

# Tragende Gründe



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

## **zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren: Aufnahme des Eingriffs Schulterarthroskopie in den Besonderen Teil sowie Anpassungen im Allgemeinen und Besonderen Teil der Richtlinie**

Vom 22. November 2019

### Inhalt

1.	Rechtsgrundlage .....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
3.	Zu den Änderungen im Einzelnen .....	2
4.	Verfahrensablauf .....	6
5.	Fazit .....	6

## 1. Rechtsgrundlage

Mit dem zum 23. Juli 2015 in Kraft getretenen Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, GKV-VSG) haben Versicherte, bei denen die Indikation zu einem planbaren Eingriff gestellt wird, bei dem insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung seiner Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist, mit § 27b Fünftes Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) einen Anspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung erhalten. Gemäß § 27b Absatz 2 SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Aufgabe, in seiner Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V zu konkretisieren, für welche planbaren Eingriffe der Anspruch auf eine Zweitmeinung nach § 27b SGB V besteht. Es obliegt ihm ferner, indikationsspezifische Anforderungen an die Abgabe der Zweitmeinung sowie an die Erbringer einer Zweitmeinung festzulegen.

## 2. Eckpunkte der Entscheidung

Im Nachgang zur Erstfassung der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) wurden redaktionelle Anpassungen im Richtlinienentwurf vorgenommen.

Mit dem Änderungsbeschluss wird außerdem ein dritter Eingriff – Arthroskopie am Schultergelenk – in den Besonderen Teil der Richtlinie aufgenommen, für den künftig ein Anspruch auf Zweitmeinung besteht.

Auf der Grundlage der gesetzlichen Bestimmung in § 27b SGB V sind für das Zweitmeinungsverfahren planbare Eingriffe zu bestimmen. Bei der Auswahl der Eingriffe werden insbesondere der Nutzen für Patientinnen und Patienten durch eine Unterstützung der informierten Entscheidungsfindung und andere Ziele gemäß § 2 der Zm-RL, wie die Vermeidung medizinisch nicht notwendiger Eingriffe, berücksichtigt. Vorliegend wurden als Gesichtspunkte insbesondere Informationen zum Leistungsgeschehen, zu konservativen und weniger invasiven Therapiealternativen, zur Evidenzbasierung und zu anderen Verfahren und Instrumenten der Qualitätssicherung berücksichtigt.

## 3. Zu den Änderungen im Einzelnen

### Zu § 1 des Eingriffs 3 des Besonderen Teils

#### Zu Absatz 1

In § 1 Absatz 1 wird die Arthroskopie am Schultergelenk als neuer Eingriff 3, bei dem ein Anspruch auf Einholung einer Zweitmeinung besteht, festgelegt.

#### Eingriff

Mit der Indikationsstellung einer Ärztin oder eines Arztes zu einer Arthroskopie am Schultergelenk entsteht gemäß § 5 Absatz 1 Zm-RL der Anspruch der Patientin oder des Patienten auf Einholung einer Zweitmeinung.

Arthroskopische Eingriffe am Schultergelenk (OPS-Kode: 5-81\*) bei nicht traumatischen<sup>1</sup> Zuständen können verschiedene Gelenkstrukturen umfassen und diese mit unterschiedlicher Zielsetzung durch den operativen Eingriff verändern. Häufige Diagnosen, die zu diesem Eingriff führen, sind die Schultersteife („Frozen shoulder“, Adhäsive Kapsulitis ICD-10 GM: M75.0) und das „Subacromiale Schmerzsyndrom“ („subacromial pain syndrome“) /

---

<sup>1</sup> Als traumatisch bedingte Eingriffe sind solche anzusehen, die aufgrund von Unfällen oder Verletzungen entsprechend des Kapitels XIX der ICD-10 GM durchgeführt werden sollen.

„Engpassyndrom“ („Impingementsyndrom“, ICD-10 GM: M75.4). In der Regel dient der Eingriff dazu, Schmerzen zu reduzieren und eine eingeschränkte Gelenkmobilität zu verbessern oder zu beseitigen. Arthroskopische Eingriffe weisen die Besonderheit auf, dass zu Beginn des Eingriffs nicht immer klar ist, ob lediglich eine Diagnostik oder ob darüber hinaus ein Eingriff im Sinne einer beabsichtigten operativen Veränderung durchgeführt werden soll, insofern die Entscheidung ob eine ggf. beabsichtigte Veränderungen sich abhängig von den unmittelbar bei dem Eingriff festgestellten diagnostischen Befunden ändern kann. Gegenstand des Zweitmeinungsverfahrens sind somit sämtliche planbare arthroskopische Eingriffe bei Schulterläsionen (ICD 10 GM M75.\*).

### Planbarkeit

Gemäß § 27b Absatz 2 Satz 1 SGB V bestimmt der G-BA planbare Eingriffe, bei denen insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung ihrer Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist. Bei den elektiv durchführbaren arthroskopischen Eingriffen handelt es sich um planbare Eingriffe. Dies betrifft in der Regel Schulterläsionen nicht traumatischer Ursache, kann aber auch Eingriffe an der Schulter aufgrund von Verletzungen umfassen, insofern es sich nicht um Indikationen zu notfallmäßigen Eingriffen hierbei handelt, da diese zeitnah erfolgen müssen und somit das Kriterium der Planbarkeit nicht erfüllen.

### Mengenanfälligkeit

Bei den arthroskopischen Eingriffen am Schultergelenk handelt es sich um mengenanfällige Eingriffe im Sinne des § 27b SGB V. Dies zeigt sich durch einen Anstieg der Leistungszahlen in der Vergangenheit, regionale und überregionale Schwankungen sowie Steigerungen der Eingriffszahlen teils auch im internationalen Vergleich. So ist die Zahl der vollstationären Krankenhausfälle mit der Hauptdiagnose M75.- (Schulterläsionen) und mindestens einer kodierten Prozedur aus dem Bereich der OPS-Ziffern 5.81 (Arthroskopische Gelenkoperationen) insgesamt von 2010 bis 2014 von rund 88.000 auf rund 93.000 angestiegen, ohne weiteren Anstieg in den Jahren ab 2011<sup>2</sup>. Ein erheblicher Anstieg war zuvor in den Jahren bis 2010 zu verzeichnen. Für die Eingriffe mit der Hauptdiagnose M75.0 (Adhäsive Entzündung der Schultergelenkkapsel inkl. Frozen shoulder, Periarthropathia humeroscapularis) war zwischen 2010 und 2014 ein Anstieg von rund 3.400 auf rund 3.700 Fälle zu verzeichnen, für Eingriffe mit der Hauptdiagnose M75.4 (Impingement-Syndrom der Schulter) liegt die Fallzahl in diesem Zeitraum zwischen rund 44.000 und rund 50.000<sup>2</sup>.

Ein Gutachten aus Bayern aus dem Jahr 2016 zeigt für arthroskopische Schulteroperationen, dass die durchschnittliche OP-Häufigkeit statistisch auffällig höher ist als der Durchschnitt dieser Leistung über die restlichen 306 in der Studie gebildeten deutschen Regionen<sup>3</sup>. Zudem werden erhebliche regionale Variationen der Eingriffshäufigkeiten in Bayern auch für den Bereich der vertrags- und belegärztlichen Leistungserbringung sowie für Hauptabteilungen angeführt. Als Beispiel hierfür werden arthroskopische Schulteroperationen in drei bayrischen Landkreisen genannt. Regionale Morbiditätsrisiken haben hier keinen Einfluss auf die Form der Leistungserbringung.

Eine Analyse der regionalen Variationen bei Schulter-Arthroskopien in der Schweiz zeigte dort eine mehr als 36-fache Variation der Anzahl der Schulterarthroskopien<sup>4,5</sup> bzw. war das

---

2 Statistisches Bundesamt 2016 (DRG-Statistik 2010-2014; Fälle mit einer Hauptdiagnose M75 in Verbindung mit einem OPS-Kode 5-81\*)

3 Drösler et al. 2016. Möglichkeiten der Berücksichtigung von Besonderheiten der Versorgungsstrukturen als modifizierender Faktor des risikoadjustierten Behandlungsbedarfs im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung. Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB)

4 Eikermann M & Pieper D. Unterschiede in der Häufigkeit von Gesundheitsleistungen – ist alles unethisch? D. Unfallchirurg 2014(117): 413-419

5 Widmer et al. Regional variation in orthopedic surgery in Switzerland. Health Place. 2009 Sep; 15(3):761-8.

Ausmaß der Variation bei der Arthroskopie der Schulter wesentlich größer, als bei allen anderen untersuchten Eingriffen<sup>6</sup>.

Diese Studie sowie das oben genannte Gutachten lassen den Schluss zu, dass insbesondere im Bereich der Schulterarthroskopie auch in Deutschland die Gefahr einer Indikationsausweitung auf regionaler Ebene besteht. Auch wenn die Eingriffszahlen auf Bundesebene derzeit nicht weiter steigen, fallen doch regionale Unterschiede in der Eingriffsmenge auf, die eine Mengenanfälligkeit nahelegen. Der Gefahr einer Indikationsausweitung, die hier nicht auszuschließen ist, soll mit dem Zweitmeinungsverfahren zu planbaren arthroskopischen Eingriffen am Schultergelenk begegnet werden.

### Andere Verfahren und Instrumente der Qualitätssicherung

Andere Verfahren zur Qualitätssicherung oder Instrumente der Mengensteuerung in Bezug auf arthroskopische Eingriffe an der Schulter haben nicht die zentrale Frage nach der Indikationsstellung zum Eingriff zum Gegenstand oder existieren derzeit nicht. Somit kann ein Zweitmeinungsverfahren transsektoral der Gefahr einer Mengenausweitung entgegenwirken.

### Konservative und weniger invasive Therapiealternativen

Für unterschiedliche Erkrankungen bzw. nicht-traumatisch bedingte Schulterproblematiken stehen konservative Behandlungsverfahren (u. a. Physiotherapie, Arzneimitteltherapie) mit dem Ziel der Mobilisierung und Schmerzlinderung zur Verfügung. Um in der Zweitmeinungsberatung zu erreichen, dass ggf. weniger Schulterarthroskopien bzw. mehr nichtinvasive Verfahren zur Behandlung von Schulterläsionen erwogen werden, ist der Kreis der Fachrichtungen auf Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Physikalische und Rehabilitative Medizin eingegrenzt.

### Indikationsstellung und Evidenzbasierung

In einer umfassenden Analyse verschiedener Eingriffe zur Behandlung der Schultersteife (u.a. Physiotherapie, verschiedene physikalische Therapien, Injektionen, Manipulation der Schulter unter Anästhesie) wurden in einer systematischen Übersichtsarbeit lediglich zwei Fallserien identifiziert, die nur sehr begrenzte Aussagen zur arthroskopischen Gelenkrevision zuließen<sup>7</sup>. In einer weiteren Übersichtsarbeit, die im Wesentlichen zu denselben Interventionen bei Schultersteife durchgeführt wurden, wurden ebenfalls keine kontrollierten Studien zur Arthroskopie gefunden. Es konnten jedoch eine Reihe von kontrollierten Studien zu anderen Interventionen (u. a. Physiotherapie, Injektionen) eingeschlossen werden. In einer weiteren Übersichtsarbeit<sup>8</sup>, in der u. a. nach allen randomisierten, kontrollierten Studien zu arthroskopischen Eingriffen an der Schulter gesucht wurde, konnte zwar eine erhebliche Zahl solcher Studien identifiziert werden. Diese galten jedoch dem Vergleich arthroskopischer Techniken, dem Vergleich zu offener Chirurgie oder es waren andere Erkrankungszustände eingriffsbegründend.

In einer umfangreichen systematischen Übersichtsarbeit<sup>9</sup> zu verschiedenen Interventionen (u. a. Physiotherapie, Injektionen von Schmerzmitteln, Anwendung von Ultraschall oder Radiowellen) bei „Subacromialem Schmerzsyndrom“ / „Impingementsyndrom“ wurden interventionelle Verfahren untereinander und mit konservativen Verfahren verglichen. Es war

---

6 Pellegrini S & Kohler D. Chapter 11: Switzerland: Geographic Variations in health care (in: OECD Health Policy Study. Geographic Variation in Health Care. OECD (2014), S. 367-392)

7 Maund E et al. Management of frozen shoulder: a systematic review and cost-effectiveness analysis. Health Technol Assess 2012;16(11), S. 86 ff.

8 Tadjerbashi et al. Intervention randomized controlled trials involving wrist and shoulder arthroscopy: a systematic review. BMC Musculoskeletal Disorders 2014, 15:252

9 Dong et al. Treatments for Shoulder Impingement Syndrome. A PRISMA Systematic Review and Network Meta-Analysis. Medicine (Baltimore). 2015 Mar;94(10):e510, S. 14

festzustellen, dass arthroskopische Eingriffe nicht erkennbar zu besseren Resultaten als andere interventionelle Verfahren oder nicht interventionelle Vorgehensweisen (insofern dazu Studien überhaupt vorlagen) führten. Diese Ergebnisse wurden auch von anderen systematischen Übersichtsarbeiten berichtet<sup>10,11</sup>. In einer aktuellen Publikation wurden Ergebnisse einer randomisierten Studie zum subacromialem Schmerzsyndrom vorgestellt (Beard et al. 2017<sup>12</sup>). Es wurden drei Vorgehensweisen verglichen: keine (spezifische) Therapie, eine lediglich diagnostische Arthroskopie und eine arthroskopische Intervention mit Dekompression. Die arthroskopisch behandelten Gruppen (nur diagnostisch vs. therapeutisch) hatten bessere Ergebnisse in Bezug auf die Schmerzen und die Funktion im Vergleich zu der Gruppe ohne Behandlung. Das Ergebnis war aber nicht klinisch relevant („not clinically important“) und kann im Sinne eines Placebo-Effektes interpretiert werden. Die Autoren der Studie leiten aus den Ergebnissen deswegen auch den Bedarf ab, diesen Sachverhalt den Patienten im Sinne eines shared-decision-making zu erläutern.

Die Tatsache, dass die hier angeführten Studien keine überzeugenden Belege für die Wirksamkeit der arthroskopischen Eingriffe im Vergleich zu einer Reihe anderer Interventionen, insbesondere auch konservativer Behandlungsmöglichkeiten (z. B. Physiotherapie) erbringen, stützt ebenfalls den Bedarf für ein Zweitmeinungsverfahren bei empfohlener Schulterarthroskopie zur Förderung einer informierten Entscheidung des Patienten.

Zu lediglich diagnostischen Arthroskopien liegen keine vergleichbaren Erkenntnisse vor. In, teilweise vorhandenen, aktuellen Leitlinien<sup>13,14</sup> wird jedoch darauf verwiesen, dass solche Eingriffe in der Regel nicht sinnvoll sind, allenfalls in besonderen Situationen zum Einsatz kommen können und in aller Regel die Diagnostik nur vorbereitend zu einer in derselben Sitzung geplanten unmittelbar therapeutischen Intervention genutzt werden sollte. Gerade auch vor diesem Hintergrund scheint die Einbeziehung diagnostischer Arthroskopien in das Zweitmeinungsverfahren angebracht.

## **Zu Absatz 2**

Gegenstand des Zweitmeinungsverfahrens ist die Indikationsstellung zu planbaren Arthroskopien am Schultergelenk. Die Indikationsstellung kann hierbei auf der Basis verschiedener Diagnosen erfolgen, aufgrund derer eine entsprechende Arthroskopie empfohlen wird. Schulterarthroskopien aufgrund traumatischer Ursachen sind hiervon ausgenommen, sofern es sich bei diesen Eingriffen nicht um planbare Eingriffe mit mindestens zehn Tagen Abstand zwischen Indikationsstellung und Eingriffsdurchführung im Sinne des § 27b Absatz 5 Satz 3 SGB V handelt, sondern diese zeitnah durchgeführt werden müssen.

## **Zu § 2 des Eingriffs 3 des Besonderen Teils**

Fachärztinnen oder Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Fachärztinnen oder Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin sind qualifiziert, die Zweitmeinung abzugeben, sofern sie die im Allgemeinen Teil der Richtlinie formulierten Anforderungen erfüllen. Fachärztinnen oder Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie sind zur Erbringung der Zweitmeinung berechtigt, da sowohl die Indikationsstellung als auch der Eingriff

---

10 Dorrestijn et al. Conservative or surgical treatment for subacromial impingement syndrome? A systematic review. J Shoulder Elbow Surg. 2009 Jul-Aug;18(4):652-60.

11 Gebremariam et al. Effectiveness of Surgical and Postsurgical Interventions for the Subacromial Impingement Syndrome: A Systematic Review. Arch Phys Med Rehabil. 2011 Nov;92(11):1900-13.

12 Beard et al. 2017. Arthroscopic subacromial decompression for subacromial shoulder pain (CSAW): a multicentre, pragmatic, parallel group, placebo-controlled, three-group, randomised surgical trial. The Lancet. Online First. 20. November 2017; [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32457-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32457-1)

13 Washington State Department of Labor and Industries. Medical Treatment Guideline for Shoulder Diagnosis and Treatment – updated May 2018

14 Posttraumatische Schulterinstabilität; Leitlinien Unfallchirurgie; DGU Leitlinien Kommission Berlin 2019 (AWMF-Nr. 012-013)

Gegenstand dieser Facharztweiterbildung ist. Fachärztinnen oder Fachärzte für Physikalische oder Rehabilitative Medizin sind zur Erbringung der Zweitmeinung berechtigt, da die Indikationsstellung Gegenstand des Fachgebiets ist und diese besondere Kenntnisse hinsichtlich konservativer Behandlungsalternativen besitzen. Ebenso sind diejenigen Fachärztinnen oder Fachärzte, die eine entsprechende Facharztbezeichnung nach altem Recht führen, zur Erbringung der Zweitmeinung berechtigt. Dies sind Fachärztinnen oder Fachärzte für Orthopädie bzw. Fachärztinnen oder Fachärzte für Chirurgie mit der Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie.

#### Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO. Hieraus resultieren jährliche Bürokratiekosten in Höhe von 6.405 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 127.583 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

#### **4.      Verfahrensablauf**

In seiner Sitzung am 10. Oktober 2018 hat der Unterausschuss die AG Zweitmeinung mit der Ausarbeitung des planbaren Eingriffs „Schulterarthroskopie“ beauftragt. Am 16. Oktober 2018 begann die AG mit den Beratungen zu diesem dritten Eingriff für den Besonderen Teil der Richtlinie.

In insgesamt acht Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet, im Unterausschuss Qualitätssicherung beraten und mit der Empfehlung zur Beschlussfassung an das Plenum weitergeleitet.

An den Sitzungen der AG und des Unterausschusses wurden gemäß § 136 Absatz 3 SGB V der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer und der Deutsche Pflegerat beteiligt.

#### **Stellungnahmeverfahren**

Ein Stellungnahmeverfahren mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) gemäß § 91 Absatz 5a SGB V war nicht erforderlich, da der vorliegende Beschluss keine Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener oder personenbeziehbarer Daten regelt oder voraussetzt.

#### **5.      Fazit**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 22. November 2019 beschlossen, die Zweitmeinungsrichtlinie zu ändern.

Die Patientenvertretung und die Ländervertretung tragen den Beschluss mit.

Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer und der Deutsche Pflegerat äußerten keine Bedenken.

Anlage 1:      Bürokratiekostenermittlung

Berlin, den 22. November 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

## Bürokratiekostenermittlung zur Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren gemäß § 27b SGB V

Stand BKE-Entwurf: 03.07.2019

Gemäß § 91 Absatz 10 SGB V ermittelt der G-BA die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Hierzu identifiziert der G-BA gemäß Anlage II 1. Kapitel VerFO die in den Beschlussentwürfen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringer.

Die nachstehende Bürokratiekostenermittlung bezieht sich ausschließlich auf solche Vorgaben, welche über die vom Gesetzgeber getroffenen Regelungen in § 27b SGB V hinausgehen bzw. diese durch Beschluss des G-BA konkretisieren.

Mit der Ergänzung des besonderen Teils der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren gehen folgende neue Informationspflichten für die adressierten Leistungserbringer einher: Einholen einer Genehmigung zum Tätigwerden als Zweitmeinungsgeber für Ärztinnen und Ärzte, die bisher nicht am Zweitmeinungsverfahren teilnehmen (Fachärztinnen und Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie).

§ 7 dieser Richtlinie regelt die Anforderungen an die Zweitmeiner, welche von diesen im Rahmen eines Nachweisverfahrens nachgewiesen werden müssen. Der Nachweis bezieht sich insbesondere auf die besondere Qualifikation und die Unabhängigkeit der Zweitmeinungsgeber. Für den Nachweis der Unabhängigkeit sind Leistungserbringer zudem verpflichtet, verbindlich zu erklären, ob finanzielle Beziehungen in Bezug auf Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband solcher Hersteller vorliegen oder nicht vorliegen.

Es wird davon ausgegangen, dass der Nachweis der genannten Anforderungen einmalig zu erfolgen hat und hierfür durchschnittlich ein zeitlicher Aufwand von 120 Minuten erforderlich ist.

Dieser zeitliche Aufwand setzt sich aus den folgenden Standardaktivitäten zusammen:

Standardaktivität	Minutenwert	Qualifikationsniveau <sup>15</sup>	Bürokratiekosten je Fall in Euro
Einarbeitung in die Informationspflicht	15	hoch (53,30 €/h)	13,32
Beschaffung der Daten	30	hoch (53,30 €/h)	26,65
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung	30	hoch (53,30 €/h)	26,65
Datenübermittlung	10	hoch (53,30 €/h)	8,88 sowie 1,45 Portokosten
Interne Sitzungen	20	hoch (53,30 €/h)	17,76
Kopieren, Archivieren, Verteilen	15	mittel (27,80 Euro/h)	6,95
<b>Gesamt</b>	<b>120</b>		<b>101,66</b>

<sup>15</sup> Quelle: Statistisches Bundesamt 2018, Lohnkostentabelle

Ausgehend von diesen Eingriffen und der Maßgabe, dass Zweitmeiner seit wenigstens fünf Jahren nach Erlangung des Facharztstatus in einem Bereich der unmittelbaren Patientenversorgung in dem für den jeweiligen Eingriff im Besonderen Teil dieser Richtlinie genannten Gebiet tätig sein müssen, sind potentiell rund 3.137 Leistungserbringer adressiert (1.983 Fachärztinnen und Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie 1.154 Fachärztinnen und Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin<sup>16</sup>).

Geht man davon aus, dass sich hiervon ein Anteil von geschätzt 40% als Zweitmeiner qualifizieren werden, resultiert hieraus eine einmalige Fallzahl von 1.255 Genehmigungsverfahren. Die mit dem Genehmigungsverfahren einhergehenden einmaligen Bürokratiekosten belaufen sich somit geschätzt 127.583 Euro ( $1.255 \times 101,66$  Euro).

Nimmt man zusätzlich an, dass jährlich neu 5% der Zweitmeiner (63 Fachärztinnen und Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie und Physikalische und Rehabilitative Medizin) einen Nachweis erbringen, ergeben sich zudem jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 6.405 Euro ( $63 \times 101,66$  Euro).

---

<sup>16</sup> Fachärztinnen/Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Fachärztinnen/Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin) gemäß Bundesärztestatistik 2018 (Tabelle 4, Ärztinnen nach Bezeichnungen und ärztlichen Tätigkeitsbereichen, Stand: 31.12.2018)