



Haslebacher Kris, Maillard-Bjedov Tjaša, Vuffray Claude, August 2023

Zusatzversicherungen tragen zu mehr Spitalaufenthalten bei

Zusammenfassung

Die Ergebnisse dieser Analyse deuten darauf hin, dass es bei Patientinnen und Patienten mit einer (halb)privaten Spitalzusatzversicherung einen Überhang an medizinischen Leistungen gibt. Dies gilt insbesondere für orthopädische Leistungen. Die identifizierten Überhänge widerspiegeln eher ein Überangebot an Leistungen für Patienten mit einer solchen Zusatzversicherung als ein Unterangebot für lediglich grundversicherte Patienten. Diese Ergebnisse stimmen mit den Erkenntnissen in der aktuellen Literatur überein.

1. Gesundheitskosten wachsen weiter

In der Schweiz beliefen sich die Gesundheitsausgaben im Jahr 2020 auf 83,3 Milliarden Franken, was 11,8 % des Bruttoinlandsprodukts (BIP) entspricht. Damit steht die Schweiz auf Platz 4 der OECD-Länder mit dem höchsten Verhältnis der Gesundheitsausgaben zum BIP in aktuellen Preisen. Konkret bedeutet dies, dass sich die monatlichen Gesundheitsausgaben auf 804 Franken pro Person beliefen ([Taschenstatistik, BFS 2023](#)). Es gibt keine Anzeichen für eine Abschwächung dieses Trends in den nächsten Jahren. Die Hauptgründe sind die Alterung der Bevölkerung und der medizinische Fortschritt, der zu mehr innovativen und teureren medizinischen Leistungen führt. Steigende Gesundheitskosten wirken sich über die Prämien direkt auf die Kaufkraft der Haushalte, aber auch auf die Staatsausgaben aus. Die Kontrolle der Gesundheitsausgaben ist folglich in allen grossen Volkswirtschaften ein Thema von zentraler Bedeutung.

Der vorliegende Artikel konzentriert sich auf einen spezifischen Aspekt des Schweizer



Gesundheitssystem, nämlich die (halb)private Spitalzusatzversicherung, die Personen zusätzlich zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP, Grundversicherung) abschliessen können. In der Schweiz werden stationär erbrachte Spitalleistungen von der OKP und den Kantonen getragen. Sämtliche Leistungen, « die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen », werden « entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung » vergütet (vgl. Art 25 KVG). In der allgemeinen Abteilung werden somit keine weiteren « Spezialleistungen » abgegolten. Eine (halb)private Spitalzusatzversicherung bietet den Patientinnen und Patienten zusätzliche Vorteile. Dazu gehören beispielsweise die freie Arztwahl in allen Schweizer Spitälern (auch ausserhalb des Wohnkantons des Patienten) oder ein Einzelzimmer (Doppelzimmer bei halbprivat Versicherten).

Wir betrachten hier speziell diese beiden Patientengruppen, mit und ohne Spitalzusatzversicherung, da angenommen wird, dass ihre Rentabilität für die erbrachten medizinischen Leistungen unterschiedlich ist. Tatsächlich ist es plausibel anzunehmen, dass Personen mit einer Zusatzversicherung bei einem (halb)privaten Spitalaufenthalt für Schweizer Spitäler und Ärztinnen und Ärzte wirtschaftlich attraktiver sind als Personen mit einer Grundversicherung. In ihrem Bericht von 2017 gelangt die vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) beauftragte internationale Expertengruppe zu einem Schluss in diesem Sinne. Sie hält fest, dass zu hohe Vergütungen der Zusatzversicherung, auch für stationäre Leistungen, zu einer Mengenausweitung oder zu unzweckmässigen Behandlungen führen können. Ausserdem steht in dem Bericht : « Tiefere Zusatzversicherungstarife beziehungsweise -vergütungen für stationäre Behandlungen können sich auch dämpfend auf die OKP-Kosten auswirken, sofern sie die Zahl der Behandlungen senken » (Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Bericht der Expertengruppe, 2017, S. 78–79).

Auch für Patientinnen und Patienten wirkt eine Zusatzversicherung als Anreiz. Ein zusätzlicher Versicherungsschutz erweitert den Katalog der mitfinanzierten Leistungen sowie die Höhe der Mitfinanzierung und veranlasst daher Patientinnen und Patienten, mehr medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen. Diese jeweils unterschiedlichen Anreize auf beiden Seiten des Marktes können zu einem Überhang bestimmter medizinischer Leistungen für eine bestimmte Patientengruppe führen. Dieser Artikel geht der Frage nach, ob es solche Überhänge gibt, und wenn ja, welche medizinischen



Leistungen und Patientengruppen betroffen sind. Diese Analyse und ihre Ergebnisse knüpfen an den 2016 erschienen Artikel an ([Bundesamt für Gesundheit, 2016](#)).

2. Verhalten der praktizierenden Ärzte gegenüber unterschiedlichen finanziellen Anreizen

Die Wirtschaftswissenschaft interessiert sich seit langem für die Funktionsweise des Marktes für medizinische Leistungen. Arrow (1963) war der erste, der die Probleme identifizierte, die durch die spezifische Informationsasymmetrie in diesem Markt entstehen und zu Fehlentwicklungen führen. In Wirtschaftsmodellen wird traditionell von der Hypothese ausgegangen, dass die Leistungserbringer wie alle Wirtschaftsakteure ihr Einkommen maximieren wollen. Diese Annahme führt in Verbindung mit der Informationsasymmetrie zwischen Ärzten und Patienten theoretisch dazu, dass insbesondere im Rahmen bestimmter Vergütungssysteme unnötige medizinische Leistungen angeboten werden. Man bezeichnet dies als Hypothese der anbieterinduzierten Nachfrage (Evans, 1974). Kurz zusammengefasst, beschreibt sie eine Situation, in der ein Arzt aufgrund des Vergütungssystems einen starken Anreiz hat, die Nachfragekurve des Patienten in die Richtung der eigenen Interessen zu verschieben (Johnson, 2014). Er wird dann Überzeugungsarbeit leisten, um die Nachfrage des Patienten nach zusätzlichen medizinischen Leistungen zu fördern, bis seine Grenzkosten erreicht sind. Diese Beeinflussung ist möglich, weil Ärzte über medizinisch-technische Informationen, Informationen über den Zustand des Patienten und über Behandlungen verfügen. In der Regel sind den Patienten diese sehr teuren oder schwer zu beschaffenden Informationen nicht bekannt. Sie verlassen sich dann auf das Fachwissen oder ihres Arztes und vertrauen seinen Empfehlungen. Folglich kann insbesondere bei bestimmten Vergütungssystemen wie dem Einzeltarifsystem ein Überangebot an medizinischen Leistungen entstehen, das sich auf der Seite des Marktangebots vor allem durch das Verhalten der praktizierenden Ärzte erklären lässt.

In der Literatur werden hauptsächlich zwei Vergütungssysteme untersucht, da sie in der Praxis gut etabliert sind und bei den praktizierenden Ärzten quasi gegensätzliche Anreize schaffen. Es handelt sich dabei um das Einzeltarifsystem und das System der Leistungspauschalen. Im Einzeltarifsystem werden Ärzte für jede durchgeführte Behandlung bezahlt (Green, 2014). Beim System der Leistungspauschalen wird dem Arzt im Voraus ein fester Betrag pro Patient und Zeiteinheit für medizinische Leistungen



gezahlt (Lagarde und Blaauw, 2017). Es wird allgemein angenommen, dass Ärzte in einem Einzeltarifsystem eine medizinische Leistung erbringen, solange der Nutzen einer zusätzlichen Einheit dieser Leistung grösser ist als die Grenzkosten dieser Einheit. Im Gegensatz dazu schaffen Leistungspauschalen Anreize für Ärzte, die Anzahl der Patienten zu erhöhen und gleichzeitig den Versorgungsaufwand zu reduzieren, wodurch die Kosten pro Patient minimiert werden. Das System der Leistungspauschale bietet zudem den Anreiz, gesündere und kostengünstigere Patienten auszuwählen (Lagarde und Blaauw, 2017).

In letzter Zeit werden vermehrt Experimente aus den Wirtschaftswissenschaften herangezogen, um die Auswirkungen verschiedener Vergütungssysteme auf die Entscheidungen von Individuen zu untersuchen. Dabei handelt es sich um numerische Simulationen in künstlichen Versuchsanlagen, bei denen Individuen Entscheidungen mit realen finanziellen Folgen treffen sollen. Solche Experimente bilden zwar nicht die gesamte reale Komplexität ab, haben jedoch den Vorteil, dass sie das Verhalten von Individuen in einer streng kontrollierten Umgebung und unter *ceteris paribus-Bedingungen* genau erfassen, was wiederum Verzerrungseffekte begrenzt. Verschiedene experimentelle Studien stützen die Tatsache, dass es in einem Einzeltarifsystem im Vergleich zu Leistungspauschalen tatsächlich zu einem Überangebot an medizinischen Leistungen kommt, sofern die Ärzte über ausreichende Ressourcen (Material und Mitarbeitende) verfügen (Hennig-Schmidt et al., 2011; Green, 2014; Brosig-Koch et al., 2016; Brosig-Koch et al., 2017; Lagarde und Blaauw, 2017; Di Guida et al., 2019). Dieses Ergebnis wird durch andere empirische Studien bestätigt, die zeigen, dass Ärzte auf eine Erhöhung der Konsultationstaxen reagieren, indem sie mehr Patienten empfangen, aber weniger Zeit für jeden einzelnen aufwenden, sodass die Gesamtbehandlungszeit pro Monat unverändert bleibt (Brekke et al., 2017). Dieser Trend ist bei elektiven Behandlungen besonders stark ausgeprägt (Clemens und Gottlieb, 2014).

Im spezifischen Kontext der stationären Versorgung und der Spitalzusatzversicherung kann auf der Grundlage der oben zitierten Literatur davon ausgegangen werden, dass die höhere Rentabilität dieser Versicherungsart finanzielle Anreize für ein grösseres Leistungsangebot auslöst, insbesondere bei elektiven und nicht dringenden Eingriffen¹.

¹ In einem aktuellen Artikel untersuchten Milcent und Zbiri (2021) die Wirkung eines finanziellen Anreizes für Ärzte,



3. Das Verhalten von Patienten gegenüber verschiedenen finanziellen Anreizen

Auf der Nachfrageseite werden die Patienten ebenfalls durch Anreize motiviert, die den Bezug medizinischer Leistungen erhöhen können, was auch zu einem Überhang an medizinischen Leistungen beitragen kann. Auf dieser Seite des Marktes beeinflussen die Kostenteilung und die Informationsasymmetrie zwischen Versicherten und Versicherern die Nachfrage der Patienten nach Pflegeleistungen. In der Gesundheitsökonomie befasst man sich seit langem mit der Frage des Gleichgewichts zwischen Moral Hazard (moralisches Risiko) und Risikoschutz, um ein optimales Niveau der Kostenteilung zu erreichen (Sinaiko, 2014). Menschen schliessen eine Krankenversicherung ab, um im Fall einer schweren Krankheit vor finanziellen Verlusten geschützt zu sein. Zu Moral Hazard in der Krankenversicherung kommt es, wenn Patienten medizinische Leistungen beziehen, die sie als geringer bewerten als die tatsächlichen Grenzkosten dieser Leistungen. Diese Unterbewertung ist darauf zurückzuführen, dass die Patienten für die von ihrer Versicherung erbrachte medizinische Leistung nur eine geringe oder gar keine Kostenbeteiligung zahlen. So führen umfassendere Versicherungen durch Moral Hazard zu einer stärkeren Inanspruchnahme wirtschaftlich ineffizienter medizinischer Leistungen, mit Ausnahme der Notfallversorgung, bei der die Nachfrage unelastisch ist (Sinaiko, 2014; Ellis et al., 2017).

Viele Studien belegen, dass die Art und Weise, wie Versicherungen ausgestaltet sind, die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen beeinflusst. In der Schweiz ist grundsätzlich jede hier wohnhafte Person zum Abschluss einer Krankenversicherung verpflichtet. Dabei ist eine der wichtigsten Entscheidungen, die eine Person treffen kann, die Wahl ihrer Franchise. Sobald die Versicherungsprämie für das laufende Jahr bezahlt wurde, stellt die Höhe der Franchise die letzte finanzielle Hürde für den Zugang zu medizinischen Leistungen dar. Es ist somit anzunehmen, dass in nicht dringenden Situationen eine hohe Franchise die Neigung zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen hemmt (Gerfin und Schellhorn, 2006). Umgekehrt fördert eine tiefe oder gar

Kaiserschnittgeburten durchzuführen, als einen Faktor, der die beobachteten Unterschiede in der Art der Entbindung zwischen dem öffentlichen und dem privaten Sektor in Frankreich erklären könnte. Die finanziellen Anreize werden durch die Tarife für Kaiserschnittgeburten induziert, die etwa 40 % höher sind als die Tarife für natürliche Entbindungen und längere Spitalaufenthalte erfordern. In Privatspitälern werden diese Zusatzkosten den Patientinnen mit einer privaten Zusatzversicherung in Rechnung gestellt und führen zu einem direkt vom Arzt erhobenen Zusatzhonorar. Die Ergebnisse von Milcent und Zbiri (2021) stimmen mit der bisherigen Literatur überein und deuten darauf hin, dass die Ärzte tatsächlich auf die finanziellen Anreize reagieren, die durch die private Zusatzversicherung induziert werden. Konkret zeigen sie, dass beim Vergleich zweier Gruppen von Frauen, bei denen es sich in beiden Fällen um Niedrigrisikopatientinnen handelt, Niedrigrisikopatientinnen mit privater Zusatzversicherung häufiger per Kaiserschnitt entbinden als Niedrigrisikopatientinnen ohne private Zusatzversicherung.



keine Franchise die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, da die Betroffenen die entrichtete jährliche Versicherungsprämie als versunkene Fixkosten betrachten, die sie wieder hereinholen möchten. Nach Entrichtung der Prämie und Erreichung der Franchise tragen die Patienten die Kosten der von ihnen bezogenen medizinischen Leistungen für das betreffende Jahr nicht mehr (Boes und Gerfin, 2016). Die Zusatzversicherungen tragen dazu bei, dass bestimmte medizinische Leistungen kostengünstiger und somit leichter zugänglich werden. Folglich können sie die Entscheidungen von Patienten in nicht dringenden, entscheidbaren, flexiblen und planbaren Situationen beeinflussen.² Wei et al. (2020) gehen genau der Frage nach, wie die Zusatzversicherung, die Spitalzusatzversicherung und das integrierte Versorgungsmodell die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen beeinflussen. Die Auswertung von Schweizer Daten zeigt, dass eine Zusatzversicherung zu einer erhöhten Inanspruchnahme der meisten Leistungen führt. Die Zusatzversicherung wird auch mit einer erhöhten Inanspruchnahme bestimmter Eingriffen wie Kaiserschnitten in Verbindung gebracht. Interessanterweise war es bei Personen mit einer Spitalzusatzversicherung auch wahrscheinlicher, dass sie sich bei chirurgischen Eingriffen stationär behandeln liessen, obwohl die Eingriffe auch ambulant hätten durchgeführt werden können. Die Analyse zeigte auch, dass ein höherer Selbstbehalt mit einer geringeren Inanspruchnahme der meisten medizinischen Leistungen verbunden war.

Zusammenfassend gibt es mindestens zwei Mechanismen, die in der Literatur theoretisch und empirisch gestützt werden und eine erhöhte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen erklären, was wiederum die Gesundheitsausgaben erhöht. Der vorliegende Artikel knüpft an diese Literatur an. Wie bereits erwähnt, ist es plausibel anzunehmen, dass Patienten mit einer Zusatzversicherung für einen (halb)privaten Spitalaufenthalt für Schweizer Spitäler und Ärzte wirtschaftlich gesehen attraktiver sind als grundversicherte Patienten (Eidgenössische Finanzkontrolle, 2021). Dies würde für die Hypothese der anbieterinduzierten Nachfrage sprechen (Evans, 1974). Und je besser eine Person versichert ist, desto mehr medizinische Leistungen nimmt sie in Anspruch.

² Sevilla-Dedieu et al. (2020) nutzten die Gelegenheit eines fast natürlichen Experiments, als ein grosser französischer Privatversicherer seinen Angestellten zusätzlich zur nationalen Pflichtkrankenversicherung (Sécurité Sociale) einen freiwilligen erweiterten Versicherungsschutz anbot. Sie untersuchten, wie sich die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bei Angestellten, die sich für einen erweiterten Versicherungsschutz entschieden, im Vergleich zu Angestellten, die ihren Versicherungsschutz unverändert lassen wollten, veränderte. Sie stellten fest, dass Personen mehr Leistungen in Anspruch nehmen, wenn sie besser versichert sind. Laut Sevilla-Dedieu et al. (2020) ist dies darauf zurückzuführen, dass sie nicht die gesamten finanziellen Konsequenzen des Bezugs medizinischer Leistungen tragen müssen.



4. Identifikation der positiven Überhänge

Die theoretischen Ausführungen legen nahe, dass Patientinnen und Patienten mit Spitalzusatzversicherung von einem Leistungsüberhang profitieren können. Daher sollte empirisch untersucht werden, ob es solche Leistungsüberhänge gibt und welche medizinischen Bereiche konkret davon betroffen sind.

Für die Beantwortung dieser Frage wurde pro DRG/SPLG³ eine Hospitalisierungsrate (*Anzahl Fälle/Wohnbevölkerung*) für die beiden Gruppen *Zusatzversicherte* und *Grundversicherte* berechnet. Aus der Differenz der Hospitalisierungsraten dieser beiden Patientengruppen kann ein Überhang zu (Un-)Gunsten der Zusatzversicherten berechnet werden.

5. Referenzdaten

Die Anzahl der Fälle je DRG/SPLG stammt aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BFS 2017. In der Akutsomatik wurden nur Spitalaustritte von Personen berücksichtigt, die das 14. Altersjahr vollendet haben, dies für einen Abgleich mit der Schweizerischen Gesundheitsbefragung des BFS (SGB) 2017⁴, die nur Personen ab 14 Jahren erfasst. Für diese Studie wurde die SGB verwendet, um den Anteil der Wohnbevölkerung je Alterskategorie zu schätzen, welche über eine Spital-Zusatzversicherung « private » bzw. « halbprivate » Abteilung verfügen.

6. Methodik

Die SGB 2017 beinhaltet eine Stichprobe von insgesamt 18 832 Personen. Die vom BFS vorgegebenen Gewichtungsfaktoren wurden verwendet, um die Anzahl Personen der allgemeinen, halbprivaten oder privaten Abteilung auf die schweizerische Gesamtbevölkerung hochzurechnen. Dabei wurden die fehlenden Werte und die Ausprägung « Anderes Modell » aus der Frage 28⁵ innerhalb jeder Alterskategorie anteilmässig auf die beiden Gruppen verteilt⁶. Die Ergebnisse sind in der nachfolgenden

³ Swiss DRG Version 6.0

⁴ Da mit der SGB alle 5 Jahre Daten erhoben werden, stammen die neusten Daten aus dem Jahr 2017.

⁵ Frage 28 der SGB: « Wie sind Sie versichert, wenn Sie ins Spital gehen müssen? ». Antwortmöglichkeiten: Allgemeine Abteilung, Halbprivate Abteilung, Private Abteilung, Anderes Modell.

⁶ 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



Tabelle 1 aufgeführt, die als Grundlage für die Berechnung der Hospitalisierungsraten und der Spaltage für die ganze Schweiz dient.

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

Altersklasse	Allgemeine Abteilung	Private und halbprivate Abteilung
15–24 Jahre	677 503	202 099
25–34 Jahre	925 466	238 231
35–44 Jahre	871 514	294 208
45–54 Jahre	950 162	339 966
55–64 Jahre	729 346	337 936
65–74 Jahre	483 109	329 825
75+ Jahre	400 373	256 461

Um für den wichtigsten Morbiditätsfaktor « Alter » statistisch zu korrigieren, werden die Raten altersstandardisiert und anschliessend skaliert⁷. Die Differenz der (altersstandardisierten) Hospitalisierungsraten für die beiden Gruppen « Allgemeine Abteilung » sowie « Private und halbprivate Abteilung » je DRG/SPLG liefert den Grad der potenziellen Über- bzw. Unterversorgung zugunsten der Zusatzversicherten je DRG/SPLG.

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 der Teil der effektiven Hospitalisierungen und Spaltage, der theoretisch vermieden werden könnte, wenn alle Personen nur noch allgemein versichert wären.

7. Resultate

Die Tabelle 2 und Tabelle 3 zeigen jeweils die Top 15 derjenigen DRG/SPLG, bei denen der errechnete Überhang am stärksten ausgefallen ist.

Die Ergebnisse stimmen mit denjenigen der ersten Analyse aus dem Jahr 2016 überein.

300 000*2/3=200 000 Personen zusätzlich der allgemeinen Abteilung hinzugerechnet werden (bzw. 100 000 Personen der (halb)privaten Abteilung).

⁷ 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.



Die orthopädischen Leistungen⁸ sind in den Top 15 massiv übervertreten. Diese Leistungen gehören dem elektiven Teil der akutstationären Versorgung an. Weitere interessante Leistungen wie beispielsweise « Kaiserschnitte » befinden sich unter den Top 15.

Vertiefere Analysendeuten darauf hin, dass je elektiver eine Leistung ist (tiefer Anteil an Notfällen), desto höher sind die potenziellen Überhänge bei (halb)privat versicherten Personen. Dieses Resultat stützt die Hypothese, dass die ökonomischen Anreize im Allgemeinen eine der Hauptursachen der Überhänge darstellen. Ob jedoch für *jede einzelne* DRG/SPLG wirklich die ökonomischen Anreize die Hauptursache für den ausgewiesenen Überhang darstellen, geht nicht aus dieser Studie hervor. Dieser Punkt müsste im Einzelfall separat geprüft werden. Hier geht es in erster Linie um eine grobe Übersicht, ohne auf die speziellen Eigenschaften einzelner DRG/SPLG genauer einzugehen.

⁸ MDC 8 = « Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe »; Akronym « BEW » = « Bewegungsapparat chirurgisch »



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		Standardisierte Hospitalisierungsrate je 100 000 Einwohner		Leistungsüberhang*
			allgemein	privat & halbprivat	allgemein	privat & halbprivat	
I30B	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Alter > 15 Jahre	08	6 718	3 341	123,18	192,82	1 392
I18B	Arthroskopie einschliesslich Biopsie oder andere Eingriffe an Knochen oder Gelenken, Alter > 15 Jahre	08	13 914	6 937	278,51	341,27	1 254
I23B	Bestimmte Eingriffe ausser an Hüftgelenk und Femur, Alter > 9 Jahre	08	4 531	2 866	90,14	142,91	1 055
J10Z	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma	09	1 410	1 278	29,02	61,35	646
I27D	Eingriffe am Weichteilgewebe	08	6 440	3 233	130,06	156,16	522
J24A	Eingriffe an der Mamma ausser bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff	09	1 138	808	21,60	42,92	426
I20D	Eingriffe am Fuss mit komplexem Eingriff oder komplexer Diagnose, schwerer Weichteilschaden, Alter > 15 Jahre oder bestimmter Eingriff, Kalkaneusfraktur oder komplizierender Diagnose	08	2 015	1 279	41,90	59,21	346
F49F	Invasive kardiologische Diagnostik ausser bei akutem Myokardinfarkt, ein Belegungstag	05	4 133	2 765	93,78	108,76	299
O01G	Sectio caesarea, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen	14	7 566	2 452	138,27	152,74	289
I32D	Eingriffe an Handgelenk und Hand mit mässig komplexem Eingriff, Alter > 5 Jahre	08	2 199	1 167	43,95	57,63	273
I13D	Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplizierendem Eingriff, Alter > 15 Jahre	08	4 259	2 168	87,47	101,10	272
N23Z	Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder Myomenukleation	13	2 363	1 202	47,33	59,08	235
C08B	Eingriff an der Linse	02	484	576	11,92	23,00	221
I29B	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk	08	9 880	4 234	198,01	207,09	181
I32B	Eingriffe an Handgelenk und Hand, Alter < 6 Jahre oder mit komplexem Eingriff,	08	436	405	9,74	17,52	155

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



Tabelle 3 Die 15 SPLG mit den höchsten positiven Überhängen der privaten und halbprivaten Abteilung – gemessen in Anzahl Spitalaustritte

Spitalplanungs- Leistungsgruppe (SPLG)	Bezeichnung SPLG	Anzahl Spitalaustritte		Standardisierte Hospitalisierungsrate je 100 000 Einwohner		Leistungsüberhan- g*
		allgemein	privat & halbprivat	allgemein	privat & halbprivat	
BEW5	Arthroskopie des Knies	20 489	10 155	397,63	531,01	2665,87
GYN2	Maligne Neoplasien der Mamma	6 275	3 438	133,26	150,10	336,56
BEW3	Handchirurgie	5 875	2 965	121,46	136,15	293,50
AUG1.4	Katarakt	884	905	21,37	35,66	285,66
URO1.1.1	Radikale Prostatektomie	1 811	1 202	41,02	47,35	126,53
AUG1.2	Orbita, Lider, Tränenwege	275	268	6,06	11,88	116,33
KAR1.2	Elektrophysiologie (Ablationen)	1 488	843	32,48	34,75	45,33
AUG1.3	Spezialisierte Vordersegmentchirurgie (inkl. Glaukom)	1 287	787	29,07	30,50	28,69
BEW4	Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens	1 224	523	24,50	25,66	23,29
BEW10	Plexuschirurgie	217	118	4,47	5,49	20,40
THO1.2	Mediastinaleingriffe	292	169	6,27	7,27	20,12
GYN1.4	Maligne Neoplasien des Ovars	548	289	11,70	12,38	13,56
AUG1.1	Strabologie	77	38	1,55	1,84	5,65
HNO1.3.1	Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr und/oder Duraeröffnung	33	17	0,65	0,86	4,21
NCH2	Spinale Neurochirurgie	35	21	0,74	0,93	3,74

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



8. Einschränkungen

Unsere Analyse stösst an drei Grenzen. Erstens hatten wir keinen Zugang zu bestimmten wichtigen Variablen wie dem Einkommen, das die Morbidität⁹ und die Inanspruchnahme von Zusatzversicherungen beeinflusst. Würde neben dem Faktor « Alter » auch der Faktor « Einkommen » bei der Risikoadjustierung berücksichtigt, könnten die aufgezeigten positiven Überhänge variieren. Wir gehen jedoch davon aus, dass die Übervertretung orthopädischer Leistungen innerhalb der 15 DRG/SPLG mit den höchsten positiven Überhängen fortbestehen würde.

Zweitens beruht die Analyse auf der Annahme, dass die Personen, welche bei der 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 erfolgte.

Schliesslich beträgt der Anteil der Antworten auf die Frage nach der Spital-Zusatzversicherung, bei denen kein Wert oder « anderes Modell » in der SGB angegeben wurde, rund 11 %. Dieser Anteil wird anteilmässig verteilt, wobei angenommen wird, dass durch diese Verteilung keine Verzerrung der Schätzung erfolgt.

9. Diskussion

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass es einen Überhang an bestimmten medizinischen Leistungen zugunsten von Patienten mit einer Zusatzversicherung gibt.

Die wissenschaftliche Literatur liefert zwei Erklärungen dafür. Die erste ist die Hypothese der von den praktizierenden Ärzten induzierten Nachfrage (Evans, 1974), die zu einem erweiterten Leistungsangebot führt. Die zweite Erklärung ist eine Verhaltensänderung der Patientinnen und Patienten, die umso mehr medizinische Leistungen konsumieren, je besser sie versichert sind, was wiederum zu einer grösseren Leistungsnachfrage beiträgt. Beide Mechanismen bewirken einen Überhang an medizinischen Leistungen

⁹ Vgl. Broschüre: Chancengleichheit und Gesundheit – Zahlen und Fakten für die Schweiz



und können gleichzeitig auftreten.

Vor dem Hintergrund steigender Gesundheitskosten sind die in diesem Artikel präsentierten Ergebnisse wichtig, denn wenn Eingriffe aufgrund der von einer Zusatzversicherung geschaffenen finanziellen Anreize erfolgen, belasten sie auch die OKP, da diese systematisch einen Teil der verursachten medizinischen Kosten übernimmt. Zur Eindämmung der wachsenden Gesundheitskosten müssen solche Anreize reguliert werden.

Allerdings müssen diese Schlussfolgerungen auch nuanciert werden, indem man sich mit der Frage befasst, inwieweit die Ausgaben für die medizinische Versorgung gerechtfertigt sind und wo ihr Wachstum eingedämmt werden soll. Gesundheit ist ein hohes und besonderes Gut. Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen steigt mit zunehmendem Wohlstand der Menschen, die einen grösseren Teil des verfügbaren Einkommens dafür aufwenden können. Die Schweiz gehört zu den reichsten Ländern der Welt und verfügt über ein Gesundheitssystem, dessen Qualität und Leistung zu den besten der Welt gehören. Die Übung und Erfahrung, die durch das Praktizieren von Eingriffen erworben wird, trägt zu dieser Qualität bei. Finanzielle Anreize, welche die Durchführung zusätzlicher Eingriffe fördern, könnten in diesem Sinne als nutzbringend und ein Anstieg der Gesundheitskosten als Spiegelbild einer besseren Lebensqualität der Bevölkerung betrachtet werden. Aus makroökonomischer Sicht ist der Gesundheitssektor wachstumsfördernd und trägt zu einem guten Funktionieren moderner Volkswirtschaften bei.

Schliesslich gehen die genauen Ursachen der ermittelten Überhänge nicht aus unserer Analyse hervor. Es wäre interessant, diese Analyse zu erweitern und die beiden genannten Mechanismen (Verhaltensänderung der Ärzte und der Patienten) als Ursachen für die ermittelten Überhänge zu untersuchen, um festzustellen, ob einer der beiden Mechanismen dominanter ist als der andere oder ob beide die bestehenden Überhänge gleichermassen beeinflussen. Ein weiterer interessanter Aspekt wäre der Einbezug zusätzlicher relevanter Variablen, auf die wir aber keinen Zugriff hatten, wie zum Beispiel Gesundheitsverhalten, Bildung und Einkommen. Dadurch liesse sich abschätzen, ob und wie die Höhe der Überhänge beeinflusst wird.



Bibliografie

Arrow K. J. (1965), "Uncertainty and the welfare economics of medical care", *The American Economic Review*, vol. 53 (5), pp. 941-973.

Boes S., Gerfin M. (2016), "Does full insurance increase the demand for health care?", *Health Economics*, vol. 25, pp. 1483-1496.

Brekke, K. R., Holmås, T. H., Monstad, K., and Straume, O. R. (2017), "Do treatment decisions depend on physicians' financial incentives?", *Journal of Public Economics*, vol. 155, pp. 74-92.

Brosig-Koch, J., Hennig-Schmidt, H., Kairies-Schwarz, N., and Wiesen, D. (2016), "Using artefactual field and lab experiments to investigate how fee-for-service and capitation affect medical service provision", *Journal of Economic Behavior & Organization*, vol. 131, pp. 17-23.

Brosig-Koch, J., Hennig-Schmidt, H., Kairies-Schwarz, N., and Wiesen, D. (2017), "The effects of introducing mixed payment systems for physicians: Experimental evidence", *Health Economics*, vol. 26(2), pp. 243-262.

Clemens J, Gottlieb JD. (2014). "Do physicians' financial incentives affect medical treatment and patient health?", *American Economic Review*, vol. 104, pp. 1320-1349.

Eidgenössische Finanzkontrolle (2021), Evaluation: Massnahmen zur Förderung oder Begrenzung der Anzahl chirurgischer Eingriffe, Prüfauftrag: 18358.

Di Guida, S., Gyrd-Hansen, D., and Oxholm, A. S. (2019), "Testing the myth of fee-for-service and overprovision in health care", *Health economics*, vol. 28 (5), pp. 717-722.

Ellis, R. P., McGuire, T. G. (1986), "Provider behavior under prospective reimbursement", *Journal of Health Economics*, vol. 5(2), pp. 129-151.

Evans, R. (1974). "Supplier-induced demand: Some empirical evidence and implications", in Perlman, M. (ed.) *The economics of health and medical care*, pp. 162-173. London: Macmillan.

Gerfin, M., Schellhorn, M. (2006), "Nonparametric bounds on the effect of deductibles in health care insurance on doctor visits - Swiss evidence", *Health economics*, vol. 15 (9), pp. 1011-1020.

Green, E. (2014), "Payment systems in the healthcare industry: An experimental study of physician incentives", *Journal of Economic Behavior & Organization*, vol. 106, pp. 367-378.

Hennig-Schmidt, H., Selten, R., and Wiesen, D. (2011), "How payment systems affect physicians' provision behavior - an experimental investigation", *Journal of health economics*, vol. 30 (4), pp. 637-646.

Johnson, E. M. (2014), *Physician-Induced Demand*, in A. J. Culyer (Eds.),



Encyclopedia of health economics, pp. 77-82, Elsevier.

Lagarde M., Blaauw D. (2017), "Physicians' responses to financial and social incentives: A medically framed real effort experiment", *Social Science & Medicine*, vol. 179, pp. 147-159.

Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1), 21. August 2019, BBl 2019 6071.

Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, Bericht der Expertengruppe, 24. August 2017, www.bag.admin.ch > *Versicherungen* > *Krankenversicherung* > *Kostendämpfung* (konsultiert, Mai 2022).

Milcent C., Zbiri S. (2021), "Supplementary private health insurance: The impact of physician financial incentives on medical practice", *Health Economics*, vol. 31, pp. 57-72.

Bundesamt für Gesundheit (2016), Überhang in der stationären Leistungserbringung zu Gunsten der Zusatzversicherten, Bern.

Sevilla-Dedieu C., Billaudeau N., and Paraponaris, A. (2020), "Healthcare consumption after a change in health insurance coverage: a French quasi-natural experiment", *Health economics review*, vol. 10 (1), pp. 1-10.

Sinaiko A. D. (2014), Price Elasticity of Demand for Medical Care: The Evidence since the RAND Health Insurance Experiment, in A. J. Culyer (Eds.), *Encyclopedia of health economics*, pp. 122-126, Elsevier.

Gesundheit – Taschenstatistik 2023, Bundesamt für Statistik (BFS), [Gesundheit - Taschenstatistik 2023 | Publikation | Bundesamt für Statistik \(admin.ch\)](https://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index.html) (konsultiert, Juni 2023).

Wei W., Ulyte A., Gruebner O., von Wyl V., Dressel H., Brüngger B., Blozik E., Bähler C., Braun J., and Schwenkglens M. (2020), "Degree of regional variation and effects of health insurance-related factors on the utilization of 24 diverse healthcare services-a cross-sectional study", *BMC health services research*, vol. 20 (1), pp. 1-15.