Prof. Dr. rer. pol. Hans-R. Hartweg
Tabea Suk BSc

Implementierungsstand des Zweitmeinungsverfahrens in Hessen – II

Wettbewerbsanalyse der versichertenbezogenen Beratungsangebote der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung

Die kollektivvertraglichen Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung wurden im Jahr 2019 um Zweitmeinungsverfahren ergänzt. Ist bei Versicherten ein Eingriff an den Gaumen- oder Rachenmandeln (Tonsillektomie, Tonsillotomie), eine Gebärmutterentfernung (Hysterektomie), eine Gelenkspiegelung an der Schulter (Schulterarthroskopie), eine Implantation einer Knieendoprothese, eine Amputation bei einem diabetischen Fußsyndrom oder ein Eingriff an der Wirbelsäule geplant, so können sie über den indikationsstellende:n Ärzt:in (Erstmeiner:in) hinaus auch eine:n ärztliche:n Zweitmeiner:in um medizinischen Rat fragen (§ 27b SGB V; Gemeinsamer Bundesauschuss 2022). In Ausgabe 03/2022 des „Monitor Versorgungsforschung“ konnten bereits Abrechnungsdaten und Einzugsbereiche ausgesuchter Indikationen im KV-Bereich Hessen analysiert werden. Die mutmaßlichen Einflüsse und Anreize auf die Leistungserbringung und Inanspruchnahme wurden herausgearbeitet (Hartweg/Suk 2022). Doch über diese kollektivvertraglichen Angebote hinaus haben viele Krankenkassen in der Zwischenzeit auch eigene Zweitmeinungsverfahren etabliert. Diese Zweitmeinungsverfahren stehen im Fokus dieses Beitrags.

>> Zentraler Anspruch der gesetzlichen Krankenversicherung ist im Sinne der Versichertengemeinschaft, Beitragssatzstabilität zu gewährleisten. Dieses Ziel kann auf verschiedene Arten erreicht werden. Grundsätzlich ist es schwierig, die Einnahmebasis der Solidargemeinschaft zu verbessern, da solche Maßnahmen der Finanzierung insbesondere der größten Anspruchsgruppe, den Beitragszahler:innen, unmittelbar transparent wird. Etwas gängiger scheint es deswegen zu sein, den Fokus auf die Ausgabenseite zu legen und dort für eine wirtschaftliche Verwendung der Finanzmittel, gerade aufseiten der Leistungsausgaben, zu sorgen. Um die stetig steigenden Leistungsausgaben im Gesundheitswesen (zu Teilen) beherrschen zu können, wurde u.a. bei operativen Versorgungen ein Zweitmeinungsverfahren etabliert, das damit einhergehen soll, dass alle relevanten, medizinischen Informationen im Vorfeld einer Behandlung den betroffenen Patient:innen zur Verfügung stehen.

Gesetzlich krankenversicherte Patient:innen haben deswegen seit 2015 einen Anspruch auf derart zusätzliche, ärztliche Beratungsleistungen. Diese sind Bestandteil des Kollektivvertrags und beziehen sich auf Eingriffe an Gaumen- oder Rachenmandeln (Tonsillektomien, Tonsillotomien), auf Gebärmutterentfernungen (Hysterektomien), auf Gelenkspiegelungen an der Schulter (Schulterarthroskopien), auf Implantationen von Knieendoprothesen, Amputationen bei diabetischen Fußsyndromen sowie Eingriffe an der Wirbelsäule (§ 27b SGB V; Gemeinsamer Bundesauschuss 2022).

Zusammenfassung

Das Zweitmeinungsverfahren als kollektivvertragliche Leistung besteht seit dem Jahr 2019 für diverse mengenanfällige, operative Eingriffe. Im ersten Teil dieses Beitrags wurden Abrechnungsdaten und Einzugsbereiche ausgesuchter Indikationen im KV-Bereich Hessen analysiert. Die mutmaßlichen Einflüsse und Anreize auf die Leistungserbringung und Inanspruchnahme wurden herausgearbeitet (Hartweg/Suk 2022). Über diese kollektivvertraglichen Angebote hinaus haben viele Krankenkassen in der Zwischenzeit auch eigene Zweitmeinungsverfahren etabliert. Im zweiten Teil folgt nun eine Theoretisierung der ökonomischen Überlegungen der Krankenkassen zur Entscheidung für oder gegen das Angebot eines selektivvertraglichen Zweitmeinungsverfahrens. Eine Analyse dieser Angebote der größten 12 hessischen Krankenkassen zeigt keine eindeutige Ausrichtung von Angebotstiefe und Outsourcing nach Kassenart, Größe oder Geschäftsgebiet. Dies lässt vermuten, dass Krankenkassen eigene Strategien verfolgen, um die auf der einen Seite vermuteten Wirtschaftlichkeitsreserven trotz des auf der anderen Seite damit einhergehenden Administrationsaufwands zu heben. In diesem Spannungsfeld bewegen sich die Abwägungen rund um die krankenkasseneigenen Beratungsangebote von Zweitmeinungen.

Schlüsselwörter

Zweitmeinungsverfahren, Indikationen, Krankenkassen, versichertenbezogene Beratungsangebote, externe Dienstleister

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.05.22.1866-0533.2444

Krankenkassen im Wettbewerb

Krankenkassen unterliegen als Körperschaften des öffentlichen Rechts einem gesetzlichen Kontrahierungszwang, was nichts anderes bedeutet, als dass Krankenkassen Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten die Aufnahme in die Solidargemeinschaft zu gewähren ist, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen (§ 175 Abs. 1 SGB V). Seit 1996 hat sich die Wettbewerbssituation der Krankenkassen deutlich verschärft. Seit dieser Zeit steht allen Versicherten ein umfängliches Krankenkassenwahlrecht mit der Folge zur Verfügung, dass die Versicherten ihre Krankenkassen frei wählen dürfen (Breyer/Buchholz 2021). Gab es zuvor noch Einschränkungen, die sich auf bestimmte Berufsgruppen oder aber auf bestimmte Regionen bezogen, so sind diese seit dieser Zeit weitestgehend entfallen. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 wurde dieser Wettbewerb weiter ausdifferenziert (Busse/Schreyögg/Stargardt 2017). Infolgedessen verloren Krankenkassen weite Teile ihrer bis dahin bestehenden Finanzautonomie und finanzieren sich seitdem aus den vom Gesundheitsfonds ausgeschütteten Zuweisungen. Auch wenn sich die Zuweisungen aus unterschiedlichen Komponenten zusammensetzen, so kommen dennoch nur durchschnittlich kostendeckende Beträge zur Auskehr. Alle Krankenkassen haben dabei dem Grunde nach einen einheitlichen Beitragssatz von ihren Versicherten zu erheben, der jedoch in den Fällen, in denen die vom Fonds zugewiesenen Finanzmittel nicht ausreichen, noch um einen krankenkassenindividuellen Zusatzbeitragssatz aufzustocken ist (Mülheims/Hummel/Peters-Lange/Toepler/Schuhmann 2015). Die Unterschiede zwischen den Zusatzbeitragssätzen können aufseiten der Versicherten den Wunsch, ihre Krankenkasse zu wechseln, stark beeinflussen, so dass der Zusatzbeitragssatz als enormer Wettbewerbsparameter zu diskutieren ist (GKV-Spitzenverband 2022).

Leistungsausgaben im Fokus

In dieser kompetitiven Melange richten Krankenkassen ihr Management darauf aus, möglichst mit den zwar risikoadjustierten, aber maximal den durchschnittlichen, Leistungsausgaben der Versicherten des Gesamtsystems entsprechenden Zuweisungen auszukommen. Gelingt es den einzelnen Krankenversicherungen, ihre vollständigen, tatsächlichen Leistungsausgaben auf dem Niveau der zugewiesenen Durchschnittsgrößen zu halten, so lassen sich Zusatzbeiträge vermeiden. Damit kommen den Leistungsausgaben und ihrem Management eine besondere Bedeutung zu. Die Gesamtleistungsausgaben (LA [ges.]) einer Krankenkasse setzen sich dabei aus den individuellen Leistungsausgaben für jeden zu betrachtenden Versicherten zusammen. Um die Leistungsausgaben für die gesamte Anzahl der Versicherten auszudrücken, soll hier die Laufvariable „i" eingeführt werden. Die Obergrenze sei dabei mit „n" (also der Summe aller Versicherten einer Krankenkasse) gekennzeichnet.[1]

$$\mathrm{LA[ges.]} = \sum_{i=1}^{n} (LA_i)$$

Grundsätzlich bestehen alle Leistungsausgaben aus der individuell vom Versicherten nachgefragten Mengenkomponente (MK_i) und einer von dem jeweiligen Versicherten unabhängigen Preiskomponenten (PK): LA = MK_i * PK. Die Mengenkomponente $MK(_i)$ ist dabei als Menge der abzurechnenden Versorgungs-, Behandlungs- und/oder Therapieeinheiten zu verstehen, während die Preiskomponenten die Vergütung der jeweiligen Leistungen bestimmt und i.a.R. für alle Versicherten gleich groß ist. Bei bestimmten Leistungen kann zudem noch eine Strukturkomponente (SK_i) zu beachten sein.[2]

Nur einmal angenommen, es stünden insgesamt zwei unterschiedliche Versorgungsalternativen (A und B) zur Verfügung. Dann wären die Substitutionsmöglichkeiten allein zwischen diesen beiden Alternativen A und B zu betrachten. Es könnten dementsprechend allein Leistungen der Alternative A nachgefragt werden, mit der Folge, dass dann die Alternative B nicht (mehr) benötigt bzw. nicht (mehr) nachgefragt wird. Damit werden die Werte der Strukturkomponenten für die Alternativen A und B zwischen 0 und 1 (bzw. prozentual ausgedrückt, zwischen 0% und 100%) liegen, um dieses Substitutionsverhältnis auszudrücken. Die Summe beider Alternativen beträgt damit regelhaft 1 (bzw. 100%), so dass gilt: $SK[A]_i + SK[B]_i = 1$. Die $SK[A]_i$ der zu erwartenden Leistungsausgabe kann damit als $SK[A]_i = 1 - SK[B]_i$ berechnet werden. Dabei ist die Strukturkomponente auf das Individuum zu beziehen.[3]

$$\mathrm{LA\ [ges.]} = \sum_{i=1}^{n} ((\mathrm{MK[A]_i} * \mathrm{PK[A]} * \mathrm{SK[A]_i}) + (\mathrm{MK[B]_i} * \mathrm{PK[B]} * \mathrm{SK[B]_i}))$$

Abstrakter kann der Gesamtleistungsaufwand (LA [ges.]) einer gesetzlichen Krankenversicherung im Wesentlichen auf zwei (ähnliche) Komponenten zurückgeführt werden. Die erste Komponente der Leistungsausgaben besteht aus den nicht-steuerbaren (n'stb) Leistungsanteilen. Den nicht-steuerbaren Gesamtleistungsaufwendungen (LA [n'stb.]) sollen Inanspruchnahmen zugerechnet werden, in denen die Krankenkassen erst zu einem Zeitpunkt über die versichertenseitige Leistungsgewährung informiert werden, zudem kein Einfluss mehr auf die konkrete Inanspruchnahme ausgeübt werden kann.[4] Die zweite Komponente besteht hingegen aus Leistungsausgaben mit steuerbaren (stb) Leistungsanteilen (LA [stb.]).[5] In der Folge sollen die zuvor gesetzten Variablen A und B durch diese Abkürzungen „A" für die „n'stb LA" sowie „B" für die „stb LA" ersetzt werden.

Nachfolgend soll von einer Konstellation ausgegangen werden, bei der eine Substitutionsmöglichkeit der beiden Versorgungsalternativen im Rahmen der nicht-steuerbaren und der steuerbaren Leistungsausgaben besteht.[6] Auch für das Verhältnis von nicht-steuerbaren und steuerbaren Leistungsausgaben gilt dann für die beiden Strukturkomponenten der Gesamtleistungsausgaben LA (ges.), dass sich Werte zwischen 0 und 1 (bzw. zwischen 0% und 100%) ergeben und dass die Summe 1 beträgt.[7]

Damit ergibt sich nachfolgendes Bild:

$$\mathrm{LA\ [ges.]} = \sum_{i=1}^{n} ((\mathrm{MK[n'stb.]_i} * \mathrm{PK[n'stb]} * \mathrm{SK[n'stb.]_i}) + (\mathrm{MK[stb.]_i} * \mathrm{PK[stb.]} * \mathrm{SK[stb.]_i}))$$

In der Folge soll eine Erweiterung um den Aufwand für die Administration der Leistungsausgaben (Administrationsaufwand, abgekürzt: AA) vorgenommen werden.[8] Zudem gilt es, auf ggf. zu hebende Wirtschaftlichkeitsreserven (WR) zu achten.[9] Wirtschaftlichkeitsreserven

1: Um der hier angeführten Betrachtung die Komplexität zu nehmen, soll die entwickelte Modellrechnung mit einer kurzfristigen Betrachtung auskommen. Bedingt durch das Umlageverfahren haben Krankenkassen regelhaft einen Einnahme- und Ausgabenfokus über eine Periode. Diese ist typischerweise das Kalenderjahr. Grundsätzlich könnte dieses Modell natürlich auch auf eine Mehrperioden-Betrachtung ausgeweitet werden. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass das Modell dann um Veränderungen im Versichertenbestand (bspw. durch Krankenkassenwechsler) ergänzt werden müsste.

2: Dies ist der Fall, wenn Leistungen untereinander austauschbar sind (z. B. bei der Arzneimittelversorgung mit einem Originalpräparat oder mit einem Generikum), ohne dass sich dabei das Versorgungsergebnis, der Outcome, ändert.

3: Dass für bestimmte Leistungen zudem ggf. auch noch Zuzahlungen anfallen, ist bekannt, wird aber an der Stelle vernachlässigt, da diese bei der Leistungsgewährung rund um die Zweitmeinungen, also bei der vertragsärztlichen Leistungsinanspruchnahme, nicht anfallen.

4: Dies ist in aller Regel beim Besuch eines Vertragsarztes der Fall. Hier werden (zumindest die budgetären) Leistungen regelhaft im Vorhinein verhandelt und dann mit „befreiender Wirkung" an die Kassenärztliche Vereinigung bezahlt. Der ambulant-niedergelassenen Versorgung folgt dann die Leistungsabrechnung sowie die Information des Kostenträgers mit Zeitverzug bis zu 9 Monaten, was den Abrechnungsusancen des Sektors geschuldet ist.

5: Steuerbare Leistungsaufwendungen (LA [stb.]) sind hingegen mit einer Kommunikation im Vorfeld verknüpft und/oder erfordern einen Genehmigungs-/Freigabeprozess der Krankenkasse als sogenannte Antragsleistung.

6: Als Beispiel könnte hier angeführt werden, dass eine vom Grundsatz genehmigungspflichtige bzw. mit einer Kostenzusage der Krankenkasse verbundene akutstationäre Krankenhausbehandlung auch durch eine nicht genehmigungspflichtige, direkt abrechenbare ambulante Operation ersetzt werden könnte.

7: Würde dann bspw. die Strukturkomponente der akutstationären Krankenhausbehandlung 0 betragen, wäre eine vollständige Substitution zugunsten der ambulanten Operation mit dem Wert in Höhe von 1 gelungen.

8: An der Stelle soll nicht vertieft darauf eingegangen werden, dass sich solche Administrationskosten u.a. auf die Aufwendungen der (erstmaligen) Einrichtung genauso wie auf die laufenden Transaktionskosten beziehen können (Hartweg 2022).

9: Die Wirtschaftlichkeitsreserven werden in diesem Modell primär aufseiten der Leistungsausgaben diskutiert. Sicherlich könnten solche Wirtschaftlichkeitsprozesse auch in den Abläufen rund um die Beantragung-, Gewährung- und spätere Honorierung diskutiert werden. Dabei ist jedoch auch zu beachten, dass viele Krankenkassen in den vergangenen Jahren umfängliche Organisationsveränderungen durchlaufen haben, die bspw. zu Zentralisierung von Betriebseinheiten und/oder zu digitalen Arbeitsabläufen und damit mit Rationalisierungspotenzialen einhergingen. Vor diesem Hintergrund soll für das hier diskutierte Modell auf die Wirtschaftlichkeitsreserven reflektiert werden, die nicht in Verbindung mit der Organisation, sondern allein in Verbindung mit den Leistungsausgaben stehen.

sind dabei eher aufseiten der steuerbaren Leistungsausgaben zu diskutieren, da in einem solchen Setting gezielter versichertenseitige Inanspruchnahmen von den Kostenträgern begleitet werden können.

$$LA\,[ges.] = \sum_{i=1}^{n}((LA[n'stb.]_i + AA[n'stb.]_i) + (LA\,[stb.]_i + (AA\;\;[stb.eig.]_i + AA\,[stb.frd.]_i) - WR\;\;[stb.]_i))$$

Das Modell soll nachfolgend noch erweitert werden, da der Administrationsaufwand in unterschiedlichen organisatorischen Settings anfallen kann.[10] So kann sich Administrationsaufwand z. B. aufgrund eigener Bemühungen (eig.) oder aber auf Basis einer Beauftragung externer Dienstleister und/oder anderer fremder Stellen (frd.) ergeben.

$$LA\,[ges.] = \sum_{i=1}^{n}((LA[n'stb.]_i + AA[n'stb.]_i) + (LA\,[stb.]_i + (AA\;\;[stb.eig.]_i + AA\,[stb.frd.]_i) - WR\;\;[stb.]_i))$$

Die Wirtschaftlichkeitsreserven für die steuerbaren Leistung können sich aus einem Zugewinn an Effizienz im Rahmen ersetzter Mengenkomponenten (MK, z. B. vermiedener Verbrauch, wirtschaftlicherer Umgang mit den vorhandenen Ressourcen, ggf. Kreislaufwirtschaft, u.a.), aus Wirtschaftlichkeitsreserven im Rahmen von angepassten Preiskomponenten (PK, Rabatte, besondere Konditionen usw.) oder aber im Rahmen von substitutiven Strukturkomponenten (SK, Generikaversorgung, Substitution einer Leistung mit bspw. stationsersetzendem Charakter, u.a.) ergeben. Sollte nur ein Teil der Wirtschaftlichkeitsreserven (in Form der MK, PK oder SK) zu realisieren sein, so sollten für die nicht zu realisierenden Teile des mathematischen Ausdrucks jeweils die Werte 1 (sprich: MK = 1, PK = 1 oder aber SK = 1) gesetzt werden. Das komplette Bild mit allen, eingeführten Variablen stellt sich damit abschließend wie folgt dar:

$$LA\,[ges.] = \sum_{i=1}^{n}(((MK[n'stb.]_i * PK[n'stb.] * SK[n'stb.]_i) + (AA[n'stb.eig.]_i + AA[n'stb.frd.]_i)) + (MK[stb.]_i * PK[stb.] * SK[stb.]_i) + \left((AA[stb.eig.]_i + AA[stb.frd.]_i) - (WR[MK[stb.]_i] * WR[PK[stb.]_i] * WR[SK[stb.]_i])\right))$$

Zweitmeinungsverfahren als Antwort auf zu vermeidende Leistungsausgaben

Nach diesen grundsätzlichen Überlegungen zu den Gesamtleistungsausgaben, die typischerweise auf eine Krankenkasse zulaufen, kann herausgearbeitet und festgehalten werden, dass Krankenkassen versuchen, aus nicht-steuerbaren Leistungsausgaben steuerbaren Aufwand zu generieren. Sollten die nicht selten laut zu vernehmenden Annahmen tatsächlich zutreffen, dass in Deutschland in verschiedenen Versorgungsbereichen (gerade in operativen Disziplinen) zu frühe und/oder zu viele Versorgungen stattfinden, so könnten sich hier Ansätze zu einem Versorgungsmanagement auftun. Mit der ärztlichen Zweitmeinung könnte es demnach gelingen, aus einer Teilmenge der grundsätzlich nicht-steuerbaren Leistungen solche Behandlungsvorhaben als medizinisch nicht indiziert oder aber als ggf. noch nicht medizinisch indiziert (also zu einem zu frühen Zeitpunkt für die geplante medizinische Intervention) zu identifizieren. Derart könnten aus nicht-steuerbaren Leistungen steuerbare werden, in dem durch die Zweitmeinung auf die Mengenkomponente (MK [stb.]) genauso wie auf die Strukturkomponente (SK [stb.]) Einfluss genommen wird. In beiden Fällen können Wirtschaftlichkeitsreserven (WR) gehoben werden. Um solche Reserven zu realisieren, muss jedoch Administrationsaufwand in Kauf genommen werden (Hartweg 2007). Dieser kann einerseits innerhalb der eigenen Krankenkassenorganisation (AA [stb. eig.]) entstehen oder aber durch den Rückgriff auf externe Dienstleister (AA [stb. frd.]) hervorgerufen werden.

Untersuchung der zwölf größten Krankenkassen in Hessen

Die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung haben eigene Zweitmeinungsverfahren, die über die GBA-Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren hinausgehen, etabliert und bewerben diese intensiv bei ihrer Versichertenklientel. Im Mai 2022 wurden die von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten Informationen ausgewertet. Dazu wurden die Internetpräsenzen nach den Begriffen „Zweitmeinung" bzw. „Zweitmeinungsverfahren" durchsucht und die den Versicherten zur Verfügung stehenden Satzungs- und Ermessensleistungen ausgewertet. Auf eine Vollerhebung wurde dabei verzichtet, wenn allein unter Rückgriff auf große, hessische Krankenkassen (mit ihren Marktanteilen) eine umfängliche Eingrenzung des Forschungsgegenstands gelingt.

Tabelle 1 zeigt die Rangfolge der größten Krankenkassen der Region aufgrund der gerundeten Versichertenzahlen und die daraus errechneten Marktanteile auf der Datenbasis der KM6-Finanzumlage für den Medizinischen Dienst Hessen aus dem KJ 2021 mit einer Gesamtversichertenanzahl in Höhe von etwas mehr als 5.458.000 Versicherten.

Rangfolge der größten Krankenkassen in Hessen

Rang	Krankenkasse	gerundete Versichertenzahlen	Marktanteil in %
1	AOK Hessen	1.716.000	31,4%
2	Techniker Krankenkasse (TK)	986.000	18,1%
3	BARMER	748.000	13,7%
4	DAK-Gesundheit	634.000	11,6%
5	IKK Südwest	137.000	2,5%
6	Kaufmännische Krankenk. (KKH)	125.000	2,3%
7	IKK classic	105.000	1,9%
8	Vivida BKK	84.000	1,5%
9	VIACTIV Krankenkasse	81.000	1,5%
10	Handelskrankenkasse (hkk)	55.000	1,0%
11	Knappschaft	50.000	0,9%
12	Mobil Krankenkasse	47.000	0,9%
∑		4.768.000	87,4%

Tab. 1: Rangfolge der größten Krankenkassen in Hessen (eigene Darstellung)

10: Hier ist zwischen Eigen- und Fremdbezug (im Sinne einer klassischen „make or buy-Entscheidung") zu differenzieren. Da die nicht-steuerbaren Leistungen häufig Gegenstand korporatistischer Absprachen oder aber anderer, gesetzlicher Regelungen sind, soll auch hier der Fokus auf die steuerbaren Leistungsausgaben gelegt werden; diese stehen damit im Vordergrund der nachfolgenden Betrachtungen.

Mit der Berücksichtigung der 12 größten Krankenversicherungen wird eine knapp 87,4-prozentige Marktabdeckung für die vorgenommene Analyse erreicht.

Vergleichende Wettbewerbsanalyse der Zweitmeinungsangebote

Um die von den Krankenkassen teils sehr unterschiedlich ausgeprägten, zusätzlich zur Zweitmeinungs-Richtlinie etablierten Beratungsangebote besser auszuleuchten, wurden die Internetpräsenzen dieser Krankenkassen analysiert. Die so ermittelten Satzungs- und Ermessensleistungen wurden tabellarisch erfasst und zugleich kategorisiert. Einer der beiden Kategorien wurden Beratungsangebote zu Krankheitsgeschehen mit einer vergleichsweise hohen Prävalenz zugeordnet. Dabei handelt es sich um Beratungsverfahren rund um die Versorgungen „Kardiologie", „Rücken/ Wirbelsäule", „Gelenkersatz", „Schulter", „Rheumatologie" sowie „Onkologie". Der zweiten Kategorie wurden Beratungsangebote über Therapien mit einer vergleichsweise geringeren Prävalenz zugeschrieben. Hierbei handelt es sich um „urologische Erkrankungen", „HNO-Erkrankungen", „Angebote rund um Zähne und Zahnersatz" sowie „Angebote über intensivmedizinische Leistungen". Auffällig ist dabei, dass sich einige der vorgenannten Krankenkassen darauf beschränken, zumindest von der Bezeichnung her Beratungsangebote mit einer gewissen Nähe zu den kollektivvertraglichen Leistungen der Zweitmeinungs-Richtlinie zu definieren. Andere Krankenkassen hingegen verfolgen eine deutlich erweiterte Strategie und gehen (teilweise) über diesen vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmten Grundstandard hinaus und etablieren damit eine ganze Reihe von zusätzlichen Beratungsleistungen.[11]

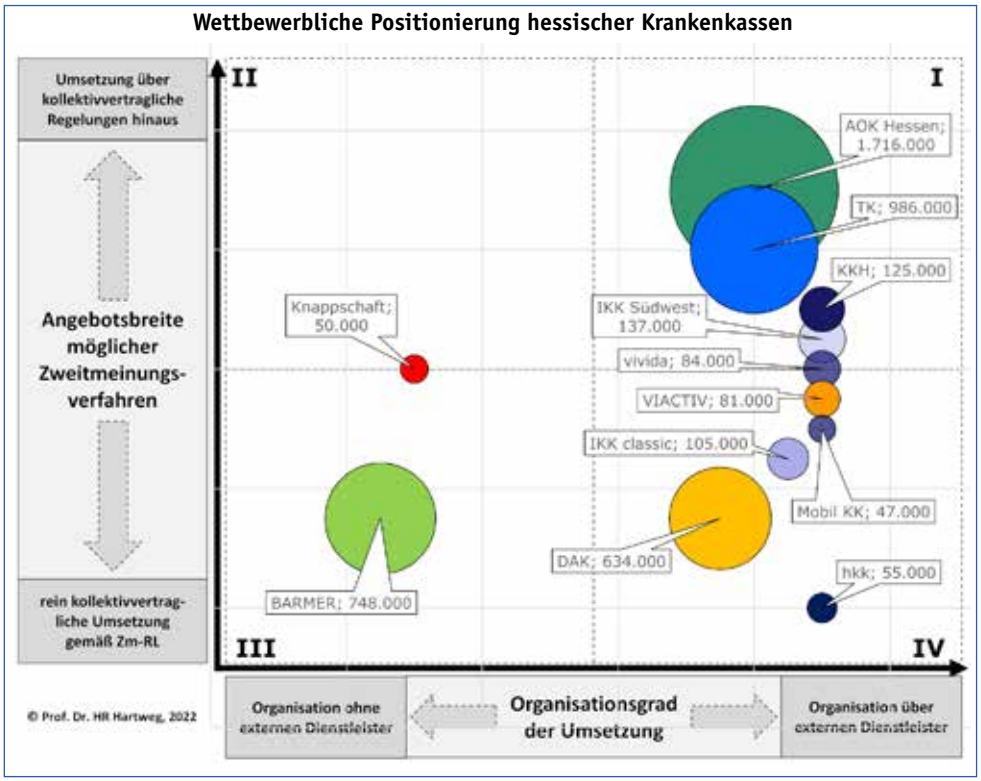


Abb. 1: Auswertung der Untersuchungsergebnisse und wettbewerbliche Positionierung der Krankenkassen mit den Dimensionen „Organisationsgrad" und „Angebotsbreite" (eigene Darstellung).

Welche Beratungsfelder über die Zweitmeinungs-Richtlinie hinaus den Versicherten angeboten wird, wird damit von Krankenkasse zu Krankenkasse ganz individuell entschieden. Die Gründe dafür mögen vielschichtig sein. So werden Krankenkassen die sich aus den Beratungsverfahren ergebenden Wirtschaftlichkeitsreserven aufseiten der Mengen- und Strukturkomponente der Leistungsausgaben durchaus unterschiedlich einschätzen. Zudem wird sicherlich der jeweilige Administrationsaufwand für die entsprechenden Beratungsverfahren zu unterschiedlich hohen Ausgaben führen, so dass auch in einem solchen Punkt die Belastungen der Steuerbarkeit der Leistungsausgaben von Krankenkasse zu Krankenkasse differenziert diskutiert werden könnte. Daraus ergibt sich im Gesamtbild eine durchaus stark gegliedert zu betrachtende Angebotsbreite entsprechender Zweitmeinungsverfahren.

Rückgriff auf Expert:innen sowie andere, externe Organisationen

Eher wenige Krankenversicherungen greifen den Internetdarstellungen nach auf die eigene Organisationsstruktur zurück. Dies würde eine organisatorische Eingliederung der damit verbundenen Beratungsangebote in die Abläufe und Prozesse des Krankenkassenbetriebs erfordern. Dem steht jedoch nicht entgegen, dass krankenkassenindividuelle Kooperationen mit ausgesuchten Experten:innen, teilweise in Krankenhausstrukturen aber auch in fachärztlichen Strukturen, anzutreffen sind. Auffällig ist, dass sich eine Mehrheit der untersuchten Krankenkassen in Hessen für die Beauftragung von spezialisierten Dienstleister:innen entschieden haben. Es wurden viele der Beratungsverfahren fremdvergeben, wie den Internetpräsenzen der jeweiligen Krankenkassen zu entnehmen ist.

Die in Köln ansässige „BetterDoc" GmbH unterstützt nach eigenen Angaben die Versicherten im Krankheitsfall, in dem die Patienten:innen in die richtige Behandlung beim richtigen Ärzt:in gesteuert wird (BetterDoc 2022). Die ebenfalls haftungsbeschränkte, in Berlin beheimatete Firma „Medexo" gibt eine Zweitmeinung durch eine:n renommierte:n Spezialist:in und verspricht Sicherheit vor einer geplanten Operation (Medexo 2022). Die Integrative Managed Care GmbH („IMC") kommt aus Limburg (Lahn) und gibt eine ärztliche Zweitmeinung vor terminierten oder aber avisierten Rücken- oder Gelenkersatzoperationen (Hüfte, Knie, Schulter). Dazu bedient sich der Anbieter besonders qualifizierter schmerztherapeutischer Schwerpunktzentren (IMC 2022). Die „MediKompass" GmbH ist ein auf zahnärztliche Versorgung spezialisierter Anbieter. Wenn Versicherte bei einer Zahn-(ersatz-)behandlung einen Heil- und Kostenplan erhalten, können sie diesen einer Zweitmeinung von Zahnärzt:innen unterziehen, so stellt es das in Frankfurt/Main dienstansässige Unternehmen dar (MediKompass 2022). Die „HMO" AG kommt aus Oberhaching und ist auf die Versorgungsfelder „Krebs" und „Herz" spezialisiert. Dazu begutachten die Expert:innen der HMO

11: An der Stelle soll angemerkt sein, dass hier nur auf die entsprechenden Bezeichnungen der Beratungsfelder referenziert werden kann. Die inhaltliche Ausgestaltung der entsprechenden Beratungsangebote (und damit die Beratungstiefe) ist nicht Gegenstand dieses Wettbewerbsvergleichs.

den jeweiligen Krebsbefall auf Basis der Diagnostik oder kooperieren mit Ärzt:innen auf dem Gebiet der kardiologischen Zweitmeinung (HMO 2022). Die „MD Medicus" GmbH aus Ludwigshafen stellt ihr versichertenbezogenes Beratungsangebot rund um Zweitmeinungen mit dem Begriff der „Gesundheitsassistance" als umfassend dar (MD Medicus 2022). Die Mojo GmbH aus Leverkusen verbirgt sich hinter der Internetpräsenz „2te-zahnarztmeinung.de" und stellt sich selbst als Auktionsportal vor. Die Krankenkassen schreiben diesem Portal das Potenzial einer zahnärztlichen Zweitmeinung zu (2te-zahnarztmeinung.de 2022).

Das Tableau zu den Beratungsangeboten der zwölf größten Krankenkassen Hessens ist in der Online-Fassung als Anlage zu sehen.

Schlussfolgerungen

Insgesamt kann die Angebotsbreite möglicher Zweitmeinungsver-

Literatur

2te-zahnarztmeinung.de (2022) Das Auktionsportal für Zahnersatz, abrufbar unter: https://www.2te-zahnarztmeinung.de/, Abgriff am 06.06.2022.
AOK Hessen (2022) Ärztliche Zweitmeinung, abrufbar unter: https://www.aok.de/pk/leistungen/medizinische-behandlung/aerztliche-zweitmeinung/, Abgriff am: 26.05.2022.
BARMER (2022) Zweitmeinung - mehr Sicherheit vor wichtigen Operationen und Behandlungen, abrufbar unter: https://www.barmer.de/unsere-leistungen/leistungen-a-z/beratung-und-hilfen/zweitmeinung-8574, Abgriff am: 26.05.2022.
BetterDoc (2022) Unterstützen Sie Ihre Versicherten im Krankheitsfall, abrufbar unter: https://www.betterdoc.org/fuer-krankenversicherungen/unser-angebot, Abgriff am 06.06.2022.
Breyer, F./Buchholz, W. (2021) Ökonomie des Sozialstaats. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
Busse, R./Schreyögg, J./Stargardt, T. (2017) Management im Gesundheitswesen. Berlin: Springer
DAK Gesundheit (2022a) Orthopädische Zweitmeinung, abrufbar unter: https://www.dak.de/dak/leistungen/orthopaedische-zweitmeinung-2238100.html#/, Abgriff am: 26.05.2022.
DAK Gesundheit (2022b) Zweitmeinung für intensivmedizinisch behandelte Patienten, abrufbar unter: https://www.dak.de/dak/leistungen/zweitmeinungs-gutachten-2252972.html#/, Abgriff am: 26.05.2022.
Gemeinsamer Bundesauschuss (2021) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Konkretisierung des Anspruchs auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung gemäß § 27b Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren/Zm-RL) in der Fassung vom 21. September 2017 (BAnz AT 07.12.2018 B4) zuletzt geändert am 16. September 2021 (BAnz AT 18.11.2021 B5).
Handelskrankenkasse – hkk (2022a) Zweitmeinung bei Rücken-OP; abrufbar unter: https://www.hkk.de/leistungen-und-services/medizinische-beratung/zweitmeinung/zweitmeinung-bei-rueckenop, Abgriff am 27.05.2022.
Handelskrankenkasse – hkk (2022b) Ihr Zahnersatz oder die professionelle Zahnreinigung sind zu teuer?; abrufbar unter: https://www.hkk.de/leistungen-und-services/medizinische-beratung/zweitmeinung/ist-ihr-zahnersatz-zu-teuer, Abgriff am 27.05.2022.
Hartweg, H.R./Suk, T (2022) Implementierungsstand des Zweitmeinungsverfahrens in Hessen (1. Teil) - Analyse des kollektivvertraglichen Angebots der Zweitmeinung und seiner Inanspruchnahme, in: Monitor Versorgungsforschung, Heft 03/22, S. 65 - 70.
Hartweg, H.R. (2022) Transaktionskostentheorie, in: Monitor Versorgungsforschung, Heft 04/22, S. 49 - 53.
Hartweg, H.R. (2007) Die Entwicklung der integrierten Versorgung in Deutschland, Münster/Berlin: LIT-Verlag.
HMO (2022) Zweitmeinung – von HMO AG und Felix Burda Stiftung ins Leben gerufen, abrufbar unter: https://www.hmo.de, Abgriff am 06.06.2022
IKK classic (2022) IKK Zweitmeinung, abrufbar unter: https://www.ikk-classic.de/pk/sp/kundenservice/zweitmeinung?mc=paid.sea.gl.dynamic.pk.test&gclid=EAIaIQobChMIusXH1Jqr9gIV8xJ7Ch3ePQXkEAAYASAAEgJ3tvD_BwE, Abgriff am: 27.05.2022.
IKK Südwest (2022a) Zweitmeinungsverfahren: Spezialistenempfehlung für Zweitmeinung, Behandlung und Operation, abrufbar unter: https://www.ikk-suedwest.de/leistungen/spezialistenempfehlung-fuer-zweitmeinung-behandlung-und-operation/, Abgriff am: 27.05.2022.
IKK Südwest (2022b) Zweitmeinung MediKompass - Sie möchten für Ihren Zahnersatz eine Zweitmeinung einholen?, abrufbar unter: https://www.ikk-suedwest.de/leistungen/zahnersatz/zweitmeinung-fuer-zahnersatz-einholen/, Abgriff am: 27.05.2022.
IMC (2022) Das IMC Zweitmeinungskonzept, abrufbar unter: https://www.imc-de.de/zweitmeinung/imc-konzept, Abgriff am 06.06.2022
Kaufmännische Krankenkasse - KKH (2022a) Zweitmeinung vor Herzeingriffen, abrufbar unter: https://www.kkh.de/leistungen/aerztliche-zweitmeinung/herz-op, Abgriff am: 27.05.2022.
Kaufmännische Krankenkasse – KKH (2022b) Handlungsempfehlung vor einer Rücken-OP, abrufbar unter: https://www.kkh.de/leistungen/aerztliche-zweitmeinung/ruecken-op, Abgriff am: 27.05.2022
Kaufmännische Krankenkasse – KKH (2022c) Zweitmeinung vor orthopädischen Eingriffen, abrufbar unter: https://www.kkh.de/leistungen/aerztliche-zweitmeinung/orthopaedie-op, Abgriff am: 27.05.2022
Kaufmännische Krankenkasse – KKH (2022d) Ärztliche Zweitmeinung bei Krebs, abrufbar unter: https://www.kkh.de/leistungen/aerztliche-zweitmeinung/krebstherapie, Abgriff unter: 27.05.2022.
Kaufmännische Krankenkasse – KKH (2022e) Zweitmeinung vor urologischen Eingriffen, abrufbar unter: https://www.kkh.de/leistungen/aerztliche-zweitmeinung/urologie-op, Abgriff am 27.05.2022.
Kaufmännische Krankenkasse - KKH (2022f) Zweitmeinung vor einer HNO-Operation, abrufbar unter: https://www.kkh.de/leistungen/aerztliche-zweitmeinung/hno-op, Abgriff am: 27.05.2022.
Knappschaft (2022) Ich wills wissen. Meine ärztliche Zweitmeinung, abgerufen unter: https://www.knappschaft.de/DE/ExpertenService/Zweitmeinungsverfahren/Node.html, Abgriff am 27.05.2022.
MD Medicus (2022) Gesundheitsassistance, abrufbar unter: https://www.md-medicus.net/de/leistungen/fur-krankenkassen-versicherungen/gesundheitsassistance, Abgriff am 06.06.2022.
Medexo (2022) Gutachten nach Aktenlage, abrufbar unter: https://medexo.com/gutachten-auf-aktenlage, Abgriff am 06.06.2022.
MediKompass (2022) Darum eine Zweite Zahnarztmeinung, abrufbar unter: https://www.medikompass.de/zweite_zahnarztmeinung.php, Abgriff am 06.06.2022.
Mobil Krankenkasse (2022a) Ärztliche Zweitmeinung, abrufbar unter: https://mobil-krankenkasse.de/unser-service/beratung/aerztliche-zweitmeinung.html, Abgriff am 27.05.2022.
Mobil Krankenkasse (2022b) Zahnersatzkosten vergleichen: Die 2te-Zahnarztmeinung, abrufbar unter: https://mobil-krankenkasse.de/unsere-leistungen/zaehne/zahnersatz.html, Abgriff am 27.05.2022.
Mülheims, L./Hummel, K./Peters-Lange, S./Toepler, E./Schuhmann, I. (2015) Handbuch Sozialversicherungswissenschaft. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung - (20.Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert am 23. Juni 2021 (BGBl. I S.1982).
GKV-Spitzenverband (2022) Krankenkassenliste, abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/service/krankenkassenliste/krankenkassen.jsp?pageNo=2, Abgriff am 15.06.2022.
Techniker Krankenkasse (2022a) Zweitmeinung, abrufbar unter: https://www.tk.de/action/techniker/2000046/tksearch?q=Zweitmeinung, Abgriff am: 26.05.2022.
Techniker Krankernkasse (2022b) Expertenrat zum Thema Zahnersatz, abrufbar unter: https://www.tk.de/techniker/leistungen-und-mitgliedschaft/informationen-versicherte/leistungen/zaehne/zahnersatz/expertenrat-zum-zahnersatz-2009682, Abgriff vom 26.05.2022.
vivida BKK (2022) Zweitmeinung vor Operationen, abrufbar unter: https://www.vividabkk.de/de/leistungen-versicherung/leistungen-von-a-bis-z/zweitmeinung-vor-operationen, Abgriff am: 27.05.2022.
VIACTIV Krankenkasse (2022a) Zweitmeinung Arzt, abrufbar unter: https://www.viactiv.de/leistungen/gesundheit-und-medizin/arzt-und-krankenhausbesuch/arztbesuch/zweitmeinung-arzt, Abgriff am 27.05.2022
VIACTIV Krankenkasse (2022b) Zweitmeinung Krebs, abrufbar unter: https://www.viactiv.de/leistungen/gesundheit-und-medizin/services-bei-krankheit/zweitmeinung-krebs, Abgriff am 27.05.2022.
VIACTIV Krankenkasse (2022c) Online Auktionsportal 2te Zahnarztmeinung.de, abrufbar unter: Online-Auktionsportal 2te-zahnarztmeinung.de | VIACTIV Krankenkasse, Abgriff am 27.05.2022.

fahren als heterogen bezeichnet werden. Gedankenleitend für dieses Kriterium ist der direkte Vergleich der Krankenkassen untereinander. Hierbei konnten Krankenkassen mit mehr Beratungsangeboten in der Rangfolge steigen und landeten sodann auf den vorderen Rängen der 4-Quadranten-Darstellung (AOK, TK, KKH; Abb. 1). Dabei wurden Beratungsangebote für Versorgungsfelder mit einer vergleichsweise hohen Prävalenz etwas positiver für die Rangfolge bewertet, als dies bei Beratungsangeboten mit einer vergleichsweise geringen Prävalenz der Fall war. Krankenkassen, die in dieser Dimension nicht so gut abschnitten, konnten demzufolge auch nur mit einer kleineren Anzahl von Beratungsleistungen aufwarten (hkk).

Lediglich zwei Krankenkassen (BARMER und Knappschaft) greifen bei der Organisation ihrer Zweitmeinungs-/Beratungsangebote nicht so umfänglich, wie andere Krankenkassen dies (gemäß den Darstellungen auf ihren Internetpräsenzen) umgesetzt haben (KKH, IKK Südwest, Mobil KK u.a.), auf externe Dienstleister zurück. Damit sind diese beiden Krankenversicherungen dem III. Quadranten zuzuordnen. 10 der 12 untersuchten Krankenkassen hingegen verlassen sich sehr umfänglich auf die Leistungen extern beauftragter Dienstleister und sind damit dem I. Quadranten bzw. dem IV. Quadranten zuzuordnen. Dabei kann jedoch nicht zurückgefolgert werden, dass die Beauftragung eines Dienstleisters (oder aber der Verzicht darauf) zu einer größeren (kleineren) Angebotsbreite führt. Die dahinterliegenden Strategien sind hier nicht eindeutig ableitbar.

Die Untersuchung zeigt zudem, dass die jeweiligen Beratungsangebote der Krankenkassen offenbar nicht größenabhängig (vgl. AOK vs. KKH) oder aber geschäftsgebietsbezogen (AOK vs. TK) sind. So ist die Anzahl der genannten Beratungsfelder auch bei den größten Krankenkassen Hessens durchaus unterschiedlich. Es kann damit nicht gesagt werden, dass tendenziell größere (oder kleinere) Krankenkassen mehr (oder weniger) Zweitmeinungsverfahren als kleinere (oder größere) anbieten. Genauso wenig kann konstatiert werden, dass bundesweit (landesweit) organisierte Krankenkassen ein größeres (kleineres) Beratungsangebot im Vergleich zu den landesweit (bundesweit) organisierten Krankenversicherungsträgern vorhalten. Mit dem Blick auf die Heterogenität dieser Ergebnisse lässt sich zusammenfassen, dass die kompensatorischen Wechselwirkungen von vermuteten Wirtschaftlichkeitsreserven und damit einhergehenden Administrationsaufwendungen mit äußerst differenzierten Strategien angegangen werden. Zudem werden die jeweiligen Krankenkassen ihre Beratungsangebote auf die eigenen Bedarfe, also auf ihre krankenkassenindividuelle Versichertenstruktur, zuschneiden, um möglichst weitreichende Versorgungseffekte zu erreichen. Ungeachtet dessen geben die wettbewerblichen Aktivitäten der Krankenkassen aber auch Hinweise auf mögliche, zukünftige Anpassungen der Zweitmeinungs-Richtlinie. So werden hier erweiterte Versorgungsfelder definiert, die auch für die kollektivvertragliche Richtlinienversorgung interessant sein könnten. <<

Implementation status of the second opinion procedure in Hesse – II

Competitive analysis of the insured-related counselling services of statutory health insurance providers

The second opinion process has been integrated into the general benefits of statutory health insurance companies (SHICs) in 2019. It aims at those surgical interventions that have been identified as being prone to supplier-induced demand. In the first part of this series, reimbursement data and geographical data on the supply side from the Kassenärztliche Vereinigung Hessen were analyzed for selected interventions. Probable influences and incentives on the supply and the utilization of these services were elicited (Hartweg/Suk 2022). Meanwhile, SHICs have developed offers on second opinion processes that exceed the general approach. This article theorizes the economic considerations of SHICs to or not to implement additional second opinion services. An analysis on the specific offers of the 12 largest SHICs in Hesse does not give evidence for a correlation between depth and outsourcing of the services and the type, size or operational area of the SHICs. This result suggests that SHICs follow individual strategies to realize hidden efficiency reserves.

Keywords

second opinion procedures, medical indications, statutory health care insurance, insurance driven advisory services, external service providers

Zitationshinweis

Hartweg, H.-R., Suk, T.: „Implementierungsstand des Zweitmeinungsverfahrens in Hessen – II" in: „Monitor Versorgungsforschung" (05/22), S. 57-62. http://doi.org/10.24945/MVF.05.22.1866-0533.2444

Autorenerklärung

Die Autor:innen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen. Mit der Einreichung erklären die Autor:innen, dass sie Eigentümer:innen des dargestellten geistigen Eigentums sind und die entsprechenden Copyrights zur Veröffentlichung freigeben.

Additionales Material

Das Tableau zu den Beratungsangeboten finden Sie als Addendum online auf www.m-vf.de (https://bit.ly/3dyYi8G)

Prof. Dr. rer. pol. Hans-R. Hartweg ORCID: 0000-0002-5218-5508
ist Professor im Fachbereich Wiesbaden Business School der Hochschule RheinMain (HSRM). Dort betreut er den Studiengang „Gesundheitsökonomie (BSc)" und kümmert sich um aktuelle Fragen der Versorgungsforschung.

Kontakt: hans.hartweg@hs-rm.de



Tabea Suk BSc ORCID: 0000-0002-3661-5862
ist Beraterin für Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen. Sie hat 2018 ihren Bachelor in Gesundheitsökonomie an der HSRM am Fachbereich Wiesbaden Business School abgeschlossen und studiert seit 2021 berufsbegleitend Public Health im Master-Programm der London School of Hygiene and Tropical Medicine.
Kontakt: tabea.suk@kvhessen.de

