



DER STANDARD

Zu viel des Guten

Der Standard/Beilage
 Seite B28 / 25. August 2015 / Auflage: 78968

DigiClip für Boltzmann

◀ VERSORGUNG ▶

Zu viel des Guten

Private Krankenversicherungen bringen Patientinnen und Patienten viele Vorteile. Sie sind VIPs im Krankenhaus und in der Ordination. Nicht immer zu ihrem Vorteil. Wenn Honorare locken, wird manchmal gerne überbehandelt.

Text **Jutta Berger**

Wer eine private Krankenversicherung hat, ist in Ordinationen und Privatkrankenhäusern eine „very important person“ (VIP). Manchmal laufen Privat- oder Zusatzversicherte jedoch Gefahr, zu viel des Guten zu bekommen. Sie werden öfter mit teuren bildgebenden Verfahren wie MRT oder CT untersucht, nehmen häufiger Labordienste in Anspruch, bekommen teure Medikamente, kommen öfter unters Skalpell, werden überdiagnostiziert und übertherapiert. Das behaupten zumindest internationale Studien. In Deutschland, wo man je nach Berufsgruppe oder Einkommen zwischen Pflicht- und Privatversicherung wählen kann, diskutieren und kritisieren Versicherungen unangemessene medizinische Interventionen. Man spricht von Überversorgung.

Über- und unterversorgt

In Österreich haben 2,5 Millionen Menschen zusätzlich zur Pflichtversicherung eine private Krankenversicherung. Überversorgung ist aber (noch) kein öffentliches Thema. Weder Spitalerhalter noch Versicherungen hätten ein Interesse an einer öffentlichen Debatte, sagt Thomas Cypionka, Leiter des Forschungsbereichs Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik (IHS HealthEcon) am Institut für Höhere Studien. Schließlich bringe die Behandlung von Privatpatienten in öffentlichen Krankenhäusern den Spitalerhaltern Vorteile. Cypionka: „Immerhin decken Zusatzversicherungen sieben Prozent der Spitalsausgaben. Auch bei den Gehältern der Ärztinnen und Ärzte profitiert der Spitalerhalter, sie werden durch Privat honorare aufge bessert.“

Die Kehrseite der Medaille ist die Ungleichbehandlung. Obwohl der § 16 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz regelt, dass für die ärztliche Behandlung ausschließlich der Gesundheitszustand maßgeblich ist, werden Privatversicherte bevorzugt. „Sie kommen früher dran, werden besser betreut“, sagt Cypionka. Wer eine private Versicherung hat, dürfte eigentlich nur bei Zimmerbelegung und Essen profitieren, nicht bei Betreuung und Behandlung. Denn Privatversicherungen bezahlen nur die Zusatzleistung, die Grundleistung finanziert die allgemeine Krankenversicherung.

Die Wirklichkeit schaue aber oft anders aus, kritisiert Cypionka. So werde immer wieder berichtet, dass Primärärzte nur Visite bei Privatpatienten machen und Auszubildende von Privatpatienten ferngehalten würden. Zu vermuten

sei auch, dass Privatversicherte länger im Krankenhaus behalten werden, was für die öffentliche Hand Mehrkosten bedeute. Zahlen und Fakten gebe es dazu nicht, sagt der Gesundheitsökonom: „Niemand hat Interesse an solchen Studien, man würde da wahrscheinlich in ein Wespennest stechen.“

Bereits 2011, als deutsche Medien über die Überversorgung von Privatversicherten berichteten, regte Claudia Wild, Leiterin des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Health Technology Assessment (LBI-HTA), Evidenzanalysen an. Man sollte sich den angemessenen Aufwand bestimmter Diagnosegruppen und empirische Analysen der Abrechnungsdaten von Versicherungen genauer anschauen. Vier Jahre später sieht Wild erste kritische Ansätze. Der Zusammenhang zwischen Überdiagnostik und Überversorgung würde mittlerweile „doch von einigen“ erkannt, sagt die Sozialmedizinerin. So wurde ihr Institut von den Ländern beauftragt, Strategien zum angemessenen Einsatz von Magnetresonanztomografie (MRT) und Positronen-Emissions-Tomografie/Computertomografie (PET/CT) zu erarbeiten. Hintergrund waren die langen Wartezeiten für solche Untersuchungen. Die Studien sollen nun dazu dienen, Kriterien für den Einsatz der Technologien zu entwickeln, aber auch Bewusstseinsbildung bei den Patientinnen und Patienten anzuregen. Wild nennt ein Beispiel für unangemessenen MRT-Einsatz: „Man muss nicht alle mit chronischen Rückenschmerzen zum MRT schicken.“

Verbraucherschutzorganisationen raten Patientinnen und Patienten, diagnostische und therapeutische Verfahren zu hinterfragen, Zweitmeinungen einzuholen. Die Zweitmeinung wird allerdings von der gesetzlichen Krankenversicherung im Gegensatz zu den Privaten nicht bezahlt. „Wenn ein Arzt eine Operation empfiehlt, decken moderne Sonderklassen tarife oder Zusatztarife auch die Kosten für eine zweite Meinung ab“, sagt Peter Eichler, Vorstand von Uniq Österreich. Das richtige Niveau einer Heilbehandlung festzustellen, sowohl Über- als auch Unterbehandlung auszuschließen sei schwierig, sagt Eichler: „Es gibt in der Medizin kaum harte Behandlungsstandards, zudem muss jeder Fall individuell beurteilt werden.“ In Zweifelsfällen prüft die Versicherung aber, ob eine stationäre Behandlung nötig war.

www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/hsw13_2d.pdf

hta.lbg.ac.at/ullCms/show/currentprojects

Fotos: KHM; Illustrationen: Sarah Egbert Eiersholt