



Oliver Peters, Claude Vuffray, Kris Haslebacher 10. Juni 2016

---

## Überhang in der stationären Leistungserbringung zu Gunsten der Zusatzversicherten

---

Generell wird angenommen, dass im stationären Bereich eher zu viele als zu wenige Leistungen erbracht werden. Dieses Phänomen ist in der gesundheitsökonomischen Literatur stark mit dem Begriff der *anbieterinduzierten Nachfrage* verknüpft. Im Unterschied zu vielen anderen Gütern und Dienstleistungen wählen Patienten ihre medizinischen Behandlungen nicht autonom aus, sondern verlassen sich in der Regel auf die Expertenmeinung des behandelnden Arztes. Dieser wiederum ist ökonomischen Anreizen ausgesetzt, welche sein Verhalten mit beeinflussen können.

So lange die Erträge für eine zusätzliche Leistung die Kosten übersteigen, führen diese Anreize bei genügend Kapazitäten dazu, dass es zu einer Mengenausweitung der Leistungen kommt. Bei knapper Kapazität<sup>1</sup> spielt ein anderer Mechanismus: Hier wirken die ökonomischen Anreize in die Richtung, dass gewisse Patientengruppen systematisch bevorzugt bzw. benachteiligt werden, weil ihre Behandlung unterschiedlich lukrativ ist. Dieser Artikel befasst sich mit zwei Patientengruppen, bei welchen vermutet wird, sich hinsichtlich ihrer Rentabilität stark zu unterscheiden: Den Personen, welche über eine Zusatzversicherung "private" oder "halbprivate Abteilung" verfügen und den Personen, welche keine solche Zusatzversicherung haben. Nach einer kurzen Übersicht über die Rentabilität der beiden Personengruppen für die Spitäler ist das Hauptaugenmerk des Artikels darauf gerichtet, diejenigen Leistungen zu identifizieren, bei denen ein Leistungsüberhang bei privat und halbprivat versicherten Personen feststellbar ist.

Erwartet wird, dass der Überhang desto grösser sein wird, je elektiver eine Behandlung ist. Elektiv bedeutet in diesem Sinn, dass es sich um keinen akuten Notfall handelt, d.h. dass die Behandlung bis zu einem gewissen Grad verschoben bzw. geplant oder gar nicht vorgenommen werden kann. Insbesondere gewisse orthopädische Eingriffe entsprechen diesem Muster, im Gegensatz zu dringenden Eingriffen, wie z.B. nach einem Herzinfarkt.

Am Schluss wird die Summe aller ermittelten Überhänge ins Verhältnis zu den Gesamtleistungen gestellt, um eine Vorstellung über das mögliche Optimierungspotential zu erhalten. Dabei wird von der Arbeitshypothese ausgegangen, dass die ermittelten Überhänge eher dem Bild einer Überversorgung

---

<sup>1</sup> oder wenn der Grenzgewinn für Behandlungen von Patienten aus einer Patientengruppe negativ ist und bei der anderen Patientengruppe positiv



der Zusatzversicherten entsprechen als der Unterversorgung der Allgemeinversicherten.

## Allgemeine versus (halb-)private Abteilung

Die stationären erbrachten Spitalleistungen werden in der Schweiz von der obligatorischen Grundversicherung und den Kantonen getragen. Bei allen Versicherten werden somit sämtliche Leistungen "die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen", "entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung vergütet" (vgl. KVG Art 25). In der allgemeinen Abteilung werden somit keine weiteren "Spezialleistungen" abgegolten.

Im Gegensatz zu der allgemeinen Abteilung sind bei der privaten und halbprivaten Abteilung gewisse "Spezialleistungen" durch eine Spital-Zusatzversicherung gedeckt. Zu diesen Leistungen gehören in der Regel insbesondere eine freie Arztwahl innerhalb des Spitals (wodurch leitende Ärzte, Chef- und Oberärzte ein separates Honorar in Rechnung stellen können) sowie der Anspruch auf ein Doppel- (halbprivate Abteilung) oder Einzelzimmer (private Abteilung).

Aus den Kennzahlen der Schweizer Spitäler<sup>2</sup>, welche sich u.a. auf die Daten der Krankenhausstatistik des BFS<sup>3</sup> abstützen, sind je Spital sowohl die Erlöse des stationären Bereichs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP<sup>4</sup>) als auch die Kosten (OKP) für die grundversicherten Personen und die Zusatzversicherten Personen enthalten. Aus diesen Werten lassen sich für jedes Spital die Finanzierungsgrade (Erlöse dividiert durch die Kosten) für die beiden Gruppen *Grundversicherte* und *Zusatzversicherte* je Spital berechnen. Ein hoher Finanzierungsgrad bedeutet in diesem Sinn, dass die Leistungen lukrativ sind. Bei einem Finanzierungsgrad von "1" halten sich die Erlöse und die Kosten die Waage, so dass weder ein zusätzlicher Gewinn noch ein zusätzlicher Verlust realisiert wird<sup>5</sup>.

Die Abbildung 1 zeigt die Histogramme für die beiden oben genannten Gruppen. Das blaue Histogramm befindet sich tendenziell rechts des roten Histogramms, was

---

<sup>2</sup> [http://www.bag-anw.admin.ch/kuv/spitalstatistik/data/download/kzp12\\_publication.pdf?version=1439213908&webgrab=ignore](http://www.bag-anw.admin.ch/kuv/spitalstatistik/data/download/kzp12_publication.pdf?version=1439213908&webgrab=ignore)  
<sup>3</sup> [http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen\\_quellen/blank/blank/kh/01.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/kh/01.html)

<sup>4</sup> Nicht berücksichtigt werden die Kosten und Erlöse von Leistungen, welche nicht zulasten der OKP abgerechnet werden (Invaliden-, Unfall- und Militärversicherung, Selbstzahler, Zusatzversicherungsleistungen). Des Weiteren fehlen diejenigen Erlöse, welche nicht direkt auf die Patienten umgelegt werden (Subventionen der öffentlichen Hand, Finanzerlöse...).

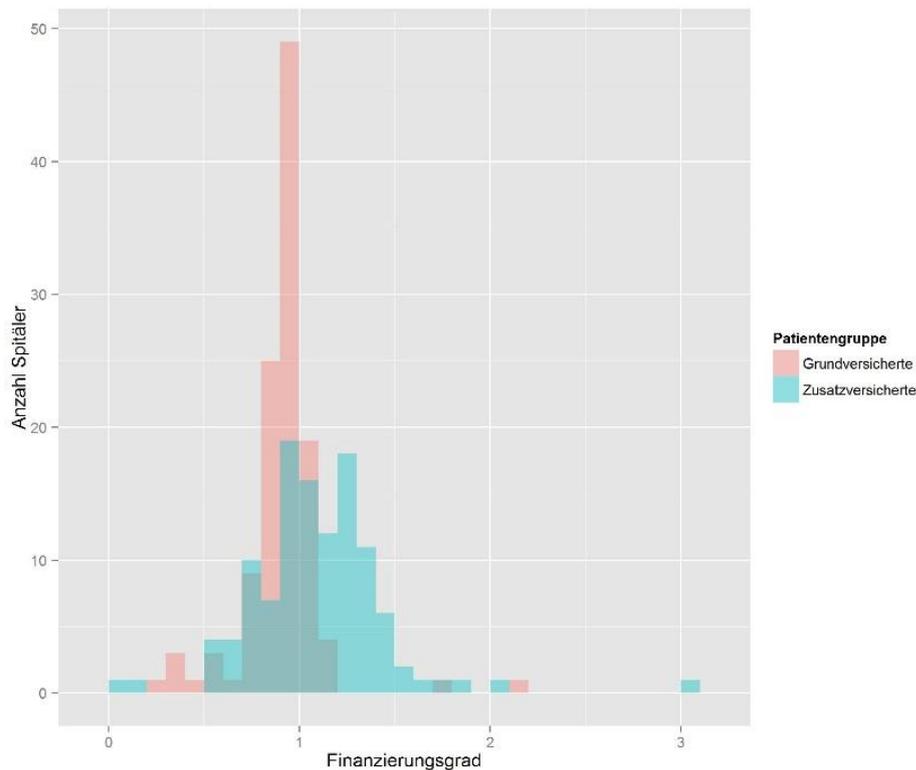
<sup>5</sup> Ein Finanzierungsgrad kleiner als "1" bedeutet demnach, dass bei diesem Spital und dieser Patientengruppe im Durchschnitt ein Verlust realisiert wird, während ein Finanzierungsgrad grösser als "1" für einen Gewinn steht. Wie in Fussnote 4 beschrieben, fehlen bei der vorliegenden Betrachtung gewisse Erlösbestandteile. Die Berücksichtigung dieser Elemente, würde die Finanzierungsgrade erhöhen.



darauf hindeutet, dass die *Zusatzversicherten* für ein Spital im Durchschnitt ökonomisch interessanter sind, als die Grundversicherten<sup>6</sup>.

*Abbildung 1: Finanzierungsgrade für die beiden Patientengruppen Grundversicherte und Zusatzversicherte nach Spital.*

*Datenquelle: Krankenhausstatistik 2012, BFS*



Zu beachten ist ferner, dass die verwendeten Kosten und Erlöse "nur" diejenigen Elemente enthalten, welche über die OKP abgerechnet werden. Allfällige Honorarleistungen und Zusatzerlöse aus der Hotellerie sind in den dargestellten Finanzierungsgraden demnach nicht berücksichtigt. Es ist daher plausibel anzunehmen, dass in der Realität die *Zusatzversicherten* für die Spitäler noch rentabler sind als hier dargestellt.

<sup>6</sup> Ein (gepaarter) t-Test verwirft die Nullhypothese und bestätigt das Resultat formell. Der Unterschied der Differenzen beträgt : 0.18, p-Wert<0.001



## Identifikation des Leistungsüberhangs

Nachdem festgestellt wurde, dass die ökonomischen Anreize in die Richtung der Bevorzugung der Zusatzversicherten tendieren, interessiert, welche medizinischen Leistungen konkret davon betroffen sind und ob sich ein Leistungsüberhang überhaupt empirisch nachweisen lässt.

Für die Beantwortung dieser Frage wurden pro DRG<sup>7</sup> (Diagnosis Related Group) eine Hospitalisierungsrate (*Anzahl Fälle/Wohnbevölkerung*) sowie eine Rate der Anzahl Spitaltage (*Anzahl Spitaltage/Wohnbevölkerung*) für die beiden Gruppen *Zusatzversicherte* und *Grundversicherte* berechnet. Aus der Differenz der Hospitalisierungsraten (bzw. Raten der Anzahl Spitaltage) für die beiden Patientengruppen kann ein Überhang zu (Un-)Gunsten der Zusatzversicherten ausgewiesen werden.

## Datengrundlage

Die Anzahl der Fälle je DRG sowie die Anzahl Spitaltage wurden *der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BFS 2012* entnommen. Berücksichtigt wurden nur Spitalaustritte<sup>8</sup> der Akutsomatik<sup>9</sup> von Personen, welche älter als 14 Jahre waren. Die letztgenannte Einschränkung hängt mit der Verwendung der zweiten Datenquelle, der Schweizerischen Gesundheitsbefragung des BFS (SGB) 2012, zusammen. Bei dieser werden nur Personen befragt, welche älter als 14 Jahre sind. Verwendet wurde die SGB, um den Anteil der Wohnbevölkerung je Alterskategorie zu schätzen, welche über eine Spital-Zusatzversicherung "private" bzw. "halbprivate" Abteilung verfügen.

## Methodik

Die SGB 2012 beinhaltet eine Stichprobe von insgesamt 18'300 Personen. Die vom BFS vorgegebenen Gewichtungsfaktoren wurden verwendet, um die Anzahl Personen der "allgemeinen Abteilung" sowie der "privaten und halbprivaten Abteilung" für die Gesamtbevölkerung zu berechnen. Dabei wurden die fehlenden Werte und die Ausprägung "Anderes Modell" aus der Frage 28<sup>10</sup> innerhalb jeder Alterskategorie anteilmässig auf die beiden Gruppen verteilt<sup>11</sup>. Aus der Berechnung resultierte die nachfolgende Tabelle 1, welche die Basis für die Berechnung der Hospitalisierungsrate sowie der Rate der Anzahl Spitaltage für die ganze Schweiz diente.

---

<sup>7</sup> Swiss DRG Version 1.0

<sup>8</sup> Statistikfälle "A"

<sup>9</sup> Ausschluss der Fälle mit Hauptkostenstelle M500 – Psychiatrie sowie M950 – Rehabilitation

<sup>10</sup> Frage 28 der SGB: "Wie sind Sie versichert, wenn Sie ins Spital gehen müssen?". Antwortmöglichkeiten: Allgemeine Abteilung, Halbprivate Abteilung, Private Abteilung, Anderes Modell.

<sup>11</sup> Hypothetisches Beispiel: Gegeben sei ein Anteil von *zwei Drittel* der Personen der allgemeinen Abteilung am Total der Personen der beiden Vergleichsgruppen in einer bestimmten Altersklasse. Bei angenommenen 300'000 Personen, welche der gleichen Altersklasse und der Kategorie "Anderes Modell/Missing Values" zugeordnet würden, würden durch die anteilmässige Verteilung  $300'000 \cdot \frac{2}{3} = 200'000$  Personen zusätzlich der allgemeinen Abteilung hinzugerechnet werden (bzw. 100'000 Personen der (halb-)privaten Abteilung).



Tabelle 1: Verwendete Bevölkerungsdaten für die Berechnung der (altersstandardisierten) Raten

Altersklasse	Allgemeine Abteilung	Private und halbprivate Abteilung
15-24 Jahre	759'818	132'207
25-34 Jahre	906'413	164'160
35-44 Jahre	956'714	193'831
45-54 Jahre	1'025'926	279'084
55-64 Jahre	705'938	264'424
65-74 Jahre	533'241	237'910
75+ Jahre	480'346	198'256

Um für den wichtigsten Morbiditätsfaktor "Alter" statistisch zu korrigieren, werden die Raten altersstandardisiert und anschliessend skaliert<sup>12</sup>. Die Differenz der (altersstandardisierten) Hospitalisierungsraten für die beiden Gruppen "Allgemeine Abteilung" sowie "Private und halbprivate Abteilung" je DRG liefert den Grad der potentiellen Über- bzw. Unterversorgung zugunsten der Zusatzversicherten je DRG.

Werden anschliessend die oben errechneten Differenzen der Raten mit der verwendeten Population der Gruppe "private und halbprivate Abteilung" multipliziert, resultiert daraus der ausgewiesene Überhang dieser Gruppe. Dies ist derjenige Teil der effektiven Fälle (bzw. Spitaltage), welcher theoretisch vermieden werden könnte, wenn alle Personen nur noch allgemein versichert wären. Wie bei im Abschnitt Einschränkungen ausgeführt, ist bei der Interpretation dieser Kennzahl Vorsicht geboten.

## Resultate

Die Tabelle 2 (Hospitalisierungsraten) und Tabelle 3 (Rate der Anzahl Spitaltage) zeigen jeweils die Top 15 derjenigen DRGs, wo der errechnete Überhang am stärksten ausgefallen ist. Die einzelnen DRGs können der hierarchisch höher stehenden Gruppe MDC (Major Diagnostic Categories) – welche in der dritten Spalte angegeben wird – zugeordnet werden. Sowohl bei den Hospitalisierungsraten als auch bei der Rate der Anzahl Spitaltage sind 11 der 15 DRGs mit dem grössten Überhang der MDC 8 "Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe" zuzuordnen. Diese Leistungen gehören, wie erwartet, eher dem elektiven Teil des akutstationären Leistungsspektrums an. Neben den orthopädischen Leistungen befinden sich weitere interessante Leistungen<sup>13</sup> wie z.B. "Kaiserschnitte" unter den Top 15.

<sup>12</sup> Direkte Altersstandardisierung mit dem Total der beiden Populationen ("Allgemeine Abteilung" sowie "Private und halbprivate Abteilung") als Standardpopulation. Zudem wird je DRG ein Skalierungsfaktor verwendet, um bei der Berechnung der Anzahl Fälle exakt die effektive Anzahl der Fälle zu erhalten.

<sup>13</sup> Ob für jede DRG wirklich die ökonomischen Anreize die Hauptursache für den ausgewiesenen Überhang darstellen, ist nicht Gegenstand dieser Studie und müsste im Einzelfall separat geprüft werden. Hier geht es lediglich um eine grobe Übersicht, ohne auf die speziellen Eigenschaften einzelner DRGs genauer einzugehen.



In der letzten Spalte ist der kumulierte Überhang ausgewiesen. Dies erlaubt eine Quantifizierung des Optimierungspotentials, wenn der ausgewiesene Überhang aller 15 DRGs vermieden würde. Für die betrachtete Grundgesamtheit entfielen im Jahr 2012 insgesamt 293'866 Austritte auf die private und halbprivate Abteilung. Von allen diesen Fällen wurden insgesamt 50'772 Austritte, was 17% entspricht (vgl. Abbildung 2), als positive Überhänge qualifiziert. Werden diese 17% weiter unterteilt, so entfallen insgesamt 22'940 (ca. 45%) Austritte alleine auf die 15 in der Tabelle 2 ausgewiesenen DRGs. In andern Worten: Jeder 13. Fall bei den Zusatzversicherten könnte vermieden werden, wenn es bei den 15 wichtigsten DRGs keine Überhänge mehr gäbe.

Werden an der Stelle der Spitalaustritte die Spitaltage betrachtet, so sieht das Bild ähnlich aus: Für die betrachtete Grundgesamtheit entfielen im Jahr 2012 insgesamt 1'702'368 Spitaltage auf die private und halbprivate Abteilung. Von allen diesen Tagen wurden insgesamt 202'979 Tage, was 12% entspricht (vgl. Abbildung 3), als positive Überhänge qualifiziert. Werden diese 12% weiter unterteilt, so entfallen insgesamt 99'304 (ca. 49%) Tage alleine auf die 15 in der Tabelle 3 ausgewiesenen DRGs. In andern Worten: Jeder 17. Fall bei den Zusatzversicherten könnte vermieden werden, wenn es bei den 15 wichtigsten DRGs keine Überhänge mehr gäbe.

Der Fokus dieses Artikels liegt, wie bereits erläutert, auf der Identifikation der relevantesten Leistungen im Zusammenhang mit einem Leistungsüberhang zugunsten der privat und halbprivat versicherten Personen. Aus diesem Grund werden diejenigen Leistungen, wo der Überhang zugunsten der allgemein Versicherten Personen ausfällt, nicht speziell ausgewiesen und thematisiert. Festgehalten werden kann hingegen, dass sich in den vorderen Rängen eher nicht-elektive DRGs befinden. Die DRGs F62C (Herzinsuffizienz und Schock ohne äusserst schwere CC) oder F60B (Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik ohne äusserst schwere CC) sind in dieser Hinsicht idealtypisch. Dass der Überhang bei solchen Leistungen eher zu Gunsten der allgemein versicherten Personen ausfällt, hat weniger mit einer potentiellen Überversorgung bei den allgemein versicherten Personen zu tun, als vielmehr damit, dass wichtige Confounder (vgl. Abschnitt Einschränkungen), wie beispielsweise das Vorliegen von Diabetes, nicht berücksichtigt wurden.



Tabelle 2: Die 15 DRGs mit den höchsten positiven Überhängen der privaten und halbprivaten Abteilung - gemessen in Anzahl Spitalaustritte

SwissDRG	Bezeichnung SwissDRG	MDC	Anzahl Spitalaustritte		Hospitalisierungsrate je 100'000 Einwohner		Überhang Spitalaustritte*	Überhang kumuliert
			allgemein	privat & halbprivat	allgemein	privat & halbprivat		
I30Z	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk	08	20'639	12'032	383	825	6'497	6'497
I23B	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial ausser an Hüftgelenk und Femur ohne komplexe Entfernung von Osteosynthesematerial, Alter > 9 Jahre	08	4'515	3'243	85	219	1'976	8'474
O01F	Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose	14	13'040	3'983	220	353	1'953	10'426
I20E	Eingriffe an Extremitäten, ohne komplexen Eingriff, ohne schweren Weichteilschaden, Alter > 15 Jahre, ohne Knochen transplantation, ohne Implantation einer Zehengelenkendoprothese	08	6'562	3'682	130	222	1'358	11'784
I27C	Eingriffe am Weichteilgewebe ohne äusserst schwere oder schwere CC, ausser bei bösartiger Neubildung	08	5'173	2'767	98	183	1'254	13'038
I47Z	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, mit komplizierendem Eingriff, ohne äusserst schwere CC	08	12'862	6'661	268	350	1'214	14'252
I53Z	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äusserst schwere CC, mit komplexem Eingriff oder Halotraktion	08	7'718	4'101	155	237	1'203	15'455
Z64B	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne komplexe Radiojoddiagnostik	23	1'973	1'803	38	116	1'147	16'602
I29Z	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk	08	6'467	3'355	127	204	1'131	17'733
F49F	Invasive kardiologische Diagnostik ausser bei akutem Myokardinfarkt, ein Belegungstag	05	3'506	2'726	75	150	1'101	18'834
I43B	Implantation oder vollständiger Wechsel einer Endoprothese am Kniegelenk ohne äusserst schwere CC	08	10'929	5'700	228	298	1'017	19'851
I13A	Komplexe Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk, mit Mehrfacheingriff, beidseitigem Eingriff, komplexer Prozedur oder komplexer Diagnose	08	6'993	2'896	133	189	823	20'674
I21Z	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial an Hüftgelenk und Femur oder komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm	08	6'498	2'988	127	181	785	21'459
C08B	Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE)	02	1'191	1'430	27	79	765	22'224
I16Z	Andere Eingriffe am Schultergelenk	08	4'592	2'079	87	136	716	22'940

\* Überhang = (Differenz der Raten \* Zusatzversicherte Wohnbevölkerung (vgl. Tabelle 1)) / 100'000



Tabelle 3: Die 15 DRGs mit den höchsten positiven Überhängen der privaten und halbprivaten Abteilung - gemessen in Anzahl Spittaltage

SwissDRG	Bezeichnung SwissDRG	MDC	Anzahl Spittaltage		Rate der Anzahl Spittaltage je 100'000 Einwohner		Überhang Spittaltage*	Überhang kumuliert
			allgemein	privat & halbprivat	allgemein	privat & halbprivat		
I30Z	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk	8	47'558	27'162	866	1'919	15'474	15'474
I47Z	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesse, mit komplizierendem Eingriff, ohne äusserst schwere CC	8	105'525	58'760	2'215	3'086	12'808	28'282
O01F	Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose	14	64'592	22'151	1'083	1'947	12'698	40'980
I43B	Implantation oder vollständiger Wechsel einer Endoprothese am Kniegelenk ohne äusserst schwere CC	8	95'259	53'585	2'005	2'804	11'737	52'717
I53Z	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äusserst schwere CC, mit komplexem Eingriff oder Halotraktion	8	49'246	29'441	1'008	1'670	9'724	62'441
I13A	Komplexe Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk, mit Mehrfacheingriff, beidseitigem Eingriff, komplexer Prozedur oder komplexer Diagnose	8	55'918	23'048	1'080	1'429	5'129	67'570
I29Z	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk	8	22'317	12'656	444	759	4'629	72'198
I09D	Wirbelkörperfusion ohne äusserst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Wirbelsäulenosteosynthese	8	17'137	11'430	351	660	4'536	76'735
G17Z	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff	6	14'988	10'545	315	587	4'004	80'738
M01B	Grosse Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äusserst schwere CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äusserst schweren CC	12	11'131	8'598	241	463	3'273	84'011
I20E	Eingriffe an Extremitäten, ohne komplexen Eingriff, ohne schweren Weichteilschaden, Alter > 15 Jahre, ohne Knochen transplantation, ohne Implantation einer Zehengelenkendoprothese	8	21'551	11'093	430	649	3'209	87'221
I19B	Komplexe Wirbelkörperfusion ohne äusserst schwere CC, Alter > 15 Jahre	8	11'980	8'248	249	466	3'193	90'414
I23B	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial ausser an Hüftgelenk und Femur ohne komplexe Entfernung von Osteosynthesematerial, Alter > 9 Jahre	8	9'185	5'902	175	386	3'101	93'515
I27C	Eingriffe am Weichteilgewebe ohne äusserst schwere oder schwere CC, ausser bei bösartiger Neubildung	8	15'697	7'957	301	510	3'079	96'594
N21Z	Hysterektomie ausser bei bösartiger Neubildung, ohne äusserst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff	13	20'736	8'220	384	568	2'710	99'304

\* Überhang = (Differenz der Raten\*Zusatzversicherte Wohnbevölkerung (vgl. Tabelle 1))/100'000



Abbildung 2: Aufteilung der Spitalaustritte der privaten und halbprivaten Abteilung

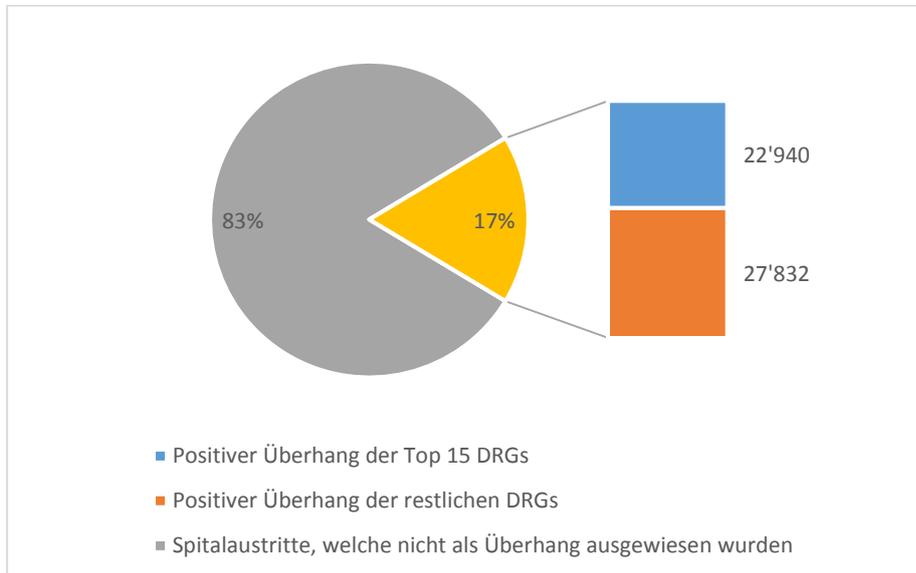
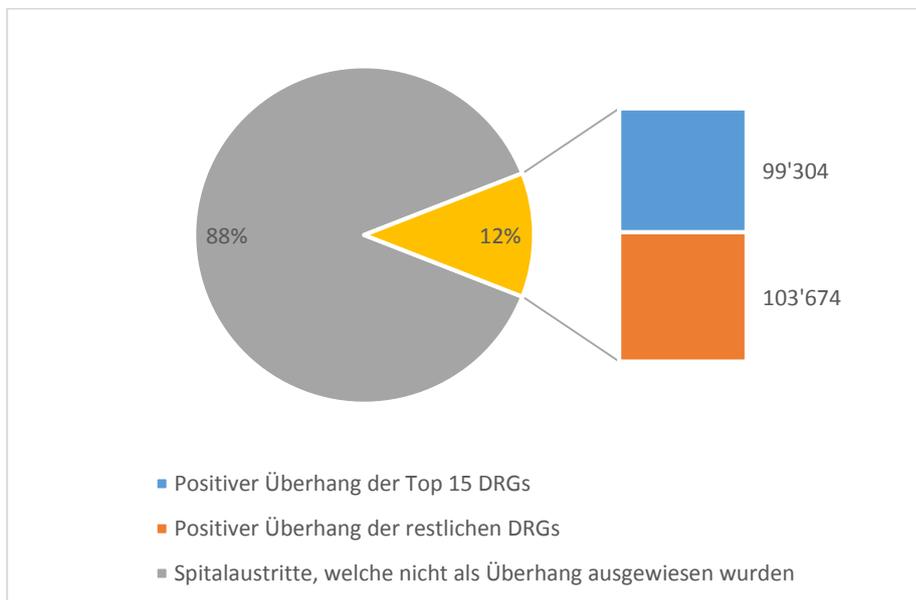


Abbildung 3: Aufteilung der Spitaltage der privaten und halbprivaten Abteilung



## Einschränkungen

Bei der Interpretation der ausgewiesenen Überhänge ist eine gewisse Vorsicht geboten. Insbesondere darf von einem ausgewiesenen Überschuss nicht automatisch auf eine Überversorgung geschlossen werden. Dies vor allem aus den folgenden Gründen:



- Das vorliegende Modell unterstellt, dass die Personen, welche bei der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) "Allgemeine Abteilung" als Antwort auf die Frage nach der Spital-Zusatzversicherung angegeben haben, in der Medizinischen Statistik bei der Variable "Liegeklasse" (Variablen-Nr 1.3.V02) ebenfalls der Gruppe "allgemein" zugeordnet werden. Analoges wird für die Liegeklassen "privat" und "halbprivat" angenommen. Dies berücksichtigt die Möglichkeit von "Upgrades" in eine höhere Liegeklasse nicht, wenn diese Entscheidung spontan vor Ort im Spital erfolgt.
- Der Anteil der Antworten auf die Frage nach der Spital-Zusatzversicherung bei welchen *kein Wert* oder "*anderes Modell*" in der SGB angegeben wurde, beträgt ca. 21%. Dieser Anteil wird, wie beschrieben, anteilmässig verteilt, wobei implizit angenommen wird, dass durch diese Verteilung keine systematische Verzerrung der Schätzung erfolgt.
- Das Modell unterstellt ausserdem, dass es zwischen den beiden Patientengruppen keine weiteren systematischen Unterschiede in der Morbidität gibt als das Alter, für welches statistisch korrigiert wurde. Es ist jedoch anzunehmen, dass es zwischen den beiden Gruppen weitere für die Morbidität relevante Faktoren gibt, welche die vorliegende Betrachtung nicht berücksichtigt (z.B. sozio-ökonomischer Status, Gesundheitsverhalten etc.).

## Fazit

Es ist plausibel anzunehmen, dass Personen mit einer Spitalzusatzversicherung "private oder halbprivate Abteilung" für die Spitäler in der Schweiz ökonomisch interessanter sind als Personen der "allgemeinen Abteilung". Besonders interessant scheinen Leistungen aus dem orthopädischen Bereich zu sein: So können 11 der 15 relevantesten DRGs in Bezug auf die berechneten Überhänge für die private und halbprivate Abteilung dem MDC 8 "Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe" zugeordnet werden. Unter der Annahme, dass bei diesen 15 relevantesten DRGs bei der privaten und halbprivaten Abteilung gleich viele Leistungen erbracht würden, wie bei der allgemeinen Abteilung, könnte jeder 13. Spitalaufenthalt (7.8%) bzw. jeder 17. Spitaltag (5.8%) bei den Zusatzversicherten vermieden werden.