen nach der Zufriedenheit der ZM, die Bewertung der Informationsmaterialien oder die Frage, bei wem die Operation durchgeführt wurde, eine hohe Missing-Anzahl. Hier könnte die Anordnung im Fragebogen dazu beigetragen haben. Außerdem können inhaltliche Aspekte im Fragebogen kritisch beleuchtet werden. So sind beispielsweise die Antwortmöglichkeiten "Behandlungsmöglichkeiten, Vorteile einer Operation, Risiken und Nebenwirkungen einer Operation" bei der Frage nach der Qualität der Informationen im Indikationsgespräch oder der Frage nach dem Wunsch nach zusätzlichen Informationen nicht trennscharf voneinander abgegrenzt. Folge davon könnte sein, dass der/die Patient*in auch unter den Behandlungsmöglichkeiten die Operation zählt. Die Informationspflicht zu Therapiealternativen nach §27b (2) 2 SGB V konnte ggf. nicht trennscharf ausgewertet werden.

Darüber hinaus ist eine Limitation von quantitativen Befragungen, dass die Befragungssituation nicht kontrolliert werden kann. So mussten beispielsweise 24 Fragebögen bei den Indikationen TT/TE der Erziehungsberechtigten ausgeschlossen werden, da hier das Alter der Erwachsenen unter 18 lag und somit angenommen werden kann, dass das Kind den Fragebogen ausgefüllt hat.

Limitationen der qualitativen Befragungen

Auch bei qualitativen Befragungen kann der Recall-Bias die Aussagen und somit die Ergebnisse beeinflusst haben. Zudem könnte auch der Selektionsbias die Teilnahme an einem Interview beeinflusst haben, sodass nur Ärzt*innen oder Patient*innen an der Umfrage teilnehmen, wenn sie besonders interessiert an der Thematik sind. Die Aussagen könnten zudem der sozialen Erwünschtheit unterliegen. Zudem ist die geringe Teilnehmendenzahl bei der qualitativen Patientenbefragung und der Stakeholderbefragung zu erwähnen. Eine inhaltliche Sättigung konnte vermutlich nicht erreicht werden.

Limitationen der Sekundärdaten

Die Übermittlung der Routinedaten (und Patientenanschriften) ist abhängig von Abrechnungsdaten der Ärzt*innen, sodass Patient*innen möglicherweise einer anderen Gruppe als vorgesehen zugeordnet wurden. Zudem ist die Qualität der Routinedaten abhängig von den Ärzt*innen und Krankenkassen. Mit der Erstellung und mehrfachen Besprechung der Selektionskriterien mit den Krankenkassen sollte diesem möglichen Defizit jedoch ausreichend entgegengewirkt sein. Die durch die KVen gelieferten Daten befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung möglicherweise auf unterschiedlichen Ständen, da die Aktualisierung je nach KV zu unterschiedlichen Zeiten stattfinden kann. Dies kann wiederum Einfluss auf die Anzahl und Standorte der Ärzt*innen haben.

Limitationen der KH-Qualitätsberichte und -daten

In den KH-Qualitätsberichten werden aus datenschutzrechtlichen Gründen Eingriffshäufigkeiten kleiner als Vier nicht angegeben. In der vorliegenden Studie wurden hierfür immer zwei Eingriffe verwendet. Den Eingriffshäufigkeiten konnte sich demnach nur angenähert werden, ohne eine exakte Zahl identifizieren zu können. In den KH-Qualitätsberichten handelt es sich um aggregierte Daten. Damit lassen sich keine Rückschlüsse auf die jeweiligen Diagnosen ziehen. Für die Evaluation heißt das, dass auch Fälle mit malignen Diagnosen in die Ergebnisdarstellung eingeflossen sein könnten, die bei der Zm-RL eigentlich ausgeschlossen werden. Darüber hinaus wurden insbesondere die Daten von 2019 bis 2021 durch die Coronapandemie beeinflusst. In den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (§17 Qb-R) wurde darauf hingewiesen, dass in diesem Zeitraum in Folge der Pandemie Daten unvollständig sind. Damit geht eine eingeschränkte Nutzbarkeit für

Vorjahresvergleiche einher. Dies könnte wiederum Auswirkungen auf die Ergebnisse und somit auf die Bewertung der Hypothese haben. Darüber hinaus werden die Daten zeitversetzt zur Verfügung gestellt.

Repräsentativität der Daten

Unter Repräsentativität kann die Ähnlichkeit einer Stichprobe mit der Bevölkerung bzw. mit einer relevanten Bevölkerungs-Grundgesamtheit verstanden werden [Schouten, Cobben & Bethlehem 2009]. Um die Repräsentativität einzuschätzen, lassen sich andere Studien im Zweitmeinungskontext heranziehen. Wird die Inanspruchnahme einer ZM betrachtet, stellte sich beispielsweise in einem systematischen Review von Greenfield et al. [2021] heraus, dass eher Frauen als Männer eine ZM einholen. Darüber hinaus nehmen Personen im mittleren Alter und mit einer höheren Bildung eher eine ZM in Anspruch. Verglichen mit den Daten dieser Evaluation zeigt sich hinsichtlich des Geschlechts, dass bei den Indikationen TT/TE eher Frauen eine ZM in Anspruch nehmen (79,7% weiblich, 20,3% männlich), bei der Indikation HE handelt es sich prinzipiell um eine weibliche Stichprobe. Das durchschnittliche Alter bei den Indikationen TT/TE liegt bei 36,5 Jahren, bei HE bei 50,0 Jahre. Patient*innen mit den Indikationen TT/TE haben zum Großteil eine abgeschlossene Ausbildung (41,8%), der Realschulabschluss wurde mit 17,9% am zweithäufigsten angegeben. Ähnlich verhält es sich bei der Indikation HE: abgeschlossene Ausbildung 56,4%, Realschulabschluss 14,9%. Unsere Daten entsprechen damit lediglich den Vergleichsdaten.

Ebenso können epidemiologische Personendaten zu den Eingriffen HE und TT/TE herangezogen werden, um bestimmte Eigenschaften der "HE- bzw. TT/TE-Bevölkerung" mit den Daten der Evaluation zu vergleichen. Die HE-Prävalenz beträgt im DEGS1-Datensatz (2008-2011) 17,5%. Das durchschnittliche Alter bei einer HE liegt bei 43,9 Jahre. Verglichen mit den in dieser Evaluation gewonnen Daten zeigt sich, dass der Anteil der Operierten weitaus höher ist als bei Prütz et al. [2013]. Das mittlere Alter der Patient*innen mit einer HE in der vorliegenden Evaluationsstudie beträgt 52,3 Jahre. Das Alter der Befragten liegt in unserer Studie somit höher als in der DEGS1. Hier ist jedoch zu erwähnen, dass die Studie der Evaluation auf die Indikation HE fokussiert war, bei der DEGS1-Studie wurde ein Querschnitt der deutschen erwachsenen Bevölkerung erhoben. TE werden besonders im Kindes- und Jugendalter durchgeführt und nehmen im zunehmenden Alter ab. So liegt in der Gruppe der 15- bis 19-jährigen Mädchen/Frauen die höchste Tonsillektomiehäufigkeit mit 69 Eingriffen je

10.000 Einwohnerinnen vor. Bei den Jungen ist die OP-Häufigkeit bei den 1- bis 4-jährigen Kindern mit 81 Operationen je 10.000 männliche Einwohner mit Abstand am höchsten [Bertelsmann Stiftung 2013]. Die höchste Altersprävalenz der Evaluationsstudie liegt sowohl bei den weiblichen als auch männlichen Kindern bzw. Jugendlichen bei dem Alter von 6 Jahren (10 von 66 Mädchen/Frauen, 12 von 76 Jungen/Männern). Bei den Jungen liegt der zweithöchste Alterswert bei vier Jahren. Berücksichtigt man, dass im Fragebogen die aktuellen Altersjahre der Kinder bzw. Jugendlichen angegeben wurden und die Operationen zurückliegen, kann zumindest bei den männlichen Kindern eine ähnliche Datenstruktur wie in der Studie von Bertelsmann [2013] erahnt werden. Hierbei ist limitierend zu erwähnen, dass die Daten der Bertelsmann Stiftung [2013] und Prütz et al. [2013] 10-13 Jahre (Stand 11/23) zurückliegen.

Wie bereits bei der Rekrutierung der Studienpopulation (s. Kapitel 3.3.2.1 unter dem Punkt Rekrutierung) aufgeführt und ebenso im Evaluationskonzept abgenommen, wurde im Voraus keine Powerberechnung durchgeführt. Ein Grund hierfür war, dass eine Grundpopulation nötig gewesen wäre, auf Grundlage dieser das Evaluationsteam eine Powerberechnung hätte durchführen können. Für zukünftige Evaluationen bzw. Befragungen im Zweitmeinungsverfahren im Rahmen der Indikationen HE und TT/TE könnte die hier angegebene Stichprobenanzahl der Routinedaten als Hochrechnungsbasis verwendet werden. Dabei muss jedoch beachtet werden, dass die Repräsentativität dieser Evaluation multiplen Einflüssen unterliegt. So wurden Patient*innen, Ärzt*innen und Stakeholder zu einer Zeit befragt, in welcher die COVID-19-Pandemie vorherrschte. Darüber hinaus wurden die Routine- und Sekundärdaten von der Pandemie beeinflusst. Der Einfluss der COVID-19-Pandemie wird im Kapitel 10.6.1 Auswirkung der Coronapandemie auf die Umsetzung und Zielerreichung der Zm-RL näher erläutert. Wie die oben genannten Personengruppen unter nicht pandemischen Bedingungen geantwortet hätten, kann nicht abschließend geklärt werden. Zudem könnten Abrechnungsfehler der Ärzt*innen dazu geführt haben, dass Patient*innen nicht in den Routinedaten auftauchen, sodass auch diese Zahlen eine eingeschränkte Repräsentativität aufweisen. Die Abrechnungsfehler beziehen sich auch auf die in der Evaluation festgelegten Selektionskriterien, da ein fälschlich verwendeter Abrechnungscode eines/einer Ärzt*in zu einem Ausschluss des/der Patient*in führen kann.

Repräsentativität kann in großzahligen Kontexten durch eine zufällige Stichprobenziehung erreicht werden. Aufgrund der geringen Fallzahl der „zweitgemeinten“ Personen (und zusätzlichen datenschutzrechtlichen Einschränkungen wie bspw. die Unmöglichkeit, Mitarbeitende der teilnehmenden GKVen anzuschreiben) ist die Gewinnung einer robusten Stichprobe hier eine besondere, kaum abbildbare Herausforderung. Darüber hinaus wurde sich bei den zu anschreibenden Personen auf Versicherte konzentriert (betrifft insbesondere Gruppe 1), bei welchen die Indikation bzw. der Eingriff kürzer zurücklag, anstatt eine Zufallsauswahl zu ziehen. Somit kann sich ein trade-off ergeben zwischen dem Streben nach Repräsentativität einerseits und der angestrebten Minimierung von Erinnerungsverzerrungen. Dass eher Versicherte angeschrieben wurden, bei welchen der Eingriff bzw. die Indikation weniger lang zurücklag, wurde im abgenommenen Evaluationskonzept bzw. in den dazugehörigen Selektionskriterien beschrieben.

Es kann nicht abschließend festgestellt werden, wie repräsentativ die vorliegenden Daten sind. Bei dem Vergleich mit den oben aufgeführten Studien mit der Evaluationsstudie ergibt sich kein einheitliches Bild. Darüber hinaus lässt sich aufgrund des Fehlens einer Powerberechnung bzw. eines Zufallsvorgehens und aufgrund der genannten multiplen Einflüssen nicht final beurteilen, wie repräsentativ die entsprechenden Daten der Evaluation letztlich sind.

Limitationen bei den Operationalisierungen

Bei der Operationalisierung/Interpretation der Durchdringungs- Implementierungs-, Umsetzungsgrade ist es wichtig, deren genaue Definitionen und die Tatsache im Blick zu behalten, dass diese Messgrößen ausschließlich die Perspektive der Leistungserbringer*innen widerspiegeln und nicht den Anspruch erheben, die Versorgungssituation holistisch/multiperspektivisch abzubilden.

Für die ursprüngliche Operationalisierung der informierten Entscheidungsfindung für die quantitative Patientenbefragung wurde das Item der Zufriedenheit der ZM nicht verwendet. Stattdessen wurde folgendes Item herangezogen: „Die zweite ärztliche Meinung hat die erste Meinung bestätigt.“ Hierbei wird davon ausgegangen, dass bei einer Bestätigung von der ersten mit der zweiten Meinung eine informierte Entscheidungsfindung stattfindet. Dies kann kritisch betrachtet werden, denn selbst, wenn die zweite Meinung von der ersten Meinung

abweicht, kann nicht ausgeschlossen werden, dass der/die Patient*in eine informierte Entscheidung treffen kann.

13 Handlungsempfehlungen

Die mit Abstand wichtigste Handlungsempfehlung zum weiteren Vorgehen lautet an dieser Stelle: Weiterführung/Ausdehnung der Evaluation der Zm-RL auf weitere Indikationen, um nicht Gefahr zu laufen, auf Basis einer Evaluation der neu eingeführten Zm-RL in lediglich zwei in ihrer Natur sehr unterschiedlichen Indikationen, die sich u.a. auch auf Daten aus der Hochzeit der COVID-Pandemie bezieht, voreilig Empfehlungen abzuleiten und umzusetzen, die sich nach Auslauf der Pandemie und in anderen Indikationen nicht bewähren könnten.

Gleichzeitig liegen Evaluationsergebnisse vor, die im Sinne eines „was wäre zu tun, wenn wir nur die Ergebnisse dieser Evaluation mit den beiden Indikationen TT/TE und HE hätten und auf dieser Basis zur Weiterentwicklung der Richtlinie entscheiden müssten“, zumindest vorläufige Handlungsempfehlungen erlauben, die jedoch in weiteren Indikationen zu validieren wären. Diese vorläufigen Handlungsempfehlungen lassen sich entlang zweier Stoßrichtungen ableiten – zum einen hinsichtlich der Zm-RL einschließlich ihrer systemisch-strukturellen Einbettung und Umsetzung, zum anderen hinsichtlich der Ausgestaltung der sie begleitenden Evaluationen.

13.1 Ansatzpunkte und Handlungsempfehlungen zur aktuellen Ausgestaltung der Zm-RL und ihrer Rahmenbedingungen

Das folgende Kapitel zeigt in strukturierter Form die Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung der ZM auf und verbindet damit gleichzeitig konkrete Handlungsvorschläge. Diese Handlungsempfehlungen sind getrennt geführt in Handlungsvorschlägen, die sich nach Dafürhalten des Evaluators direkt innerhalb der Zm-RL abbilden lassen, und Handlungsempfehlungen, die (ergänzende) Interventionen jenseits der Zm-RL erfordern. Letztere fallen nicht unbedingt in den unmittelbaren Wirkungsbereich des G-BA und sind deshalb auch nicht als (zu prüfende) Handlungsempfehlung an ihn adressiert. Sie drücken vielmehr (erste) Gedankenanstöße des Evaluators aus, um den vom Gesetzgeber intendierten Sinn der Zweitmeinung in der Versorgungspraxis erfolgreicher als bisher umzusetzen und nach weiterer Prüfung bei der Gestaltung der regulatorischen Rahmenbedingungen im Kontext der ZM und im Handeln der in die ZM involvierten Akteure berücksichtigt werden könnten.

Zur Strukturierung greifen wir dabei auf das im Kapitel 1.1 (Beschreibung der zu evaluierenden QS-Maßnahme) beschriebenen Wirkungsmodell des Zweitmeinungsverfahrens zurück und gruppieren entlang der dort beschriebenen Dimensionen der Outcome- und Impactebenen, nämlich der Prozess- und Strukturqualität sowie der Ergebnis- und Systemqualität.

Die Evaluationsergebnisse führen zu Bewertungen und Handlungsempfehlungen hinsichtlich der Zweitmeinungsrichtlinie sowie zur Verbesserung struktureller Rahmenbedingungen. Die Handlungsempfehlungen betrachten die im Wirkungsmodell aufgezeigten Qualitätsperspektiven auf die Zm-RL und die inhaltliche Ausgestaltung der Zm-RL. Die folgende Abbildung 13-1 visualisiert die Umsetzungshindernisse der Struktur- und Prozessqualität anhand des Modells Abbildung 1-2 Prozess der Zweitmeinungsrichtlinie.

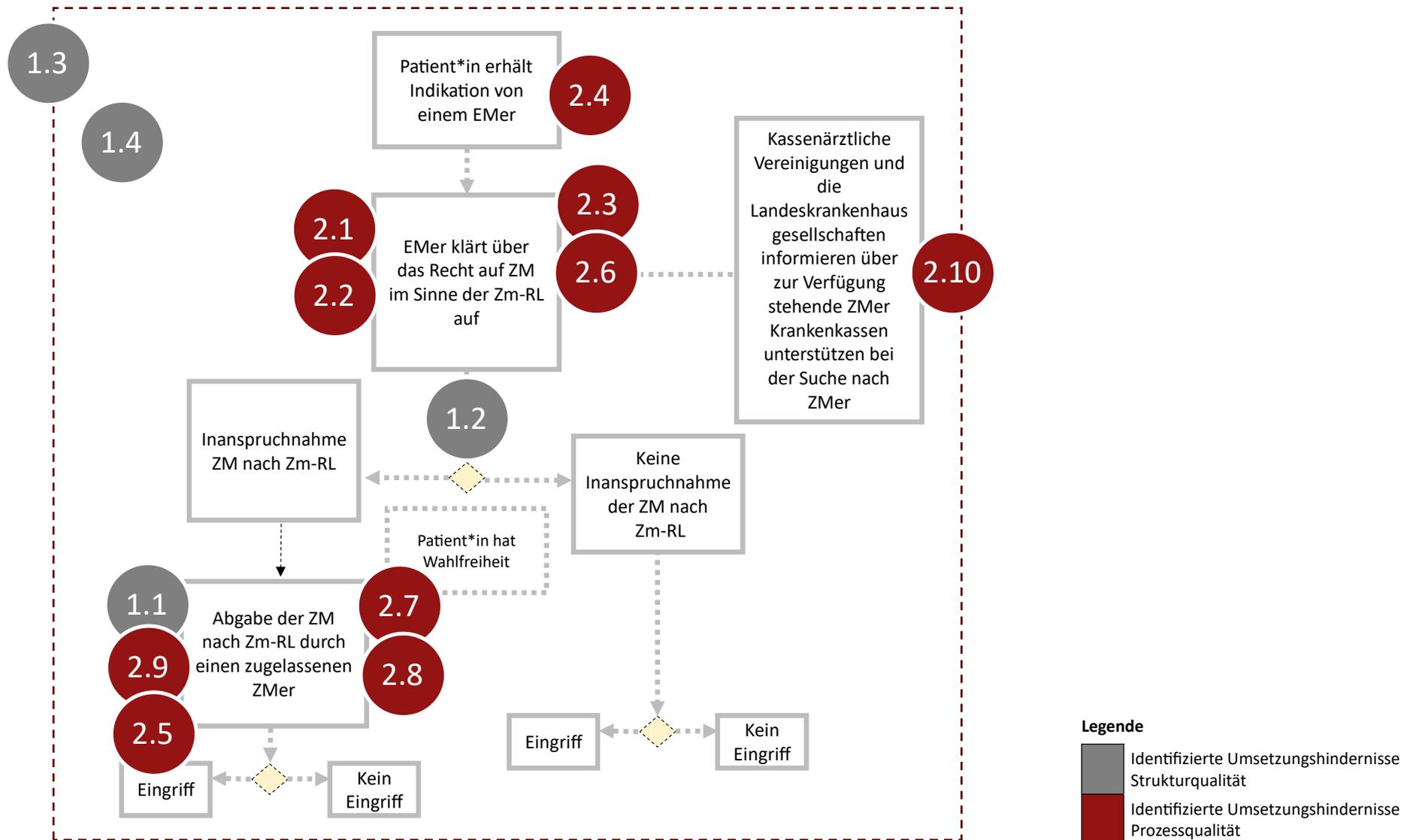


Abbildung 13-1: Identifizierten Umsetzungshindernissen der Struktur- und Prozessqualität anhand des Modells „Prozess der Zm-RL“

13.1.1 Handlungsempfehlung Strukturqualität

Die **Strukturqualität** erfasst die strukturellen Bedingungen/Merkmale zur Gewährleistung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Die Qualitätsdimension lässt sich im Rahmen des Zweitmeinungskontexts insbesondere durch die Parameter Anzahl und Verortung der ZMer sowie (Zugang zur) Qualifikation der indikationsspezifischen Fachärzt*innen beurteilen. In der folgenden Tabelle 13-1 sind die Handlungsempfehlungen bzgl. der Strukturqualität dargelegt.

Tabelle 13-1: Handlungsempfehlung Strukturqualität

Identifizierte Umsetzungshindernisse / weitere Ansatzpunkte (s. Abbildung 13-1)	Begründende Datenquelle	Vorläufige, durch weitere Evaluation zu überprüfende Handlungsempfehlungen (s. Abbildung 13-2)
1.1 Es stehen nicht ausreichend Fachärzt*innen der Gynäkologie und Hals-Nasen-Ohrenheilkunde zur Verfügung, die die Voraussetzung erfüllen, um als Zweitmeiner*in zugelassen zu werden.	-Analyse von KH-Qualitätsberichten und KV/LÄK-Daten	<p>Vorläufige/potentielle Weiterentwicklungsempfehlungen <u>im Rahmen</u> der Zm-RL</p> <p>1.A Anzustreben ist eine Vereinfachung der nicht gesetzlich vorgegeben Zulassungskriterien als ZMer. Insbesondere ist die Notwendigkeit der beiden Voraussetzungen der Weiterbildungs- bzw. Lehrbefugnis zu hinterfragen und ggf. anzupassen. (§7 Zm-RL)</p> <p>1.B Anzustreben sind explizite Formulierungen von einheitlichen Versorgungszielen im Sinne von Anzahl ZMer bezogen auf die Einwohner bzw. relevante Versichertenzahl je Versorgungsregion, ggf. je Indikation. (Zusatz in Zm-RL)</p>

		<p>Vorläufige/potentielle Handlungsempfehlungen <u>außerhalb</u> der Zm-RL</p> <p>1.C Anzustreben ist eine Steigerung der Attraktivität für die Zulassungsvoraussetzungen erfüllende Fachärzt*innen, eine Zulassung zum ZMer zu beantragen einschließlich Anpassung der Anreizgestaltung/Kompensation zur Erbringung von Zweitmeinungen.</p>
<p>1.2 Richtlinienrelevante Informationen sind für die Patient*innen nicht leicht zugänglich.</p>	<p>-Quantitative Patientenbefragung</p> <p>-Qualitative Patientenbefragung</p> <p>- Qualitative Stakeholderbefragung</p>	<p>Vorläufige/potentielle Weiterentwicklungsempfehlungen <u>im Rahmen</u> der Zm-RL</p> <p>1.D Anzustreben ist die Präzisierung der zur Verfügung stehenden Informationen und insbesondere der Ansprüche hinsichtlich der durch repräsentativer Nutzer-Testung nachzuweisende/optimierte Auffindbarkeit, abzudeckender Inhalte und Nutzungsfreundlichkeit auf <u>einer</u> überregionalen, umfassenden Informationsplattform.¹⁰ (§ 9 Zm-RL und § 6 (3) Zm-RL)</p> <p>1.E Bedenkenswert ist die Aufnahme einer telefongestützten „analogen“ Anlaufstelle, um die Teilhabe für digital weniger affiner Personengruppen zu ermöglichen. (§ 9 Zm-RL)</p> <p>[Flankierend sind die Ärzt*innen sind als wichtigste Informationsquelle/Multiplikatoren für ihre Patient*innen über diese Plattformen konsequent zu informieren].</p> <p>Vorläufige/potentielle Handlungsempfehlungen <u>außerhalb</u> der Zm-RL</p> <p>1.F Zu prüfen wären Möglichkeiten, die Informationsverknüpfungen zu verbessern, um Patient*innen und Ärzt*innen unterschiedliche Zugänge zu den relevanten Informationen zu</p>

¹⁰ im Rahmen dieser Testungen ist u. a. zu überprüfen, wie häufig die Webseiten 116117.de/zweitmeinung und gesundheitsinformationen.de/zweitmeinung genutzt werden und inwieweit diese unterschiedliche Patientengruppen im Prozess der Entscheidungsfindung unterstützen. Dabei sollte systematisch überprüft werden, wie gut die Webseiten technisch und inhaltlich zugänglich sind und sich diese ggf. partizipativ mittels User Experience Ansätzen weiter optimieren lassen. Die einfache Auffindbarkeit ist u.a. durch dezidierte SEO (Search-Engine-Optimization) Maßnahmen zu unterstützen.

		<p>ermöglichen und damit die Informationssuche zu vereinfachen bzw. intuitiver zu gestalten. So ließe sich</p> <ul style="list-style-type: none"> • im Zuge einer Konzentration der Information zur ZM auf einem digitalen Portal (siehe 1D) die „Verweisbarkeit“ aus anderen Portalen/Website heraus weiter verbessern. Ansätze wie auf gesundbund.de, von wo eine Verlinkung eines Beitrags zur Zweitmeinung (jedoch aus Dezember 2021) mit dem Link zur Arztsuche auf der KBV-Plattform arztsuche.116117.de erfolgt, existieren. • Auch die Integration eines Hinweises auf den Zweitmeinungsanspruch und Quellenverweise in den Workflowsystemen/PVS der EMer wären – sogar fallspezifisch – möglich.
<p>1.3 Keine operativ verantwortliche Stelle für die koordinierte Umsetzung der Zm-RL</p>	<p>-Qualitative Stakeholderbefragung (Interviews) -Qualitative Ärztebefragung</p>	<p>Vorläufige/potentielle Handlungsempfehlungen <u>außerhalb</u> der Zm-RL</p> <p>1.G Es wäre zu prüfen, inwieweit die Etablierung einer (zentralen) Managementverantwortlichkeit bzw. eines stakeholderübergreifenden Projektmanagements (inkl. eines systematischen Controllings) die Umsetzung und Versorgungswirksamkeit der Zm-RL unterstützen könnte und implementierbar wäre.</p> <p>1.H Gleichmaßen gilt es zu prüfen, inwieweit die Entwicklung dezidierter und formulierter Implementierungsstrategien sowie Fahrpläne zu einer zügigen und adäquaten Umsetzung der Zm-RL beitragen könnte.</p> <p>1.I Es ist zu prüfen, inwieweit ein systematisches Controlling hinsichtlich der Einhaltung der Zm-RL durch die Ärzt*innen bspw. hinsichtlich der Berücksichtigung aller Aufklärungspflichten sinnvoll wäre und sich etablieren ließe.</p>

		<p>1.J Es ist zu prüfen, inwieweit Abrechnungsdetails weiter auszuarbeiten sind, z. B. hinsichtlich der Zeitspannen eines Behandlungsfalls.</p> <p>[Anmerkung: Die Prüfungen liegen zunächst außerhalb der Zm-RL und könnten ggf. im Rahmen des Qualitätssicherungsauftrags des G-BA erfolgen, die möglicherweise darauf aufbauenden Umsetzungen ließen sich anschließend ggf. auch innerhalb der Zm-RL ebenfalls aus dem Qualitätssicherungsauftrags heraus anlegen]</p>
<p>1.4 Bestehende Definitionslücken der Zm-RL insbesondere hinsichtlich ihrer explizit genannten Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Vermeidung <u>medizinisch nicht notwendiger Indikationsstellungen und Durchführung <u>medizinisch nicht gebotener Eingriffe</u></u></i> • (um zu) einer <i><u>informierten Entscheidung (zu gelangen)</u></i> 	<p>-Qualitative Stakeholderbefragung (Interviews)</p> <p>-Evaluationsteam (Entwurf der Methodik, Operationalisierung)</p>	<p>Vorläufige/potentielle Weiterentwicklungsempfehlungen <u>im Rahmen</u> der Zm-RL</p> <p>1.K Die Wirksamkeit von Zielen (ebenso wie die Überprüfbarkeit ihrer Erreichung) hängen u. a. von ihrem Konkretisierungs- sowie Spezifizierungsgrad ab. Vor diesem Hintergrund scheint es geboten, dass in der Zm-RL nicht weiter hinterlegte Konstrukt des „medizinisch nicht Notwendigen/Gebotenen“ in der Zm-RL zu spezifizieren (s. hierzu auch erste Überlegungen des Evaluators im Glossar). Ähnliches gilt für die „informierte Entscheidung“ (der Gesetzgeber spricht in § 27b Absatz 5 von „wohlüberlegt“), die ebenfalls zu konkretisieren wäre.</p> <p>[Anmerkung: Diese Empfehlung der o. g. Konkretisierung hängt nicht vom Ausgang weiterer Evaluationen ab und wäre deshalb unmittelbar umsetzbar.]</p> <p>1.L Hinsichtlich der (im gesundheitlichen Kontext grundsätzlich herausfordernden) Qualitätsdefinition impliziert die Zm-RL ein Qualitätsverständnis im Sinne eines „Qualität bedeutet die Erfüllung festgelegter Spezifikationen/Kriterien“ in dem sie von „definierten Anforderungen“ spricht. Solche Anforderungen werden auch in den § 7 „Anforderungen an die ZMer“ und § 8 „Aufgaben der ZMer“ beschrieben. Zu klären und festzulegen wäre in diesem</p>

<ul style="list-style-type: none">• Festlegung einer <u>qualitativ hochwertigen Erbringung</u> der ZM durch definierte Anforderungen		Zusammenhang, ob dies die einzigen Qualitätsaspekte sind, oder ob die „qualitativ hochwertige Erbringung“ auch andere Qualitätsaspekte (wie bspw. Orientierung an Leitlinien, Erfüllung von Patientenerwartungen und -bedürfnissen, etc.) einschließen soll, die dann in der Zm-RL zu spezifizieren wären.
--	--	--

13.1.2 Handlungsempfehlung Prozessqualität

Die **Prozessqualität** erfasst alle Aktivitäten, Tätigkeiten und Handlungen der versorgungsbezogenen Leistung – hier des Zweitmeinungsprozesses nach Zm-RL. Im Fokus steht hierbei der gesamte Prozess von der Indikationsstellung bis zu einer möglichen Operation und darüber hinaus deren Verlauf. Es stehen besonders die kodifizierten Anforderungen der Zm-RL (Aufgaben des /der indikationsstellenden Ärzt*in, Aufgaben des/der Zweitmeiner*in, Aufgaben der KVen und LKG), welche bestimmte Erfordernisse für den Prozess vorgeben, im Mittelpunkt. In der folgenden Tabelle 13-2 sind die Handlungsempfehlungen bzgl. der Prozessqualität dargelegt.

Tabelle 13-2: Handlungsempfehlung Prozessqualität

Identifizierte Umsetzungshindernisse / weitere Ansatzpunkte (s. Abbildung 13-1)	Begründende Datenquelle	Handlungsempfehlungen hinsichtlich einer Weiterentwicklung der Zm-RL (s. Abbildung 13-2)
<p>2.1 Patient*innen werden nicht systematisch und flächendeckend im Sinne der Zm-RL über das Recht auf ZM durch die Ärzt*innen aufgeklärt.</p> <p>2.2 Ärzt*innen berücksichtigen bei der Aufklärung nicht alle in der Zm-RL aufgeführten Pflichten.</p>	<p>-Quantitative Patientenbefragung</p> <p>-Qualitative Patientenbefragung</p> <p>-Quantitative Ärztebefragung</p> <p>-Qualitative Ärztebefragung</p>	<p>Vorläufige/potentielle Weiterentwicklungsempfehlungen <u>im Rahmen</u> der Zm-RL</p> <p>2.A Nach Möglichkeit sollte der Versuch unternommen werden, die Formulierungen der Zm-RL hinsichtlich der Aufklärung über die ZM und zur Abrechnung der Aufklärung zu vereinfachen. Alternativ oder ergänzend bietet sich die Formulierung eines in intuitiveren Formulierungen und sich an die Ärzteschaft richtendes „Merkblatts“ (quasi in Analogie zum Patientenmerkblatt) an in Kombination mit einem entsprechenden Verweis innerhalb der Zm-RL auf ein solches Merkblatt. Letzteres könnte ggf. auch die Beantwortung regelmäßig auftauchenden Fragen über FAQs für die Ärzt*innen unterstützen.</p>

<p>2.3 Indikationsstellende Ärzt*innen kennen die Zm-RL nicht im Detail.</p>	<p>-Qualitative Stakeholderbefragung (Interviews)</p>	<p>Vorläufige/potentielle Handlungsempfehlungen <u>außerhalb</u> der Zm-RL</p> <p>2.B Es wäre zu prüfen, inwieweit sich das ärztliche Vergütungssystem dahingehend anpassen ließe, dass die richtlinienkonforme Aufklärung über das Recht auf ZM für Ärzt*innen als leichter kodierbar und als angemessen vergütet erlebt wird.</p> <p>2.C Neben einer Aufklärung der Patient*innen durch die Ärzt*innen, könnte eine weitere gesamtgesellschaftliche Aufklärung zur ZM flankierend wirken. Dies könnte im digitalen Raum beispielsweise durch einen weiteren Ausbau der Verankerung des Hinweises auf das Recht auf eine ZM in den Portalen der Exekutive und innerhalb des Einflussbereiches der Stakeholder der Selbstverwaltung geschehen.</p> <p>2.D Anzustreben wäre auch die Integration von Informationen zur ZM in niederschwelligen analogen Informationsangebote wie etwa im Rahmen des vom BMG initiierten Aufbaus der Gesundheitskioske.</p>
<p>2.4 Die Informationsbedarfe der Patient*innen werden beim Indikationsgespräch nicht erfüllt.</p>	<p>-Qualitative Patientenbefragung</p>	<p>Vorläufige/potentielle Handlungsempfehlungen <u>außerhalb</u> der Zm-RL</p> <p>2.E Im Rahmen eines patientenzentrierten Versorgungsansatzes sollten indikationsstellende, wie auch die zweitmeinende Ärzt*innen die Entscheidungsfindung durch die Patient*innen bestmöglich unterstützen. Patient*innen entscheiden dabei im Rahmen ihrer kognitiven, psychischen und physischen Möglichkeiten eigenverantwortlich über alle diagnostischen und interventionellen Maßnahmen. Damit dies gelingen kann, bedarf es nicht zuletzt zuverlässiger und verständlicher Gesundheitsinformationen in solchen Formen und entlang solcher Kanäle, die unterschiedliche Patienten erreichen. (s. hierzu u. a. auch die Forderungen des</p>

		<p>Patientenrechtegesetzes und der europäischen Patientencharta [Piwernetz/Neugebauer 2021]). Vor diesem Hintergrund wäre die Entwicklung eines patientenzentrierten, die ZM flankierenden Versorgungsansatzes zu prüfen. Dabei wäre u. a. zu prüfen/zu berücksichtigen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie sich die (individuellen) Informationsbedarfe und (Mitentscheidungs-) Bedürfnisse (Shared Decision Making) im Indikationsgespräch systematisch erfassen lassen und ihnen entsprochen werden kann (bspw. mithilfe von evidenzbasierten Checklisten oder Fortbildungen für Ärzt*innen). • Wie die Informationsvermittlung hinsichtlich Hinweise zu zugelassenen ZMer, Entscheidungshilfen, zielgruppenspezifische Gesundheitsinformationen verbessert werden könnte. • Ob die Vermittlung von Informationen im Rahmen der Erstversorgung intensiviert werden kann, wobei Informationsbedarfe –und bedürfnisse durch die EMer identifiziert werden und entsprechende Aktivitäten initiiert werden sollten. Dies schließt auch die Frage ein, inwieweit eine verbesserte Erstversorgung inklusive Shared-Decision-Making- (SDM) Ansätzen die Zm-RL und deren Umsetzung ergänzen könnte. • Inwieweit Mechanismen eingeführt werden können, um Ängste und/ oder mentale Hürden der Patient*innen abzubauen, eine ZM bei einem anderen Arzt oder einer anderen Ärztin einzuholen.
2.5 Nichteinhaltung der Vorschrift, wonach Erbringung der ZM und die Durchführung des	-Qualitative Patientenbefragung	<p>Vorläufige/potentielle Weiterentwicklungsempfehlungen im Rahmen der Zm-RL</p> <p>2.1 Zur Erleichterung von Fallabgrenzungen (und damit einhergehenden Abrechnungen) ebenso wie zur Verbesserung der definitiven Klarheit wäre die Formulierung zeitlicher</p>

Eingriffs nicht durch ein und dieselbe Person erfolgen können.		<p>Endpunkte für die ZM-Erbringung hilfreich, innerhalb derer die Erbringung der ZM nach Aufklärung über das Recht auf ZM erfolgen sollte, um als ZM im Sinne der Zm-RL zu gelten.</p> <p>Vorläufige/potentielle Handlungsempfehlungen <u>außerhalb</u> der Zm-RL</p> <p>2.J Es sollte geprüft werden, inwieweit ein Kontrollmechanismus eingeführt werden kann, der kontinuierlich überprüft, inwieweit die Versorgung (Indikationsstellung wie Erbringung der ZM) richtlinienkonform erfolgt.</p> <p>2.K Es gilt zu prüfen, inwieweit die verankerte strikte Trennung zwischen ZM und Operateur einen nachweisbaren Nutzen in der Versorgung generieren. Abhängig vom Ergebnis wäre zu prüfen, inwieweit sich ZM-Aufgaben ergänzend/alternativ auf den Operateur oder die Operateurin übertragen lassen sowie die Eröffnung der Möglichkeit, auf expliziten Patientenwunsch ein Eingriff auch durch den jeweiligen ZMer zu ermöglichen.</p>
2.6 Die Ärzt*innen stellen den Patient*innen selten weiterführende Informationsmaterialien zur Verfügung	<p>-Qualitative Patientenbefragung</p> <p>-Quantitative Ärztebefragung</p>	<p>Vorläufige/potentielle Weiterentwicklungsempfehlungen <u>im Rahmen</u> der Zm-RL</p> <p>2.M Es ist (insbesondere mit Blick auf die Interpretation von § 27b (5)) zu prüfen, inwieweit sich die in der Zm-RL verankerte Hinweispflicht auf Merkblatt, eingriffsspezifische Entscheidungshilfen und weitere evidenzbasierte Informationen (in § 6 (3) der Zm-RL) in eine „Aushändigungsaufforderung“ als Soll oder als Muss-Vorschrift wandeln lässt und sich im spezifischen Teil der Zm-RL die unspezifischen „weiteren evidenzbasierten Informationen“ ggf. eingriffsspezifisch konkretisieren lassen.</p>

		<p>Vorläufige/potentielle Handlungsempfehlungen <u>außerhalb</u> der Zm-RL</p> <p>2.N Es ist die Schaffung von Motivationsmechanismen zu erwägen, damit Ärzt*innen ihre Patient*innen aktiv mit Hilfe von Informationsmaterialien besser informieren. Dies könnte bspw. auch mit einem Vergütungsanspruch zur Aufklärung einhergehen, der nicht erst bei Aushändigung der eigentlichen Befundunterlagen an die Patient*innen, sondern ggf. bereits bei Ausgabe von Informationsmaterialien (insbes. „Patientenmerkblatt“ und „eingriffsspezifischen Entscheidungshilfen“) greift. (S. hierzu auch Handlungsempfehlungen zum Umsetzungshindernis 2.2)</p> <p>2.O Es wäre darüber hinaus auszuloten, inwieweit sich weitere Institutionen in die Informationsvermittlung einbeziehen lassen (beispielsweise Krankenkassen).</p>
<p>2.7 Die Patient*innen haben bei der ZM-Erbringung keine Befundunterlagen dabei.</p>	<p>-Qualitative Patientenbefragung</p> <p>-Qualitative Ärztebefragung</p>	<p>Vorläufige/potentielle Weiterentwicklungsempfehlungen <u>im Rahmen</u> der Zm-RL</p> <p>2.P Um die Nutzung bestehender Vorbefunde und die Vermeidung von Doppeltuntersuchungen zu fördern, ließe sich die Zm-RL in § 8 (5) dahingehend ergänzen, dass die ZMer gehalten werden, zweitemeinungssuchende Patient*innen (idealerweise bereits bei der Terminvergabe) darauf hinzuweisen, dass sie das Recht haben, sich ihre Befundunterlagen vom/von der EMer aushändigen zu lassen und im Rahmen der ZM-Erbringung zu nutzen.</p> <p>Vorläufige/potentielle Handlungsempfehlungen <u>außerhalb</u> der Zm-RL</p> <p>2.Q Es gilt zu prüfen, ob indikationsstellende Ärzt*innen den Patient*innen bei Indikationsstellung obligatorisch die Befundunterlagen zusammenstellen und aushändigen müssen und/oder ob ZMer die Befundunterlagen obligatorisch anfordern müssen/können.</p>

		<p>2.R Es gilt zu prüfen, inwieweit sich elektronische Patientenakten für die Bereitstellung der Befundunterlagen im Rahmen der ZM systematisch nutzen lassen.</p>
<p>2.8 Die Erbringung der ZM erfolgt nicht gemäß der Verfahrensspezifika der Zm-RL.</p> <p>2.9 Die ZMer kennen die Aspekte der Erbringung der ZM nicht im Detail.</p>	<p>-Quantitative Patientenbefragung</p> <p>-Qualitative Patientenbefragung</p> <p>-Quantitative Ärztebefragung</p> <p>-Qualitative Ärztebefragung</p>	<p>Vorläufige/potentielle Weiterentwicklungsempfehlungen <u>im Rahmen</u> der Zm-RL</p> <p>2.S Als zusätzliche Informationsgrundlage für die ZM wäre die Formulierung eines klar und intuitiv-checklistenartig formulierten, sich an die ZM richtendes „Merkblatts“ (quasi in Analogie zum Merkblatt für Patient*innen) in Kombination mit einem entsprechenden Verweis innerhalb der Zm-RL auf ein solches Merkblatt sinnvoll. Letzteres könnte auch den Hinweis auf die korrekte abrechnungsbezogene Kodierung enthalten sowie ggf. auch die Beantwortung regelmäßig auftauchender Fragen über FAQs für die ZMer unterstützen.</p> <p>2.T Flankierend lässt sich auch das 2018 veröffentlichte Patientenmerkblatt insofern nachschärfen, als es die Aufgaben des ZMer noch expliziter herausstellen könnte, um damit die Patient*innen zu befähigen, durch gezielte Nachfrage die Vollständigkeit der Aufgabenerbringung zu unterstützen.</p> <p>Vorläufige/potentielle Handlungsempfehlungen <u>außerhalb</u> der Zm-RL</p> <p>2.U Es ist auszuloten, inwieweit eine regelmäßige/auffrischende Information der ZMer bspw. durch die KVen und/oder die Fachgesellschaften zu den Aufgaben der EMer und ZMer, aber auch Ergebnissen der KV-Datenerhebungen nach § 10 oder auch Evaluationsergebnisse dazu beitragen können, dass sich das Bewusstsein über die ZM und ihrer Anforderungen besser verankert.</p>

<p>2.10 Richtlinienrelevante Informationen sind von den an der Zm-RL beteiligten Stakeholdern inhaltlich nicht abgestimmt.</p>	<p>-Qualitative Stakeholderbefragung (Interviews & Kurzfragebogen)</p>	<p>Vorläufige/potentielle Handlungsempfehlungen <u>außerhalb</u> der Zm-RL</p> <p>2.V Es wäre auszuloten, inwieweit ein zentrales ZM-Projektmanagement (s. hierzu Handlungsempfehlungen zum Umsetzungshindernis zu 1.3) auch als zentral gesteuerte Anlaufstelle für die Organisation bzw. Koordination der Informationsvermittlung fungieren könnte, sodass eine regelmäßige und effektive Abstimmung zwischen den Stakeholdern erfolgen kann.</p>
--	--	--

13.1.3 Handlungsempfehlung Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität beleuchtet in diesem Kontext die Wirkungen der Leistungen hinsichtlich ihrer Zielerreichung. Der Begriff Ergebnisqualität wird demnach im Sinne eines versorgungsbezogenen zu messenden Outcomes verwendet. In der vorliegenden Evaluation betrachtet die Ergebnisqualität die Ziele der Zm-RL - ob und in welchem Ausmaß eine informierte Entscheidungsfindung des/der Versicherten erreicht wird und, ob medizinisch nicht notwendige Operationen vermieden werden können. In der folgenden Tabelle 13-3 sind die Handlungsempfehlungen bzgl. der Ergebnisqualität dargelegt.

Tabelle 13-3: Handlungsempfehlung Ergebnisqualität

Identifizierte Umsetzungshindernisse / weitere Ansatzpunkte (s. Abbildung 13-1)	Begründende Datenquelle	Handlungsempfehlungen hinsichtlich einer Weiterentwicklung der Zm-RL (s. Abbildung 13-2)
<p>3.1 Eine substantielle Wirkung der Zm-RL hinsichtlich ihrer Ziele und ihre Versorgungsleistung lässt sich – schon mit Blick auf die geringen Fallzahlen – nicht beobachten. Gleichwohl gehen mit der Zm-RL Aufwände auf unterschiedlichen Ebenen für das Gesundheitssystem einher.</p>	<p>-Routinedaten -Qualitative Ärztebefragung -Qualitative Stakeholderbefragung (Interviews)</p>	<p>Weiterentwicklungsempfehlungen im Rahmen der Zm-RL</p> <p>3.A Es gilt kritisch zu überprüfen, inwieweit Aufwände und Komplexitäten, die mit der Zm-RL und ihrer Umsetzung verbunden sind, in einem sinnvollen Verhältnis zum erzeugten Nutzen stehen. Vor diesem Hintergrund sollten die durch die Zm-RL verursachten direkten und indirekten Kosten als notwendige Basis einer solchen Abwägung systematisch erfasst und bestimmt werden. Die Zm-RL enthält in § 10 bereits den Auftrag zur Evaluation einschließlich ihrer inhaltlichen Schwerpunkte. Hier ließe sich durch eine Erweiterung der inhaltlichen Evaluationsschwerpunkte um die oben skizzierte Basis einer Kosten-Nutzenabwägung ergänzen.</p> <p>(Anmerkung: Diese Empfehlung gilt unabhängig von weiteren indikationsbezogenen</p>

		<p>Evaluationen bzw. deren Ergebnissen und wäre direkt umsetzbar. Sollte sich – aus welchen Gründen auch immer – diese o. g. Kosten-Nutzenabschätzung nicht in die Evaluation der Zm-RL integrieren lassen ist es dringend angeraten, einen alternativen Weg zu finden, diese Analyse nicht zuletzt für eine Entscheidung des Gesetzgebers zum zukünftigen Umgang mit der Zweitmeinung durchzuführen).</p>
--	--	--

13.1.4 Handlungsempfehlung Systemqualität

Zusätzlich wird die Systemqualität herangezogen, die eine globale bzw. regionale Betrachtungsweise aufgreift, die durchaus Aspekte der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität inkludiert, sich aber nicht eindeutig diesen einzelnen Qualitätsdimensionen zuordnen lässt [Veit et al. 2013]. Die Veränderung der regionalen Variation zählt hierbei zur Systemqualität. In der folgenden Tabelle 13-4 sind die Handlungsempfehlungen bzgl. der Systemqualität dargelegt.

Tabelle 13-4: Handlungsempfehlung Systemqualität

Identifizierte Umsetzungshindernisse / weitere Ansatzpunkte (s. Abbildung 13-1)	Begründende Datenquelle	Handlungsempfehlungen hinsichtlich einer Weiterentwicklung der Zm-RL (s. Abbildung 13-2)
4.1 Die Zm-RL bewirkt keine beobachtete Abnahme der regionalen Variation der Eingriffshäufigkeiten. Zudem liegen auch keine Soll-Größen oder Zielkorridore für adäquate Eingriffshäufigkeit vor und es erfolgt auch keine kontinuierliche Messung.	-Routinedaten	<p>Vorläufige/potentielle Handlungsempfehlungen <u>außerhalb</u> der Zm-RL</p> <p>4.A Es gilt zu prüfen, ob die Definitionen von Soll-Größen und/oder Zielgrößen für die Erfassung der regionalen Variation sinnvoll wären und inwieweit ein kontinuierliches Erfassen möglich und regelhaft umsetzbar ist. (s. hierzu auch die ähnlich gelagerten Handlungsempfehlungen zu 1.1)</p>

13.1.5 Zusammenführung der Handlungsempfehlungen

Die folgende Abbildung 13-2 führt die Handlungsempfehlungen in einer gruppierenden Übersicht zusammen: Vertikal aufgefächert entlang der Einschätzung des Evaluators, inwieweit sich die Maßnahmen innerhalb der Zm-RL umsetzen lassen bzw. Interventionen jenseits der Zm-RL erfordern, horizontal gruppiert nach einer Einschätzung hinsichtlich des verbundenen Umsetzungsaufwands. Hinsichtlich des Umsetzungsaufwands ist anzumerken, dass es sich hier lediglich um eine erste qualitative und grobe Einschätzung hinsichtlich des zeitlichen und des ressourcenbezogenen Aufwands handelt – eine noch weitergehende Ausarbeitung und Quantifizierung übersteigt den Umfang des vereinbarten Evaluationsplans und wäre gesondert zu erarbeiten.



Abbildung 13-2: Zusammenführen der Handlungsempfehlungen

Zur korrekten Interpretation sind folgende Punkte zu beachten

- Die Einschätzung, inwieweit sich einzelne Handlungsempfehlungen im Rahmen der Zm-RL adressieren lassen bzw. Maßnahmen jenseits der Zm-RL erfolgt nach bestem Verständnis des Evaluators hinsichtlich des Regelungsspielraums innerhalb der Zm-RL und der unmittelbaren gesetzlichen Grundlagen. Dies ist nicht gleichzusetzen mit einer juristischen Prüfung, die gesondert vorzunehmen wäre. Vor diesem Hintergrund trifft der Evaluator auch keine Aussagen hinsichtlich der Umsetzungsebenen/-verantwortlichkeiten der außerhalb der Zm-RL verorteten vorgeschlagenen Maßnahmen, die sich hier inhaltlich ableiten lassen, deren regulatorische Umsetzungsmöglichkeiten jedoch separat zu prüfen sind.
- Bei denjenigen Handlungsempfehlungen (die in der Regel außerhalb der Gestaltung der Zm-RL liegen), in denen sinngemäß ein „Prüfungsvorschlag“ formuliert ist, beziehen sich die Einschätzung/Eingruppierung des Umsetzungsaufwands nicht auf den Prüfvorgang, sondern auf die den geschätzten Aufwand für den Fall, dass die Prüfung die jeweilige Handlungsempfehlung bestätigt.
- Soweit nicht explizit anders angegeben, sind alle Handlungsempfehlungen als vorläufig auf Basis der erarbeiteten Evaluationsergebnisse in den beiden Indikationen HE und TT/TE zu verstehen. Vor einer generalisierten Umsetzung empfiehlt der Evaluator jedoch – wie bereits angemerkt und begründet – eine weitergehende empirische Bestätigung der Ergebnisse auch für weitere Indikationen.

14 Ausgestaltung der Evaluation und des Evaluationsprozesses

14.1 Generelle Ansatzpunkte zur Optimierung vergleichbarer Evaluationen

Nutzung von GKV-Daten

Für die vorliegende Evaluation war die Datenbeschaffung (quantitative/qualitative Patientenbefragung, Routinedaten) mit hohem Aufwand sowohl auf Seiten der die Evaluation unterstützenden gesetzlichen Krankenkassen als auch für das Evaluationsteam verbunden. (s. hierzu ausführlich Kapitel 3.3.1 Vorarbeiten und 5.2.1 Rekrutierung Krankenkassen) Die Datenbeschaffung sowie der Zugang zu Versicherten in den Befragungen sind u. a. abhängig von den Interessen und verfügbaren internen Kapazitäten der jeweiligen Krankenkasse. Dabei fiel es schwer, auf etablierten Erfahrungen und Prozessen aufzusetzen, so dass zeitweise ein

Eindruck entstehen konnte, dass zumindest ein Teil des Rades jedes Mal neu erfunden werden muss. Diese Feststellung ist explizit nicht als Kritik an den unterstützenden Krankenkassen gemeint – ganz im Gegenteil, diese Kassen haben das Evaluationsvorhaben bestmöglich unterstützt und verdienen volle Anerkennung. Vor diesem Hintergrund sieht der Evaluator vor allem zwei Möglichkeiten, von denen die erste aus seiner Sicht zu bevorzugen wäre

1. Für zukünftige Evaluationen wird ein fester Pool regelmäßig kooperierender Krankenkassen geschaffen, auf den Evaluationen zurückgreifen können. Hierbei könnte ein angemessener finanzieller Ausgleich insbesondere für die einzusetzenden Personalressourcen, einen zusätzlichen Anreiz für Krankenkassen bieten, ihre knappen Analyse-Ressourcen zur Unterstützung der Evaluationen einzusetzen. Da es hier um eine Evaluationsunterstützung geht, wäre eine Finanzierung aus dem gleichen Budgetbereich bzw. der gleichen Budgetlogik wie die Finanzierung von Evaluationsaufträgen logisch folgerichtig.
2. Alternativ wäre ein Beteiligungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen an der Evaluation der Zm-RL denkbar und entsprechend in § 10 der Zm-RL zumindest im Rahmen einer Soll-Vorschrift (im Sinne eines „sind gehalten“) zu verankern. Auch hier bestünde prinzipiell die Möglichkeit, gleichzeitig eine angemessene Aufwandsentschädigung zu verankern. Da die GKV als wesentlicher Mitentscheider innerhalb des G-BA sämtliche mit der ZM verbundenen Entscheidungen mitgestaltet, sollte sich die Teilnahmeaufforderung an der Evaluation auch gut in der Zm-RL verankern lassen, vorausgesetzt, dass die GVK dies unterstützt.
3. Perspektivisch mag es auch denkbar sein, Daten der geplanten zentralen Datenzugangs- und Koordinierungsstelle des Bundesgesundheitsministeriums zu verwenden – wenn diese dort dann zur Verfügung stünden.

Zu klären sind für die Varianten 1 und 2 wahrgenommene Datenschutzherausforderungen: Die Klärung der Datenschutzregelungen nahm für die beteiligten Kassen besonderen Raum ein. Für diejenigen Kassen, die sich trotz initialem Interesse letztlich gegen eine Teilnahme an der Evaluation entschieden haben, waren Datenschutzbedenken bzw. die Sorge, sich in aufwändigen Klärungen zum Datenschutz mit den jeweils unterschiedlichen internen/externen Datenschutzbeauftragten bereits hinsichtlich der Zulässigkeit einer Datenweitergabe an eine Evaluation zu verlieren, ein genannter Absagegrund. Eine in der Zm-

RL verankerte Beteiligungserwartung würde in diesem Zusammenhang zumindest dazu beitragen, solche Grundsatzdiskussionen mit Verweis auf die explizite Aufforderung in der Zm-RL Notwendigkeit aufzulösen. Ideal wäre in diesem Zusammenhang auch die explizite Nennung der gesetzlichen Grundlage für eine Datennutzung/-weitergabe in anonymisierter/pseudonymisierter Form als zu ergänzender Inhalt in der Zm-RL.

Orientierung am Rahmenkonzept Evaluation

Das Rahmenkonzept Evaluation steht als generisches Konzept vor der Herausforderung, auf der einen Seite möglichst vollständige, vergleichbare Standards für alle Evaluationen des G-BA beschreiben zu müssen, gleichzeitig aber notwendige Spielräume zur effizienten Ausgestaltung und Dokumentation individueller Evaluationen mit ihren spezifischen Fragestellungen und Anforderungen zu ermöglichen. Inwieweit diese Balance über alle Evaluationen gelingt, kann ein einzelner Evaluator aus seiner Partikularperspektive naturgemäß nur schwer beurteilen. Hierzu wäre eine holistische Perspektive erforderlich, die neben den einzelnen Evaluationsperspektiven vor allem auch die alle Evaluationen umfassenden Gesamtperspektive des G-BA umfassen sollte. Vor diesem Hintergrund sind die folgenden Beobachtungen zum Rahmenkonzept auch eher indikativ als absolut zu verstehen. Diese Beobachtungen orientieren sich dabei an den fünf Grundfragen, die das Rahmenkonzept als Anknüpfungspunkte für Evaluatoren nennt, um die Anwendungserfahrungen zu beschreiben:

Korrektheit: Sind die Inhalte des Rahmenkonzepts korrekt und stimmen sie mit den Regeln wissenschaftlicher Methodik überein?

- Dem Evaluator sind keine Inhalte des Rahmenkonzepts aufgefallen, die aus seiner Sicht im engeren Sinne wissenschaftlich inkorrekt sind oder gegen Regeln der wissenschaftlichen Methodik verstoßen.

Vollständigkeit: Sind wesentliche Inhalte vorhanden?

- Kapitel 11 Erstellen des Evaluationsberichts gibt im Kern die Gliederung des Abschlussberichts vor, der sich als eigenständige Veröffentlichung der Ergebnisse eignen sollte. Wie bei jeder generischen Gliederung stellt sich dabei die Frage nach einer optimalen Differenzierung bzw. der impliziten Breite der Gliederungspunkte. Aus Sicht dieser Evaluation wäre eine klare Vorgabe in der Gliederung zur Beschreibung

von Limitationen hilfreich – bspw. in einem eigenen Kapitel oder – wie hier ersatzweise gewählt – getrennt in den Kapiteln Methodik und Ergebnisse (mit unterschiedlichen Auswirkungen u.a. auf Redundanzen).

- Ein Meilenstein der Evaluation ist der Zwischenbericht. Die genauere Beschreibung von Struktur und Hinweise auf spezifische(n) Zweck(e) bzw. inhaltliche Erwartungen eines möglichen Zwischenberichts im Rahmenkonzept wäre hilfreich, nicht zuletzt weil dies den Evaluationsprozess von der Klärung möglicherweise unterschiedlicher Interpretationen der Parteien in einer laufenden Evaluation entlasten kann. Das schließlich im Rahmen dieser Evaluation gewählte Vorgehen, den Zwischenbericht entsprechend des Abschlussberichts zu strukturieren und fehlenden Bausteine im Verlauf des Evaluationsprojekts zu ergänzen, ist dabei eine Möglichkeit.
- Eine Vorgabe von Schwellenwerte für die Bewertung der Hypothesen/Ergebnisse ist überlegenswert, diese würden auch der einfacheren Vergleichbarkeit zwischen Evaluationen dienen.

Verständlichkeit: Sind die Inhalte verständlich?

- Der Umsetzungsgrad nimmt einen wichtigen Stellenwert in Evaluationen nach Rahmenkonzept ein. Im Glossar des Rahmenkonzepts wird dieser mit einem Satz beschrieben - *Umsetzungsgrad: Der Begriff umfasst den Durchdringungsgrad und den Implementierungsgrad.*

An dieser Stelle wäre es für die Verständlichkeit sinnvoll das Wort „umfasst“ mit Hilfe einer standardisierten Formel und rechnerischen Beispielen zu hinterlegen. Zudem wäre ein Hinweis bzgl. des Wunsches nach einer identischen Grundgesamtheit in diesem Kontext empfehlenswert. Je mehr Klarheit zu Umsetzungsgrad und den konstituierenden Umsetzungs- und Durchdringungsgraden geschaffen wird, desto weniger wird der Evaluationsverlauf von nachträglichen und Interpretationsspielräumen beeinflusst. In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass der Umsetzungsgrad offenbar nur aus der Perspektive der Leistungserbringer in die Evaluationen eingehen soll. Genauso ließen sich die Berechnungen aber auch multiperspektivisch beispielsweise aus Routinedatensicht (also Kostenträgersicht) oder Patient*innesicht durchführen, was für die vorliegende

Evaluation zu merklich abweichenden Ergebnissen je nach Perspektive geführt und die die angegebenen Umsetzungsgrade im Kontext weiter relativiert hätte.

Effektivität: Lässt das Rahmenkonzept erwarten, dass es aufgrund seiner Inhalte, die mit ihm angestrebten Ziele in Kapitel 3 im Rahmenkonzept erreicht werden können?

- Das Rahmenkonzept bietet eine Orientierung für die Erreichung der angestrebten Ziele des Kapitels 3.

Effizienz: Lässt das Rahmenkonzept erwarten, dass diese Ziele effizient erreicht werden können?

Aus Sicht dieser Evaluation hätten die oben genannten Punkte insbesondere zu den Kriterien Vollständigkeit und Verständlichkeit die Effizienz der Evaluationsdurchführung steigern können. Aber wie eingangs bereits erwähnt, ist eine solche Partikularsicht nur ein Orientierungspunkt, der in eine Gesamtbeschau einzubetten ist. Insofern ist die im Rahmenkonzept formulierte Anregung an die Auftraggeber*innen, eine strukturierte Befragung für die Bewertung des Rahmenkonzepts mit den Evaluatoren vorzunehmen und auszuwerten, zu unterstützen.

14.2 Empfehlungen für die weiterführende Evaluation der Zm-RL

Die Zm-RL sieht die Evaluation der Umsetzung der weiteren von der ZM-RL erfassten Indikationen vor. Der Evaluationsauftrag beinhaltet dementsprechend auch die Option der Fortführung in weiteren Indikationen. Diese bereits angelegte Fortführung ist – gerade mit Blick auf die Auswahl und Umsetzung von Handlungsempfehlungen zu Anpassungen der Zm-RL in hohem Maße sinnvoll:

Die vorliegende Evaluation der Zm-RL in den Indikationen HE und TE/TT kommt zu dem Schluss, dass die Zm-RL in diesen Indikationen im Rahmen ihrer bisherigen Umsetzung nur eine begrenzte Wirkung in der Versorgung entfaltet und Anpassungen sinnvoll wären. Dies gilt aber zunächst nur für die diese beiden Indikationen, die gleichsam als „Erstindikationen“ das für alle Akteure neue Zweitmeinungsverfahren nach Zm-RL in der Versorgungslandschaft eingeführt haben, welches dann in der Pandemiezeit seine Erstwirkung entfalten musste.

Es ist aber fraglich, inwieweit sich Umsetzung und Wirkung der Zm-RL in anderen Indikationen im nunmehr wieder stabilisierten Versorgungszustand ähnlich darstellen und inwieweit sich damit die aus HE und TT/TE abgeleiteten Handlungsempfehlungen übertragen lassen. Insofern

könnten sich Anpassungen der Zm-RL nur auf Basis der Ergebnisse HE und TT/TE als vorschnell erweisen. Unter dieser Perspektive lautet die Empfehlung, vor etwaigen Änderungen zügig weiterer Indikationen zu evaluieren.

Die „nachfolgenden“, zeitlich in das Evaluationsfenster rückenden Indikationen Arthroskopische Eingriffe an der Schulter, Amputation beim diabetischen Fußsyndrom, Implantationen einer Knieendoprothese und Eingriffe an der Wirbelsäule bieten dabei ein breites Spektrum unterschiedlicher „Zweitmeinungssituationen“

- Sie unterscheiden sich allein aufgrund ihrer wahrgenommenen Schwere und ihres Nutzen-Risiko Profils und damit ihren Auswirkungen auf den Informationsbedarf der Patient*innen erheblich: Tonsillektomien sind hier bspw. nicht mit Wirbelsäuleneingriffen oder Kniegelenkoperationen vergleichbar.
- Die demographischen Profile und damit der Umgang mit Informationen der Patient*innen unterscheiden sich voraussichtlich zwischen potentiellen Tonsillektomiepatient*innen, Patient*innen, die eine Arthroskopien der Schulter oder Wirbelsäuleneingriffe entscheiden müssen und Patient*innen, bei denen die Amputation von Gliedmaßen aufgrund eines diabetischen Leidens anstehen
- Erst- und Zweitmeinungen werden von in den Indikationen mit ganz unterschiedlichen Fallzahlen von unterschiedlichen Fachärzt*innengruppen gegeben, die sich hinsichtlich ihrer Richtlinien- und Leitlinientreue unterscheiden können
- Die Qualifikationskriterien und damit die postulierte Verfügbarkeit von Zweitmeinern unterscheiden sich – insbesondere die Qualifikationsanforderungen für Zweitmeiner im Bereich der Amputationen bei diabetischem Fußsyndrom sind hier hervorzuheben
- Die Wirkungen/Rationale hinsichtlich der postulierten Begrenzung von „Mengenausweitungen“ und auch die wahrgenommene „Elektivität“ der Eingriffe dürften unterschiedlich ausfallen – es ist bspw. zu vermuten, dass Amputationen von Gliedmaßen beim diabetischen Fußsyndrom anders einzuschätzen sind als Arthroskopien der Schulter

Eine weiterführende Evaluation liefert vor diesem Hintergrund eine merklich verbesserte und stabile Erkenntnisbasis insbesondere zu drei zentralen Aspekten

1. Sie validiert oder modifiziert die Ergebnisse zur bisherigen Abbildung der Ist-Situation hinsichtlich des Funktionierens und der Zielerreichung der Zm-RL in einem breiteren und repräsentativeren Indikationsfeld.
2. Sie berücksichtigt dabei umfassend die „normalisierte“ post COVID-Versorgungssituation.
3. Sie ermöglicht eine Validierung der Handlungsempfehlungen bzw. schafft eine fundierte Basis, diese weiter anzupassen und auf breiterer Basis priorisieren zu können (und ggf. auch nach Indikationen zu differenzieren)

Um dies zu erreichen ist die Weiterführung so anzulegen, dass sie methodisch auf der bisherigen Evaluation aufsetzt und damit eine bestmögliche Vergleichbarkeit der Ergebnisse sicherstellt. Gleichzeitig ließe sie sich dieses Fundament einschließlich der vergleichbaren deduktiven Herleitung der Handlungsempfehlungen bzw. deren Modifikationen in Absprache ergänzen um eine explizite Testung der vorgeschlagenen Handlungsoptionen: In ergänzenden Interviews/Fokusgruppen lassen sich Handlungsoptionen im Sinne vorweggenommener/simulierter Veränderungen testen und dabei hinsichtlich ihrer potentiellen Wirksamkeit und Akzeptanz gut einschätzen. Damit wäre eine zusätzliche, robuste Grundlage zur Priorisierung und Umsetzung möglicher Modifikationen der Richtlinie und ihres Umfelds geschaffen. Eine zusätzlich mögliche Ergänzung der weitergeführten Evaluation bestünde im Einschluss der Untersuchung der mit der Zm-RL einhergehenden direkten und indirekten Kosten (s. hierzu auch Handlungsempfehlung 3.A) als Grundlage für eine rationale Kosten-Nutzen Abwägung bezüglich der Zm-RL.

In jedem Fall sollten sich aber aufbauend auf der erarbeiteten Methodik und den entwickelten Untersuchungstools (wie Routinedatenanalyse mit vertrauten GKVen, Interviewleitfäden/-bögen) und mit einem eingespielten Evaluationsteam die Ergebnisse der weitergeführten Evaluation ggf. auch unter Nutzung möglicher prozessualer Optimierungen in zeitlich kompakter, hinsichtlich zentraler Fragestellungen aber immer vergleichbarer Form erzielen lassen.

Ausblick: Perspektivische Schaffung der Rahmenbedingungen für agile, interventionsorientierte Evaluationsansätze

Vor dem Hintergrund, ein Instrument wie die Zm-RL auf Basis empirisch-beobachtender Evaluationsergebnissen systematisch und in akzeptablen Zeitrahmen so zu verbessern, dass

Anpassungen ihre intendierte Wirkung auch nachweislich erzielen, wohnt der Zm-RL bzw. der sie leitenden Gesetzgebung (hier insbesondere § 27b, SGB V) ein immanenter Nachteil inne, nämlich ihre Ausnahmslosigkeit/Allgemeingültigkeit: Gesetz und Richtlinie gelten mit gleichzeitiger Wirkung für das gesamte Bundesgebiet und sind universell „umsetzungspflichtig“. Ein Raum für Erprobungen alternativer oder modifizierter Ausgestaltungen des damit geregelten Versorgungsprozesses ist nicht vorgesehen.

Daraus folgen lange – je nach Sichtweise könnte man auch sagen zu lange – Anpassungszyklen: Ein neues Verfahren (hier die Zm-RL) wird eingeführt, dann muss es eine Zeitlang (hier 2 Jahre) laufen, ehe eine Evaluation erfolgen kann und belastbare Ergebnisse vorliegen und bewertet sind (Dauer ca. 2,5 Jahre). Erst dann können Richtlinie/Gesetzgebung auf dieser Basis angepasst werden (Dauer unklar), was dann zwar auf logisch abgeleiteten, aber in der Praxis hinsichtlich ihrer Wirkung noch nicht bewiesenen Überlegungen/Maßnahmen beruht. Diese sind als Paket wieder zu evaluieren – allerdings fehlt dann eine Vergleichsgruppe, die zu „alten Bedingungen“ weiterarbeitet und mit der sich die Wirksamkeit der Anpassungen unmittelbar demonstrieren ließe. Ein einziger Zyklus dauert dabei sicherlich mindestens 5 Jahre, tendenziell aber länger.

Dieses Problem ließe sich heilen, wenn der Gesetzgeber bspw. im SGB V § 27b die Möglichkeit schaffen würde, in der Richtliniengestaltung einzelne Regionen als Pilotregionen aus dem ansonsten gültigen Verfahren auszugliedern, in denen Modifikationen getestet werden können. Damit entstünde der regulatorische Freiraum für einen agilen und interventionsorientierten Evaluationsansatz, der zu deutlich verkürzten Anpassungs-/Verbesserungszyklen führen würde. Dabei würde die Zm-RL im jeweiligen Zustand grundsätzlich weiter gelten und bliebe unter konstanten Bedingungen weiter evaluierbar. Gleichzeitig könnte man in den Pilotregionen die Zm-RL in ihrer bestehenden Form aussetzen und dort einzelne oder Kombinationen aus den vorgeschlagenen Modifikationen erproben. Damit ließe sich eine zeitliche Abkürzung bis zur Umsetzung ausgewählter Handlungsempfehlungen verknüpfen mit ihrer zügigen Testung im realen Versorgungskontext und darauf aufbauend bei Bedarf einem raschen weiteren Nachsteuern. Gleichzeitig bestünde mit der weitergeführten Umsetzung der bisherigen Zm-RL eine nahezu perfekte Kontrollgruppe. Mit anderen Worten: Der G-BA könnte in einem solchen Interventionsstudienansatz die Evidenz generieren, auf dessen Basis er die Zm-RL zügig und

wissenschaftlich begleitet weiterentwickeln und ggf. dem Gesetzgeber auch Vorschläge für Anpassungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen der Zm-RL unterbreiten kann, sollte dies notwendig erscheinen.

Der Evaluator maßt sich keinerlei regulatorische(n) Auftrag/Gestaltungsrolle an – vor diesem Hintergrund möchte er diese Empfehlung auch nur im Sinne einer Anregung verstanden wissen, welche die in Zusammenhang mit SGB V § 27b und der Zm-RL gestalterisch aktiven Parteien/Stakeholder aufgreifen können. Sollte diese Anregung grundsätzlich auf Zustimmung stoßen, bietet der Evaluator gerne an, Vorschläge zur konkreten Auswahl/Testung von Modifikationen und der Gestaltung/Umsetzung der Interventionsstudien zu erarbeiten.

15 Fazit

Alle relevanten Fragestellungen des Auftrags zur Evaluation der Zm-RL ließen sich multiperspektivisch mithilfe einer breiten Datengrundlage beantworten. Dabei zeigte die Evaluation für die Indikationen der TT/TE und HE, dass

- die Zm-RL ihre Ziele nur sehr bedingt erreichen kann,
- die Zm-RL im Versorgungsalltag nicht wie in der RL intendiert umgesetzt wird,
- es eine Reihe von Hindernissen bei der Umsetzung gibt.

Diese Hindernisse lassen sich vor allem auf unzureichende Informationsvermittlung und damit verbundenen Wissensdefiziten sowie Akzeptanzaspekte zurückführen. Dazu gehören, dass richtlinienrelevante Informationen für Patient*innen nicht leicht zugänglich sind, Erst- und ZMer ihre Pflichten bzw. Aufgaben nicht ausreichend bekannt sind und die Bereitstellung der Informationen durch die Stakeholder nicht systematisch inhaltlich abgestimmt sind. Zudem steht nur eine begrenzte Anzahl zugelassene(r) ZMer in der Gynäkologie und der HNO zur Verfügung stehen.

Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund ergeben sich klare Verbesserungspotentiale und darauf aufbauende Handlungsempfehlungen hinsichtlich der Umsetzung der Zm-RL sowie ihrer zielkonformen Weiterentwicklung.

Allerdings gelten diese Ergebnisse zunächst nur für die ersten, hier evaluierten Indikationen und es ist nicht sicher, dass diese auch für die weiteren, durch die Zm-RL abgedeckten Indikationen gleichermaßen zutreffen. Zur Validierung der Ergebnisse/Empfehlungen ist es daher sinnvoll, die Evaluation zügig bei weiteren Indikationen fortzuführen und verbessernde Maßnahmen auf Grundlage einer breiter validierten Erkenntnisbasis zu beschließen und umzusetzen. Eine beschleunigende Vorgehensweise ließe sich dabei ggf. in einem pilotbasierten Ansatz ergänzend realisieren.

16 Danksagung

Das Evaluationsteam bedankt sich bei allen teilnehmenden Krankenkassen:

- AOK Baden-Württemberg
- AOK Bayern
- AOK Niedersachsen
- AOK Hessen
- Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK)
- I Classic
- Knappschaft

für ihre Mitwirkung. Darüber hinaus gilt ein Dank allen teilnehmenden Ärzt*innen sowie den Berufsverbänden der Gynäkologie und HNO, den teilnehmenden Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landeskrankenhausgesellschaft sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die insbesondere bei der Rekrutierung intensiv unterstützt und mitgewirkt hat. Darüber hinaus möchten wir Andreas Bergholz vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie für die Bereitstellung der kartografischen Darstellungen danken.

17 Glossar

Begriff	Definition
Aufklärungsgespräch	<p>Ist das Gespräch zwischen Patient*in und dem/ der indikationsstellenden Arztes oder der Ärztin im Rahmen der Indikationsstellung. Der Arzt/ die Ärztin, der/ die Indikation ausspricht, muss den/die Patienten*in mindestens zehn Tage vor der geplanten Operation über Folgendes informieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> -das Recht, eine zweite Meinung von einem zugelassenen ZMer einzuholen -Bereitstellung von Informationen über zugelassene ZMer -Information darüber, dass die ZM nicht von dem Arzt/ der Ärztin oder der Einrichtung eingeholt werden kann, der/die für die Durchführung des Eingriffs vorgesehen ist -Bereitstellung von Entscheidungshilfen -Aushändigung eines Patienteninformationsblattes -Information über die Überlassung von Befundunterlagen
Auswirkungen der Zm-RL / nicht – intendierte Folgen	Nicht intendierte Folgen sind unbeabsichtigte Folgen bzw. Resultate von Handlungen. Diese Folgen können absehbar oder nicht absehbar sein.
Bruttostichprobe	Anzahl der Teilnehmenden ohne Berücksichtigung der Ausschlusskriterien
Chirurgischer Eingriff / Operation	Eine Operation/ ein chirurgischer Eingriff ist ein instrumenteller chirurgischer Eingriff am oder im Körper eines/einer Patient*in zum Zwecke der Therapie oder Diagnostik. In der vorliegenden Evaluation werden folgende chirurgische Eingriffe thematisiert: TE, TT, HE.
Diagnose	"Zuordnung einer Erkrankung bzw. gesundheitlichen Störung zu einer Krankheitsentität." [Gressner & Gressner 2019, 691]
Durchdringungsgrad	<p>Grundgesamtheit: alle Einrichtungen (E) bzw. Leistungserbringer (LE), welche die Vorgaben der RL aktiv umsetzen müssen.</p> <p>Der Durchdringungsgrad setzt die Zahl der E bzw. LE, welche die Vorgaben der RL erfüllen (unabhängig, ob vollständig oder teilweise), ins</p>

Begriff	Definition
	Verhältnis zur Zahl derer, die unter den Geltungsbereich der Richtlinie fallen und damit die Vorgaben erfüllen müssen
EBM (einheitlicher Bewertungsmaßstab)	Der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) ist das Vergütungssystem der vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Versorgung in Deutschland. Es ist ein sozialversicherungsrechtliches Verzeichnis im deutschen Gesundheitswesen, nach dem ambulante und belegärztliche Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden.
EMer	Der/ Die EMer ist der/die Fachärzt*in, der/die die Empfehlung für den jeweiligen Eingriff (HE oder TT/TE) des /der Patient*in ausspricht bzw. die Indikation stellt (EMer wird auch synonym für indikationsstellende/r Ärzt*in verwendet).
Generell bzw. Generelle Verlagerung	generell: in der vorliegenden Evaluation wird der Begriff generell gleichgesetzt mit oft gültig bzw. in mind. 75% der Fälle. Im Zusammenhang mit der Phrase "generelle Verlagerung" wird folgender Sachverhalt verstanden: wenn mind. 75% der Fälle von Institutionen ohne ZMer zu Institutionen mit ZMer der jeweiligen Fachrichtung "abwandern", ist die Verlagerung der Versorgung eingetreten.
Indikation	"Beurteilung eines Arztes, dass eine konkrete medizinische Maßnahme angezeigt (indicare = anzeigen) ist, um ein bestimmtes Behandlungsziel zu erreichen" [Bundesärztekammer 2015, 2]
Informelle ZM	Als informelle ZM wird die Inanspruchnahme einer ZM verstanden, die nicht im Rahmen der Zm-RL oder eines Zweitmeinungsprogrammes (angeboten bspw. Von Krankenkassen) erfolgt, wobei der/ die Patient*in vom Recht auf freie Arztwahl Gebrauch macht und sich eigenständig eine ZM sucht.
GOP	Alle Leistungen, die Vertragsärzt*innen bei Kassenpatient*innen erbringen, werden im EBM abgebildet. GOPs sind die Positionen die, die Ärzt*innen abrechnen. Für die Aufklärung und Beratung zum

Begriff	Definition
	Zweitmeinungsverfahren können indikationsstellende Ärzt*innen die GOP 01645 einmal im Krankheitsfall (vier Quartale) abrechnen.
Implementierungsgrad	Der Implementierungsgrad betrachtet die Erfüllung der Anforderungen auf Ebene der einzelnen E (Einrichtungen) bzw. LE (Leistungserbringer). Es wird die Zahl der RL-Vorgaben, die durch eine E oder einen LE umgesetzt werden, ins Verhältnis zur Anzahl aller RL- Vorgaben gesetzt, die umgesetzt werden müssen. Bei der Berechnung kann, wenn sinnvoll und begründet, eine Gewichtung einzelner Richtlinienvorgaben erfolgen.
Indikationsqualität	Der Begriff der Indikationsqualität stellt ein komplexes Konstrukt dar. Dabei beinhaltet der Begriff der Indikationsqualität nicht nur die Indikationsstellung in Bezug auf Leitlinientreue, sondern setzt sich aus verschiedenen Aspekten zusammen. Weiterführende Überlegungen sind im Zwischenbericht enthalten.
Informationsbedarf der Versicherten	Der Informationsbedarf der Versicherten bezieht sich auf den subjektiven Informationsbedarf der Versicherten. Hierbei sind jene Informationen gemeint, welche für die Entscheidung für oder gegen eine OP relevant erscheinen. Die Operationalisierung des Informationsbedarfs erfolgt im Kapitel 3.3.4 Bewertungskriterien, Abschnitt Operationalisierung des Informationsbedarfs.
Informierte Entscheidungsfindung des / der Patient*in	Eine Entscheidung gilt als informiert, wenn die Patientinnen und Patienten über ausreichendes Wissen zu den Behandlungsmöglichkeiten verfügen und die Entscheidung im Einklang mit ihren persönlichen Wertvorstellungen treffen [Marteau & Dormandy & Michie 2001].
Medizinische Notwendigkeit	Die Begrifflichkeiten „medizinisch notwendig“ und „medizinisch nicht notwendig“ (bzw. sinnähnliche Begriffe wie „medizinisch geboten/nicht geboten) werden weder in der Zm-RL noch in der Evaluationsleistungsbeschreibung definiert, sodass das die Evaluation vor der Herausforderung steht, diese zu definieren bzw. zu operationalisieren. Aus Sicht des Evaluators handelt es sich bei den Begrifflichkeiten „medizinisch notwendig“ und „medizinisch nicht notwendig“ nicht

Begriff	Definition
	<p>zwangsläufig um eine binäre Begriffslogik, sondern vielmehr um eine multiperspektivische, komplexe Thematik.</p> <p>Schöne-Seifert et al. [2018, S. 6] bieten hier eine kontextunabhängige Arbeitsdefinition an:</p> <p><i>“Eine Maßnahme ist dann medizinisch notwendig, wenn sie kumulativ:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>der Heilung/Linderung/Vorbeugung</i> • <i>eines interventionsbedürftigen Krankheitszustands</i> • <i>mit hinreichend sicher nachgewiesenem nicht unerheblichem Nettonutzen-Potential und zwar</i> • <i>nicht viel schlechter, gleich gut oder sogar besser als verfügbare Alternativen dient.”</i> <p>Fraglich erscheint, welcher Akteur oder welche Akteurin im Gesundheitssystem dieses objektiv beurteilen kann. Um sich dieser komplexen Thematik und der damit einhergehenden Fragestellung zu nähern, werden Interviews mit Ärzt*innen zur Begriffsbestimmung geführt. Explorativ gilt es, diese Begrifflichkeit aus Sicht der versorgenden Ärzt*innen zu definieren, wobei sich nach der ersten Auswertung der Interviews abzeichnete, dass eine binäre Unterscheidung nicht der Versorgungsrealität entspricht, weil sich die Indikationsstellung aus vielen verschiedenen Aspekten zusammensetzt und sich nicht nur auf Leitlinien bezieht bzw. orientiert. Ein wesentlicher Aspekt stellt dabei die Patientenorientierung dar. Aus leitlinienbasierter Sicht ist eine Indikation womöglich nicht gegeben, allerdings lässt diese Perspektive die Sicht der Patient*innen außen vor und schließt diese somit aus. In diesem Kontext würde dieses Verständnis dem Ansatz des Shared Decision Makings widersprechen. Darüber hinaus werden die Interviews mit Patient*innen zur Beurteilung dieser Fragestellung hinzugezogen, um die Perspektive der Patient*innen zu berücksichtigen.</p> <p>Eine weitere Annäherung an die Operationalisierung bestünde darin, über Abweichungen zwischen Erst- und ZM zu argumentieren und dabei ggf. die ZM noch hierarchisch über die Erstmeinung zu stellen. Somit würde sich ein medizinisch notwendiger Eingriff bzw. eine medizinisch</p>

Begriff	Definition
	<p>notwendige Indikationsstellung ergeben, wenn Erst- und ZM einander gleichen. Medizinisch nicht notwendig könnte sich ergeben, wenn die ZM von der Erstmeinung abweicht. Da beide Meinungen aber für sich stehen und eine „Hierarchie“ regulatorisch nicht angelegt ist und die Evaluation die Einzelentscheidungen auch nicht bewerten kann, entspricht diese Operationalisierung auch nur einer Annäherung und wird im Kontext der anderen Datenquellen berücksichtigt. Bei abweichenden Meinungen von Erst- und ZM wäre deshalb auch eher von „uneinheitlicher Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit“ als von „medizinisch nicht notwendig“ zu sprechen.</p>
Missings	<p>Es handelt sich um fehlende Angaben in den quantitativen Befragungen. Im Text werden zudem ungültige Angaben genannt, die auch zu den Missings gehören. Ungültige Angaben kommen bspw. vor, wenn Teilnehmende bei Fragen ohne die Möglichkeit der Mehrfachantwort dennoch mehr als ein Kreuz setzen.</p>
Nettostichprobe	<p>Anzahl der Teilnehmenden mit Berücksichtigung der Ausschlusskriterien, diese (gültigen) Fälle werden für die Auswertung der Daten verwendet</p>
Pseudo-GOP (Pseudo-GOP)	<p>Nicht alle Leistungen, die Vertragsärzt*innen bei Kassenpatient*innen erbringen, werden im EBM abgebildet. Das gilt vor allem für Leistungen, die aufgrund regionaler Vereinbarungen erbracht werden und sich daher von Bundesland zu Bundesland unterscheiden. Für diese Leistungen vereinbaren die Vertragspartner*innen bekanntlich sogenannte Pseudoziffern oder Pseudo-GOPs. Im Kontext der Zm-RL werden die Pseudo-GOPs überregional benutzt.</p> <p><u>Pseudo-GOP ZMsverfahren bei einer bevorstehenden Mandeloperation:</u></p> <p>88200A</p> <p><u>Pseudo-GOP ZMsverfahren bei einer bevorstehenden</u></p> <p><u>Gebärmutterentfernung: 88200B</u></p>
Qualitativ hochwertige Erbringung	<p>Eine qualitativ hochwertige Erbringung wird an den Vorgaben der Richtlinie gemessen.</p>

Begriff	Definition
Triangulation	Multiperspektivische, wechselseitige Analyse unterschiedlicher Datenquellen im Rahmen der Ergebnissynthese.
Umsetzungsgrad	Der Umsetzungsgrad wird abgebildet durch das Produkt aus Durchdringungsgrad und Implementierungsgrad (analog Veit et al. 2013), sofern diese auf einer identischen Grundgesamtheit basieren.
ZM (informell)	Als informelle ZM wird die Einholung einer ärztlichen ZM verstanden, die nicht im Sinne der Richtlinie erfolgt. Informell kann die Einholung einer ZM bspw. erfolgen, wenn eine ZM bei einem nicht nach Richtlinie zugelassenen Zweitmeiner eingeholt wird.
ZM nach Zm-RL	Als ZM im Sinne der Richtlinie wird eine unabhängige, neutrale ärztlich zweite Meinung bei einem Leistungserbringer nach § 27b Absatz 3 SGB V zu den im besonderen Teil dieser Richtlinie benannten planbaren Eingriffen entlang der Maßgaben der Richtlinie verstanden.
Zweitmeiner*in	Der /Die Zweitmeiner*in beurteilt die Notwendigkeit des empfohlenen Eingriffs des/der EMer . Die Benennung als Zweitmeiner*in erfolgt mittels spezifischer Kriterien, die in der Zm-RL festgelegt sind.
Zweitmeinungs- gespräch	Ist das Gespräch zwischen Patient*in und dem nach Richtlinie zugelassenen, zweitmeinenden Arzt oder der Ärztin und beinhaltet folgende Aspekte: -ZMer soll die Patientin oder den Patienten in Bezug auf den empfohlenen Eingriff über mögliche Therapie- oder Handlungsalternativen informieren -Abgabe der ZM hat mündlich zu erfolgen -ZM zieht Vorbefunde mit ein und kann - falls notwendig - zusätzliche Untersuchungen durchführen

18 Referenzen

- Atlas, Alvin/Milanese, Steve/Grimmer, Karen/Barras, Sarah/Stephens, Jacqueline H. (2019). Sources of information used by patients prior to elective surgery: a scoping review. *BMJ open* 9 (8), e023080. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023080>.
- Bandilla, Wolfgang/Kaczmarek, Lars/Blohm, Michael/Neubarth, Wolfgang (2009). Coverage- and Nonresponse-Effekte bei Online-Bevölkerungsumfragen. Hg. von Nikolaus Jakob/Harald Schoen/Thomas Zerback. Wiesbaden, VS Verl. für Sozialwiss.
- Berner, Reinhard/Steffen, Gregor/Toepfner Nicole/Waldfahrer, Frank/Windfuhr, Jochen P. (2015): S2k-Leitlinie „Therapie entzündlicher Erkrankungen der Gaumenmandeln – Tonsillitis“. Online verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/017-24l_S2k_Tonsillitis_Gaumenmandeln_2015-08-abgelaufen.pdf.
- Bertelsmann Stiftung (Hg.) (2015). Faktencheck Gesundheit. Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung im Zeitvergleich. Gütersloh.
- Bertelsmann Stiftung (Hg.) (2013). Faktencheck Gesundheit. Entfernung der Gaumenmandeln bei Kinder und Jugendlichen. Gütersloh.
- Bialas, Enno/Schleppers, Alexander/Ahuber, Thomas (2021). COVID-19: Auswirkungen des Lockdowns auf die operative Patientenversorgung in Deutschland im April 2020 (62), 54–62. <https://doi.org/10.19224/ai2021.054>.
- Bruch, Dunja/May, Susann/Ernstmann, Nicole/Holmberg, Christine/Ronckers, Cecile/Neugebauer, Edmund (2022). Zweitmeinungsbedarfe in der Onkologie: Eine qualitative Studie mit Brustkrebspatient:innen. 21. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF). <https://doi.org/10.3205/22dkvf460>.
- Bruch, Dunja/Muehlensiepen, Felix/Alexandrov, Alexander/Konstantinova, Yana/Voß, Karl/Ronckers, Cecile/Neugebauer, Edmund/May, Susann (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on professional practice and patient volume in medical practices: A survey among German physicians and psychotherapists. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 166, 27–35. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2021.08.001>.
- Bundesärztekammer (2022). Ärztestatistik zum 31. Dezember 2021. Online verfügbar unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/2021/2021_Statistik.pdf.

- BMG (2015). GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG). Stellungnahmen. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/gkv-versorgungsstaerkungsgesetz.html>.
- Byars, Sean G./Stearns, Stephen C./Boomsma, Jacobus J. (2018). Association of Long-Term Risk of Respiratory, Allergic, and Infectious Diseases With Removal of Adenoids and Tonsils in Childhood. *JAMA otolaryngology-- head & neck surgery* 144 (7), 594–603. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2018.0614>.
- Craig, Peter/Dieppe, Paul/Macintyre, Sally/Michie, Susan/Nazareth, Irwin/Petticrew, Mark (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ (Clinical research ed.)* 337, a1655. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>.
- Creswell, John W. (2009). *Research design. Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 3. Aufl. Los Angeles, Calif., Sage.
- Creswell, John W./Plano Clark, Vicki L. (2017). *Designing and conducting mixed methods research*. Los Angeles/London/New Delhi/Singapore/Washington DC/Melbourne, Sage.
- Donabedian, Avedis (1966). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 44 (3), 166. <https://doi.org/10.2307/3348969>.
- Dörries, Andrea (2019). Indikationsqualität. Konzeption und professionsethische Implikationen. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 81 (8-09), 584–589. <https://doi.org/10.1055/s-0043-125068>.
- Fetters, Michael D./Curry, Leslie A./Creswell, John W. (2013). Achieving integration in mixed methods designs-principles and practices. *Health services research* 48 (6 Pt 2), 2134–2156. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12117>.
- G-BA (2023). Beschluss des G-BAes über die Veröffentlichung des Berichts 2021 der KBV gemäß § 10 Absatz 1 des Allgemeinen Teils der Zm-RL. Bericht der KBV gemäß § 10 Zweitmeinungs-Richtlinie (Zm-RL). Berlin. Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6024/2023-05-12_Zm-RL_KBV-Bericht-2021.pdf.
- Greenfield, Geva/Shmueli, Liora/Harvey, Amy, Quezada-Yamamoto Harumi/Davidovitch, Nadav/Pliskin, Joseph S./Rawaf, Salman/Majeed, Azee/Hayhoe, Benedict (2021). Patient-initiated second medical consultations-patient characteristics and motivating

- factors, impact on care and satisfaction: a systematic review. *BMJ Open* 11(9):e044033. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044033>.
- Hensen, Peter (2019). *Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen*. Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Holtkamp, U. (2007). Die Stellung des Arztes in unserer Gesellschaft. *Der Internist* 48 Suppl 1, S46-50. <https://doi.org/10.1007/s00108-007-1861-6>.
- Jähne, Joachim (2018). Der schwierige Patient - Reflexionen und mögliche Lösungen zur Gestaltung eines befriedigenden Umgangs. *Passion Chirurgie* 8 (12): Artikel 07_01.
- Könsgen, Nadja/Prediger, Barbara/Bora, Ana-Mihaela/Glatt, Angelina/Hess, Simone/Weißflog, Victoria/Pieper, Dawid (2021). Analysis of second opinion programs provided by German statutory and private health insurance - a survey of statutory and private health insurers. *BMC health services research* 21 (1), 209. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06207-8>.
- Könsgen, Nadja/Prediger, Barbara/Schlimbach, Anna/Bora, Ana-Mihaela/Hess, Simone/Caspers, Michael/Pieper, Dawid (2022). Attitude toward second opinions in Germany - a survey of the general population. *BMC health services research* 22 (1), 76. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07422-z>.
- Kuckartz, Udo (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim, Beltz Juventa.
- Leeser, Lea/Neukirch, Benno/Drösler, Saskia E. (2022). Regionale und geschlechtsspezifische Unterschiede bei Appendektomien : Bundesweite kleinräumige Entwicklung der Operationsraten in der Zeitreihe. *Chirurgie (Heidelberg, Germany)* 93 (9), 884–891. <https://doi.org/10.1007/s00104-022-01628-5>.
- Marteau, Theresa M./Dormandy, Elizabeth/Michie, Susan (2001). A measure of informed choice. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy* 4 (2), 99–108. <https://doi.org/10.1046/j.1369-6513.2001.00140.x>.
- May, Susann/Bruch, Dunja/Muehlensiepen, Felix/Ignatyev, Yuriy/Neugebauer, Edmund/Ronckers, Cecile/Peter, Sebastian von (2022a). Physicians' Perspectives on the Implementation of the Second Opinion Directive in Germany-An Exploratory Sequential Mixed-Methods Study. *International journal of environmental research and public health* 19 (12). <https://doi.org/10.3390/ijerph19127426>.

- May, Susann/Bruch, Dunja/Muehlensiepen, Felix/Prediger, Barbara/Pieper, Dawid/Ronckers, Cecile/Peter, Sebastian von/Neugebauer, Edmund (2022b). Second opinion opportunity declined: patient typology and experiences regarding the decision-making process preceding elective surgeries in Germany. BMC health services research 22 (1), 1329. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08742-4>.
- May, Susann/Könsgen, Nadja/Glatt, Angelina/Bruch, Dunja/Muehlensiepen, Felix/Mählmann, Sonja/Peter, Sebastian/Pieper, Dawid/Neugebauer, Edmund/Prediger, Barbara (2022c). Does the Second Opinion Directive in Germany reach the patient? A parallel-convergent mixed- methods study. Research Square. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1933521/v1>.
- Mey, Günter/Mruck, Katja (Hg.) (2010). Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Neis, Klaus J./Zubke, Wolfgang/Fehr, Mathias/Römer, Thomas/Tamussino, Karl/Nothacker, Monika (2016). Hysterectomy for Benign Uterine Disease. Deutsches Arzteblatt international 113 (14), 242–249. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0242>.
- Neugebauer, Edmund/May, Susann/Darkow, Robert/Mühlensiepen, Felix/Könsgen, Nadja/Bruch, Dunja/Prediger, Barbara/Alexandrov, Alexander/Pieper, Dawid/Fichtmüller, Matthias (2022). Status quo und Perspektiven der ZM. Monitor Versorgungsforschung 15 (04/2022). <https://doi.org/10.24945/MVF.04.22.1866-0533.2426>.
- Philip, Jennifer/Gold, Michelle/Schwarz, Max/Komesaroff, Paul (2010). Second medical opinions: the views of oncology patients and their physicians. Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer 18 (9), 1199–1205. <https://doi.org/10.1007/s00520-009-0742-z>.
- Piwernetz, Klaus/Neugebauer, Edmund (2021). Strategiewechsel jetzt! Corona-Pandemie als Chance für die Neuausrichtung unseres Gesundheitssystems. Berlin/Boston, De Gruyter.
- Prediger, Barbara/Koller, Daniela/Heß, Simone/Könsgen, Nadja/Pieper, Dawid (2022). Verortung von Zweitmeinungsanbietern in Deutschland – Gibt es regionale Unterschiede? Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)). <https://doi.org/10.1055/a-1690-6728>.

- Prütz, Franziska/Knopf, Hildtraud/Lippe, Elena von der/Scheidt-Nave, Christa/Starker, Anne/Fuchs, Judith (2013). Prävalenz von HE bei Frauen im Alter von 18 bis 79 Jahren: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 56 (5-6), 716–722. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1660-7>.
- Prütz, Franziska (2012). Was ist Qualität im Gesundheitswesen? Ethik in der Medizin 24 (2), 105–115. <https://doi.org/10.1007/s00481-012-0189-5>.
- Queirós, André/Faria, Daniel/Almeida, Fernando (2017). Strengths And Limitations Of Qualitative And Quantitative Research Methods. European Journal of Education Studies 3 (9), 369–387. <https://doi.org/10.5281/zenodo.887089>.
- Reuband, Karl-Heinz (2014). Schriftlich-postalische Befragung. In: Baur Nina/Blasius Jörg (Hg.). Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden, 643–660.
- Robinson, Oliver C. (2014). Sampling in Interview-Based Qualitative Research: A Theoretical and Practical Guide. Qualitative Research in Psychology 11 (1), 25–41. <https://doi.org/10.1080/14780887.2013.801543>.
- Sansone, Randy A./Sansone, Lori A. (2012). Doctor Shopping: A Phenomenon of Many Themes. Innovations in Clinical Neuroscience 9 (11-12), 42–46.
- Schouten, B., Cobben, F., & Bethlehem, J. (2009). Indicators for the representativeness of survey response. Survey Methodology, 35(1), <https://doi.org/0894439317735307>.
- Schöne-Seifert, Bettina/Friedrich, Daniel R./Harney, Anke/Huster, Stefan/Raspe, Heiner (2018). „Medizinische Notwendigkeit“: Herausforderungen eines unscharfen Begriffs. Ethik in der Medizin 30 (4), 325–341. <https://doi.org/10.1007/s00481-018-0497-5>.
- Schreier, Margrit (2010). Fallauswahl. In: Günter Mey/Katja Mruck (Hg.). Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 238–251.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2023): STATISTISCHE BIBLIOTHEK. Gesundheit / Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) / Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern (4-Steller) – 2021 bis 2016: https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DESerie_mods_00000953.

- Stiftung Gesundheit (2021). Die ärztliche ZM in der Praxis. Eine repräsentative deutschlandweite Befragung von Ärztinnen und Ärzten durch die Stiftung Gesundheit. Hamburg. Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2021. Online verfügbar unter https://www.stiftung-gesundheit.de/pdf/studien/aerzte-im-zukunftsmarkt-gesundheit_2021_1.pdf.
- Tattersall, Martin H. N./Dear, Rachel F./Jansen, Jesse/Shepherd, Heather L./Devine, Rhonda J./Horvath, Lisa G./Boyer, Michael L. (2009). Second opinions in oncology: the experiences of patients attending the Sydney Cancer Centre. *The Medical journal of Australia* 191 (4), 209–212. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2009.tb02754.x>.
- Tourangeau, Roger/Yan, Ting (2007). Sensitive questions in surveys. *Psychological bulletin* 133 (5), 859–883. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.5.859>.
- Veit, Ch./Lüken, F./Bungard, S./Trümner, A./Tewes, C./Hertle, D. (2013). Rahmenkonzept Evaluation bezogen auf Evaluationen nach § 137b SGB V. Anlage 1 zur Leistungsbeschreibung. Düsseldorf.
- Weyerstraß, Jan/Prediger, Barbara/Neugebauer, Edmund/Pieper, Dawid (2020). Results of a patient-oriented second opinion program in Germany shows a high discrepancy between initial therapy recommendation and second opinion. *BMC health services research* 20 (1), 237. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-5060-7>.
- Windfuhr, Jochen P./Schmuker, Caroline/Günster, Christian (2021). Halsschmerzen als Operationsindikation vor und nach Publikation der Tonsillitis-Leitlinie : Longitudinalstudie mit 115.839 Tonsillektomiefällen. *HNO* 69 (9), 742–749. <https://doi.org/10.1007/s00106-020-00944-8>.
- Windfuhr, Jochen P./Gerste, Bettina (2016). Trends, regionale Variabilität und Indikationsstellung von TE in Deutschland. In: Schattauer (Hg.). *Versorgungs-Report 2015/2016. Schwerpunkt: Kinder und Jugendliche*. Stuttgart, 199–216.
- Windfuhr, Jochen P./Günster, Christian (2022). Impact of the COVID-pandemic on the incidence of tonsil surgery and sore throat in Germany. *European archives of oto-rhino-laryngology : official journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS): affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery* 279 (8), 4157–4166. <https://doi.org/10.1007/s00405-022-07308-8>.
- Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (2023). Krankenhaus-Fallzahlen: Rückgang 2022 noch größer als in den ersten beiden Pandemie-Jahren. Berlin,

Pressemitteilung vom 06.03.2023. Online verfügbar unter https://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/pm_230306_wido-bilanz_krankenhaus-fallzahlen_2022.pdf.

Inhaltsverzeichnis Appendix

App. 1 Dokumente zur Zm-RL

App. 1.1 Zm-RL in der Fassung vom 21. September 2017

App. 1.2 Patientenmerkblatt Zweitmeinungsverfahren

App. 1.3 Beispiel 1 Patienten Entscheidungshilfe

App. 1.4 Beispiel 2 Patienten Entscheidungshilfe

App. 2 Quantitative Patientenbefragung Fragebögen retrospektiv und prospektiv

App. 2.1 Retrospektive Patientenbefragung: Unterschiede der Fragebogen bzgl. der Indikationen

App. 2.2 Prospektive quantitative Patientenbefragung: Unterschiede zu den retrospektiven Fragen

App. 2.3 Begründung Items quantitative Patientenbefragung

App. 2.4 Vermerk Fragebogenpilotierung

App. 2.5 Fragebogen Beispiel für die quantitative Patientenbefragung

App. 3 Quantitative Ärztebefragung

App. 3.1 Fragebogen quantitative Ärztebefragung

App. 4 Qualitative Stakeholderbefragung

App. 4.1 Online-Kurzfragebogen Stakeholderbefragung

App. 5 Interviewleitfäden

App. 5.1 Qualitative Ärztebefragung Interviewleitfaden

App. 5.2 Qualitative Patientenbefragung Interviewleitfaden

App. 5.3 Qualitative Stakeholderbefragung Interviewleitfaden

App. 6 Selektionskriterien

App. 6.1 Selektionskriterien für die Kooperation mit den GKVen

Richtlinie



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Konkretisierung des Anspruchs auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung gemäß § 27b Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

(Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren/Zm-RL)

in der Fassung vom 21. September 2017
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT07.12.2018 B4)
in Kraft getreten am 8. Dezember 2018

Inhalt

Allgemeiner Teil.....	3
§ 1 Rechtsgrundlage und Zweck	3
§ 2 Ziele	3
§ 3 Begriff und Leistungsumfang der Zweitmeinung	3
§ 4 Bestimmung der Eingriffe mit Anspruch auf eine Zweitmeinung	4
§ 5 Entstehung des Sachleistungsanspruchs	4
§ 6 Aufgaben der indikationsstellenden Ärztin/des indikationsstellenden Arztes	4
§ 7 Anforderungen an die Zweitmeiner.....	5
§ 8 Aufgaben der Zweitmeiner	6
§ 9 Information über zweitmeinungsgebende Ärztinnen oder Ärzte	7
§ 10 Berichterstattung und Evaluation.....	7
§ 11 Übergangsregelungen.....	8
Besonderer Teil	9
Eingriff 1: Mandeloperationen (Tonsillektomie, Tonsillotomie)	9
§ 1 Definition des geplanten Eingriffs	9
§ 2 Eingriffsspezifische Anforderungen an den Zweitmeiner	9
Eingriff 2: Gebärmutterentfernungen (Hysterektomien)	9
§ 1 Definition des geplanten Eingriffs	9
§ 2 Eingriffsspezifische Anforderungen an den Zweitmeiner	9

Allgemeiner Teil

§ 1 Rechtsgrundlage und Zweck

- (1) ¹Rechtsgrundlage der nachfolgenden Richtlinie ist § 27b Absatz 2 SGB V. ²Sie ist Bestandteil der Richtlinien über die Qualitätssicherung gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V.
- (2) Zweck der Richtlinie ist
1. die Konkretisierung des Anspruchs auf Einholung einer Zweitmeinung zu den im Besonderen Teil der Richtlinie aufgeführten planbaren Eingriffen,
 2. die Bestimmung, für welche planbaren Eingriffe, bei denen insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung ihrer Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist, der Anspruch der Patientinnen und Patienten auf Einholung einer den Anforderungen nach § 27b Absatz 1 Satz 1 SGB V entsprechenden Zweitmeinung besteht,
 3. die Konkretisierung der Pflichten der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes, die oder der die Indikation für einen planbaren Eingriff gemäß dieser Richtlinie stellt (indikationsstellende Ärztin/indikationsstellender Arzt),
 4. die Festlegung allgemeiner und indikationsspezifischer Anforderungen an das Zweitmeinungsverfahren und die Erbringer einer Zweitmeinung (im Folgenden: Zweitmeiner),
 5. die Festlegung allgemeiner und indikationsspezifischer Anforderungen an die Abgabe der Zweitmeinung zu den nach Nummer 2 bestimmten Eingriffen,
 6. die Konkretisierung der Anforderungen in Bezug auf die Erbringung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung gemäß § 27b Absatz 1 SGB V.
- (3) Die Richtlinie gilt nicht für die Einholung einer Zweitmeinung bei zahnärztlichen Eingriffen durch Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte.

§ 2 Ziele

Ziele der Richtlinie sind:

1. den Rechtsanspruch der Patientin oder des Patienten auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung zu den im Besonderen Teil der Richtlinie aufgeführten planbaren Eingriffen zu konkretisieren,
2. die Information der Patientin oder des Patienten über das Recht, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einholen zu können, um auf dieser Grundlage zu einer informierten Entscheidung über die Durchführung oder Nicht-Durchführung des empfohlenen planbaren Eingriffs zu gelangen, einschließlich der Erläuterung weiterer Behandlungsoptionen,
3. medizinisch nicht notwendige Indikationsstellungen bei planbaren Eingriffen und die Durchführung von medizinisch nicht gebotenen planbaren Eingriffen zu vermeiden,
4. eine qualitativ hochwertige Erbringung der Zweitmeinung durch definierte Anforderungen festzulegen.

§ 3 Begriff und Leistungsumfang der Zweitmeinung

- (1) Als Zweitmeinung im Sinne der Richtlinie wird eine unabhängige, neutrale ärztliche zweite Meinung bei einem Leistungserbringer nach § 27b Absatz 3 SGB V zu den im Besonderen Teil benannten planbaren Eingriffen verstanden.
- (2) ¹Die Erbringung einer Zweitmeinung umfasst neben der eigenständigen Bewertung und Beratung des Versicherten ärztliche Untersuchungsleistungen, sofern sie zur Befunderhebung und Überprüfung der Indikationsstellung zu dem vorgesehenen Eingriff medizinisch erforderlich sind. ²Im Rahmen der Indikationsstellung bereits

erhobene Befunde sind zu berücksichtigen, soweit sie von der Patientin oder dem Patienten dem Zweitmeiner zur Verfügung gestellt wurden.

- (3) Die Zweitmeinung ist gemäß § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 13 SGB V Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung.

§ 4 Bestimmung der Eingriffe mit Anspruch auf eine Zweitmeinung

- (1) Zweitmeinungen nach den Vorgaben dieser Richtlinie können von den Patientinnen und Patienten zu den im Besonderen Teil bestimmten planbaren Eingriffen eingeholt werden.
- (2) Für diese gemäß Absatz 1 festgelegten Eingriffe können gesonderte, über die im Allgemeinen Teil genannten Anforderungen hinausgehende Anforderungen an die Abgabe der Zweitmeinung und an die Erbringer einer Zweitmeinung im Besonderen Teil der Richtlinie festgelegt werden.
- (3) Sofern eine Krankenkasse in ihrer Satzung oder aufgrund von Verträgen nach § 140a SGB V zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung vorsieht und diese zusätzlichen Leistungen die in dieser Richtlinie im Besonderen Teil bestimmten Eingriffe betreffen, müssen sie die Anforderungen dieser Richtlinie erfüllen.

§ 5 Entstehung des Sachleistungsanspruchs

- (1) Der Anspruch auf Einholung einer Zweitmeinung nach dieser Richtlinie entsteht für eine Patientin oder einen Patienten mit der Indikationsstellung einer Ärztin oder eines Arztes zu einem im Besonderen Teil dieser Richtlinie genannten planbaren Eingriff.
- (2) Eine Indikation im Sinne des Absatzes 1 gilt als gestellt, wenn eine Ärztin oder ein Arzt einen planbaren Eingriff aus dem Besonderen Teil der Richtlinie der Patientin oder dem Patienten gegenüber empfohlen hat.

§ 6 Aufgaben der indikationsstellenden Ärztin/des indikationsstellenden Arztes

- (1) ¹Die indikationsstellende Ärztin oder der indikationsstellende Arzt muss die Patientin oder den Patienten über das Recht, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einholen zu können, aufklären. ²Die Aufklärung muss mündlich und verständlich erfolgen. ³Die Aufklärung über das Recht zur Einholung einer Zweitmeinung hat in der Regel mindestens 10 Tage vor dem geplanten Eingriff zu erfolgen, in jedem Fall aber so rechtzeitig, dass die Patientin oder der Patient die Entscheidung über die Einholung einer Zweitmeinung wohlüberlegt treffen kann.
- (2) ¹Die Ärztin oder der Arzt hat die Patientin oder den Patienten auf die Informationsangebote über geeignete Zweitmeiner nach § 9 hinzuweisen. ²Die Patientin oder der Patient ist darüber zu informieren, dass die Zweitmeinung nicht bei einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Einrichtung durchgeführt werden kann, durch den oder durch die der Eingriff durchgeführt werden soll.
- (3) ¹Von der Ärztin oder dem Arzt gemäß Absatz 1 ist auf das durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) veröffentlichte Patientenmerkblatt über das Zweitmeinungsverfahren gemäß dieser Richtlinie, auf die durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen im Auftrag des G-BA entwickelte eingriffsspezifische Entscheidungshilfe sowie gegebenenfalls weitere evidenzbasierte Informationen zu den im Besonderen Teil benannten Eingriffen hinzuweisen, auf die

im Patientenmerkblatt verwiesen wird. ²Der Patientin oder dem Patienten soll das Patientenmerkblatt auch in Textform zur Verfügung gestellt werden.

- (4) ¹Die Patientin oder der Patient ist auf ihr oder sein Recht zur Überlassung von Abschriften von Befundunterlagen aus der Patientenakte gemäß § 630g Absatz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs, die für die Einholung der Zweitmeinung erforderlich sind, hinzuweisen. ²Der Patientin oder dem Patienten sind auf Wunsch die Befundunterlagen nach Satz 1 auszuhändigen. ³Die Kosten, die der indikationsstellenden Ärztin oder dem indikationsstellenden Arzt durch die Zusammenstellung und Überlassung von Befundunterlagen für die Zweitmeinung entstehen, trägt die Krankenkasse.

§ 7 Anforderungen an die Zweitmeiner

- (1) ¹Zur Erbringung einer Zweitmeinung nach dieser Richtlinie sind die in § 27b Absatz 3 SGB V genannten Ärzte und Einrichtungen berechtigt. ²Entsprechend Satz 1 sind
1. zur Leistungserbringung zugelassene oder ermächtigte Ärztinnen und Ärzte,
 2. nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte, die nur zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder
 3. an ermächtigten Einrichtungen, zugelassenen medizinischen Versorgungszentren oder zugelassenen Krankenhäusern tätige Ärztinnen und Ärzte

berechtigt, wenn für sie die besondere Qualifikation gemäß der Absätze 2 bis 4 gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung durch geeignete Bescheinigungen nachgewiesen wurde, ihrer Tätigkeit kein Hinderungsgrund nach Absatz 5 entgegensteht, und sie daraufhin eine von der Kassenärztlichen Vereinigung erteilte Genehmigung zur Durchführung der Abrechnung von Zweitmeinungsleistungen erhalten haben. ³Ärzte, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und die die Voraussetzungen nach Satz 2 erfüllen, werden mit Erhalt der Genehmigung zur Durchführung der Abrechnung für Zweitmeinungsleistungen für die Dauer der Teilnahme am Zweitmeinungsverfahren nach § 31 Absatz 2 Ärzte-Zulassungsverordnung i.V.m. § 5 Absatz 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte ermächtigt.

- (2) ¹Die Anforderungen an die besondere Qualifikation erfordern gemäß § 27b Absatz 2 Satz 3 Nummer 1 SGB V eine langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem Fachgebiet, das für den jeweiligen im Besonderen Teil dieser Richtlinie aufgeführten Eingriff maßgeblich ist. ²Diese Anforderung setzt voraus,
- a. die Anerkennung einer Facharztbezeichnung in dem für den jeweiligen Eingriff im Besonderen Teil dieser Richtlinie festgelegten Gebiet und
 - b. eine mindestens fünfjährige ganztägige Tätigkeit, vom Umfang her entsprechende Teilzeittätigkeit oder in Kombination aus ganztägiger Tätigkeit und Teilzeittätigkeit in einem Bereich der unmittelbaren Patientenversorgung in dem für den jeweiligen Eingriff im Besonderen Teil dieser Richtlinie genannten Gebiet nach Anerkennung der maßgeblichen Facharztbezeichnung.
- (3) ¹Die Anforderungen an die besondere Qualifikation setzen gemäß § 27b Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 SGB V zudem Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschließlich Therapiealternativen voraus, die für den im Besonderen Teil dieser Richtlinie aufgeführten planbaren Eingriffe maßgeblich sind. ²Diese Voraussetzung ist erfüllt, wenn
- a. die jeweils geltende Fortbildungsverpflichtung nach § 95d oder § 136b Absatz 1 Nummer 1 SGB V erfüllt oder im Falle des § 27 Absatz 3 Nummer 5 SGB V eine

entsprechende von der zuständigen Landesärztekammer anerkannten Zahl an Fortbildungspunkten erworben wurde, und eine der nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

- b. eine durch die zuständige Landesärztekammer erteilte Befugnis zur Weiterbildung erteilt wurde, oder
 - c. eine akademische Lehrbefugnis verliehen wurde.
- (4) Die Berechtigung zur Erbringung der Zweitmeinung setzt die Erfüllung weiterer eingriffsspezifischer Qualifikationsanforderungen voraus, wenn diese im Besonderen Teil der Richtlinie bestimmt wurden.
- (5) Antragsteller nach Absatz 1 erhalten keine Genehmigung zur Abrechnung, wenn deren Tätigkeit mit dem Gebot der Unabhängigkeit gemäß § 27b Absatz 1 Satz 2 SGB V unvereinbar ist.
- (6) Antragsteller nach Absatz 1 sind verpflichtet, im Rahmen des Nachweisverfahrens nach Absatz 1 zum jeweiligen Eingriff verbindlich zu erklären, ob finanzielle Beziehungen, die aus Anstellungs- oder Beratungsverhältnissen, dem Erhalt von Honoraren, Drittmitteln oder sonstiger Unterstützung, dem Besitz von Aktien oder Geschäftsanteilen jeweils in Bezug auf Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband solcher Hersteller vorliegen oder nicht vorliegen.

§ 8 Aufgaben der Zweitmeiner

- (1) ¹Der Zweitmeiner soll die Patientin oder den Patienten in Bezug auf den empfohlenen Eingriff nach § 5 Absatz 2 und mögliche Therapie- oder Handlungsalternativen so informieren und beraten, dass eine informierte Entscheidung der Patientin oder des Patienten in Bezug auf die Notwendigkeit der Durchführung des empfohlenen Eingriffs ermöglicht wird. ²Dabei sollen mögliche Therapiealternativen unter Berücksichtigung der Anamnese und des Krankheitsverlaufs einbezogen werden, gestützt auf die Vorbefunde sowie die Präferenzen der Patientin oder des Patienten.
- (2) Der Zweitmeiner soll auf Nachfrage der Patientin oder des Patienten zu Beginn des Beratungsgesprächs Auskunft in Bezug auf bei ihr oder ihm möglicherweise bestehende Interessenkonflikte oder finanzielle Beziehungen gemäß § 7 Absatz 6 geben.
- (3) Ärztinnen und Ärzte weiterer medizinischer Fachgebiete oder Angehörige von nichtärztlichen Gesundheitsfachberufen können in den Prozess der Zweitmeinungserbringung einbezogen werden, soweit dies in den eingriffsspezifischen Regelungen im Besonderen Teil der Richtlinie vorgesehen ist.
- (4) ¹Die Zweitmeinung soll im Rahmen eines persönlichen Gesprächs zwischen dem Zweitmeiner und der Patientin oder dem Patienten abgegeben werden. ²Soweit im Besonderen Teil der Richtlinie eine entsprechende Regelung getroffen ist, können unter Einhaltung berufsrechtlicher und vertragsärztlicher Vorgaben telemedizinische Möglichkeiten genutzt werden.
- (5) ¹Der Zweitmeiner bezieht gemäß § 27b Absatz 5 Satz 5 SGB V Vorbefunde, die ihm aus der Patientenakte zur Verfügung gestellt wurden, in die Beratung mit ein. ²Falls von dem Zweitmeiner relevante Untersuchungen als fehlend oder nicht verwendbar betrachtet oder weiterführende Untersuchungen als notwendig festgestellt werden, ist die Patientin oder der Patient darüber zu informieren. ³Der Zweitmeiner informiert die indikationsstellende Ärztin oder den indikationsstellenden Arzt darüber, sofern die Patientin oder der Patient dem zugestimmt hat.
- (6) Eine Zweitmeinung gilt als abgegeben, wenn die Beurteilung und Beratung im Sinne von §§ 3 und 8 erfolgt sind und in diesem Rahmen die Indikation zum empfohlenen

Eingriff im Sinne von § 5 Absatz 2 bestätigt oder nicht bestätigt wurde und die weiteren Handlungsoptionen der Patientin oder dem Patienten erläutert wurden.

- (7) ¹Auf Wunsch der Patientin oder des Patienten wird das Ergebnis der Zweitmeinung der indikationsstellenden Ärztin oder dem indikationsstellenden Arzt mitgeteilt. ²Auf Wunsch der Patientin oder des Patienten wird das Ergebnis der Zweitmeinung in einem ärztlichen Bericht zusammenfassend dargestellt und der Patientin oder dem Patienten ausgehändigt. ³Die Darstellung soll auf die eingriffsspezifische Entscheidungshilfe und gegebenenfalls weitere evidenzbasierte Informationen nach § 6 Absatz 3 Bezug nehmen.

§ 9 Information über zweitmeinungsgebende Ärztinnen oder Ärzte

- (1) ¹Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften informieren inhaltlich abgestimmt über die für das Zweitmeinungsverfahren gemäß dieser Richtlinie zur Verfügung stehenden Zweitmeiner. ²Die Informationen werden frei zugänglich auf regional oder überregional betriebenen Informationsplattformen zur Verfügung gestellt. ³Falls die Informationen über die Zweitmeiner ausschließlich auf überregionalen Informationsplattformen angeboten werden, müssen auf den landesbezogenen Informationsportalen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landeskrankenhausgesellschaften eindeutige Hinweise mit einer Verlinkung auf die überregionalen Angebote vorgehalten werden.

- (2) ¹Die Informationen über Zweitmeiner müssen mindestens folgende Informationen enthalten:
- a. Arztname und Kontaktdaten,
 - b. Fachgebietsbezeichnung,
 - c. das die Ärztin oder den Arzt betreffende Zweitmeinungsthema oder die Themen.

²Die Informationen sind so aufzubereiten, dass Zweitmeiner von Patientinnen und Patienten mindestens nach Namen, Fachgebieten, Eingriffe, Orten sowie Bundesländern oder KV-Bereichen gesucht werden können. ³Auch eine Kombinationssuche dieser Informationen soll ermöglicht werden.

- (3) Sofern die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft weitere Vorgaben für die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften in Bezug auf technische Anforderungen an die zu erstellende Liste und die durchzuführenden Prozesse zum Datenaustausch und zur Datenaktualisierung festgesetzt haben, ist der G-BA über die getroffene Vereinbarung zu informieren.

§ 10 Berichterstattung und Evaluation

- (1) ¹Die gemäß § 135b Absatz 1 Satz 2 SGB V von den Kassenärztlichen Vereinigungen erhobenen und an die Kassenärztliche Bundesvereinigung weitergeleiteten Angaben zur Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren werden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zusammengeführt. ²Ein auf dieser Grundlage erstellter Bericht wird dem G-BA bis zum 30. September des dem Berichtsjahr folgenden Jahres zur Verfügung gestellt. ³Der Bericht enthält je Eingriff des Besonderen Teils der Richtlinie folgende aggregierte Angaben:

- a. Anzahl Anträge auf Zweitmeinungserbringung gemäß § 7 Absatz 1,
- b. davon erteilte Genehmigungen zur Durchführung einer Abrechnung und Ablehnungen,
- c. Gründe für Ablehnungen differenziert gemäß § 7 Absatz 2 bis 5,

- d. Anzahl Beendigungen,
 - e. Anzahl vorliegender Genehmigungen zur Durchführung einer Abrechnung zum 31. Dezember des Berichtsjahres.
- (2) ¹Die Zweitmeinungs-Richtlinie wird evaluiert. ²Eine Evaluation soll nicht später als zwei Jahre nach dem Inkrafttreten dieser Richtlinie beauftragt werden. ³Deren Ergebnisse sollen spätestens zwei Jahre nach Beauftragung vorliegen.
- (3) Die Evaluation soll sich auf die Inanspruchnahmerate von Zweitmeinungen durch Patientinnen und Patienten, eine mögliche Veränderungsrate bei den im Besonderen Teil der Richtlinie aufgeführten Eingriffen, den Nutzen für die informierte Entscheidungsfindung sowie die Erreichung der im Allgemeinen Teil benannten allgemeinen Ziele und der im Besonderen Teil gegebenenfalls benannten speziellen Ziele beziehen.
- (4) Der konkrete Auftrag zur Evaluation wird gesondert durch den G-BA erteilt und soll sich auf das vom G-BA beschlossene Evaluations-Rahmenkonzept stützen.

§ 11 Übergangsregelungen

Auf die in § 6 Absatz 3 und in § 8 Absatz 7 benannten, durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen entwickelten, eingriffsspezifischen Entscheidungshilfen ist erst dann hinzuweisen, wenn diese durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen im Auftrag des G-BA erstellt wurden.

Besonderer Teil

In diesem Teil werden für die aufgeführten planbaren Eingriffe nach § 5 Absatz 1 des Allgemeinen Teils der Richtlinie jeweils konkrete Bestimmungen getroffen.

Eingriff 1: Mandeloperationen (Tonsillektomie, Tonsillotomie)

§ 1 Definition des geplanten Eingriffs

- (1) Der Eingriff an den Gaumen- oder Rachenmandeln (Tonsillektomie auch mit zusätzlicher Adenotomie) umfasst entweder eine vollständige Resektion („Tonsillektomie“) oder eine Teilentfernung („Tonsillotomie“).
- (2) Gegenstand des Zweitmeinungsverfahrens ist die Indikationsstellung zur Tonsillektomie/Tonsillotomie bei allen nicht malignen Erkrankungen der Tonsillen.

§ 2 Eingriffsspezifische Anforderungen an den Zweitmeiner

Zur Erbringung der Zweitmeinung für den Eingriff sind Fachärztinnen oder Fachärzte folgender Fachrichtungen berechtigt:

1. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
2. Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin können gemäß § 8 Absatz 3 im Allgemeinen Teil der Richtlinie in den Prozess der Zweitmeinungserbringung mit einbezogen werden.

Eingriff 2: Gebärmutterentfernungen (Hysterektomien)

§ 1 Definition des geplanten Eingriffs

- (1) Der Eingriff umfasst Uterusexstirpationen, die als totale oder subtotale Hysterektomie durchgeführt werden.
- (2) Gegenstand des Zweitmeinungsverfahrens ist die Indikationsstellung der Hysterektomie bei allen nicht malignen Erkrankungen des Uterus.

§ 2 Eingriffsspezifische Anforderungen an den Zweitmeiner

Zur Erbringung der Zweitmeinung für den Eingriff sind Fachärztinnen oder Fachärzte folgender Fachrichtungen berechtigt:

Frauenheilkunde und Geburtshilfe.



Patientenmerkblatt

Zweitmeinungsverfahren bei geplanten Eingriffen



Zweitmeinungsverfahren gemäß § 27b SGB V bei geplanten Eingriffen – Was ist das?

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt hat Ihnen einen bestimmten Eingriff empfohlen und Sie über Ihren Anspruch auf eine sogenannte ärztliche Zweitmeinung informiert.

Falls Sie nach der Empfehlung des Eingriffs noch offene oder neu entstandene Fragen haben, bietet Ihnen eine „zweite Meinung“ die Möglichkeit, diese Fragen mit einer Ärztin oder einem Arzt mit besonderen Fachkenntnissen und Erfahrungen zu besprechen. Sie können sich dabei über die Notwendigkeit der Durchführung des Eingriffs oder alternative Behandlungsmöglichkeiten beraten lassen.

Da es sich in Ihrem Fall um einen geplanten Eingriff und nicht um einen Notfall handelt, haben Sie auch die Zeit, sich Ihre Entscheidung gut und in Ruhe zu überlegen.

Die Details des Zweitmeinungsverfahrens hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auf gesetzlicher Grundlage (§ 27b SGB V) geregelt, etwa

- für welche Eingriffe diese Bestimmungen gelten,
- über welche Qualifikation zweitmeinungsgebende Ärztinnen und Ärzte („Zweitmeiner“) verfügen müssen, und
- wie sichergestellt werden kann, dass die Zweitmeiner Sie neutral beraten und Sie auch über ggf. bestehende eigene Interessenkonflikte aufklären.

Die Regelungen des G-BA (www.g-ba.de/richtlinien/107) gelten unabhängig davon, bei welcher gesetzlichen Krankenkasse Sie versichert sind.



Muss ich eine ärztliche Zweitmeinung einholen?

Nein. Es handelt sich um ein freiwilliges Angebot, das Sie in Anspruch nehmen können, aber nicht müssen. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt ist jedoch gesetzlich verpflichtet, Sie auf die Möglichkeit einer Zweitmeinung hinzuweisen.



Warum wird mir eine Zweitmeinung angeboten?

In vielen Situationen sind in der Medizin verschiedene Vorgehensweisen denkbar. So kann es durchaus sein, dass es genauso sinnvoll ist abzuwarten, wie unmittelbar einen operativen Eingriff durchzuführen. Damit Sie für sich eine gut begründete Entscheidung treffen können, können Sie eine unabhängige ärztliche Meinung zu dem empfohlenen Eingriff einholen. Mit dem Zweitmeiner können Sie die Notwendigkeit des empfohlenen Eingriffs besprechen und so etwaige Fragen oder Zweifel klären oder sich über alternative Behandlungsmöglichkeiten beraten lassen, mit denen eine Operation eventuell vermieden werden kann. Die Entscheidung, ob überhaupt ein Eingriff durchgeführt wird oder nicht, bleibt aber immer Ihre Entscheidung.



> Welche Informationen benötigt der „Zweitmeiner“ von mir?

Der Zweitmeiner kann Sie dann am besten beraten, wenn er medizinisch nachvollziehen kann, warum Ihnen der Eingriff empfohlen wurde. Dazu werden idealerweise alle bereits erhobenen Befunde, Untersuchungsergebnisse und Angaben zu eventuell schon erfolgten Behandlungen benötigt. Diese Befunde sind die Grundlage für die Empfehlung der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes zum Eingriff gewesen. Bitte bringen Sie daher zum Termin beim Zweitmeiner möglichst alle Befunde und Ergebnisse der bei Ihnen bereits durchgeführten Untersuchungen mit.

Bitten Sie dafür Ihre behandelnde Ärztin oder Ihren behandelnden Arzt, Ihnen die genannten Unterlagen auszuhändigen. Kosten entstehen Ihnen hierfür nicht. Indem Sie die schon vorhandenen Unterlagen zum Zweitmeinungsgespräch mitbringen, helfen Sie unnötige Wiederholungen von Untersuchungen (z.B. Röntgenuntersuchungen) wie auch Zeitverzögerungen zu vermeiden. Sie können Ihre behandelnde Ärztin oder Ihren behandelnden Arzt auch bitten, diese Befunde und Unterlagen direkt an den von Ihnen gewählten Zweitmeiner zu übersenden.

Falls Sie sich unsicher sind, ob Sie die Zweitmeinung überhaupt in Anspruch nehmen wollen, ist dies kein Problem. Sie können Ihre Unterlagen auch erst dann, wenn Sie sich für die Einholung einer Zweitmeinung entschieden haben, abholen oder direkt an den Zweitmeiner weiterleiten lassen.

> Werde ich für die Zweitmeinung nochmals untersucht?

In der Regel sollten weitere Untersuchungen nicht notwendig sein. Die Einschätzung des Zweitmeiners stützt sich vor allem auf die vorliegenden Befunde und das persönliche Gespräch mit Ihnen. Falls er es für erforderlich erachtet, kann er auch weitere Untersuchungen durchführen. Ziel ist es, dass der Zweitmeiner unabhängig von Ihrer behandelnden Ärztin oder Ihrem behandelnden Arzt die medizinische Notwendigkeit des empfohlenen Eingriffs prüft und Ihnen seine Einschätzung erläutert.

> Was passiert mit der Zweitmeinung?

Der Zweitmeiner wird Ihnen seine Einschätzung mitteilen. Es kann sein, dass er die ursprüngliche Empfehlung zum Eingriff teilt, er Ihnen eine andere Behandlung empfiehlt oder er von Maßnahmen abrät. Wenn Sie es wünschen, teilt der Zweitmeiner seine Einschätzung Ihrer behandelnden Ärztin oder Ihrem behandelnden Arzt mit.

Wenn Sie dies wünschen, erhalten Sie auch eine schriftliche Zusammenfassung der Zweitmeinung.

Weitere Informationen zu zweitmeinungsgebenden Ärztinnen und Ärzten

> Wie finde ich eine zweitmeinungsgebende Ärztin oder einen zweitmeinungsgebenden Arzt?

Unter folgender Internetadresse finden Sie Informationen zu allen Ärztinnen und Ärzten, die aufgrund ihrer besonderen Qualifikation und Unabhängigkeit eine Zweitmeinung für den jeweiligen Eingriff abgeben dürfen:

- www.116117.de/zweitmeinung

Von welcher Ärztin oder welchem Arzt Sie die Zweitmeinung einholen möchten, können Sie frei wählen.

Wenn Sie Unterstützung bei der Suche nach einem Zweitmeiner wünschen, können Sie sich auch an Ihre Krankenkasse wenden.



Weitere Informationsangebote



Wo finde ich Informationen, die mich bei der Entscheidungsfindung zusätzlich unterstützen könnten?

Wissenschaftlich fundierte und unabhängige Gesundheitsinformationen finden Sie im Internet zum Beispiel hier:

- www.gesundheitsinformation.de/zweitmeinung

Dort finden Sie u. a. auch spezielle weiterführende Informationen zu den Zweitmeinungsthemen. Zusätzlich ist dort auch eine generelle Entscheidungshilfe zum Ausfüllen verfügbar, die Ihnen helfen kann, für Sie noch wichtige offene Punkte herauszufinden, damit Sie besser wissen, was Sie in der Beratung beim Zweitmeiner noch an Informationen brauchen, um zu einer Entscheidung kommen zu können.

Stand:
Dezember 2018

Herausgeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

E-Mail:
info@g-ba.de

Internet:
www.g-ba.de



ENTSCHEIDUNGSHILFE

Mandelentzündung bei Kindern:

Sollen die Gaumenmandeln operiert werden?

Ihr Kind hat mehrmals im Jahr Mandelentzündungen. Eine Mandelentzündung kann zu Halsschmerzen, Fieber und Schluckbeschwerden führen. Komplikationen wie Mittelohrentzündungen oder sich ausbreitende Entzündungen sind sehr selten. Die Beschwerden können aber belastend sein und Ihr Kind ist häufig krank.

Vielleicht hat Ihre Ärztin oder Ihr Arzt empfohlen, die Mandeln Ihres Kindes operieren zu lassen, um häufigen Entzündungen vorzubeugen. Auf einen solchen Eingriff kann aber oft verzichtet werden.

Diese Entscheidungshilfe soll Sie dabei unterstützen, sich gemeinsam mit Ärztinnen und Ärzten für eine geeignete Behandlung zu entscheiden.

ES GIBT FOLGENDE MÖGLICHKEITEN:

- Abwarten, ob es mit der Zeit seltener zu Mandelentzündungen kommt
- Vollständige Entfernung der Gaumenmandeln (Tonsillektomie)
- Teilweise Entfernung der Gaumenmandeln (Tonsillotomie)

PERSÖNLICHE ENTSCHEIDUNG

Diese kurze Entscheidungshilfe enthält wahrscheinlich nicht alle Informationen, die für Sie wichtig sind. Sie kann ein Arztgespräch nicht ersetzen, soll es aber unterstützen. Die Behandlungsentscheidung hängt unter anderem davon ab,

- wie stark die Beschwerden Ihres Kindes sind,
- wie oft es Mandelentzündungen hat,
- wie die Erfolgsaussichten des Eingriffs sind und
- ob Ihr Kind weitere Erkrankungen hat.

Eine Rolle spielt auch, welche Operationstechnik infrage kommt und ob der Eingriff ambulant oder im Krankenhaus durchgeführt werden soll.

WICHTIG: Lassen Sie sich bei Ihrer Entscheidung nicht unter Druck setzen! Nehmen Sie sich die Zeit, sich in Ruhe zu informieren und zu entscheiden.

VOR- UND NACHTEILE DER BEHANDLUNGEN

	Abwarten	Tonsillektomie	Tonsillotomie
Wie läuft die Behandlung ab?	Es wird beobachtet, ob mit der Zeit weniger Mandelentzündungen auftreten. Akute Beschwerden können mit Schmerzmitteln und bei bakterieller Ursache mit Antibiotika behandelt werden.	Die Gaumenmandeln werden vollständig entfernt . Vorher bekommt das Kind eine Vollnarkose. Der Eingriff findet in einer Klinik statt.	Die Gaumenmandeln werden teilweise entfernt . Vorher bekommt das Kind eine Vollnarkose. Der Eingriff kann ambulant stattfinden.
Bessern sich die Beschwerden?	Oft verschwinden die Probleme, wenn die Kinder älter werden. Dann kommt es seltener oder gar nicht mehr zu Mandelentzündungen.	Die Mandeln können sich nach dem Eingriff nicht mehr entzünden, es kann aber weiterhin zu Halsentzündungen kommen. Im Jahr nach einer Operation haben Kinder im Durchschnitt einmal weniger Halsschmerzen und sind fünf Tage weniger krank – im Vergleich zu Kindern, bei denen abgewartet wurde.	Wie gut die Tonsillotomie Mandelentzündungen vorbeugt, ist nicht ausreichend untersucht.
Welche Nachteile können auftreten?	Es kann zu wiederholten Entzündungen kommen. Komplikationen entstehen durch das Abwarten aber in der Regel nicht. Schwere Mandelentzündungen und Mittelohrentzündungen sollten jedoch ärztlich abgeklärt werden.	Allgemeine Operationsrisiken. Nach dem Eingriff kann es vorübergehend zu Schmerzen und Schluckstörungen kommen. Diese Nebenwirkungen sind deutlich stärker als bei der Tonsillotomie. Bei 5 von 100 Kindern kommt es zu einer Nachblutung, die eventuell operiert werden muss.	Allgemeine Operationsrisiken. Nach dem Eingriff kann es vorübergehend zu Schmerzen und Schluckstörungen kommen. Nachblutungen sind vermutlich seltener als bei der Tonsillektomie.
Für wen kommt die Behandlung infrage?	Für die meisten Kinder mit Mandelentzündungen.	Für Kinder, die jährlich mindestens 3 bis 5 bakterielle Mandelentzündungen haben.	Für Kinder, die jährlich mindestens 3 bis 5 bakterielle Mandelentzündungen haben.

HILFE FÜR IHRE ENTSCHEIDUNG

Vielleicht sind Sie noch unsicher, welche Behandlung Sie bevorzugen. Auf den nächsten beiden Seiten können Sie Ihre Überlegungen und offenen Fragen notieren.

Welche Behandlung kommt für mich infrage?		Was spricht für mich dafür?	Was spricht für mich dagegen?
Abwarten / keine Behandlung	<input type="radio"/>		
Tonsillektomie	<input type="radio"/>		
Tonsillotomie	<input type="radio"/>		

Wenn Sie noch unentschieden sind: Was fehlt Ihnen für die Entscheidung?

Angesichts der verschiedenen Vor- und Nachteile kann es schwerfallen, sich für eine Behandlung zu entscheiden. Es ist aber oft möglich, einige Zeit abzuwarten. Wenn die Mandelentzündungen nicht seltener werden und sich die Beschwerden nicht bessern, ist eine Operation immer noch möglich.

Falls Sie weitere Unterstützung brauchen:

- Hinweise auf weitere Informationen finden Sie auf der nächsten Seite.
- Sie können noch einmal mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt sprechen.
- Sie können auch eine zweite ärztliche Meinung einholen. Dazu finden Sie ebenfalls Hinweise auf der nächsten Seite.
- Sie können sich mit Freunden oder Angehörigen austauschen.



ENTSCHEIDUNGSHILFE

Mandelentzündung bei Kindern:

Sollen die Gaumenmandeln operiert werden?

Ausführliche Informationen zu folgenden Themen finden Sie im Internet:

- Mandelentzündung und ihre Behandlungsmöglichkeiten:
www.gesundheitsinformation.de/mandelentzuendung
- Ausführliche Informationen zur ärztlichen Zweitmeinung:
www.gesundheitsinformation.de/zweitmeinung

Hilfe für das Arztgespräch

Welche Fragen sind noch ungeklärt? Was beschäftigt Sie am meisten? Notieren Sie sich Ihre Fragen oder eigenen Überlegungen für das Gespräch und nehmen Sie diese Entscheidungshilfe mit. Alles, was Sie bewegt oder in Sorge versetzt, können Sie bei der Ärztin oder dem Arzt ansprechen.

Hier finden Sie eine Liste von Fragen, aus denen Sie die auswählen können, die Ihnen wichtig sind:

- www.gesundheitsinformation.de/frageliste

Impressum

Diese Entscheidungshilfe hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) erstellt. Informationen über unsere Arbeit und die zugrunde liegenden Quellen finden Sie hier:

- www.gesundheitsinformation.de/wie-wir-arbeiten



ENTSCHEIDUNGSHILFE

Endometriose:

Welche Behandlungsmöglichkeiten habe ich?

Bei Ihnen wurde eine Endometriose festgestellt. Das bedeutet, dass sich Gebärmutter Schleimhaut in der Gebärmutterwand oder außerhalb der Gebärmutter angesiedelt hat. Dies kann zu besonders schmerzhaften Regelblutungen, anderen krampfartigen Unterleibsschmerzen und zur Minderung der Fruchtbarkeit führen. Meist klingen die Beschwerden nach der letzten Regelblutung (Menopause) ab.

Es gibt verschiedene Wege, eine Endometriose zu behandeln. Vielleicht hat Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Ihnen auch eine Operation empfohlen, bei der die Gebärmutter und angrenzende Endometriose-Herde entfernt werden. Die Gebärmutter kann jedoch oft erhalten bleiben.

Diese Entscheidungshilfe soll Sie dabei unterstützen, sich gemeinsam mit Ärztinnen und Ärzten für eine geeignete Behandlung zu entscheiden.

ES GIBT FOLGENDE BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN:

- | | |
|--------------------|--|
| Medikamente | <input type="checkbox"/> Schmerzmittel: NSAR wie Ibuprofen oder Diclofenac
<input type="checkbox"/> Hormone: Antibabypille, GnRH-Analoga oder Gestagene |
| Operation | <input type="checkbox"/> Entfernung der Endometriose-Herde
<input type="checkbox"/> Entfernung der Gebärmutter (Hysterektomie) |

Die Vor- und Nachteile dieser Behandlungen sind auf den folgenden Seiten beschrieben.

Es gibt weitere Behandlungsangebote, für die jedoch nicht nachgewiesen ist, dass sie helfen. Dazu zählen beispielsweise pflanzliche Arzneimittel, Akupunktur oder Entspannungstechniken.

Persönliche Entscheidung

Diese kurze Entscheidungshilfe enthält wahrscheinlich nicht alle Informationen, die für Sie wichtig sind. Sie kann ein Arztgespräch nicht ersetzen, soll es aber unterstützen. Die Behandlungsentscheidung hängt unter anderem davon ab,

- wie belastend die Beschwerden sind,
- wie gut nicht operative Behandlungen helfen,
- wo sich die Endometriose-Herde befinden,
- wie alt Sie sind,
- ob Sie noch Kinder bekommen möchten,
- ob es Ihnen wichtig ist, die Gebärmutter zu behalten, und
- ob Sie weitere Erkrankungen haben.

WICHTIG: Lassen Sie sich bei Ihrer Entscheidung nicht unter Druck setzen! Auch wenn die Beschwerden Sie sehr belasten: Nehmen Sie sich die Zeit, sich in Ruhe zu informieren und zu entscheiden.

VOR- UND NACHTEILE VON MEDIKAMENTEN

	Schmerzmittel (NSAR)	Antibabypille	GnRH-Analoga	Gestagene
Wie läuft die Behandlung ab?	Bei Bedarf können Schmerztabletten eingenommen werden. Nicht zur dauerhaften Behandlung geeignet.	Die Antibabypille wird einmal täglich eingenommen. Entweder mit einer monatlichen Einnahmepause oder durchgehend ohne Pause („Langzyklus“).	Hormonspritzen, die im Abstand von 1 oder 3 Monaten gegeben werden. Nur zur kurzfristigen Behandlung (bis 6 Monate) geeignet.	Längerfristige Behandlung mit Tabletten oder Hormonspirale. Tabletten werden täglich eingenommen. Die Hormonspirale wird in die Gebärmutter eingesetzt und kann 3 bis 5 Jahre dort bleiben.
Bessern sich die Beschwerden?	Können starke Regelschmerzen lindern, helfen bei Endometriose-Beschwerden aber oft nur sehr begrenzt.	Kann Endometriose-Beschwerden lindern. Bei durchgehender Einnahme kann die Regelblutung bis zum Absetzen der Pille ganz ausbleiben.	Endometriose-Beschwerden können abnehmen.	Endometriose-Beschwerden können abnehmen.
Welche Nebenwirkungen können auftreten?	Magenbeschwerden, Übelkeit.	Wassereinlagerungen, Kopfschmerzen, Spannungsgefühle in der Brust. Erhöht das Thromboserisiko.	Hitzewallungen, Schweißausbrüche oder Scheidenentzündungen. Haben häufiger Nebenwirkungen als die anderen Medikamente.	<u>Tabletten</u> : Zwischenblutungen, Gewichtszunahme, Stimmungsschwankungen. <u>Hormonspirale</u> : Akne, Zwischenblutungen, Stimmungsschwankungen und Spannungsgefühle in der Brust.
Für wen kommt die Behandlung infrage?	Für die meisten Frauen.	Für Frauen ohne aktuellen Kinderwunsch.	Für Frauen ohne aktuellen Kinderwunsch.	Für Frauen ohne aktuellen Kinderwunsch.

VOR- UND NACHTEILE DER OPERATIONSVERFAHREN

	Entfernung der Endometriose-Herde	Gebärmutterentfernung
Was passiert bei der Operation?	Die Endometriose-Herde werden bei einer Bauchspiegelung entfernt. Dazu werden kleine Schnitte in der Bauchdecke gemacht. Die Gebärmutter bleibt erhalten.	Die Gebärmutter wird bei einer Operation vollständig entfernt; falls sie befallen sind, vielleicht auch die Eierstöcke (einer oder beide). Es kann durch die Scheide oder die Bauchdecke operiert werden.
Bessern sich die Beschwerden?	Der Eingriff kann Schmerzen bei leichter bis mittelschwerer Endometriose lindern. Kann zudem die Chance erhöhen, schwanger zu werden. Bei etwa 20 von 100 Frauen bilden sich innerhalb von 5 Jahren erneut Endometriose-Herde.	Die Schmerzen nehmen häufig ab oder verschwinden ganz. Dennoch können Endometriose-Herde nachwachsen.
Welche Nebenwirkungen können auftreten?	Organverletzungen oder andere Komplikationen (bei etwa 1 von 100 Frauen). Allgemeine Operationsrisiken wie Infektionen oder Wundheilungsprobleme.	Organverletzungen oder andere Komplikationen wie Infektionen und schwere Blutungen (bei etwa 5 von 100 Frauen). Allgemeine Operationsrisiken wie Infektionen oder Wundheilungsprobleme. Wenn beide Eierstöcke entfernt werden, kommt die Frau unmittelbar danach in die Wechseljahre.
Kann ich nach der Behandlung noch Kinder bekommen?	Ja.	Nein.
Für wen kommt die Operation infrage?	Für die meisten Frauen mit Endometriose.	Für Frauen, die sich keine Kinder (mehr) wünschen und bei denen Endometriose-Herde in der Gebärmutterwand liegen. Eine Entfernung der Gebärmutter kommt meist nur dann infrage, wenn eine Entfernung der Endometriose-Herde nicht ausreichend helfen kann oder nicht möglich ist.

HILFE FÜR IHRE ENTSCHEIDUNG

Vielleicht sind Sie noch unsicher, welche Behandlung Sie bevorzugen. Auf den nächsten beiden Seiten können Sie Ihre Überlegungen und offenen Fragen notieren.

Welche Behandlung kommt für mich infrage?		Was spricht für mich dafür?	Was spricht für mich dagegen?
Schmerzmittel	<input type="radio"/>		
Antibabypille	<input type="radio"/>		
GnRH-Analoga	<input type="radio"/>		
Gestagene	<input type="radio"/>		
Entfernung der Endometriose-Herde	<input type="radio"/>		
Gebärmutter-entfernung	<input type="radio"/>		
Keine Behandlung	<input type="radio"/>		

Wenn Sie noch unentschieden sind: Was fehlt Ihnen für die Entscheidung?

Angesichts der verschiedenen Vor- und Nachteile kann es schwerfallen, sich für eine Behandlung zu entscheiden. Ein Vorteil von Medikamenten ist, dass sich eine Operation unter Umständen vermeiden lässt. Wenn sie nicht helfen, ist eine Operation immer noch möglich.

Falls Sie weitere Unterstützung brauchen:

- Hinweise auf weitere Informationen finden Sie auf der nächsten Seite.
- Sie können noch einmal mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt sprechen.
- Sie können auch eine zweite ärztliche Meinung einholen. Dazu finden Sie ebenfalls Hinweise auf der nächsten Seite.
- Sie können sich mit Freundinnen oder Angehörigen austauschen.
- Sie können sich an eine Patientenberatungsstelle oder Selbsthilfegruppe wenden.



ENTSCHEIDUNGSHILFE

Endometriose:

Welche Behandlungsmöglichkeiten habe ich?

Impressum

Diese Entscheidungshilfe hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) erstellt. Informationen über unsere Arbeit und die zugrunde liegenden Quellen finden Sie hier:

- www.gesundheitsinformation.de/wie-wir-arbeiten

Stand 10/2018

Quantitative Patientenbefragung: Retrospektive Patientenbefragung Unterschiede der Fragebogen bzgl. der Indikationen

Innerhalb des Fragebogens zu Hysterektomie, TT/TE für Erwachsene und TT/TE für Erziehungsberechtigte gab es keine inhaltlichen Unterschiede in Fragestellungen und Antwortmöglichkeiten. Um unterscheiden zu können, welche Gruppe angeschrieben wurde, und um die daraus resultierende Rücklaufquote ermitteln zu können, lag in den Fragebögen eine Kennzeichnung der jeweiligen Gruppe vor. Daraus ließen sich ggf. auch Unterschiede zwischen dem zugeordneten Fragebogen und der Angabe des/der Patient*in identifizieren.

Im Folgenden sollen die Unterschiede der Fragebögen erläutert werden:

Die Antwortmöglichkeiten könnten je nach Indikation und Zielgruppe inhaltlich variieren. Folgende Fragen wurden auf die jeweilige Indikation und Zielgruppe angepasst:

- Ursache der Beschwerden, die zur Empfehlung des jeweiligen Eingriffs geführt hat (Frage 1)

Antwortmöglichkeiten HE	Antwortmöglichkeiten TT/TE
<input type="radio"/> Myome <input type="radio"/> Endometriose <input type="radio"/> Bösartige Tumore (Krebs) <input type="radio"/> Gebärmuttersenkung <input type="radio"/> Starke Regelblutung <input type="radio"/> Andere: _____ <input type="radio"/> Ich weiß nicht	<input type="radio"/> Chronische Mandelentzündung (Tonsillitis) <input type="radio"/> Vergrößerung der Gaumenmandeln (Hyperplasie der Gaumenmandeln) <input type="radio"/> Bösartiger Tumor (Krebs) <input type="radio"/> Abszess <input type="radio"/> Andere: _____ <input type="radio"/> Ich weiß nicht

- Informationsmaterialien / Entscheidungshilfen (Frage 8)

Antwortmöglichkeiten HE	Antwortmöglichkeiten TT/TE
<p>○ Ja, schriftliches Informationsmaterial des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Patientenmerkblatt zur Zweitmeinung ○ Entscheidungshilfe zur Gebärmutterentfernung <ul style="list-style-type: none"> ○ Myome ○ Endometriose ○ Starke Regelblutung ○ Scheidensenkung und Gebärmuttersenkung <p>○ Ja, online Informationsmaterial des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Patientenmerkblatt zur Zweitmeinung ○ Entscheidungshilfe zur Gebärmutterentfernung <ul style="list-style-type: none"> ○ Myomen ○ Endometriose ○ Starke Regelblutung 	<p>○ Ja, schriftliches Informationsmaterial des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Patientenmerkblatt zur Zweitmeinung ○ Entscheidungshilfe zur (Teil-) Entfernung der Mandeln <ul style="list-style-type: none"> ○ Mandelentzündung bei Erwachsenen ○ Mandelentzündung bei Kindern ○ Vergrößerte Gaumenmandeln <p>○ Ja, online Informationsmaterial des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Patientenmerkblatt zur Zweitmeinung ○ Entscheidungshilfe zur (Teil-) Entfernung der Mandeln <ul style="list-style-type: none"> ○ Mandelentzündung bei Erwachsenen ○ Mandelentzündung bei Kindern ○ Vergrößerte Gaumenmandeln <p>○ Befundunterlagen</p>

<input type="radio"/> Scheidensenkung und Gebärmuttersenkung <input type="radio"/> Befundunterlagen <input type="radio"/> Andere: _____ <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ich kann mich nicht erinnern.	<input type="radio"/> Andere: _____ <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ich kann mich nicht erinnern.
--	--

In den Fragebögen Erwachsene vs. Erziehungsberechtigte unterscheiden sich folgende Fragen in ihren Antwortmöglichkeiten (fett markiert):

- Warum haben Sie keine zweite Meinung eingeholt?

Antwortmöglichkeiten Erwachsene	Antwortmöglichkeiten Erziehungsberechtigte
<input type="radio"/> Ich war sicher mit meiner Entscheidung. <input type="radio"/> Ich wusste nichts von der Möglichkeit, eine zweite Meinung einzuholen. <input type="radio"/> Ich habe meinem behandelnden Arzt vertraut. <input type="radio"/> Ich hatte keine Zeit mich darum zu kümmern. <input type="radio"/> Mein Leidensdruck war groß. <input type="radio"/> Ich hätte lange auf einen Termin warten müssen. Bei Erziehungsberechtigte TT/TE: Mein Kind hätte lange auf einen Termin warten müssen. <input type="radio"/> Sonstiges:	<input type="radio"/> Ich war sicher mit meiner Entscheidung. <input type="radio"/> Ich wusste nichts von der Möglichkeit, eine zweite Meinung einzuholen. <input type="radio"/> Ich habe meinem behandelnden Arzt vertraut. <input type="radio"/> Ich hatte keine Zeit mich darum zu kümmern. <input type="radio"/> Der Leidensdruck meines Kindes war groß. <input type="radio"/> Ich hätte lange auf einen Termin warten müssen. Bei Erziehungsberechtigte TT/TE: Mein Kind hätte lange auf einen Termin warten müssen. <input type="radio"/> Sonstiges:

- Warum bestand der Wunsch nach einer zweiten Meinung?

Antwortmöglichkeiten Erwachsene	Antwortmöglichkeiten Erziehungsberechtigte
<ul style="list-style-type: none"> ○ Ich habe mich nicht ausreichend von meinem erstbehandelnden Arzt beraten gefühlt. ○ Ich habe dem erstbehandelnden Arzt nicht ausreichend vertraut. ○ Ich war mir unsicher, welche Behandlung die richtige für mich ist. ○ Ich wollte alle Optionen ausschöpfen. ○ Sonstiges: _____ 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ich habe mich nicht ausreichend von meinem erstbehandelnden Arzt beraten gefühlt. ○ Ich habe dem erstbehandelnden Arzt nicht ausreichend vertraut. ○ Ich war mir unsicher, welche Behandlung die richtige für mein Kind ist. ○ Ich wollte alle Optionen ausschöpfen. ○ Sonstiges: _____

Im Fragebogen zu TT/TE für Erziehungsberechtigte wurden die Fragen zum Geschlecht und Alter des Kindes ergänzt.

Prospektive quantitative Patientenbefragung: Unterschiede zu den retrospektiven Fragebögen

Grundlage für die prospektive Patientenbefragung bildeten die bereits bestehenden Fragebögen zu HE und TT/TE. In der Tabelle 1 sind die Unterschiede dargestellt (HE ist der Referenzfragebogen):

Tabelle 1: Fragen des bestehenden Fragebogens und Veränderungen im prospektiven Fragebogen

Fragen / Antwortmöglichkeiten aus bestehenden Fragebögen	Veränderungen im prospektiven Fragebogen	Begründung
Wurde die Entfernung der Gebärmutter durchgeführt?	Werden Sie nach derzeitigem Stand eine Entfernung der Gebärmutter durchführen lassen?	Der/die Patient*in erhält nach der Zweitmeinung den Flyer zur Teilnahme an der prospektiven
Haben Sie nach der Einholung der Zweitmeinung den behandelnden Arzt gewechselt?	Werden Sie den / die behandelnde*n Arzt oder Ärztin wechseln?	Patientenbefragung. Somit kann eine Operation noch nicht stattgefunden haben. Um die potenzielle
Haben Sie nach der zweiten ärztlichen Meinung zur (Teil-) Entfernung der Mandeln eine dritte ärztliche Meinung in Anspruch genommen?	Werden Sie nach derzeitigem Stand eine dritte ärztliche Meinung zur (Teil-) Entfernung der Mandeln in Anspruch nehmen?	Entscheidung des/der befragten Person dennoch zu ermitteln, wurden die Frage zu einer möglichen Operation umformuliert. Auch die Frage nach dem Arztwechsel und die
Was war Ihr höchster Bildungsabschluss zur Zeit Ihrer Operation?	Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	Inanspruchnahme einer Drittmeinung wurde aufgrund des zeitlichen Faktors angepasst. Zudem wurde die Frage nach dem höchsten Bildungsabschluss unabhängig von einer möglichen Operation gestellt.

Folgende Fragen wurden zudem aus dem Fragebogen entfernt:

- Wann wurde die Operation durchgeführt?
- Bei welchem Arzt wurden Sie operiert?

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass bestimmte Fragen umformuliert bzw. auf die Situation einer Teilnahme an der Befragung nach der unmittelbaren Zweitmeinung angepasst wurden. Dabei wurden Fragen, die eine Operation betreffen, verändert oder gestrichen, da nach § 6 Zm-RL eine Mindestzeit von 10 Tagen nach der Zweitmeinung bis zur Operation vergehen muss. Zudem wurde angenommen, dass die Teilnahme an der Befragung zeitnah nach dem Zweitmeinungsgespräch vorgenommen wird.

Der Fragebogen zur prospektiven quantitativen Patientenbefragung wurde mit 4 Proband*innen pilotiert. Im Gegensatz zu den bestehenden Versionen der Fragebögen hatten die Befragten abschließend die Möglichkeit in einem Freitextfeld Gedanken zu der Zweitmeinungsrichtlinie zu äußern. So könnten mögliche interessante Fakten zur Zweitmeinungsrichtlinie aus Sicht der Patient*innen erfasst werden, die durch die festgelegten Fragen eventuell nicht aufgegriffen wurden. Zudem wurde im Gegensatz zu den bestehenden Fragebögen der Ladebalken entfernt, da dieser bei allen Proband*innen der Pilotierung aufgrund des fehlerhaften Beantwortungsfortschritts als störend empfunden wurde. Des Weiteren wurden die Bundesländer als Ankreuzoption vorgegeben, um ungültige Antworten zu reduzieren. In den ursprünglichen Fragebögen hatten die Patient*innen die Möglichkeit das Bundesland in einem Freitextfeld anzugeben.

Anlage zum Beschluss

Dieses Dokument soll die Items mit den Antwortmöglichkeiten der quantitativen Patientenbefragung mit dem dazugehörigen Ziel bzw. der Begründung und soweit relevant mit den Hypothesen/Unterhypothesen der Evaluation darstellen. Der Referenzfragebogen ist hierbei der Fragebogen zu Hysterektomie. Unterschiede zu den Fragebögen TT/TE Erwachsene und Erziehungsberechtigte wurden aufgenommen. Im Papierfragebogen wurde sowohl das männliche als auch weibliche Geschlecht inkludiert. Das folgende Dokument ist zum Großteil im generischen Maskulin verfasst, dabei sind jedoch alle Geschlechter inkludiert.

Thema	Ziel/Begründung	soweit relevant: Hypothesen/Unterhypothesen	Items	Antwortmöglichkeiten	Hinweise/ Sonstiges
			Informationen zu Indikation/ Operation/ Behandlung		
	Erfassung der Informationen zur Häufigkeiten der Ursachen der Beschwerden der Stichprobe; Typologie der Menschen, die eine Zweitmeinung eingeholt haben / keine Zweitmeinung eingeholt haben		1. Was war die Ursache Ihrer Beschwerden, die zur Empfehlung der operativen Entfernung der Gebärmutter geführt hat?	<input type="radio"/> Myome <input type="radio"/> Endometriose <input type="radio"/> Bösartige Tumore (Krebs) <input type="radio"/> Gebärmutterosenkung <input type="radio"/> Starke Regelblutung <input type="radio"/> Andere: _____ <input type="radio"/> Ich weiß nicht	Hinweis zu Antwortmöglichkeit "Bösartiger Tumor": Die Antwortmöglichkeit soll als Kontrollantwort dienen. Die Antwortkategorie wird im Ergebnisteil des Endberichts deskriptiv dargestellt, in diverse Regressionsberechnungen jedoch nicht mit einbezogen, da maligne Erkrankungen nach der Zm-RL ausgeschlossen werden. Antwortmöglichkeiten: inhaltlicher Unterschied bei Fragebogen zu TT/TE
Umgebung der Zm-RL	Erhebung und Darstellung der Behandlungspfade, Checkfrage - falls Indikation vor Dez. 2018 gestellt wurde, muss TN ausgeschlossen werden	H7 Die Versorgung hat sich seit der Einführung der RL verändert. U12: Die Zm-RL führt dazu, dass Eingriffe zeitlich verzögert durchgeführt werden.	2. Wann wurde Ihnen die operative Entfernung der Gebärmutter durch Ihren erstbehandelnden Arzt empfohlen?	Monat: <input type="text"/> /Jahr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	Erhebung und Darstellung der Behandlungspfade, je nach Stichprobe notwendig für Variable "informierte Entscheidungsfindung"		3. Wurde bei Ihnen eine Gebärmutterentfernung durchgeführt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
	Erfassung der Informationen zur Patientjourney	H7 Die Versorgung hat sich seit der Einführung der RL verändert. U12: Die Zm-RL führt dazu, dass Eingriffe zeitlich verzögert durchgeführt werden.	3.1 Falls ja OP: Wann wurde die Operation durchgeführt?	Monat: <input type="text"/> /Jahr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	Erfassung der Informationen zur Patientjourney		3.2 Falls nein: Welche Maßnahmen wurden alternativ zur Gebärmutterentfernung durchgeführt?	Freitextantwort	
			Fragen zu dem Entscheidungsprozess und Informationen über die Operation		
	Erfassung der differenzierten Beurteilung zu einzelnen Aspekten des Gesprächs im Rahmen der Indikationsstellung aus Patientensicht	H1 Die Zm-RL verbessert die informierte Entscheidungsfindung der Patientinnen bei der Indikation der Hysterektomie. H2 Die Zm-RL verbessert die informierte Entscheidungsfindung der/des Patient*in bzw. des Erziehungsberechtigten bei der Indikation Tonsillektomie oder Tonsillotomie. U6: Die Qualität der Information trägt zu einer informierten Entscheidungsfindung bei.	4. Denken Sie bitte zurück an das Gespräch mit Ihrem Arzt, der Ihnen eine Gebärmutterentfernung empfohlen hat. Bitte ordnen Sie jeweils zu: Wie fühlten Sie sich aufgeklärt hinsichtlich... ... Ihrer Erkrankung? ... der Behandlungsmöglichkeiten? ... der Vorteile einer Operation? ... der Risiken und Nebenwirkungen einer Operation?	Sehr gut Gut Mittel <input type="checkbox"/> Schlecht <input type="checkbox"/> Sehr schlecht	
Qualität des Gesprächs im Rahmen der Indikationsstellung	Erfassung des Globalurteils der Qualität aus Patientensicht, Verwendung für Variable "informierte Entscheidungsfindung", s. Kapitel Operationalisierung der informierten Entscheidungsfindung		5. Denken Sie bitte zurück an das Gespräch mit Ihrem Arzt, der Ihnen eine Gebärmutterentfernung empfohlen hat. Bitte kreuzen Sie das für Sie zutreffende an: Die Informationen waren verständlich. Ich fühle mich insgesamt aufgeklärt.	Trifft vollständig zu Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Trifft teilweise zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu	

Anlage zum Beschluss

Erfassung des Informationsbedarfs des Patienten	H1 Die Zm-RL verbessert die informierte Entscheidungsfindung der Patientinnen bei der Indikation der Hysterektomie. H2 Die Zm-RL verbessert die informierte Entscheidungsfindung der/des Patient*in bzw. des Erziehungsberechtigten bei der Indikation Tonsillektomie oder Tonsillotomie. U2: Die Informationsbedarfe der Patient*innen werden im Rahmen der Indikationsstellung erfüllt.	6. Hätten Sie sich zusätzliche Informationen gewünscht?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, folgende... <input type="radio"/> Informationen über die Erkrankung <input type="radio"/> Informationen über die Behandlungsmöglichkeiten <input type="radio"/> Informationen über die Vorteile einer Operation <input type="radio"/> Informationen über die Nachteile einer Operation <input type="radio"/> Andere: _____	Der Begriff „Behandlungsmöglichkeiten“ beschreibt sowohl operative Behandlungsmöglichkeiten als auch konservative Behandlungsmöglichkeiten
---	---	---	---	--

Qualität des Aufklärungssprächs

Erfassung von Informationen über die adäquate Umsetzung der Zm-RL seitens der Ärzt:innen	H4 Die Zm-RL wird vollumfänglich umgesetzt. U1: Patient*innen werden über Recht auf Einholung einer Zweitmeinung im Sinne der Zm-RL aufgeklärt.	7. Meine Ärztin/Mein Arzt... ...hat mich über das Recht auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung aufgeklärt. Falls ja: Erfolgte diese Aufklärung über Zweitmeinung weniger als 10 Tage vor dem geplanten OP-Termin? ...hat mich darauf hingewiesen, dass die Zweitmeinung nicht in der Einrichtung eingeholt werden kann, wo der Eingriff durchgeführt werden soll. ...hat mich darauf hingewiesen, dass die Zweitmeinung nur von Ärzten erbracht werden kann, die eine Genehmigung zur Erteilung einer Zweitmeinung nach Richtlinie haben. ...hat mich darüber informiert, wo ich einen für eine Zweitmeinung geeigneten Arzt finde. ...hat mich auf ein Patientenmerkblatt zum Thema Zweitmeinung aufmerksam gemacht. ...hat mich auf Entscheidungshilfen zur Gebärmutterentfernung aufmerksam gemacht. ...hat mir deutlich gemacht, dass ich Abschriften/Kopien von Befundunterlagen für die Zweitmeinung mitnehmen kann.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich weiß nicht	
--	---	---	---	--

Erfassung von Informationen über die adäquate Umsetzung der Zm-RL seitens der Ärzt:innen sowie Beurteilung der Hilfestellung für die Patient*innen	H1 Die Zm-RL verbessert die informierte Entscheidungsfindung der Patientinnen bei der Indikation der Hysterektomie. H2 Die Zm-RL verbessert die informierte Entscheidungsfindung der/des Patient*in bzw. des Erziehungsberechtigten bei der Indikation Tonsillektomie oder Tonsillotomie. U5: Die im Rahmen der Aufklärung über das Recht auf ZM eingesetzten Informationsmaterialien sowie die Zusammenstellung der Befundunterlagen unterstützen die Patient*innen bei der informierten Entscheidungsfindung	8. Haben Sie eines der folgenden Informationsmaterialien gelesen? Mehrfachauswahl möglich	<input type="radio"/> Ja, schriftliches Informationsmaterial des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Patientenmerkblatt zur Zweitmeinung <input type="radio"/> Entscheidungshilfe zur Gebärmutterentfernung <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Myome <input type="radio"/> Endometriose <input type="radio"/> Starke Regelblutung <input type="radio"/> Scheidensenkung und Gebärmutterensenkung <input type="radio"/> Ja, online Informationsmaterial des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Patientenmerkblatt zur Zweitmeinung <input type="radio"/> Entscheidungshilfe zur Gebärmutterentfernung <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Myomen <input type="radio"/> Endometriose <input type="radio"/> Starke Regelblutung <input type="radio"/> Scheidensenkung und Gebärmutterensenkung <input type="radio"/> Befundunterlagen <input type="radio"/> Andere: _____ <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ich kann mich nicht erinnern.	Antwortmöglichkeiten: inhaltlicher Unterschied bei Fragebogen zu TT/TE
--	--	---	--	---

Umsetzung der Zm-RL	Erfassung der Bewertung der Informationsmaterialien, Verwendung für Variable "Informationsbedarf", s. Kapitel Operationalisierung des Informationsbedarfs	H1 Die Zm-RL verbessert die informierte Entscheidungsfindung der Patientinnen bei der Indikation der Hysterektomie. H2 Die Zm-RL verbessert die informierte Entscheidungsfindung der/des Patient*in bzw. des Erziehungsberechtigten bei der Indikation Tonsillektomie oder Tonsillotomie. U5: Die im Rahmen der Aufklärung über das Recht auf ZM eingesetzten Informationsmaterialien sowie die Zusammenstellung der Befundunterlagen unterstützen die Patient*innen bei der informierten Entscheidungsfindung	8.1 Falls ja: War das Informationsmaterial verständlich? Fanden Sie das Informationsmaterial hilfreich? Hat Sie das Informationsmaterial unterstützt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
---------------------	---	--	--	--	--

Anlage zum Beschluss

	Erfassung von Informationen zur Kenntnis und Inanspruchnahme von Webseiten mit Informationen zum Zweitmeinungsverfahren	H8 Es gibt keine Hindernisse bei der Umsetzung der Richtlinie. U15: Richtlinienrelevante Informationen sind für Patient*innen leicht zugänglich.	9. Auf offiziellen Webseiten gibt es ausführlichere Informationen zum Zweitmeinungsverfahren. Haben Sie eine der beiden Webseiten während Ihres Entscheidungsprozesses zur Gebärmutterentfernung besucht? 116117.de gesundheitsinformation.de	ja☐ nein	
	Ermittlung des Informationsbedarfs, Verwendung für Variable "Informationsbedarf", s. Kapitel Operationalisierung des Informationsbedarfs	H1 Die Zm-RL verbessert die informierte Entscheidungsfindung der Patientinnen bei der Indikation der Hysterektomie. H2 Die Zm-RL verbessert die informierte Entscheidungsfindung der/des Patient*in bzw. des Erziehungsberechtigten bei der Indikation Tonsillektomie oder Tonsillotomie. U2: Die Informationsbedarfe der Patient*innen werden im Rahmen der Indikationsstellung erfüllt.	10. Welche weiteren Informationsquellen haben Sie hinsichtlich Ihrer Erkrankung und/oder den Behandlungsmöglichkeiten genutzt?		<ul style="list-style-type: none"> ○ Austausch mit Angehörigen (Partner/in, Familie, Verwandte, Freunde) und Bekannten ○ Austausch mit anderen Ärzten (nicht der Arzt, der die operative Entfernung empfohlen hat), und zwar: <ul style="list-style-type: none"> ○ Webseiten im Internet ○ Foren im Internet ○ Social Media ○ Fachzeitschriften, Fachbücher ○ Zeitungen, Magazine ○ Fernsehen, Radio ○ Fachvorträge (z.B. in der Klinik) ○ Keine ○ Andere: _____
Inanspruchnahme Zweitmeinung					
Umsetzung der Zm-RL	Identifikation der Häufigkeit der Inanspruchnahme	H1 Die Zm-RL verbessert die informierte Entscheidungsfindung der Patientinnen bei der Indikation der Hysterektomie. H2 Die Zm-RL verbessert die informierte Entscheidungsfindung der/des Patient*in bzw. des Erziehungsberechtigten bei der Indikation Tonsillektomie oder Tonsillotomie. U8: Patient*innen werden durch die Zweitmeinung in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt.	11. Haben Sie nach der Empfehlung zur operativen Entfernung der Gebärmutter eine zweite ärztliche Meinung in Anspruch genommen?	ja☐ nein	
Umgebung der Zm-RL	Identifikation von Wunsch nach Zweitmeinung Identifikation motivationaler Aspekte, kontextuale Erfassung zur Inanspruchnahme einer Zweitmeinung, differenzierte Beurteilung der Versorgungsrealität		11.1 Falls nein: Hätten Sie sich eine zweite Meinung gewünscht? 12. Warum haben Sie keine zweite Meinung eingeholt?	ja☐ nein ○ Ich war sicher mit meiner Entscheidung. ○ Ich wusste nichts von der Möglichkeit, eine zweite Meinung einzuholen. ○ Ich habe meinem behandelnden Arzt vertraut. ○ Ich hatte keine Zeit mich darum zu kümmern. ○ Mein Leidensdruck war groß. <i>Bei Erziehungsberechtigte TT/TE: Der Leidensdruck meines Kindes war groß.</i> ○ Ich hätte lange auf einen Termin warten müssen. <i>Bei Erziehungsberechtigte TT/TE: Mein Kind hätte lange auf einen Termin warten müssen.</i> ○ Sonstiges:	Der Fokus aufgrund der Vergleichbarkeit liegt auf dem Leiden des Patienten (hier Kinder). Dass es in individuell unterschiedlichen Versorgungssituation mit ihren unterschiedlichen "Mitsorgenden" zu einem empathischen Mitleiden kommen kann, ist unbestritten. Aufgrund der Vielfältigkeit der möglichen Konstellationen und des begrenzten zusätzlichen Erklärungsbeitrags wird nicht zuletzt auch Blick auf die Länge des
	Identifikation motivationaler Aspekte, kontextuale Erfassung zur Inanspruchnahme einer Zweitmeinung, differenzierte Beurteilung der Versorgungsrealität Erfassung der Informationen zur Patientjourney		13. Warum bestand der Wunsch nach einer zweiten Meinung? 14. Kreuzen Sie bitte eine der folgenden Möglichkeiten an, durch wen Sie die zweite Meinung erhalten haben:	○ Ich habe mich nicht ausreichend von meinem erstbehandelnden Arzt beraten gefühlt. ○ Ich habe dem erstbehandelnden Arzt nicht ausreichend vertraut. ○ Ich war mir unsicher, welche Behandlung die ○ Durch einen Arzt in einer Arztpraxis ○ Durch einen Arzt im Krankenhaus (Nicht das OP-Aufklärungsgespräch) ○ Über ein Internetportal ○ Durch Zweitmeinungsexperten meiner Krankenkasse (Sonderleistung) ○ Sonstiges: _____	
	Erfassung der Informationen zur Patientjourney	H8 Es gibt keine Hindernisse bei der Umsetzung der Richtlinie. U15: Richtlinienrelevante Informationen sind für Patient*innen leicht zugänglich.	15. Kreuzen Sie bitte eine der folgenden Möglichkeiten an, wie Sie auf den / die Arzt oder Ärztin, der / die Ihnen die Zweitmeinung erteilt hat, aufmerksam gemacht wurden:	○ Durch meinen behandelnden Arzt ○ Persönliche Empfehlung durch Angehörige, Bekannte etc. ○ Ich habe im Internet recherchiert ○ Ich habe bei meiner Krankenkasse nachgefragt ○ Sonstiges: _____	

Umsetzung der Zm-RL	Erfassung des Beitrags der Zweitmeinung für die informierte Entscheidungsfindung	H1 Die Zm-RL verbessert die informierte Entscheidungsfindung der Patientinnen bei der Indikation der Hysterektomie. H2 Die Zm-RL verbessert die informierte Entscheidungsfindung der/des Patient*in bzw. des Erziehungsberechtigten bei der Indikation Tonsillektomie oder Tonsillotomie. U8: Patient*innen werden durch die Zweitmeinung in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt.	16. Welche Erfahrung(en) haben Sie damals dabei gemacht?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Die zweite ärztliche Meinung hat die erste Meinung bestätigt. <input type="radio"/> Die Bestätigung hat mich in meiner Entscheidung bestärkt. <input type="radio"/> Die Bestätigung hat mich in meiner Entscheidung nicht bestärkt. <input type="radio"/> Die zweite ärztliche Meinung wich von der ersten Meinung ab. <input type="radio"/> Ich habe mich trotzdem für die erste Meinung entschieden. <input type="radio"/> Ich habe mich für die zweite Meinung entschieden. <input type="radio"/> Ich habe mich für etwas ganz anderes entschieden.
	Erfassung der Beurteilung der Zweitmeinung, Verwendung für Variable "informierte Entscheidungsfindung", s. Operationalisierung der informierten Entscheidungsfindung	H4 Die Zm-RL wird vollumfänglich umgesetzt. U7: Zweitmeiner erbringen eine qualitativ hochwertige Zweitmeinung und berücksichtigen bei der Erbringung der Zweitmeinung alle in der Zm-RL aufgeführten Aufgaben.	17. Haben Sie nach der Einholung der Zweitmeinung den Arzt gewechselt?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ich war mit der zweiten ärztlichen Meinung zufrieden. <input type="radio"/> Ich war mit der zweiten ärztlichen Meinung unzufrieden.
	Erfassung der Informationen zur Patientjourney, nicht-intendierte Folgen bzw. Auswirkungen	H7 Die Versorgung hat sich seit der Einführung der RL verändert. U19: Eine Verlagerung der Behandlung hin zu zweitmeinenden Institutionen findet nicht statt.	18. Haben Sie nach der zweiten ärztlichen Meinung zur Entfernung der Gebärmutter eine dritte ärztliche Meinung in Anspruch genommen?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Nein, ich bin bei meinem ersten Arzt geblieben. <input type="radio"/> Ja, ich habe mich von dem zweiten Arzt weiter behandeln lassen. <input type="radio"/> Ich bin bei keinem der beiden Ärzte weiter in Behandlung geblieben.
	Erfassung der Informationen zur Patientjourney, nicht-intendierte Folgen bzw. Auswirkungen	H7 Die Versorgung hat sich seit der Einführung der RL verändert. U14: Die Zm-RL führt dazu, dass vermehrt Drittmeinungen eingeholt werden.	19. Falls Sie operiert wurden: Bei welchem Arzt wurden Sie operiert?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Gesundheitskompetenz	Erfassung der Informationen zur Patientjourney, Überprüfung § 27b Abs. 1 Satz 2 SGB V		20. Die folgenden Fragen beziehen sich darauf, wie Sie Ihrer Einschätzung nach, mit Gesundheitsinformationen umgehen. Bitte kreuzen Sie wieder bei jeder der folgenden Aussagen die zutreffendste Antwort an.	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Bei einem Arzt im Krankenhaus (weder erst- noch zweitmeinender Arzt) <input type="radio"/> Beim erstmeinenden Arzt <input type="radio"/> Beim zweitmeinenden Arzt <input type="radio"/> Bei einem anderen Arzt: _____ (bitte beschreiben)
	Typologie von Menschen, die Zweitmeinung in Anspruch genommen haben / keine Zweitmeinung in Anspruch genommen		21. Wie alt sind Sie?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Soziodemografie				
			Bei Erziehungsberechtigte TT/TE: Wie alt ist Ihr Kind?	Alter in Zahl
			Bei Erziehungsberechtigte TT/TE: Welches Geschlecht hat Ihr Kind?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Weiblich <input type="radio"/> Männlich <input type="radio"/> _____
				<p>Alter in Zahl</p> <p>Hinweis zu Fragebogen Erziehungsberechtigte TT/TE: Die Frage bezieht sich auf die Person selbst, die den Fragebogen ausfüllt und entsprechend erziehungsberechtigt für das Kind ist. Ob sich die Erziehungsberechtigung aus einer biologische-sozialen Elternschaft oder rein sozialen Elternschaft/Fürsorge ergibt, wird in dem Fragebogen nicht unterschieden, da aufgrund des Forschungshintergrunds keine Annahmen getroffen wurden, dass diese Unterscheidung für die Auswertung im besonderen Maß relevant ist.</p>

Soziodemografie

Beschreibung der Stichprobe;
Typologie von Menschen, die
Zweitmeinung in Anspruch
genommen haben / keine
Zweitmeinung in Anspruch
genommen

Bei TT/TE (Erwachsene und Erziehungsberechtigte): Welches Geschlecht haben Sie?
22. Welchen Familienstand haben Sie?

- Weiblich
- Männlich
- _____
- Verheiratet, zusammenlebend
- Verheiratet, getrennt lebend
- Geschieden
- Verwitwet
- Ledig

Die fragensparsame Erhebung der
genauen, das Umfeld, in dem eine
Entscheidung stattfindet, bestmöglich
beschreibenden soziodemographischen
Merkmale ist immer eine besondere
Herausforderung. Wir haben uns für
den Familienstand als eine aus unserer
Sicht pragmatische Variante
entschieden und mit Blick auf die
Prioritäten bzgl.
Forschungsfragenstellungen und
Hypothese auf eine umfassende
Ausdifferenzierung verzichtet
Hinweis zu Fragebogen
Erziehungsberechtigte TT/TE: Der
Fragebogen untersucht das
Entscheidungsverhalten der
Erziehungsberechtigten.
Dementsprechend wurde der
Bildungsabschluss der
Erziehungsberechtigten als prioritär
bewertet. Der Bildungsabschluss des
Kindes wurde aus geringerer Relevanz
und Platzgründen weggelassen. Zudem
wäre bei der Auswertung die
Vergleichbarkeit der Bildungsabschlüsse
nicht gewährleistet, da anzunehmen ist,
dass viele Kinder aufgrund ihres Alters
noch keinen Bildungsabschluss haben.

23. Was war Ihr höchster Bildungsabschluss zur Zeit Ihrer Operation?

- Kein Schulabschluss
- Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) oder
gleichwertiger Abschluss
- Realschule (Mittlere Reife)
- Gymnasium (Abitur)
- Abgeschlossene Ausbildung
- Abgeschlossenes Studium (Hochschulabschluss)
- Ein anderer Schulabschluss, und zwar:

29. Bitte geben Sie an, wie groß der Ort ist, in dem Sie wohnen.

- Ländliche Region (Gemeinde unter 5.000
Einwohner)
 - Kleinstadt (5.000 – 20.000 Einwohner)
 - Mittelstadt (20.000 – 100.000 Einwohner)
 - Großstadt (100.000-1.000.000 Einwohner)
 - Millionenstadt (über 1.000.000 Einwohner)
- Angabe Bundesland

30. Bundesland

Ausschluss der Decisional Conflict Scale & Decision Regret Scale

Im Evaluationsplan (Seite 21, Punkt 3) wurden die „Detaillierte Erfassung des Entscheidungsprozesses mit der Identifikation eines vorliegenden Entscheidungskonflikts und beeinflussender Faktoren wie bspw. das Ausmaß der Informiertheit über bestehende Optionen oder die Unterstützung bei der Entscheidungsfindung (...) [anhand der] Decisional Conflict Scale [Buchholz et al. 2011] und (...) Decision Regret Scale [Brehaut 2003] (...)“ vermerkt.

In der Erstfassung der Fragebögen wurden die Decisional Conflict Scale und die Decision Regret Scale aufgenommen und infolgedessen im Rahmen der Pilotinterviews (n=6) erprobt. Dabei zeigte sich, dass insbesondere Interviewpartnerinnen, die den Fragebogen zur Hysterektomie ausgefüllt haben, die beiden Skalen für ungeeignet hielten. Nachstehend sind entscheidende Bemerkungen dargestellt:

- Interviewpartnerinnen 1 und 2 halten nachstehende Aussagen insbesondere bei der Hysterektomie für unangebracht: „Die Entscheidung fiel mir leicht.“, „Meine Entscheidung zeigte, was mir wichtig ist.“ und „Ich war mit meiner Entscheidung zufrieden.“
- Interviewpartnerin 1 findet nachstehende Aussage unklar und weiß nicht, was sie auswählen soll: „Ich war mir darüber im Klaren, welche Vorteile für am wichtigsten waren.“ & „Ich war mir darüber im Klaren, welche Risiken und Nebenwirkungen für mich am wichtigsten waren.“
- Interviewpartnerin 1 würde alle Items der Decisional Conflict Scale mit „Trifft teilweise zu“ (Tendenz zur Mitte) beantworten.

Aus diesen Gründen, wie auch in Anbetracht des hohen Umfangs des Fragebogens, wurden die Decisional Conflict Scale und die Decision Regret Scale aus dem Fragebogen ausgeschlossen. Aus Sicht der Studienleitung ist die detaillierte Erfassung des Entscheidungsprozesses, die Identifikation eines Entscheidungskonfliktes sowie beeinflussende Faktoren etc. auch ohne den Einsatz der Skalen möglich.



Fragebogen zur Inanspruchnahme einer Zweitmeinung bei Patientinnen mit einer Operationsempfehlung zur Gebärmutterentfernung

Sie haben innerhalb der letzten drei Jahre eine Empfehlung für eine operative Entfernung der Gebärmutter erhalten. Seit 2019 haben Patientinnen, bei denen eine Gebärmutterentfernung empfohlen wurde, das Recht, eine kostenlose, unabhängige ärztliche Zweitmeinung bei einem für eine Zweitmeinung zugelassenen Arzt oder einer zugelassenen Ärztin einzuholen. Dieses Recht gilt zusätzlich zum Recht auf freie Arztwahl. Das bedeutet, dass Sie sich von einem zweiten, spezialisierten Arzt oder einer Ärztin hinsichtlich der Operationsempfehlung beraten lassen können, aber nicht müssen.

Wir wollen herausfinden, wie relevant der Rechtsanspruch auf eine Zweitmeinung aus Sicht der betroffenen Patientinnen ist. Zudem würden wir gerne erfahren, wie zufrieden Sie mit den Informationen bezüglich einer operativen Entfernung der Gebärmutter waren.

Bitte erinnern Sie sich an die Zeit zurück, als Sie die Operationsempfehlung erhalten haben und beantworten Sie die folgenden Fragen, indem Sie die zutreffenden Kästchen ankreuzen. ☒

Die Befragung ist anonym, **dies bedeutet, dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person** möglich sind.

Allgemeines zu Ihrer Operation

01
/25

Was war die Ursache Ihrer Beschwerden, die zur Empfehlung der operativen Entfernung der Gebärmutter geführt hat? Mehrfachauswahl möglich

- Myome
- Endometriose
- Bösartiger Tumor (Krebs)
- Gebärmuttersenkung
- Starke Regelblutung
- Andere: _____
- Ich weiß nicht

02
/25

Wann wurde Ihnen die operative Entfernung der Gebärmutter durch Ihren erstbehandelnden Arzt oder Ärztin (Facharzt oder Fachärztin für Frauenheilkunde) empfohlen?

Monat Jahr



03
/25

Wurde bei Ihnen eine Gebärmutterentfernung durchgeführt?

- Ja
 Nein

Falls ja: Wann wurde die Operation durchgeführt?

____ Monat ____ Jahr

Falls nein: Welche Maßnahmen wurden alternativ zur Gebärmutterentfernung durchgeführt?

Fragen zu dem Entscheidungsprozess und Informationen über die Operation

04
/25

Denken Sie bitte zurück an das Gespräch mit Ihrem Arzt oder Ärztin, der / die Ihnen eine Gebärmutterentfernung empfohlen hat. Bitte ordnen Sie jeweils zu: Wie fühlten Sie sich aufgeklärt hinsichtlich...

	Sehr gut	Gut	Mittel	Schlecht	Sehr Schlecht
... Ihrer Erkrankung?	<input type="checkbox"/>				
... der Behandlungsmöglichkeiten?	<input type="checkbox"/>				
... der Vorteile einer Operation?	<input type="checkbox"/>				
... der Risiken und Nebenwirkungen einer Operation?	<input type="checkbox"/>				

05
/25

Denken Sie bitte zurück an das Gespräch mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin, der / die Ihnen eine Gebärmutterentfernung empfohlen hat. Bitte kreuzen Sie das für Sie zutreffende an:

	Trifft vollständig zu	Trifft eher zu	Trifft teilweise zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
Die Informationen waren verständlich.	<input type="checkbox"/>				
Ich fühlte mich insgesamt aufgeklärt.	<input type="checkbox"/>				



06
/25

Hätten Sie sich zusätzliche Informationen gewünscht?
Mehrfachauswahl möglich

- Nein
- Ja, folgende...
 - Informationen über die Erkrankung
 - Informationen über die Behandlungsmöglichkeiten
 - Informationen über die Vorteile einer Operation
 - Informationen über die Nachteile einer Operation
 - Andere: _____

Fragen zum Aufklärungsgespräch

07
/25

Wir würden gerne wissen, welche Informationen Sie von dem / der erstbehandelnden
Arzt oder Ärztin bezüglich der Einholung einer Zweitmeinung erhalten haben.

Die Ärztin / Der Arzt ...	Ja	Nein	Ich weiß nicht
...hat mich über das Recht auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung aufgeklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls nein oder ich weiß nicht: Weiter mit Frage 8 auf der Folgeseite			
Falls ja: Bitte hier weiter			
Erfolgte diese Aufklärung über Zweitmeinung mindestens 10 Tage vor dem geplanten OP-Termin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hat mich darauf hingewiesen, dass die Zweitmeinung nicht in der Einrichtung eingeholt werden kann, wo der Eingriff durchgeführt werden soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hat mich darauf hingewiesen, dass die Zweitmeinung nur von Ärztinnen und Ärzten erbracht werden kann, die eine Genehmigung zur Erteilung einer Zweitmeinung nach Richtlinie haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hat mich darüber informiert, wo ich einen für eine Zweitmeinung geeigneten Arzt oder eine geeignete Ärztin finde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hat mich auf ein Patientenmerkblatt zum Thema Zweitmeinung aufmerksam gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hat mich auf Entscheidungshilfen zur Gebärmutterentfernung aufmerksam gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hat mir deutlich gemacht, dass ich Abschriften / Kopien von Befundunterlagen für die Zweitmeinung mitnehmen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls nein oder ich weiß nicht: Weiter mit Frage 8



08
/25

Haben Sie eines der folgenden Informationsmaterialien gelesen?
Mehrfachauswahl möglich

- Ja, schriftliches Informationsmaterial des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)
- Patientenmerkblatt zur Zweitmeinung
 - Entscheidungshilfe zur Gebärmutterentfernung
 - Myome
 - Endometriose
 - Starke Regelblutung
 - Scheidensenkung und Gebärmuttersenkung
- Ja, online Informationsmaterial des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)
- Patientenmerkblatt zur Zweitmeinung
 - Entscheidungshilfe zur Gebärmutterentfernung
 - Myome
 - Endometriose
 - Starke Regelblutung
 - Scheidensenkung und Gebärmuttersenkung
 - Befundunterlagen
 - Andere: _____
- Nein
- Ich kann mich nicht erinnern.

Falls ja:

	Ja	Nein
War das Informationsmaterial verständlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fanden Sie das Informationsmaterial hilfreich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Sie das Informationsmaterial unterstützt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

09
/25

Auf offiziellen Webseiten gibt es ausführlichere Informationen zum Zweitmeinungsverfahren. Haben Sie eine der beiden Webseiten während Ihres Entscheidungsprozesses zur Gebärmutterentfernung besucht?

Website	Ja	Nein
116117.de/zweitmeinung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gesundheitsinformation.de/zweitmeinung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



10
/25

Welche weiteren Informationsquellen haben Sie hinsichtlich Ihrer Erkrankung und / oder den Behandlungsmöglichkeiten genutzt? Mehrfachauswahl möglich

- Austausch mit Angehörigen (Partner*in, Familie, Verwandte, Freunde) und Bekannten
- Austausch mit anderen Ärzten (nicht der Arzt / die Ärztin, der / die die operative Entfernung empfohlen hat), und zwar:

- Webseiten im Internet
- Foren im Internet
- Social Media
- Fachzeitschriften, Fachbücher
- Zeitungen, Magazine
- Fernsehen, Radio
- Fachvorträge (z.B. in der Klinik)
- Keine
- Andere: _____

Fragen zu einer Zweitmeinung

Zur Erinnerung: Seit 2019 besteht das Recht, wenn man eine Empfehlung zur Gebärmutterentfernung erhält, eine kostenlose, unabhängige zweite ärztliche Meinung bei einem für die Erteilung von Zweitmeinungen anerkannte*n Ärztin oder Arzt einzuholen.

11
/25

Haben Sie nach der Empfehlung zur operativen Entfernung der Gebärmutter eine zweite ärztliche Meinung in Anspruch genommen?

- Ja (Falls ja: Weiter mit Frage 13)
- Nein

Hätten Sie sich eine zweite Meinung gewünscht?

- Ja (Falls ja: Weiter mit Frage 13)
- Nein

Falls ja: Weiter mit Frage 13


12
/25

Warum haben Sie keine zweite Meinung eingeholt?
Mehrfachauswahl möglich

- Ich war sicher mit meiner Entscheidung.
- Ich wusste nichts von der Möglichkeit, eine zweite Meinung einzuholen.
- Ich habe meinem / meiner behandelnden Arzt oder Ärztin vertraut.
- Ich hatte keine Zeit mich darum zu kümmern.
- Mein Leidensdruck war groß.
- Ich hätte lange auf einen Termin warten müssen.
- Sonstiges:

Sie haben sich keine Zweitmeinung eingeholt, bitte springen Sie zur Frage 20 auf der Seite 8.

13
/25

Warum bestand der Wunsch nach einer zweiten Meinung?
Mehrfachauswahl möglich

- Ich habe mich nicht ausreichend von meinem / meiner erstbehandelnden Arzt oder Ärztin beraten gefühlt.
- Ich habe dem / der erstbehandelnden Arzt / Ärztin nicht ausreichend vertraut.
- Ich war mir unsicher, welche Behandlung die richtige für mich ist.
- Ich wollte alle Optionen ausschöpfen.
- Sonstiges:

14
/25

Kreuzen Sie bitte eine der folgenden Möglichkeiten an, durch wen Sie die zweite Meinung erhalten haben:

- Durch eine*n Arzt oder Ärztin in einer Arztpraxis
- Durch eine*n Arzt oder Ärztin im Krankenhaus (Nicht das OP-Aufklärungsgespräch)
- Über ein Internetportal
- Durch Zweitmeinungsexperten meiner Krankenkasse (Sonderleistung)
- Sonstiges:

15
/25

Kreuzen Sie bitte eine der folgenden Möglichkeiten an, wie Sie auf den / die Arzt oder Ärztin, der / die Ihnen die Zweitmeinung erteilt hat, aufmerksam gemacht wurden:

- Durch meine*n behandelnde*n Ärztin oder Arzt
- Persönliche Empfehlung durch Angehörige, Bekannte etc.
- Ich habe im Internet recherchiert
- Ich habe bei meiner Krankenkasse nachgefragt
- Sonstiges:

Weiter mit Frage 20


16
/25

Welche Erfahrung(en) haben Sie damals dabei gemacht?
Mehrfachauswahl möglich

Die zweite ärztliche Meinung hat die erste Meinung bestätigt.

- Ja
 Nein

Falls ja:

- Die Bestätigung hat mich in meiner Entscheidung bestärkt.
 Die Bestätigung hat mich in meiner Entscheidung nicht bestärkt.

Die zweite ärztliche Meinung wich von der ersten Meinung ab.

- Ja
 Nein

Falls ja:

- Ich habe mich trotzdem für die erste Meinung entschieden.
 Ich habe mich für die zweite Meinung entschieden.
 Ich habe mich für etwas ganz Anderes entschieden.
 Ich war mit der zweiten ärztlichen Meinung zufrieden.
 Ich war mit der zweiten ärztlichen Meinung unzufrieden.

17
/25

Haben Sie nach der Einholung der Zweitmeinung den / die behandelnde*n Arzt oder Ärztin gewechselt?

- Nein, ich bin bei meinem / meiner ersten Arzt oder Ärztin geblieben.
 Ja, ich habe mich von dem / der zweiten Arzt oder Ärztin weiter behandeln lassen.
 Ich bin bei keinem der beiden Ärztinnen oder Ärzte weiter in Behandlung geblieben.

18
/25

Haben Sie nach der zweiten ärztlichen Meinung zur Entfernung der Gebärmutter eine dritte ärztliche Meinung in Anspruch genommen?

- Ja
 Nein

19
/25

Falls Sie operiert wurden: Bei welchem / welcher Arzt oder Ärztin wurden Sie operiert?

- Bei einem / einer Arzt oder Ärztin im Krankenhaus (weder erst- noch zweitmeinende*r Ärztin oder Arzt)
 Beim / bei der erstmeinenden Arzt oder Ärztin
 Beim / bei der zweitmeinenden Arzt oder Ärztin
 Bei einem / einer anderen Arzt oder Ärztin: (bitte beschreiben)


20
/25

Die folgenden Fragen beziehen sich darauf, wie Sie Ihrer Einschätzung nach mit Gesundheitsinformationen umgehen.
Bitte kreuzen Sie wieder bei jeder der folgenden Aussagen die zutreffendste Antwort an.

Wie einfach / schwierig ist es, ...	Sehr schwierig	Ziemlich schwierig	Ziemlich einfach	Sehr einfach	Weiß nicht
Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden?	<input type="checkbox"/>				
Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind?	<input type="checkbox"/>				
herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?	<input type="checkbox"/>				
Informationen über Krankheitssymptome, die Sie betreffen, zu finden?	<input type="checkbox"/>				
Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen?	<input type="checkbox"/>				
Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen? Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?	<input type="checkbox"/>				
zu verstehen, was Ihr*e Arzt oder Ärztin Ihnen sagt?	<input type="checkbox"/>				
zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen?	<input type="checkbox"/>				
Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen?	<input type="checkbox"/>				
zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind?	<input type="checkbox"/>				
zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem / einer anderen Arzt oder Ärztin einholen sollten?	<input type="checkbox"/>				
zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen?	<input type="checkbox"/>				
aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?	<input type="checkbox"/>				
mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der / die Arzt oder Ärztin gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?	<input type="checkbox"/>				
den Anweisungen Ihres / Ihrer Arztes oder Ärztin oder Apotheker*in zu folgen?	<input type="checkbox"/>				



Soziodemographische Daten

Die Angaben helfen, die Ergebnisse dieser Umfrage zu untersuchen bzw. auszuwerten. Wir möchten Sie hier nochmals darauf hinweisen, dass die Befragung anonym ist, d.h. dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person gemacht werden können.

21
/25

Wie alt sind Sie?

22
/25

Welchen Familienstand haben Sie?

- Verheiratet, zusammenlebend
- Verheiratet, getrennt lebend
- Geschieden
- Verwitwet
- Ledig

23
/25

Was war Ihr höchster Bildungsabschluss zur Zeit Ihrer Operation?

- Kein Schulabschluss
- Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) oder gleichwertiger Abschluss
- Realschule (Mittlere Reife)
- Gymnasium (Abitur)
- Abgeschlossene Ausbildung
- Abgeschlossenes Studium (Hochschulabschluss)
- Ein anderer Schulabschluss, und zwar:

24
/25

Bitte geben Sie an, wie groß der Ort ist, in dem Sie wohnen.

- Ländliche Region (Gemeinde unter 5.000 Einwohner)
- Kleinstadt (5.000 – 20.000 Einwohner)
- Mittelstadt (20.000 – 100.000 Einwohner)
- Großstadt (100.000-1.000.000 Einwohner)
- Millionenstadt (über 1.000.000 Einwohner)

25
/25

Bundesland:

Fragebogen Erst- und Zweitmeiner

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Dezember 2018 ist die Richtlinie über die Konkretisierung des Anspruchs auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung gemäß L§ 27b Absatz 2 SGB V – Zm-RL in Kraft getreten. Patientinnen und Patienten haben das Recht, sich bei bestimmten Indikationen eine Zweitmeinung einzuholen.

Im Rahmen der Evaluation der Zweitmeinungsrichtlinie möchten wir den Prozess der Erbringung der Zweitmeinung analysieren und Informationen zur aktuellen Umsetzung erheben. Um ein repräsentatives Bild zu der Umsetzung der Zweitmeinungsrichtlinie im Versorgungsalltag zu erhalten, möchten wir Sie einladen, an dieser Online-Befragung teilzunehmen.

Das Ausfüllen des Fragebogens wird ca. 5-10 Minuten in Anspruch nehmen. Wenn Sie Fragen zu unserer Studie oder zum Ausfüllen des Fragebogens haben, können Sie sich telefonisch oder per E-Mail an unsere Projektmitarbeiterin wenden:

Susann May, MPH
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Tel. 03391 39-14591
E-Mail: susann.may@mhb-fontane.de

Für Ihre Mitarbeit und Ihren wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung möchten wir uns schon jetzt herzlich bedanken!

Einwilligungserklärung und Datenschutzhinweis

Die Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig und eine Nicht-Teilnahme wirkt sich für Sie in keiner Weise negativ aus. Die ausgefüllten Fragebögen sind nur Mitarbeitenden der Medizinischen Hochschule zugänglich und die Ergebnisse werden nur in aggregierter Form veröffentlicht. Mit dem Ausfüllen und Absenden des Fragebogens versichern wir Ihnen ausdrücklich, dass der umfassende Schutz Ihrer Daten gewährleistet ist. Es werden weder E-Mail-Adressen noch IP-Adressen gespeichert. Die Daten unterliegen gesetzlichen Regelungen, etwa dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und der Datenschutzgrundverordnung (DSVGO, GDPR).

Um die Anonymität zu gewährleisten, bitten wir Sie in den Freitextantworten von der Angabe personenbezogener bzw. -beziehbarer Daten abzusehen.

Ich stimme zu, dass meine Daten gemäß den hier aufgeführten Angaben verarbeitet werden.

1. Welcher Facharzttrichtung gehören Sie an?

- Gynäkologie
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

2. Ist Ihnen bekannt, dass es eine Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren für bestimmte Indikationen gibt?

- ja
- nein

3. Sind Sie zugelassener Zweitmeiner?

- ja
- nein

Folgend Filterfragen für die Zweitmeiner

4. Seit wann haben Sie eine Zulassung als zweitmeinender Arzt oder Ärztin?

Monat

Jahr

5. Aus welcher Motivation heraus haben Sie hauptsächlich eine Genehmigung als Zweitmeiner beantragt? *Bitte wählen Sie die Antwort aus, die am ehesten zutrifft.*

- Ich habe die Zugangsvoraussetzungen erfüllt.
- Ich war neugierig.
- Ich finde, dass bestimmte Indikationen zu häufig gestellt werden, und möchte einen Beitrag leisten, dass weniger häufig unnötig operiert wird.
- Ich habe in meiner Versorgungspraxis ein größeres Leistungsspektrum, das ich anbieten kann.
- In meiner Versorgungsregion gibt es kaum Ärztinnen Ärzte, die die Voraussetzungen erfüllen. Wenn ich es nicht mache, macht es niemand.
- anderes: _____

6. Wie oft haben Sie, seit Sie als Zweitmeiner zugelassen sind, eine Zweitmeinung nach Richtlinie erbracht?

- gar nicht
- 1-5-mal
- 6-10-mal
- 11-15-mal
- 16-20-mal
- mehr als 20-mal
- das kann ich nicht beurteilen

7. Haben Sie eine Zweitmeinung im Rahmen der Zweitmeinungsrichtlinie telemedizinisch erbracht? Bitte kreuzen nur eine Antwortkategorie an.

- ja, telefonisch
- ja, per Videosprechstunde
- ja, per Videosprechstunde und telefonisch
- nein

8. Wie häufig ist es vorgekommen, dass ein Patient oder eine Patientin die Behandlung in Ihre Praxis nach der Zweitmeinung verlagert hat? Bitte wählen Sie die Möglichkeit, die am für Sie am häufigsten zutrifft.

- gar nicht
- 1-5-mal
- 6-10-mal
- 11-15-mal
- 16-20-mal
- mehr als 20-mal
- das kann ich nicht beurteilen

9. Kennzeichnen Sie die Erbringung einer Zweitmeinung in der Abrechnung?

- ja
- nein

9.1 Filterfrage falls ja: Wie kennzeichnen Sie die Erbringung einer Zweitmeinung?

- mithilfe der Pseudo-GOP`s (Symbolnummer: 88200A oder Symbolnummer: 88200B)
- im freien Textfeld
- Sonstiges Vorgehen: _____

9.2 Filterfrage falls nein: Warum kennzeichnen Sie die Erbringung der Zweitmeinung nicht?

Bitte kreuzen Sie die Antwort an, die am ehesten zutrifft.

- Ich weiß nicht, wie ich die Erbringung der Zweitmeinung kennzeichnen soll.
- Ich wusste nicht, dass ich die Erbringung der Zweitmeinung kennzeichnen sollte.
- Mein Abrechnungssystem kennt die Symbolnummer nicht.
- Ich sehe keinen Nutzen der Kennzeichnung.
- anderes: _____

Folgend Filterfragen für die Erstmeiner

4. Wie häufig stellen Sie die Indikationen Tonsillektomie/Tonsillotomie oder Hysterektomie im Jahr?

- gar nicht
- 1-5-mal
- 6-10-mal
- 11-15-mal
- 16-20-mal
- mehr als 20-mal
- das kann ich nicht beurteilen

5. Sofern Sie die Indikation zur Operation stellen, führen Sie den Eingriff überwiegend selbst durch?

- ja
- nein

6. Bitte schätzen Sie die Relevanz der folgenden Aspekte bei der Indikationsstellung ein.

	sehr relevant	relevant	teilweise relevant	weniger relevant	gar nicht relevant
Patientenwunsch	<input type="checkbox"/>				
Leitlinien	<input type="checkbox"/>				
Berufserfahrung	<input type="checkbox"/>				
Medizinische Ausbildung	<input type="checkbox"/>				
Individuelle Lebensumstände der Patientinnen und Patienten	<input type="checkbox"/>				

7. Wie häufig klären Sie Patientinnen und Patienten bei den Indikationen TE/TT oder HE über das Recht auf, dass sie sich eine zweite Meinung einholen können?

- immer
- manchmal
- selten
- gar nicht

7.1 Filterfrage, falls immer, manchmal, selten: Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu?

- Unabhängig von der Zweitmeinungsrichtlinie weise ich Patientinnen und Patienten darauf hin, dass sie sich eine zweite Meinung einholen können.
- Aufgrund der Zweitmeinungsrichtlinie weise ich Patientinnen und Patienten darauf hin, dass sie sich eine zweite Meinung einholen können.

7.2 Filterfrage, falls nein: Warum klären Sie die Patientinnen und Patienten eher nicht über das Recht auf, dass sie sich eine zweite Meinung einholen können? Bitte kreuzen Sie die Antwort an, die am ehesten auf Sie zutrifft.

- Ich kenne die Zweitmeinungsrichtlinie nicht.
- Ich lehne die Zweitmeinungsrichtlinie ab.
- Ich stelle die Indikation so selten, dass ich es vergesse.
- Die Patientinnen und Patienten bekommen sowieso eine zweite Meinung, in der Klinik, in der sie vorstellig werden.
- Weil ich die Zweitmeinungsrichtlinie nicht sinnvoll finde.
- Weil ich fürchte, dass sich meine Patientinnen und Patienten in die reguläre Behandlung des Zweitmeiners begeben.
- anderes: _____

8. Welche Aspekte berücksichtigen Sie bei der Aufklärung über das Recht auf Zweitmeinung? Mehrfachantworten möglich.

- Ich weise darauf hin, dass die Zweitmeinung nur von Ärztinnen und Ärzten erbracht werden kann, die eine Genehmigung zur Erteilung einer Zweitmeinung nach Richtlinie haben.
- Ich weise darauf hin, wo die Patientinnen und Patienten Informationen über zugelassene Zweitmeiner finden können.
- Ich weise auf die Entscheidungshilfen des IQWiG hin.
- Ich weise auf das Patientenmerkblatt des GBA über das Zweitmeinungsverfahren hin.
- Ich weise darauf hin, dass die Patientinnen und Patienten das Recht auf eine Befundüberlassung für die zweitmeinende Ärztin oder den zweitmeinenden Arzt haben.
- Ich kläre den Patienten oder die Patientin über das Recht zur Einholung einer Zweitmeinung mindestens 10 Tage vor dem geplanten Eingriff auf
- Ich informiere Patientinnen und Patienten darüber, dass die Zweitmeinung nicht bei einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Einrichtung erfolgen werden kann, durch die oder durch den der Eingriff durchgeführt werden soll.
- anderes: _____

9. In welcher Form teilen Sie Informationsangebote aus? *Mehrfachantworten möglich.*

- Ich teile das Patientenmerkblatt des GBA aus.
- Ich habe selbst Patienteninformationen entworfen und teile mein eigenes Patientenmerkblatt aus.
- Ich gebe den Patientinnen und Patienten eine Liste mit Kontaktdaten für zugelassene zweitmeinende Ärztinnen und Ärzte mit.
- Ich verweise auf die Informationsangebote der Kassenärztlichen Vereinigung.
- andere:

10. Teilen Sie die Informationsangebote immer aus?

- ja
- nur wenn die Patientinnen und Patienten Interesse haben
- nein

11. Stellen Sie die Befundunterlagen für die Patientinnen und Patienten zusammen?

- ja, immer
- ja, wenn die Patientinnen und Patienten es wünschen und eine Zweitmeinung einholen wollen
- nein

13. Rechnen Sie die Erbringung einer Aufklärung über das Recht eine zweite Meinung einholen zu können mithilfe der entsprechenden GOP (GOP 01645A oder GOP 01645B) ab?

- ja
- nein

12.1 Filterfrage:

Falls nein, warum nicht?

- Ich weiß nicht, wie ich die Aufklärung abrechnen kann.
- Ich wusste nicht, dass ich es abrechnen kann.
- anderes: _____

Fragen für Erst- und Zweitmeiner

Wie schätzen Sie das Interesse der Patientinnen und Patienten an einer Zweitmeinung im Sinne der Zweitmeinungsrichtlinie ein? Die Patientinnen und Patienten sind:

- sehr interessiert
- interessiert
- neutral
- weniger interessiert
- gar kein Interesse

Wie sind Sie der Zweitmeinungsrichtlinie in Summe gegenüber eingestellt?

- positiv
- eher positiv
- eher negativ
- negativ

Filterfrage, falls positiv und eher positiv: Warum sind Sie der Zweitmeinungsrichtlinie eher positiv gegenüber eingestellt? Skizzieren Sie kurz.

_____ (Freitext)

Filterfrage, falls negativ und eher negativ: Warum sind Sie der Zweitmeinungsrichtlinie gegenüber eher negativ gegenüber eingestellt? Skizzieren Sie kurz.

_____ (Freitext)

Ist die Zweitmeinungsrichtlinie aus Ihrer Sicht im Versorgungsalltag überwiegend umsetzbar?

- ja, überwiegend
- nein, überwiegend nicht

Filterfrage:

Falls nein, warum nicht?

_____ (Freitext)

Soziodemografie

Fragebogen Erst- und Zweitmeiner

Version 4 28.04.2022

Die Ergebnisse dieser Befragung werden auch für unterschiedliche Altersgruppen ausgewertet.
Bitte nennen Sie uns dazu Ihr Geburtsjahr.

Jahr

Welchem Geschlecht gehören Sie an?

- männlich
- weiblich
- divers

Seit wann sind Sie als Facharzt oder Fachärztin tätig?

Jahr der Berufszulassung

In welcher Einrichtung führen Sie Ihre Tätigkeit als zweitmeinender Arzt oder Ärztin durch?
Mehrfachnennungen möglich.

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis)
- Praxisgemeinschaft
- MVZ
- Klinik
- andere Institution: _____

Bitte geben Sie an, wie groß der Ort ist, in dem Sie arbeiten.

- Ländliche Region (Gemeinde unter 5.000 Einwohner)
- Kleinstadt (5.000 – 20.000 Einwohner)
- Mittelstadt (20.000 – 100.000 Einwohner)
- Großstadt (über 100.000 Einwohner)
- Millionenstadt (über 1.000.000 Einwohner)

In welchem Bundesland arbeiten Sie?

Kurzfragebogen Stakeholderbefragung

Der Kurzfragebogen ist als Ergänzung zu den Interviews mit den Stakeholdern entwickelt worden.

Kurzfragebogen zur Bewertung und Umsetzung der Zweitmeinungsrichtlinie

Sehr geehrte Damen und Herren,

Im Dezember 2018 ist die Richtlinie über die Konkretisierung des Anspruchs auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung gemäß L§ 27b Absatz 2 SGB V – Zm-RL (weiterführende Informationen finden Sie hier: [Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren](#)) in Kraft getreten. Patient*innen haben das Recht, sich bei bestimmten Indikationen eine Zweitmeinung einzuholen.

Im Rahmen der Evaluation der Zweitmeinungsrichtlinie möchten wir, die Medizinische Hochschule Brandenburg, den Prozess der Erbringung der Zweitmeinung hinsichtlich der Indikationen Hysterektomie und Tonsillektomie/Tonsillotomie analysieren und Informationen zur aktuellen Umsetzung erheben. Um die Umsetzung der Zweitmeinungsrichtlinie von möglichst allen relevanten Sichtweisen zu beleuchten, möchten wir Sie einladen, an dieser Online-Befragung teilzunehmen.

Das Ausfüllen des Fragebogens wird ca. 3-5 Minuten in Anspruch nehmen. Bei der Beantwortung des Fragebogens auf einem Smartphone empfehlen wir die Queransicht, sodass die Fragen korrekt dargestellt werden. Wenn Sie Fragen zu unserer Studie oder zum Ausfüllen des Fragebogens haben, können Sie sich per E-Mail an unsere Projektmitarbeiterin wenden:

Frances Seifert, M.Sc.
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
E-Mail: Frances.Seifert@mhb-fontane.de

Für Ihre Mitarbeit und Ihren wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung möchten wir uns schon jetzt herzlich bedanken!

Mit freundlichen Grüßen

Univ-Prof. Dr. Edmund Neugebauer
Projektleitung

Einwilligungserklärung und Datenschutzhinweis

Die Teilnahme ist freiwillig. Eine Nicht-Teilnahme wirkt sich für Sie in keiner Weise negativ aus. Die ausgefüllten Fragebögen sind nur Mitarbeiter*innen der Medizinischen Hochschule Brandenburg zugänglich und die Ergebnisse werden nur in aggregierter Form veröffentlicht. Mit dem Ausfüllen und Absenden des Fragebogens versichern wir Ihnen ausdrücklich, dass der umfassende Schutz Ihrer Daten gewährleistet ist. Es werden weder E-Mail-Adressen noch IP-Adressen gespeichert. Die Daten unterliegen gesetzlichen Regelungen, etwa dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und der Datenschutzgrundverordnung (DSVGO, GDPR).

Um die Anonymität zu gewährleisten, bitten wir Sie in den Freitextantworten von der Angabe personenbezogener bzw. -beziehbarer Daten abzusehen.

Vielen Dank für Ihr Engagement!

Ich erkläre mich mit der Verarbeitung meiner persönlichen Daten in Übereinstimmung mit den hierin enthaltenen Informationen einverstanden.

[Ich möchte nicht teilnehmen](#)

WEITER ZUR UMFRAGE

In welcher Institution sind Sie tätig?

- Kassenärztliche Vereinigung
- Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Landesärztekammer
- Deutsche Krankenhausgesellschaft
- Landesverband der Krankenhausgesellschaft
- Krankenkasse
- Berufsverband Frauenärzt*innen
- Berufsverband Hals-Nasen-Ohrenärzt*innen
- Fachgesellschaft

WEITER

Der Kurzfragebogen für die Stakeholder unterteilte sich in einen Fragebogenteil für die Krankenkassen, und in einen Fragebogenteil für Kassenärztliche Vereinigungen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Landesärztekammern, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Landesverbände der Krankenhausgesellschaft, Berufsverbände und Fachgesellschaften.

Fragebogenteil für Krankenkasse

Wie bewerten Sie, als Funktionsträger*in, die Umsetzung der Zweitmeinungsrichtlinie?

Bitte schieben Sie den Regler an die für Sie passende Stelle.

wird gar
nicht
umgesetzt

wird
adäquat
umgesetzt



WEITER

Trägt die Zweitmeinungsrichtlinie in ihrer aktuellen Form Ihrer Meinung nach zur Verbesserung der Versorgung bei?

- Die Zweitmeinungsrichtlinie verbessert die Versorgung substantiell.
- Die Zweitmeinungsrichtlinie verbessert die Versorgung marginal.
- Die Zweitmeinungsrichtlinie verbessert die Versorgung nicht.
- Die Zweitmeinungsrichtlinie schadet eher als sie nützt.

WEITER

Falls sich Ihre Institution an der Unterstützung der Suche nach Zweitmeiner*innen beteiligt, wie erfolgt diese Unterstützung? (Mehrfachnennungen möglich)

- Vor Ort in der Filiale
- Telefonisch
- E-Mail
- App
- Informationen auf der Webseite
- Newsletter
- Veranstaltungen
- Anderes:

WEITER

Welche Probleme und Herausforderungen haben Sie bereits bei der Umsetzung der Zweitmeinungsrichtlinie beobachten können?

- Zu wenig Zweitmeiner*innen
- Inadäquate Vergütung
- Patient*innen sind nicht daran interessiert
- Die Zulassungsvoraussetzungen für Zweitmeiner*innen sind zu aufwendig
- Zu viel bürokratischer Aufwand
- Zu wenig Wissen über die konkrete Umsetzung der Zweitmeinungsrichtlinie
- Zu wenig Informationen von den Berufsverbänden
- Zu wenig Informationen von den Kassenärztlichen Vereinigungen
- Erschwerte Terminvergabe
- Zu lange Wartezeiten
- Anderes:

WEITER

Wo gibt es aus Ihrer Sicht Verbesserungsbedarf?

Bitte nennen Sie bis zu drei Stichpunkte im Freitextfeld.

WEITER

Wie groß ist der Marktanteil Ihrer Krankenkasse?

- 0% - 2,5%
- 2,6% - 5%
- 5,1% - 7,5%
- 7,6% - 10%
- Über 10%

WEITER

Bieten Sie (unabhängig von der Zweitmeinungsrichtlinie)
eigene Zweitmeinungsprogramme an?

- ja
- nein

WEITER

Wenn ja:

Welche(s) Zweitmeinungsprogramm(e) bieten Sie an?

Bitte beschreiben Sie kurz.

WEITER

Gibt es noch etwas, das Sie uns zur Zweitmeinungsrichtlinie mitteilen
wollen würden? Dann haben Sie in dem Freitextfeld die Gelegenheit.

WEITER

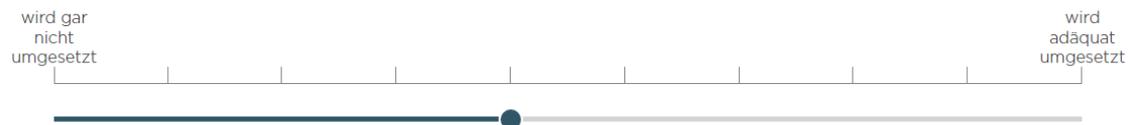
Vielen Dank für Ihre Teilnahme! Für Fragen stehen wir Ihnen gern unter [EvaZweit](#) zur Verfügung.

Fragebogenteil für Kassenärztliche Vereinigung, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Landesärztekammer, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Landesverband der Krankenhausgesellschaft, Berufsverband Frauenärzt*innen, Berufsverband HNO-Ärzt*innen und Fachgesellschaften

Ihre Institution ist angehalten an der Umsetzung der Zweitmeinungsrichtlinie mitzuwirken.

Wie bewerten Sie, als Funktionsträger*in, die Umsetzung der Zweitmeinungsrichtlinie?

Bitte schieben Sie den Regler an die für Sie passende Stelle.



WEITER

Trägt die Zweitmeinungsrichtlinie in ihrer aktuellen Form Ihrer Meinung nach zur Verbesserung der Versorgung bei?

- Die Zweitmeinungsrichtlinie verbessert die Versorgung substantiell.
- Die Zweitmeinungsrichtlinie verbessert die Versorgung marginal.
- Die Zweitmeinungsrichtlinie verbessert die Versorgung nicht.
- Die Zweitmeinungsrichtlinie schadet eher als sie nützt.

WEITER

Wie stellen Sie Informationen bereit und an wen richten sich diese Informationen? Bitte kreuzen Sie an. (Mehrfachnennungen möglich)

	Patient*innen	Ärzt*innen	Nicht-ärztliche Gesundheitsprofessionen
Webseite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flyer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Newsletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-Mail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Social Media	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefonhotline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veranstaltungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stellen Sie Informationen anderweitig bereit? Wenn ja, haben Sie in dem Freitextfeld die Gelegenheit diese kurz zu beschreiben. Bitte benennen Sie auch kurz an wen sich diese Informationen richten.

WEITER

Bitte kreuzen Sie die Inhalte bzw. die Dokumente an, die Sie zur Verfügung stellen (Mehrfachnennungen möglich):

- Informationen zu dem Zweitmeinungsverfahren allgemein
- Möglichkeit eine/n Zweitmeiner*in zu finden auf der eigenen Webseite (Arztsuche)
- Möglichkeit eine/n Zweitmeiner*in zu finden auf einer externen Webseite (Arztsuche)
- Listen der genehmigten Zweitmeiner*innen
- Anforderungen, um als Zweitmeiner*in zugelassen zu werden
- Informationen zur Abrechnung
- Patientenmerkblatt des G-BA
- Antrag zur Zulassung zum/zur Zweitmeiner*in
- Hinweise auf Ansprechpartner*innen für Fragen zur Zweitmeinungsrichtlinie
- Andere

WEITER

Stimmen Sie sich mit Akteur*innen anderer Institutionen zu den zur Verfügung stehenden Zweitmeiner*innen ab?

- ja
- nein

WEITER

Wenn ja:

Mit welchen Akteur*innen stimmen Sie sich zu den zur Verfügung stehenden Zweitmeiner*innen ab?

Nennen Sie diese bitte stichpunktartig.

WEITER

Welche Probleme und Herausforderungen haben Sie bereits bei der Umsetzung der Zweitmeinungsrichtlinie beobachten können?

- Zu wenig Zweitmeiner*innen
- Inadäquate Vergütung
- Patient*innen sind nicht daran interessiert
- Die Zulassungsvoraussetzungen für Zweitmeiner*innen sind zu aufwendig
- Zu viel bürokratischer Aufwand
- Zu wenig Wissen über die konkrete Umsetzung der Zweitmeinungsrichtlinie
- Zu wenig Informationen von den Berufsverbänden
- Zu wenig Informationen von den Kassenärztlichen Vereinigungen
- Erschwerte Terminvergabe
- Zu lange Wartezeiten
- Anderes:

WEITER

Wo gibt es aus Ihrer Sicht Verbesserungsbedarf?

Bitte nennen Sie bis zu drei Stichpunkte im Freitextfeld.

WEITER

Frage nach dem Bundesland wurde bei Kassenärztlicher Vereinigung, Landesärztekammer, Landesverband der Krankenhausgesellschaft, Berufsverband Frauenärzt*innen und Berufsverband HNO-Ärzt*innen gestellt:

In welchem Bundesland arbeiten Sie überwiegend?

- Baden-Württemberg
- Bayern
- Berlin
- Brandenburg
- Bremen
- Hamburg
- Hessen
- Mecklenburg-Vorpommern
- Niedersachsen
- Nordrhein-Westfalen
- Rheinland-Pfalz
- Saarland
- Sachsen
- Sachsen-Anhalt
- Schleswig-Holstein
- Thüringen

WEITER

Gibt es noch etwas, das Sie uns zur Zweitmeinungsrichtlinie mitteilen wollen würden? Dann haben Sie in dem Freitextfeld die Gelegenheit.

WEITER

Vielen Dank für Ihre Teilnahme! Für Fragen stehen wir Ihnen gern unter [EvaZweit](#) zur Verfügung.

Interviewleitfaden Qualitative Ärztebefragung Interviewleitfaden

Übergeordnete Forschungsfragen

Wie erfolgt die Indikationsstellung in der Regel? - Prozessdarstellung

Welche Rolle spielen Leitlinien bei der Indikationsstellung? - Umsetzung von Leitlinien im Versorgungsalltag

Welche positiven und negativen Aspekte gehen mit einer leitliniengerechten Behandlung bei den Indikationen TE/TT und HE einher? – Identifikation von Potentialen und Herausforderungen

Welche Rolle spielt die Zweitmeinung im Kontext der leitliniengerechten Behandlung? - Bewertung

Leitfrage/ Erzählimpuls	Checkaspekte	Konkretisierende Fragen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen
<p>Warm-up</p> <p>-Wie häufig stellen Sie die Indikationen TE/TT oder HE?</p> <p>-Welche Erfahrungen haben Sie als Erstmeiner mit der neuen Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren bereits gemacht?</p> <p>-Welche Chancen sehen Sie in der aktuellen Richtlinie?</p> <p>-Was sehen Sie problematisch an der aktuellen Richtlinie?</p>			
<p>Wie kommt es zur Indikationsstellung der TE/TT oder HE?</p>	<p>Prozess Indikationsstellung</p>	<p>-Können Sie den gesamten Prozess exemplarisch beschreiben? Beginnen Sie bei dem ersten Besuch einer/eines Patient:in.</p> <p>-Wie lange sind Patient:innen, bei denen Sie die Indikation stellen, durchschnittlich in Behandlung?</p> <p>-Wie viel Zeit vergeht bis zur Indikationsstellung?</p> <p>-Welche typischen Grunderkrankungen liegen der Indikation zu Grunde?</p>	<p>Können Sie dazu noch mehr erzählen?</p> <p>Und dann?</p> <p>Wie war das für Sie?</p> <p>Wie sehen Sie das? Können Sie darauf</p>

		<p>-Wie würden Sie die Symptomstärke der Patient:innen beschreiben, bei denen Sie die Indikation stellen?</p> <p>-Wie würden Sie den Leidensdruck der Patient:innen beschreiben?</p> <p>-Welche Rolle spielt das Alter der Patient:innen? (gynspezifisch)</p> <p>-Ist eine Operation schon vor der Indikationsstellung ein Thema?</p>	<p>bitte näher eingehen?</p> <p>Könnten Sie dazu bitte ein Beispiel nennen?</p> <p>Wie meinen Sie das konkret?</p>
<p>Wenn Sie die Indikation zur Hysterektomie /Tonsillektomie/ Tonsillotomie stellen, wenden Sie dann Leitlinien an?</p> <p><i>(Wenn ja, welche? Wenn nein, warum nicht?)</i></p>	<p>Kenntnis, Alltagsrelevanz, Benutzerfreundlichkeit</p> <p>S2k-Leitlinie „Therapie entzündlicher Erkrankungen der Gaumenmandeln – Tonsillitis“ [Windfuhr et al. 2015]</p> <p>S3-Leitlinie „Indikation und Methodik der Hysterektomie</p>	<p><u>Welche Bedeutung haben Leitlinien bei der Indikationsstellung?</u></p> <p><i>Allgemein:</i></p> <p>-Wie relevant ist diese Leitlinie für Sie im Praxisalltag/ in der Patientenbehandlung?</p> <p>-Wie bewerten Sie die Benutzerfreundlichkeit? Sind Leitlinien benutzerfreundlich/ bekannt genug/ kompliziert anzuwenden?</p> <p>-Stellen Leitlinien eine nützliche Hilfe dar?</p>	<p>Können Sie dazu noch mehr erzählen?</p> <p>Und dann?</p> <p>Wie war das für Sie?</p> <p>Wie sehen Sie das? Können Sie darauf</p>

	<p>bei benignen Erkrankungen“ [Nothacker et al. 2014]</p> <p>Akzeptanz, Erfahrung und Umsetzung von Leitlinien im Praxisalltag</p>	<p>-Gibt es bei den betreffenden Indikationen widersprüchliche Leitlinien? Ist es schwierig, gute Leitlinien zu finden?</p> <p>-Inwiefern informieren Sie Patient:innen über die Existenz von Leitlinien?</p> <p>-Sprechen Patient:innen Sie gezielt auf eine leitliniengerechte Behandlung an?</p> <p><i>Falls Leitlinie benannt:</i></p> <p>-Wie nützlich ist diese Leitlinie für Ihre alltägliche Praxis? (benutzerfreundlich, kompliziert?)</p> <p>-Wie hat sich bei Ihnen die Anwendung der Leitlinie insgesamt auf die Qualität Ihrer Behandlung ausgewirkt?</p> <p>-Was gefällt Ihnen an der Leitlinie, dass Sie diese anwenden?</p> <p>-Welche positiven oder <u>negativen Erfahrungen</u> haben Sie im Umgang mit der Leitlinie gemacht?</p> <p><i>Falls keine Leitlinie benannt, oder Leitlinie als irrelevant benannt:</i></p> <p>-Welche Punkte sehen Sie kritisch an der Leitlinie?</p> <p>-Wie stehen, aus Ihrer Sicht, die Leitlinien und klinische Eigenerfahrungen mit Patienten gegenüber?</p>	<p>bitte näher eingehen?</p> <p>Könnten Sie dazu bitte ein Beispiel nennen?</p> <p>Wie meinen Sie das konkret?</p>
--	---	--	--

		<p>-Wenn Sie der Indikationsstellung keine Leitlinien zugrunde legen, auf welcher Grundlage stellen Sie die Indikation?</p>	
<p>Gab es in Ihrem Praxisalltag schon Situationen, in denen Sie sich bewusst gegen die Indikationsstellung (bei HE/TE/TT) nach Leitlinie entscheiden haben? Wenn ja, welche Situation?</p>	<p>Analyse einer möglichen Leitlinienabweichung und deren Gründe</p> <p>Verhältnis Patient:innen und Leitlinientreue</p>	<p>-Warum haben Sie von der Empfehlung der Behandlung nach Leitlinie abgewichen?</p> <p>-Was sind weitere Gründe für die Abweichung von der Leitlinie?</p> <p>-Fühlen Sie sich durch Leitlinien eingeschränkt? Wenn ja, wie, wodurch, worin?</p> <p>-Welche Rolle spielen Patientenpräferenzen bei der Indikationsstellung zur HE/TT/TE?</p>	

	<p>Verhältnis Berufserfahrung und Leitlinientreue</p>	<p>-In welchem Verhältnis stehen Patientenpräferenzen und Leitlinien? Was hat mehr Gewicht bei der Indikationsstellung?</p> <p>-Welchen Stellenwert hat Ihre Erfahrung bei der Indikationsstellung zur HE/TT/TE??</p> <p>-In welchem Verhältnis stehen Berufserfahrung und Leitlinien? Was hat mehr Gewicht bei der Indikationsstellung?</p>	
<p>Ich stelle Ihnen jetzt eine provokante Frage: Macht eine leitliniengerechte Versorgung eine ZM überflüssig? Was halten Sie davon?</p>	<p>Rolle der ZM bei leitliniengerechter Behandlung</p> <p>Übersversorgung</p>	<p>-Wenn alle Ärzt:innen leitliniengerecht behandeln würden, dann müssten doch Patient:innen keine ZM mehr einholen, oder?</p> <p>- In welchem Verhältnis stehen eine leitliniengerechte Behandlung und die Möglichkeit, eine ZM in Anspruch zu nehmen.</p> <p>-Hat die ZM ihre Daseinsberechtigung und welche positiven Aspekte bringt die Einholung einer ZM mit sich?</p>	

<p><i>Oder zu Beginn:</i> Was halten Sie denn resümierend von der Zm-RL?</p>	<p>Allgemeine Haltung zur Zm-RL</p> <p>Zusatz Motivation Zulassung Zweitmeiner:in</p>	<p>Sehen Sie Herausforderungen bei der Umsetzung der Zm-RL?</p> <p>Wie rechnen Sie eigentlich die Aufklärung über das Recht auf ZM ab? Rechnen Sie das immer ab?</p> <p>Wie gut fühlen Sie sich aufgeklärt durch die KV oder andere Institutionen wie bspw. den Berufsverband?</p> <p>Würden Sie eine Zulassung zum ZMer beantragen? Begründen Sie!</p>	
<p><i>Fragen an ZMer</i> Wie erfolgt die Erbringung der ZM?</p>		<p>Beschreiben Sie bitte den Ablauf der Erbringung der ZM. Welche Aspekte der Zm-RL berücksichtigen Sie bei der Erbringung der ZM?</p> <p>Führen Sie zusätzlich Untersuchungen durch? Welche Untersuchungen führen Sie zusätzlich durch?</p> <p>Wie berücksichtigen Sie die Befundunterlagen der Patient:innen? Wie häufig bringen die Patient:innen Befundunterlagen mit?</p>	

Soziodemografie

Berufszugehörigkeit/ welche Facharzttrichtung:

Bundesland:

Dauer Berufstätigkeit in Jahren:

ländlich/ städtisch:

Alter:

Art der Praxis:

Geschlecht:

Größe der Praxis:

Interviewleitfaden Qualitative Patientenbefragung Interviewleitfaden

Einstieg

1. Persönliche Vorstellung und Vorstellung des Kontextes
 - a. Zweitmeinungsrichtlinie und Ziele
 - b. Ziele des Projekts
 - c. MHB als Auftragnehmer
 2. Inhalt
 - Verständnis, Indikationen, Potentiale, Barrieren (s. Studieninformation)
- à Zeitlicher Rahmen: Circa ½ bis ¾ Stunde; jederzeit Pause/ Abbruch möglich
3. Audiotechnische Aufnahme, Anonymisierung, Teilnahmeerklärung

	Leitfrage / Erzählimpuls	Check Aspekte	Konkretisierende Fragen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen
1.	<p>Sie haben von Ihrem erstbehandelnden Arzt eine Empfehlung für einen bestimmten Eingriff erhalten.</p> <p>Wie haben Sie die Behandlung von der Diagnosestellung bis zur Empfehlung des Eingriffs erlebt?</p>	<p>Warm-up</p> <p>Erleben des gesamten Prozesses/ Prozessbeschreibung</p> <p>Informationsbedarf</p>	<p>-Was haben Sie in der Zeit empfunden?</p> <p>-Welche Gefühle haben Sie begleitet?</p> <p>-Welche Informationen haben Sie sich gewünscht? Was wollten Sie alles wissen?</p> <p>-Wie gut wurden Sie über Folgen und Konsequenzen der Operation aufgeklärt?</p> <p>-Wie gut wurden Sie über mögliche alternative Behandlungsmöglichkeiten / Strategien (inkl. Watchful Waiting) und deren Vor- und Nachteile aufgeklärt?</p> <p>-Wie einfach bzw. schwierig war es für sie Vor und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen?</p> <p>- Warum wurde Ihnen der Eingriff empfohlen?</p>	<p>Nonverbale Aufrechterhaltung</p> <p>Könnten Sie dazu bitte ein Beispiel nennen?</p> <p>Können Sie darauf bitte näher eingehen?</p> <p>Wie sehen Sie das?</p> <p>Auf welche Weise wird das deutlich?</p> <p>Wie erleben Sie das?</p>

	Leitfrage / Erzählimpuls	Check Aspekte	Konkretisierende Fragen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen
2	Bitte denken Sie zurück an den Zeitpunkt als Ihnen Ihr Arzt oder Ihre Ärztin den Eingriff empfohlen hat. - Was hat der Arzt/ die Ärztin zu Ihnen gesagt?	<ul style="list-style-type: none"> - Informationen im Aufklärungsgespräch -Berücksichtigung Aufklärungspflichten - Informationsbedarf - Bewertung des Aufklärungsgesprächs -Informierte Entscheidungsfindung - Arzt-Patienten-Beziehung 	<ul style="list-style-type: none"> - Welche Informationen haben Sie im Aufklärungsgespräch über das Recht auf Einholung einer Zweitmeinung erhalten? - Der Arzt/ die Ärztin hat die Pflicht Sie über das Recht auf Zweitmeinung aufzuklären. <p><i>Bei jedem aufgeführten Punkt wird folgendes erfragt: War das der Inhalt des Gesprächs? Was haben Sie dabei empfunden?</i></p> <p>Dabei muss:</p> <ul style="list-style-type: none"> à eine Zweitmeinung mindestens 10 Tage vor dem Eingriff stattfinden <p>Der Arzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> à muss Sie darauf hinweisen, dass die Zweitmeinung nicht in der Einrichtung eingeholt werden kann, wo der Eingriff durchgeführt werden soll à muss Sie darauf hinweisen, dass die Zweitmeinung nur von Ärztinnen und Ärzten erbracht werden kann, die eine Genehmigung zur Erteilung einer Zweitmeinung nach Richtlinie haben. à muss Sie darüber informieren, wo Sie einen für eine Zweitmeinung geeigneten Arzt oder eine geeignete Ärztin finden à muss Ihnen das Patientenmerkblatt und die Entscheidungshilfen aushändigen à muss Ihnen deutlich machen, dass Sie Abschriften / Kopien von Befundunterlagen für die Zweitmeinung mitnehmen können <ul style="list-style-type: none"> -Wie haben Sie dieses Gespräch empfunden? - Wie würden Sie die Beziehung zu Ihrem behandelnden Arzt bzw. Ihrer behandelnden Ärztin beschreiben? -Was haben Sie gedacht, als Ihr Arzt/ Ihre Ärztin über das Recht auf ZM aufgeklärt hat? 	

			<p>-Hat die Aufklärung die Beziehung zum/zur Ärzt*in verändert? Wenn ja, wie?</p> <p>-Wenn Sie sich entscheiden würden, eine ZM bei einem anderen Arzt einzuholen, würden Sie Ihrem/r Ärzt*in davon erzählen? Begründen Sie.</p> <p>-Inwieweit hat Ihnen das Aufklärungsgespräch über das Recht auf Einholung einer Zweitmeinung für ihre Entscheidung für oder gegen eine Operation geholfen? Was haben Sie dabei empfunden?</p> <p>-Welche Informationen hätten Sie sich (noch) im Aufklärungsgespräch über das Recht auf Einholung einer Zweitmeinung gewünscht?</p>	
--	--	--	---	--

	Leitfrage / Erzählimpuls	Check Aspekte	Konkretisierende Fragen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen
3.	-Welche Informationsmaterialien und Unterlagen wurden Ihnen von Ihrem erstbehandelnden Arzt oder der Ärztin empfohlen bzw. mitgegeben?	<p>- Nutzung und Bewertung von Informationsmaterialien, insbesondere Patientenmerkblatt und Entscheidungshilfen</p> <p>- Entscheidungshilfen Digital/ analog</p> <p>- Weitere Informationsplattformen (Webseiten im Internet, Foren, Social Media,...)</p>	<p>-Patientenmerkblatt: Können Sie noch einmal kurz zusammenfassen, was in dem Patientenmerkblatt stand? Wie informativ war das Patientenmerkblatt? Inwieweit hat Sie das Patientenmerkblatt bei Ihrer Entscheidung für oder gegen eine OP unterstützt?</p> <p>-Entscheidungshilfen: Wie haben Sie auf die Entscheidungshilfen zugegriffen? Wie war Ihr erster Eindruck, als Sie die Entscheidungshilfen gesehen haben? Wie informativ waren die Entscheidungshilfen? Welche Informationen hätten Sie sich noch gewünscht? Inwieweit haben Ihnen die Entscheidungshilfen bei Ihrer Entscheidung für oder gegen eine OP geholfen?</p> <p>-Welche Informationsmaterialien haben Sie genutzt, als Sie vor der Entscheidung für oder gegen eine OP standen?</p> <p>-Wie sind Sie bei der Suche nach (weiteren) Informationen vorgegangen?</p>	<p>Nonverbale Aufrechterhaltung</p> <p>Könnten Sie dazu bitte ein Beispiel nennen?</p> <p>Können Sie darauf bitte näher eingehen?</p> <p>Wie sehen Sie das?</p> <p>Auf welche Weise wird das deutlich?</p> <p>Wie erleben Sie das?</p>

		<ul style="list-style-type: none">- Weitere Informationsquellen (andere Ärzt*innen, Familie/Freunde,...)- Zugang zu Informationen	<ul style="list-style-type: none">- Über welche sozialen Kontakte und Medien haben Sie sich informiert? Wie hilfreich waren diese?- Über welche Informationsplattformen im Internet haben Sie sich informiert? Wie hilfreich waren diese?-Wie einfach oder wie schwer war es für Sie, die Informationen zu erhalten, die Sie benötigten?	
--	--	--	--	--

	Leitfrage / Erzählimpuls	Check Aspekte	Konkretisierende Fragen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen
4.1	<p>Haben Sie eine Zweitmeinung in Anspruch genommen?</p> <p><i>Wenn Zweitmeinung in Anspruch genommen wurde:</i></p> <p>Bitte erinnern Sie sich zurück an den Besuch bei dem zweitmeinenden Arzt/Ärztin. Wie lief das Zweitmeinungsgespräch ab?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Zugang zu Informationen über Zweitmeiner*in (online; Plattform, Krankenkassen) - Informationen im Zweitmeinungsgespräch - Bewertung des Zweitmeinungsgesprächs (Vor- und Nachteile OP, Therapiealternativen, Interessenkonflikte und finanzielle Beziehungen) - Informationsbedarf - Ablauf des Gesprächs (Art des Gesprächs, erneute Untersuchungen des/der Zweitmeiner*in, Nutzung von Befundunterlagen des EM, Mitgabe von Informationsmaterialien/anderen Unterlagen) - Informierte Entscheidungsfindung - Auswirkung der Coronapandemie 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie sind Sie bei der Suche nach einem zweitmeinenden Arzt/Ärztin vorgegangen? Wo haben Sie gesucht? Wer hat sie dabei unterstützt? - Wie gut wurden Sie über Vor- und Nachteile sowie Folgen und Konsequenzen einer möglichen Operation informiert? - Wie gut wurden Sie über mögliche alternative Behandlungsmöglichkeiten / Strategien (inkl. Watchful Waiting) und deren Vor- und Nachteile informiert? - Welche Empfehlung bzgl. einer Operation hat Ihnen der / die Zweitmeiner*in ausgesprochen? Wie war das für Sie? Wie haben Sie sich dabei gefühlt? - Inwieweit hat der / die zweitmeinende Ärzt*in Sie darauf hingewiesen, dass er /sie Sie nicht operieren darf? Was haben Sie dabei empfunden? - Welche Informationen hätten Sie sich (noch) gewünscht? - In welchem Rahmen hat ihr Gespräch stattgefunden (persönlich oder telemedizinisch)? - Welche Untersuchungen hat der/die zweitmeinende Ärzt*in bei Ihnen durchgeführt? - Welche (Befund-) Unterlagen hat der/die zweitmeinende Ärzt*in genutzt? (Check: wurden Befundunterlagen vom EM zur Verfügung gestellt/ ausgehändigt?) - Welche Informationsmaterialien und Unterlagen wurden Ihnen von dem Arzt empfohlen bzw. mitgegeben? - Wie hilfreich war das Zweitmeinungsgespräch, als Sie vor der Entscheidung für oder gegen OP standen? Was fanden Sie an dem Gespräch besonders gut/herausfordernd? - Welchen Einfluss hatte die Einholung einer ZM auf Ihre Beziehung zur/zum erstbehandelnden Arzt/Ärztin? Hat sich etwas verändert? Und wenn ja, was? 	<p>Nonverbale Aufrechterhaltung</p> <p>Könnten Sie dazu bitte ein Beispiel nennen?</p> <p>Können Sie darauf bitte näher eingehen?</p> <p>Wie sehen Sie das?</p> <p>Auf welche Weise wird das deutlich?</p> <p>Wie erleben Sie das?</p>

		- Arzt-Patienten-Beziehung	- Welchen Einfluss hatte die Coronapandemie auf die Einholung einer Zweitmeinung? (Check: Hat sich der Prozess der Einholung einer ZM verzögert? Welchen Einfluss hat die Coronapandemie auf die Terminvergabe bei dem/der Zweitmeiner*in?)	
	Leitfrage / Erzählimpuls	- Check Aspekte	- Konkretisierende Fragen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen
4.2	Haben Sie eine Zweitmeinung in Anspruch genommen? <i>Wenn keine Zweitmeinung:</i> Warum haben Sie keine Zweitmeinung in Anspruch genommen? Bitte beschreiben Sie.	- Gründe für oder gegen eine Zweitmeinung - Auswirkung der Coronapandemie	- Inwieweit bestand der Wunsch nach einer Zweitmeinung? - <i>Kein Wunsch:</i> Warum haben Sie sich keine Zweitmeinung gewünscht? - <i>Wunsch:</i> Warum hätten Sie sich eine Zweitmeinung gewünscht? - Welchen Einfluss hatte die Coronapandemie auf die Einholung der Zweitmeinung? (Check: Hatten Sie Angst sich vor Ort anzustecken? Inwieweit haben Sie die bestehenden Schutzmaßnahmen (z.B. Maske tragen) an einem Arztbesuch gehindert?)	
5.	Wie ging es dann für Sie weiter (nach dem Zweitmeinungsgespräch)? Bitte beschreiben Sie den gesamten Verlauf.	- OP ja/nein - Verlauf nach OP bzw. keiner OP - Drittmeinung - medizinisch-notwendig bzw. nicht-notwendige Indikationsstellungen - Auswirkung der Coronapandemie	- Inwieweit fiel es Ihnen schwer/leicht eine Entscheidung für oder gegen eine OP zu fällen? Was hat Ihnen dabei geholfen? -Haben Sie weitere ärztliche Meinungen in Anspruch genommen? (Drittmeinung) Und wenn ja, warum? - Haben Sie sich für oder gegen eine Operation entschieden? - <i>Wenn OP:</i> Wann wurden Sie operiert? - Wie verlief der Heilungsprozess? - Wie zufrieden sind bzw. waren Sie mit der OP? - <i>Wenn Nicht-OP:</i> Für welche Therapiealternativen haben Sie sich entschieden? - Wie zufrieden sind bzw. waren Sie mit der Therapiealternative? - Wenn Sie noch einmal die Wahl hätten: Würden Sie sich wieder operieren / nicht operieren lassen und warum?	Nonverbale Aufrechterhaltung Könnten Sie dazu bitte ein Beispiel nennen? Können Sie darauf bitte näher eingehen? Wie sehen Sie das? Auf welche Weise wird das deutlich? Wie erleben Sie das?

			- Welchen Einfluss hatte die Coronapandemie auf Ihre Operation und/oder den weiteren Verlauf? (Check: Hat sich die OP aufgrund der Pandemie verzögert? Haben Sie aufgrund der Angst vor einer Infektion keine OP in Anspruch genommen?)	
--	--	--	---	--

Abschluss

- Den Interviewpartner über das bevorstehende Ende des Interviews informieren, oder diesen Abschnitt anwenden, falls der Interviewpartner signalisiert, dass das Gespräch zu Ende geht.
- Erneut auf Datenschutz hinweisen, versichern, dass alle Informationen bei Bedarf vertraulich behandelt werden
- Dankbarkeit und Wertschätzung für die Zeit, die Mühe und die aus dem Gespräch resultierende Belastung ausdrücken
- Visitenkarte / Informationsblatt für allfällige Fragen überreichen

Demographische Daten:

Alter:	Geschlecht:
Indikation	Einwohnerzahl

Höchster Schulabschluss	Beruf
Höchster Berufsabschluss	Familienstand

Interviewleitfaden : Qualitative Stakeholderbefragung

- Bewertung der Zweitmeinungsrichtlinie und deren Umsetzung
- Relevante Informationen aus Sicht der Stakeholder
- Informationsplattformen und Kommunikation der Informationen durch die Stakeholder/ Abstimmung zwischen den Stakeholdern
- Identifikation Umsetzungshindernisse
- Bewertung Zuweiserverhalten

•

Leitfrage/ Erzählimpuls	Checkaspekte	Konkretisierende Fragen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen
<p>Warm-up</p> <p>-Bitte stellen Sie sich und Ihre aktuelle Position/ Funktion einmal vor.</p> <p>-Welche Erfahrungen haben Sie mit der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren bereits gemacht?</p>			
<p>Wie bewerten Sie die Umsetzung der aktuellen Richtlinie?</p>	<p>Umsetzung der Zm-RL</p> <p>Chancen/ Risiken</p>	<p>Inwieweit sind Sie an der Umsetzung der Zm-RL beteiligt?</p> <p>Was läuft aus Ihrer Sicht gut?</p> <p>Wo gibt es aus Ihrer Sicht Verbesserungsbedarf?</p> <p>Welche Herausforderungen haben Sie bereits beobachten können?</p> <p>Wie reagieren Patient*innen/ Betroffene auf das Recht auf ZM? Welche Rückmeldungen haben Sie hierzu erhalten?</p> <p>Wie reagieren Ärzt*innen das Recht auf ZM? Welche Rückmeldungen haben Sie hierzu erhalten? Welche Beobachtungen haben Sie hinsichtlich der Umsetzung gemacht?</p>	<p>Können Sie dazu noch mehr erzählen?</p> <p>Und dann?</p> <p>Wie war das für Sie?</p> <p>Wie sehen Sie das? Können Sie darauf bitte näher eingehen?</p>

			<p>Könnten Sie dazu bitte ein Beispiel nennen?</p> <p>Wie meinen Sie das konkret?</p>
<p>Sie sind ja an der Informationsvermittlung hinsichtlich der Umsetzung der Zm-RL beteiligt. Wie läuft das ab?</p>	<p>Art Informationsvermittlung</p>	<p>An welchen Stellen des Gesundheitssystems geben Sie Informationen zur Umsetzung der Zm-RL heraus?</p> <p>Welche Informationen sind das?</p> <p>Wie aufwendig ist es, diese Informationen zur Verfügung zu stellen?</p> <p>Inwieweit stimmen Sie sich mit anderen Stakeholdern ab?</p> <p>Wie kommunizieren Sie miteinander?</p> <p>Auf welchen Plattformen kommunizieren Sie?</p> <p>Wer bestimmt, welche Inhalte veröffentlicht werden?</p> <p>Nutzen Sie andere Medien als das Internet?</p> <p>Gibt es rechtliche Rahmenbedingungen, die Sie erfüllen müssen? Wenn ja, welche?</p> <p>Wie leicht oder wie schwer ist es, die Vorgaben zu erfüllen?</p>	

<p>Macht eine leitliniengerechte Versorgung eine ZM überflüssig? Was halten Sie davon?</p>	<p>Rolle der ZM bei leitliniengerechter Behandlung</p>	<p>-Wenn alle Ärzt:innen leitliniengerecht behandeln würden, dann müssten doch Patient:innen keine ZM mehr einholen, oder? Wie stehen Sie zu dieser Frage.</p> <p>- In welchem Verhältnis stehen eine leitliniengerechte Behandlung und die Möglichkeit, eine ZM in Anspruch zu nehmen?</p> <p>-Hat die ZM ihre Daseinsberechtigung und welche positiven Aspekte bringt die Einholung einer ZM mit sich?</p>	
--	---	--	--

Soziodemografie

Berufszugehörigkeit:

Alter:

Geschlecht:

Selektionskriterien

Anhang zum Kooperationsvertrag

zur Umsetzung des Forschungsvorhabens EvaZweit,

auf Grundlage der Beauftragung des

G-BA vom 30.03.2021/ 09.04.2021

gem. § 10 Zm-RL

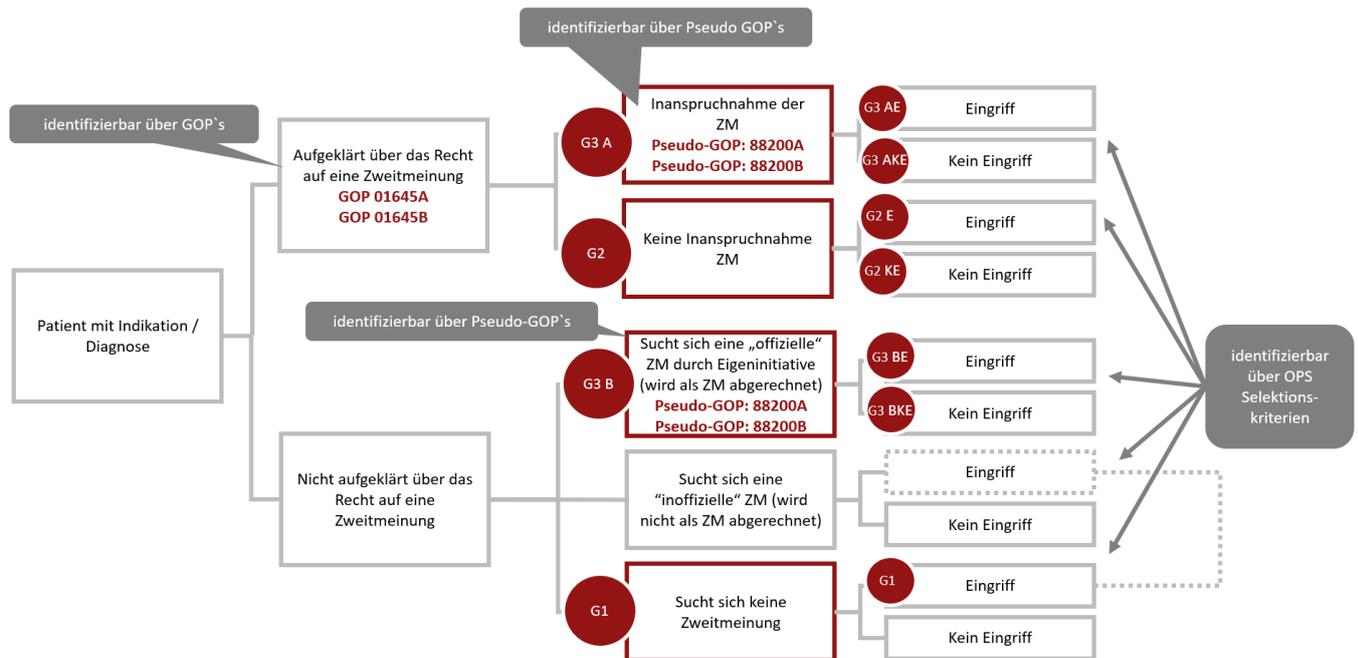
Auftragskennzeichen: Buc

VERTRAULICH

Selektionskriterien für die Patientenbefragung und die Routinedatenanalyse im Projekt EvaZweit

Stand: 01.03.2022

Darstellung der verschiedenen Patientengruppen (G), die für die Erhebung identifiziert werden.



Anmerkung zur Befragung:

- Es gibt drei Fragebogenvarianten:
 - o Tonsillektomie / Tonsillotomie Kinder und Jugendliche
 - o Tonsillektomie / Tonsillotomie Erwachsene
 - o Hysterektomie
- Pro Indikation erhalten alle Gruppen (G1, G2, G3 A u. G3 B) inhaltlich den gleichen Fragebogen. Um die Gruppen bei der Auswertung unterscheiden zu können, erhalten die Fragebögen eine gruppenspezifische Kennzeichnung.

Zusätzliche Informationen, die von den Krankenkassen benötigt werden:

- Anzahl Versicherte pro Landkreis, getrennt nach:
 - o Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren
 - o Erwachsene ab 18 Jahren: weiblich
 - o Erwachsene ab 18 Jahren: männlich

Gruppe 1 (G1): Patientinnen und Patienten mit Eingriff ohne Zweitmeinung und ohne Aufklärung über Recht auf Zweitmeinung

Patientenbefragung	Routinedaten
<p>Tonsillektomie / Tonsillotomie (Inkrafttreten des Zweitmeinungsverfahrens: 8.12.2018) Zeitraum stationär Q1 2019 – Q4 2021 Zeitraum ambulant Q1 2019 – Q4 2021</p> <p>Hysterektomie (Inkrafttreten des Zweitmeinungsverfahrens: 8.12.2018) Zeitraum stationär Q1 2019 – Q2 2021</p> <ul style="list-style-type: none"> o Um Erinnerungsverzerrungen entgegenzuwirken sollten möglichst aktuelle Fälle angeschrieben werden. o Wenn die Krankenkasse mehr Fälle hat als für die Befragung nötig sind, sind die jeweils aktuellsten Fälle zu selektieren. o Sofern zwei der definierten Indikationen vorliegen, erfolgt die Ansprache nur für die aktuellste Indikation. o Das berücksichtigte Alter entspricht dem vollendeten Alter zum Leistungsdatum. <p>Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien (siehe unten)</p>	<p>Kriterien/Gruppen genau wie für Patientenbefragung, jeweils aggregiert nach Landkreis und Quartal</p> <ul style="list-style-type: none"> o <i>Pro Gruppe und Indikation aufgeschlüsselt nach: Landkreis und Quartal</i> o Bei den Häufigkeiten geht es um Versicherte, nicht um Fälle o Tonsillektomie/Tonsillotomie: Darstellung getrennt für Kinder und Jugendliche (< 18 Jahre) vs. Erwachsene (ab 18 Jahre) <p>Unterschied zu den Selektionskriterien der Versichertenbefragung:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Verstorbene und Nicht-mehr-bei-der-Kasse-Versicherte werden in der Routinedatenanalyse berücksichtigt o Tonsillektomie / Tonsillotomie Zeitraum stationär Q1 2016 – Q4 2021 Zeitraum ambulant Q1 2016 – Q4 2021 o Hysterektomie Zeitraum stationär Q1 2016 – Q4 2021 <p>Das Routinedatenblatt stellt den Krankenkassen für die Selektion eine Liste mit PLZ zur Verfügung. Die PLZ werden den Patient*innen zugeordnet nicht den Ärzten*innen. Nach der Selektion werden die Daten von den Krankenkassen auf Landkreisebene aggregiert und dargestellt, um die Anonymisierung sicherzustellen.</p>

Ein- und Ausschlusskriterien über OPS-Codes

Tonsillektomie / Tonsillotomie

Einschlusskriterien:

- Ambulante und stationäre Prozeduren mit OPS-Code:
 - 5-281
 - 5-281.0 Mit Dissektionstechnik
 - 5-281.2 Radikal, transoral
 - 5-281.3 Radikal, durch Pharyngotomie
 - 5-281.5 Partiiell, transoral, Inkl.: Tonsillotomie
 - 5-281.x Sonstige
 - 5-281.y N.n.bez.
 - 5-282*
 - 5-282.0 Mit Dissektionstechnik
 - 5-282.1 Tonsillektomie mit Adenotomie: Partiiell, transoral inkl.: Tonsillotomie
 - 5-282.x Sonstige
 - 5-282.y N.n.bez.
 - Alle Altersgruppen (bei Kindern und Jugendlichen < 18 Jahre werden die Erziehungsberechtigten angeschrieben)

(Anmerkung: 5-281.1 die Abszesstonsillektomie ist in aller Regel ein Notfalleingriff und deshalb nicht Teil der Zm-RL)

Ausschlusskriterien:

- Ambulante (gesichert) und Stationäre (alle Diagnosearten) Diagnosen mit ICD-Code:
 - J36 Peritonsillarabszess
Inkl.: Phlegmone, peritonsillär, Tonsillarabszess (Diese Indikationen haben keine gesonderten ICD-Codes)
Exkl.: Retropharyngealabszess (J39.0), Tonsillitis: akut (J03.-), Tonsillitis: chronisch (J35.0), Tonsillitis: o.n.A. (J03.9)
- C00-C14 Bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx
 - C76.- Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen
 - C77.- Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten
 - C78.- Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
 - C79.- Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen
 - C80.- Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation
- Aktuell nicht mehr bei der Krankenkasse versichert
- Verstorbene
- Notfälle
 - Ambulant Technische Anlagen für DTA nach §295 (Anlage 6 BMV-Ä) für amb. Ärztliche Versorgung (KV), Seite 22, Punkt 2/2.3.1, Arte der Inanspruchnahme
 - „N“ Notfallschein
 - Stationär Technischer Anlage für DTA nach § 301 (Anlage 1 Seite 6) Aufnahmesatz, Segment Aufnahme, Schlüssel 1 Aufnahmegrund, 3. und 4. Stelle
 - 07 Notfall

Zusätzlicher Ausschluss bei Versichertenbefragung: Alle Patienten die in G2 und G3A / B fallen (dito bei Routinedatenanalyse, wenn die Fallunterscheidung „mit Eingriff (E)“ vs. „kein Eingriff (KE) möglich ist)

Hysterektomie

Einschlusskriterien:

- Ab dem vollendeten 18. Lebensjahr
- Stationäre Prozeduren mit OPS-Code:
 - 5-682*
 - 5-682.0 Suprazervikal
 - 5-682.1 Supravaginal
 - 5-682.2 Hemihysterektomie (bei Uterus bicornis)
 - 5-682.x Sonstige
 - 5-682.y N.n.nbez.
 - 5-683*
 - 5-683.0 Ohne Salpingoovariektomie
 - 5-683.1 Mit Salpingoovariektomie, einseitig
 - 5-683.2 Mit Salpingoovariektomie, beidseitig
 - 5-683.5 Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, ohne Salpingoovariektomie, Inkl.: Bei Endometriose
 - 5-683.6 Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, mit Salpingoovariektomie, einseitig, Inkl.: Bei Endometriose
 - 5-683.7 Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, mit Salpingoovariektomie, beidseitig, Inkl.: Bei Endometriose
 - 5-683.x Sonstige
 - 5-683.y N.n.nbez.
 - 5-685*
 - 5-685.0 *Ohne Lymphadenektomie*
 - 5-685.00 Offen chirurgisch (abdominal)
 - 5-685.01 Vaginal
 - 5-685.02 Vaginal, laparoskopisch assistiert
 - 5-685.03 Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
 - 5-685.0x Sonstige
 - 5-685.1 Mit pelviner Lymphadenektomie
 - 5-685.2 Mit paraaortaler Lymphadenektomie
 - 5-685.3 Mit pelviner und paraaortaler Lymphadenektomie
 - 5-685.4 *Totale mesometriale Resektion des Uterus [TMMR]*

Info: Diese Form der radikalen Uterusexstirpation beinhaltet die Freilegung und Schonung der Nervi splanchnici lumbales, der Plexus hypogastrici superiores, der Nervi hypogastrici, der Plexus hypogastrici inferiores und der bilateralen Gefäß-Nerven-Versorgung der Harnblase

 - 5-685.40 Ohne Lymphadenektomie
 - 5-685.41 Mit pelviner Lymphadenektomie

Inkl.: Resektion zusätzlicher Lymphknotenstationen, z.B. präsakrale Lymphknoten, Glutea-superior- und Glutea-inferior-Lymphknoten
 - 5-685.42 Mit paraaortaler Lymphadenektomie
 - 5-685.43 Mit pelviner und paraaortaler Lymphadenektomie

Inkl.: Resektion zusätzlicher Lymphknotenstationen, z.B. präsakrale Lymphknoten, Glutea-superior- und Glutea-inferior-Lymphknoten
 - 5-685.4x Sonstige
 - 5-685.x Sonstige
 - 5-685.y N.n.nbez.

Ausschlusskriterien:

- Stationäre Diagnosen mit ICD-Code:
 - D06 Carcinoma in situ der Cervix uteri
 - C51-58 Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane
 - C76.- Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen
 - C77.- Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten
 - C78.- Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
 - C79.- Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen
 - C80.- Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation

- Kinder und Jugendliche < 18 Jahre
- Männer
- Aktuell nicht mehr bei der Krankenkasse versichert
- Verstorbene
- Notfälle
 - Ambulant Technische Anlagen für DTA nach §295 (Anlage 6 BMV-Ä) für amb. Ärztliche Versorgung (KV), Seite 22, Punkt 2/2.3.1, Arte der Inanspruchnahme
 - „N“ Notfallschein
 - Stationär Technischer Anlage für DTA nach § 301 (Anlage 1 Seite 6) Aufnahmesatz, Segment Aufnahme, Schlüssel 1 Aufnahmegrund, 3. und 4. Stelle
 - 07 Notfall

Zusätzlicher Ausschluss bei Versichertenbefragung: Alle Patienten die in G2 und G3A / B fallen (dito bei Routinedatenanalyse, wenn die Fallunterscheidung „mit Eingriff (E)“ vs. „kein Eingriff (kE) möglich ist)

Gruppe 2 (G2): Patientinnen und Patienten ohne Zweitmeinung aber mit Aufklärung über Recht auf Zweitmeinung

Patientenbefragung	Routinedaten
<p>1. Selektion über GOP`s, um alle zu identifizieren, die eine Aufklärung erhalten haben:</p> <p>Tonsillektomie / Tonsillotomie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ GOP 01645A ▪ Zeitraum: Q1 2019 – Q4 2021 <p>Hysterektomie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ GOP 01645B ▪ Zeitraum: Q1 2019 – Q4 2021 <p>Exklusion der Fälle, in denen eine Zweitmeinung stattgefunden hat über Symbolnummer 88200A oder 88200B (vgl. Einschlusskriterien G3)</p>	<p>Kriterien/Gruppen grundsätzlich analog wie für Patientenbefragung, jeweils aggregiert nach Landkreis und Quartal</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Pro Gruppe und Indikation aufgeschlüsselt nach: Landkreis und Quartal</i> ○ Bei den Häufigkeiten geht es um Versicherte, nicht um Fälle ○ Tonsillektomie/Tonsillotomie: Darstellung getrennt für Kinder und Jugendliche (< 18 Jahre) vs. Erwachsene (ab 18 Jahre) <p><i>Zusätzlich Unterscheidung, ob Eingriff stattgefunden hat oder nicht (G2E und G2 KE):</i> Selektion über OPS-Codes, um unterscheiden zu können, ob ein Eingriff stattgefunden hat (G2E) oder nicht (G2 KE) – OPS-Codes siehe Einschlusskriterien)</p> <p>Das Routinedatenblatt stellt den Krankenkassen für die Selektion eine Liste mit PLZ zur Verfügung. Die PLZ werden den Patient*innen zugeordnet nicht den Ärzten*innen. Nach der Selektion werden die Daten von den Krankenkassen auf Landkreisebene aggregiert und dargestellt, um die Anonymisierung sicherzustellen.</p>

Gruppen 3 (G3 A und G3 B): Patienten mit Zweitmeinung in Abhängigkeit, ob eine Aufklärung stattgefunden hat

- **G3A mit Aufklärung**
- **G3B ohne Aufklärung**

Patientenbefragung	Routinedaten
<p>Tonsillektomie / Tonsillotomie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kennzeichnung 88200A als Symbolnummer ODER wenn zusätzliche Leistungen im Rahmen der ZM erbracht wurden: ▪ Mandeloperation wird in der Spalte Zweitmeinung dokumentiert (01) ODER ▪ Kennzeichnung 88200A in der Spalte Abrechnungsbegründung als Freitext ▪ Es werden alle Kennzeichnungen durch den Arzt im Freitext eingeschlossen, die 	<p>Kriterien/Gruppen genau wie für Patientenbefragung, jeweils aggregiert nach Landkreis und Quartal</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Pro Gruppe und Indikation aufgeschlüsselt nach: Landkreis und Quartal</i> ○ Bei den Häufigkeiten geht es um Versicherte, nicht um Fälle ○ Tonsillektomie/Tonsillotomie: Darstellung getrennt für Kinder und Jugendliche (< 18 Jahre) vs. Erwachsene (ab 18 Jahre)

<p>auf die Erbringung der Leistung einer Zweitmeinung nach Richtline und /oder Aufklärung über die Zweitmeinung nach Richtlinie hinweisen</p> <p>Ausschluss im gleichen Abrechnungsvorgang: GOP 01645 (→ Kennzeichnung im Rahmen der Überweisung zur Zweitmeinung – Anmerkung: z.T. rechnen Ärzte ZM und Aufklärung im selben Vorgang ab, was nicht sein kann)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zeitraum: Q1 2019 – Q4 2021 <p>Hysterektomie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kennzeichnung 88200B als Symbolnummer ODER wenn zusätzliche Leistungen im Rahmen der ZM erbracht wurden: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gebärmutterentfernung wird in der Spalte Zweitmeinung dokumentiert (02) ODER ▪ Kennzeichnung 88200B in der Spalte Abrechnungsbegründung als Freitext ▪ Es werden alle Kennzeichnungen durch den Arzt im Freitext eingeschlossen, die auf die Erbringung der Leistung einer Zweitmeinung nach Richtline und /oder Aufklärung über die Zweitmeinung nach Richtlinie hinweisen ▪ Ausschluss im gleichen Abrechnungsvorgang: GOP 01645 (→ Kennzeichnung im Rahmen der Überweisung zur Zweitmeinung) ▪ Zeitraum: Q1 2019 – Q4 2021 <p>Fallunterscheidung in G3 A und G3 B, abhängig davon, ob Aufklärung stattgefunden hat oder nicht über GOP 01645 A und GOP 01645 B:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei Abrechnung GOP 01645 A / GOP 01645 B -> G3 A - wenn keine GOP 01645 A / GOP 01645 B abgerechnet wurde ->G3 B 	<p><i>Zusätzlich Unterscheidung, ob Eingriff stattgefunden hat oder nicht (G3A in G3 AE und G3 AKE; G3 B in G3BE und G3 BKE und G3 BKE):</i></p> <p>Selektion über OPS-Codes, um unterscheiden zu können, ob ein Eingriff stattgefunden hat (G3 AE und G3 BE) oder nicht (G3 AKE und G3 BKE) – OPS-Codes siehe Einschlusskriterien)</p> <p>Das Routinedatenblatt stellt den Krankenkassen für die Selektion eine Liste mit PLZ zur Verfügung. Die PLZ werden den Patient*innen zugeordnet nicht den Ärzten*innen. Nach der Selektion werden die Daten von den Krankenkassen auf Landkreiseben aggregiert und dargestellt, um die Anonymisierung sicherzustellen.</p>
--	--