



STANDPUNKT

Das vorliegende Obsan-Bulletin liefert Informationen zum Profil der Personen mit Spitalzusatzversicherung, die ansonsten kaum öffentlich zu finden sind. Zusatzversicherte sind tendenziell älter, besser gebildet, einkommensstärker und in einem besseren Gesundheitszustand als Allgemeinversicherte.

Die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung zeigen, dass Patientinnen und Patienten mit einer Spitalzusatzversicherung insgesamt nicht häufiger hospitalisiert werden. Gemäss einer Studie des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) aus dem Jahr 2016 werden sie jedoch in gewissen Bereichen – nicht zuletzt aufgrund finanzieller Anreize – signifikant häufiger operiert, insbesondere bei orthopädischen Eingriffen (Peters et al. 2016). Wenn dadurch zusatzversicherte Patientinnen und Patienten überversorgt werden und medizinisch nicht notwendige Leistungen erbracht werden, ist dies unerwünscht – insbesondere, weil die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) die stationären Spitalaufenthalte mitfinanziert.

Eine finanziell tragbare Gesundheitsversorgung gehört zu den Hauptzielen der bundesrätlichen Strategie «Gesundheit2030». Der Bundesrat hat dem Parlament eine Reihe Massnahmen vorgeschlagen, mit denen das Kostenwachstum und der Prämienanstieg für die Versicherten im OKP-Bereich gedämpft werden sollen. Die Massnahmen zielen insbesondere darauf ab, die medizinisch nicht begründbare Mengenausweitung zu reduzieren.

Ein interessantes Resultat der Obsan-Analyse ist ausserdem, dass Personen mit einer Spitalzusatzversicherung öfter als Allgemeinversicherte eine Ärztin oder einen Arzt im praxisambulanten Bereich aufsuchen. Das BAG teilt die Einschätzung des Obsan, dass hierzu weitere, vertiefte Analysen der Inanspruchnahme sinnvoll wären. Mit dem vorliegenden Bulletin wurde dafür eine wichtige Grundlage geschaffen.

Thomas Christen
Vizedirektor, Leiter des Direktionsbereichs Kranken- und Unfallversicherung, Bundesamt für Gesundheit

Personen mit und ohne Spitalzusatzversicherung

Vergleich der soziodemografischen Merkmale, des Gesundheitszustands und der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen

2017 verfügten rund 29% der Schweizer Bevölkerung über eine Spitalzusatzversicherung. Im vorliegenden Bulletin werden die soziodemografischen Merkmale, der Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen zwischen Personen mit einer Spitalzusatzversicherung und Personen, die lediglich über eine medizinische Grundversicherung verfügen, verglichen. Die Publikation enthält zudem Informationen zum Profil der Versicherten mit Spitalzusatzversicherung, die in der Regel für die breite Öffentlichkeit schwer zugänglich sind. Der Vergleich des Gesundheitszustands zwischen den beiden Populationen dient als Grundlage für detaillierte Analysen der Gesundheitsversorgung. Mehrere Untersuchungen haben sich bisher mit der Frage beschäftigt, ob Versicherte mit einer Spitalzusatzversicherung häufiger hospitalisiert werden als Personen, die lediglich über eine Grundversicherung verfügen (Peters et al. 2016; Busato et al. 2011).

Wichtigste Ergebnisse

- 2017 waren rund 29% der Schweizer Bevölkerung (halb)privat versichert. Dieser Anteil ist seit 1992 stark gesunken.
- Spitalzusatzversicherungen für die (halb)private Abteilung sind in finanziell bessergestellten Schichten stärker verbreitet.
- (Halb)privat Versicherte haben den gleichen oder einen besseren selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand als Allgemeinversicherte (auch bei gleichem Alter und sozioökonomischem Status).
- (Halb)privat Versicherte nehmen nicht häufiger Spitalleistungen in Anspruch als Allgemeinversicherte.

In dieser Publikation werden Personen mit einer Spitalzusatzversicherung als «(halb)privat Versicherte» bezeichnet, Personen mit ausschliesslich einer Grundversicherung als «Allgemeinversicherte».

Kasten 1: Spitalzusatzversicherung

Seit Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahr 1996 setzt sich die Krankenversicherung aus zwei sich ergänzenden Regimes zusammen: der obligatorischen Grundversicherung gemäss KVG und der fakultativen Zusatzversicherung gemäss Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Im Fall einer Hospitalisierung deckt die Grundversicherung sämtliche Leistungen, «die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen» und «dem Standard der allgemeinen Abteilung» entsprechen (Art. 25 KVG). Eine Spitalzusatzversicherung erlaubt unter anderem die freie Arztwahl im Spital sowie den Aufenthalt in einem Zweibett- (halbprivat) bzw. Einzelzimmer (privat). Neben den Optionen für die (halb)private Versicherung gibt es weitere Versicherungsmodelle.

Der Entscheid, eine Spitalzusatzversicherung abzuschliessen, erfolgt nicht einseitig: Die Versicherer verlangen in der Regel, dass ein Gesundheitsfragebogen ausgefüllt wird, und können auf dieser Basis das Versicherungsgesuch ablehnen oder die Deckung bestimmter Krankheiten im Versicherungsvertrag ausschliessen. Die Höhe der Prämien hängt zudem vom Alter ab.

Die Analysen in diesem Bulletin basieren auf drei Datenquellen (Kasten 2). Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) ist die Hauptquelle für dieses Bulletin, während das Schweizer Haushalt-Panel (SHP) für eine Kreuzvalidierung der SGB-Resultate sowie für ergänzende Analysen zu Aspekten, die von der SGB nicht abgedeckt werden, herbeigezogen wird. Die dritte Quelle, die Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS), dient der Beschreibung der Merkmale von hospitalisierten Personen nach Abteilung.

Rund 29% der Bevölkerung verfügen über eine Spitalzusatzversicherung für die (halb)private Abteilung

Von allen Teilnehmenden an der SGB 2017 gaben 6,4% an, privat, 19,3% halbprivat und 63,2% allgemein versichert zu sein. 1,4% hatten nach eigenen Angaben ein anderes Versicherungsmodell¹ und die übrigen 9,7% wussten nicht, wie sie versichert sind² (G1). Im Folgenden wird von der Hypothese ausgegangen, dass sich Letztere sowie die Kategorie der Personen mit einem anderen Versicherungsmodell gleich auf die allgemeine und die (halb)private Abteilung verteilen wie die validen Beobachtungen. Auf Basis der SGB wird folglich der Anteil Versicherter in der (halb)privaten Abteilung auf 28,9% geschätzt³.

¹ Diese Mischkategorie (vgl. Kasten 1), die sich weder der allgemeinen noch der (halb)privaten Abteilung zuordnen lässt, wurde für dieses Bulletin aufgrund der geringen Fallzahl nicht im Detail analysiert.

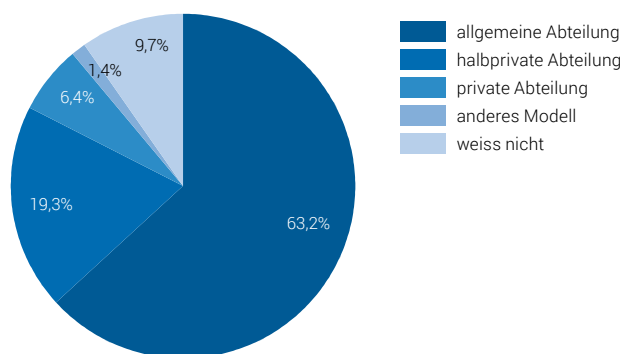
² Bei Personen, die mit «weiss nicht» geantwortet haben, handelt es sich mehrheitlich um Jugendliche, für deren Versicherung vermutlich die Eltern zuständig sind. Etwas mehr als 50% dieser Kategorie sind unter 25 Jahre alt.

³ gemäss der aufgestellten Hypothese zur Aufteilung der «Weiss nicht»-Kategorie. Der Anteil bewegt sich zwischen 25,7% (wenn niemand [halb]privat versichert wäre) und 35,5% (wenn alle [halb]privat versichert wären).

Würde die gleiche Methodik auf die zweite Datenquelle, das SHP⁴, angewendet, belief sich der Anteil (halb)privat Versicherter auf 31,3%. Die Differenzen je nach herbeigezogener Datenquelle sind auf die unterschiedliche Erhebungsmethodik und Einteilung der Altersklassen zurückzuführen. Zudem ist davon auszugehen, dass der Anteil (halb)privat Versicherter in den höheren Altersklassen überschätzt wird, weil die in Alters- und Pflegeheimen lebenden Personen ausgeschlossen sind (Details im Kapitel zu den soziodemografischen Merkmalen).

Verteilung der Bevölkerung nach Spitalversicherung, 2017

G1



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2021

Immer weniger (halb)privat Versicherte

Der Anteil (halb)privat Versicherter hat seit der ersten SGB-Erhebung 1992 stark abgenommen. Damals belief er sich auf 52,5%, 2017 waren es noch 28,9%⁵. Seit 2007 ist der Anteil relativ stabil bei rund 29%.

Die zeitliche Entwicklung nach Altersklasse ist von einem starken Kohorteneffekt geprägt. Vor dem Inkrafttreten des KVG im Jahr 1996 und der Einführung einer Grunddeckung für die gesamte Bevölkerung waren Spitalzusatzversicherungen stärker verbreitet als heute, insbesondere bei Erwerbspersonen. Personen, die bereits über eine solche Versicherung verfügten, behielten diese häufig auch nach dem Inkrafttreten des KVG. 20 Jahre später befinden sich diese Personen tendenziell in den oberen Altersklassen, weshalb die Zahl der (halb)privat Versicherten bei älteren Personen vergleichsweise hoch ist. Wird dieser Kohorteneffekt berücksichtigt, kann die Zunahme der (halb)privat Versicherten mit dem Alter besser interpretiert werden.

⁴ Im SHP 2017 beläuft sich der Anteil Personen, die mit «weiss nicht» geantwortet haben, auf weniger als 3%. Teilnehmende, die über ihre Zusatzversicherungen nicht Bescheid wissen, können ein anderes Haushaltsmitglied fragen.

⁵ Die Frage und die Antwortmöglichkeiten haben sich im Lauf der verschiedenen Erhebungen verändert. Daher sollte beim Vergleich eher der allgemein abnehmende Trend betrachtet werden als die effektiven Werte.

Soziodemografische Merkmale

(Halb)privat Versicherte sind älter als Allgemeinversicherte

Gemäss der SGB 2017 nimmt der Anteil (halb)privat Versicherter mit dem Alter zu. Er beläuft sich bei den 15- bis 34-Jährigen auf 21%, bei den 35- bis 64-Jährigen auf 28% und bei den Personen ab 65 Jahren auf nahezu 40%⁶. Diese Feststellung widerspiegelt den oben erläuterten Kohorteneffekt. Da die SGB ausschliesslich Personen in Privathaushalten berücksichtigt, wird der Anteil der (halb)privat Versicherten bei den Personen ab 65 Jahren überschätzt. Viele Personen kündigen ihre Zusatzversicherung beim Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim, da sie Leistungen abdeckt, die von der Institution angeboten werden. Es fehlen somit eine erhebliche Anzahl Personen⁷, die potenziell über keine Zusatzversicherung verfügen.

Keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern

Frauen sind gleich häufig (halb)privat versichert wie Männer. In der SGB 2017 beliefen sich die Anteile auf 28,3% bzw. 29,6%. Seit 2007 ist der Frauenanteil bei den (halb)privat Versicherten leicht von 31,8% auf 28,3% gesunken, jener der Männer ist stabil geblieben.

(Halb)privat Versicherte sind besser ausgebildet und haben ein höheres Einkommen

In der Bevölkerung ab 25 Jahren⁸ nimmt der Anteil (halb)privat Versicherter mit steigendem Bildungsniveau kontinuierlich zu: Gemäss der SGB 2017 (sowie tendenziell auch dem SHP 2017) beträgt er bei den Personen ohne nachobligatorische Ausbildung 14,6%, bei jenen mit Abschluss auf Sekundarstufe II 26,8% und bei den Personen mit Tertiärabschluss 37,9% (G2).

Dieser soziale Gradient ist auch je nach Einkommen sehr ausgeprägt: Personen mit einem hohen Einkommen sind deutlich häufiger (halb)privat versichert als Personen mit einem tiefen Einkommen. Gemäss den Daten des SHP 2017 beläuft sich der Anteil (halb)privat Versicherter bei den Personen mit einem standardisierten Haushaltseinkommen⁹ von mehr als 100 000 Franken pro Jahr auf 55%, bei jenen mit einem Einkommen von weniger als 50 000 Franken auf knapp 20%.

⁶ Die Daten des SHP bestätigen diesen Trend.

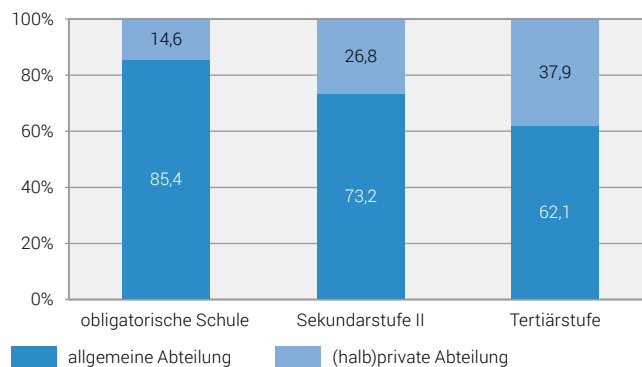
⁷ Die Personen in Alters- und Pflegeheimen machen 5,5% der Altersgruppe der Personen ab 65 Jahren und rund 20% bei den Personen ab 80 Jahren aus (Quelle: <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/betreuerungsrate-alters-und-pflegeheimen>).

⁸ Entsprechend den Empfehlungen des BFS wird die Variable «Bildungsniveau» lediglich auf die Bevölkerung ab 25 Jahren angewendet.

⁹ Es handelt sich um das standardisierte jährliche Nettoeinkommen nach Haushaltszusammensetzung (OECD-Methode).

Spitalversicherung nach Bildungsniveau, Personen ab 25 Jahren, 2017

G 2



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2021

Kasten 2: Daten¹⁰

Schweizerische Gesundheitsbefragung, BFS

Die SGB des Bundesamtes für Statistik (BFS) liefert Informationen zum Gesundheitszustand, zur Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste und zu den Versicherungsverhältnissen der Wohnbevölkerung in der Schweiz. Die Erhebung wird seit 1992 alle fünf Jahre bei der ständigen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten durchgeführt. Personen, die in einer Institution leben (z. B. in Alters- und Pflegeheimen), werden in der SGB nicht berücksichtigt.

Informationen zur Versicherung werden anhand der folgenden Frage erhoben: «Wie sind Sie versichert, wenn Sie ins Spital gehen müssen?»

Schweizer Haushalt-Panel, FORS¹¹

Das SHP ist eine umfassende Längsschnitterhebung, die jährlich bei den Privathaushalten in der Schweiz durchgeführt wird. Alle Haushaltsmitglieder werden befragt. Die Datenerhebung begann 1999 mit einer ersten Stichprobe, die 2004 von einer zweiten und ab 2013 von einer dritten Welle abgelöst wurde. Seit 2017 wird den Personen ab 19 Jahren folgende Frage gestellt: «Wie sind Sie versichert, wenn Sie ins Spital gehen müssen?»

Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS), BFS

Die MS erfasst jedes Jahr alle Hospitalisierungen in der Schweiz. Zur Erarbeitung dieses Bulletins wurden die Informationen zum Alter und zum Geschlecht der Patientinnen und Patienten, zur Aufenthaltsdauer sowie zur Abteilung herangezogen. Die Variable «Spitalabteilung» entspricht nicht genau der Variable «Versicherung» in der SGB oder im SHP. Patientinnen und Patienten können für einen Aufpreis in der (halb)privaten Abteilung behandelt werden, obwohl sie keine Versicherung dafür haben. Im vorliegenden Fall werden sie gemäss SGB der allgemeinen und gemäss MS der (halb)privaten Abteilung zugeordnet.

¹⁰ Alle in diesem Bulletin präsentierten Zahlen basieren auf Gewichtungen, die für die Erhebung berechnet wurden, um die Repräsentativität der Stichprobe zu gewährleisten und die Verzerrung durch Antwortausfälle zu berücksichtigen. Diese Gewichtungen wurden auch in den multivariaten Analysen verwendet.

¹¹ Dieses Bulletin basiert teilweise auf den Daten des SHP des Schweizer Kompetenzzentrums Sozialwissenschaften (FORS). Es wird vom Schweizerischen Nationalfonds unterstützt.

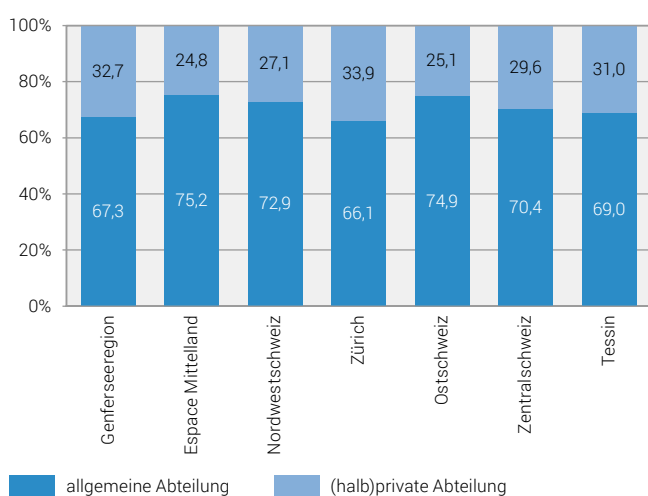
Viele (halb)privat Versicherte leben in städtischen Gebieten

Die Verteilung der Personen auf die verschiedenen Spitalversicherungen unterscheidet sich je nach Grossregion. Gemäss SGB fällt der Anteil (halb)privat Versicherter im Espace Mittelland am tiefsten (24,8%) und in Zürich am höchsten (33,9%) aus (G3).

Diese regionalen Differenzen sind weitgehend auf die räumliche Struktur der Schweiz zurückzuführen. In städtischen Gebieten beläuft sich der Anteil der (halb)privat Versicherten auf 31,3%, in den intermediären (dichter periurbaner Raum und ländliche Zentren) und ländlichen Gebieten auf 27,5% bzw. 21,6%.

Verteilung der Spitalversicherungen nach Grossregion, 2017

G3



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2021

Spitalzusatzversicherungen werden hauptsächlich von jungen Personen erneuert oder gekündigt

Anhand der SHP-Daten lassen sich die Antworten der Befragten im Zeitverlauf nachverfolgen. So kann ermittelt werden, welche Personen ihre Spitalzusatzversicherung kündigen (oder nicht erneuern) und welche eine neue Versicherung abschliessen¹².

Änderungen der Spitalzusatzversicherung hängen stark vom Alter ab. Von den Personen mit einer Versicherung für die (halb)private Abteilung im Jahr 2017 haben 11% ihren Vertrag im Folgejahr gekündigt (oder nicht erneuert). Die meisten davon waren junge Versicherte: Bei den 19- bis 24-Jährigen belief sich der entsprechende Anteil auf 41%, bei den 25- bis 34-Jährigen auf 26% und bei den Personen ab 35 Jahren lediglich auf 8%.

Von den Personen, die 2017 nicht (halb)privat versichert waren, verfügten 5% im Folgejahr über eine entsprechende Deckung. Die im Jahr 2018 neu Versicherten waren ebenfalls relativ jung: Ihr Anteil lag bei den Personen zwischen 19 und 44 Jahren auf einem relativ hohen Niveau (7%), bei den Personen ab 45 Jahren belief er sich auf rund 3%.

¹² Die Teilnehmenden werden lediglich gefragt, ob sie versichert sind oder nicht. Wechsel des Versicherers von einem Jahr zum nächsten sind somit nicht ersichtlich.

Gesundheitszustand

Der Gesundheitszustand ist für den Vergleich zwischen den Versicherten für die (halb)private Abteilung und den Allgemeinversicherten eine wichtige Dimension. Die Differenzen beim Gesundheitszustand zwischen den beiden Populationen zeigen, inwiefern bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen oder bei Spitalaufenthalt ein unterschiedlicher Bedarf vorhanden ist.

Hypothesen

Der durchschnittliche Gesundheitszustand der beiden Teilpopulationen wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Der Gesundheitsfragebogen, der beim Abschluss einer Spitalzusatzversicherung ausgefüllt werden muss (vgl. Kasten 1), garantiert den Versicherern, dass eine Person bei der Vertragsunterzeichnung bei guter Gesundheit ist. Obwohl sich der Gesundheitszustand anschliessend mit dem Alter verschlechtern kann, kann davon ausgegangen werden, dass die Personen mit einer Zusatzversicherung bei besserer Gesundheit sind als die übrige Bevölkerung.

Wie weiter oben erwähnt, weisen die beiden Populationen unterschiedliche Merkmale auf. Die (halb)privat Versicherten sind im Schnitt älter und sozioökonomisch bessergestellt (Bildungsniveau und Einkommen). Das Alter korreliert negativ mit dem Gesundheitszustand (je älter man wird, desto schlechter wird tendenziell der Gesundheitszustand), die sozioökonomische Stellung positiv (je höher die Stellung, desto besser ist tendenziell der Gesundheitszustand). Folglich werden drei Einflussfaktoren analysiert. Zwei davon – Selektion günstiger Risiken und hohe sozioökonomische Stellung – weisen darauf hin, dass der Gesundheitszustand der Teilpopulation mit einer Spitalzusatzversicherung im Schnitt besser ist, einer – das höhere Alter – impliziert einen schlechteren Gesundheitszustand. Ihre Auswirkungen wurden mithilfe statistischer Tests gemessen.

Vorgehen

Der Gesundheitszustand der Versicherten wird zunächst auf Basis sämtlicher Daten dargestellt, wobei Unterschiede zwischen den beiden Teilpopulationen nach Alter und sozioökonomischer Stellung noch ausgeblendet werden. In einem zweiten Schritt werden diese Ergebnisse anhand einer multivariaten Analyse verfeinert. So lässt sich der Einfluss der demografischen und sozioökonomischen Faktoren kontrollieren.

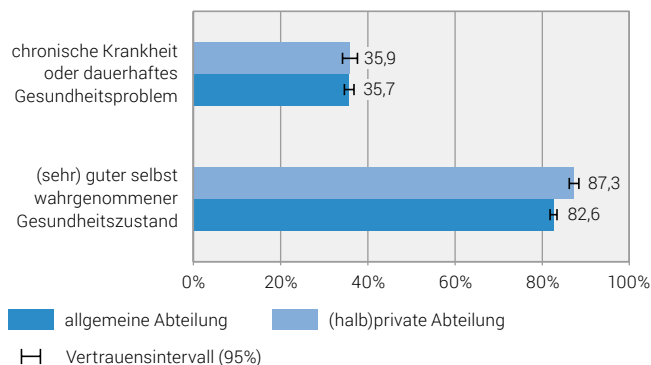
Analysiert werden zwei Indikatoren für den Gesundheitszustand:

- der selbst wahrgenommene Gesundheitszustand, eine subjektive Einschätzung der physischen und psychischen Gesundheit;
- das Vorhandensein einer chronischen Krankheit und/oder eines dauerhaften Gesundheitsproblems, eine konkrete Messung gesundheitlicher Beeinträchtigungen – jedoch ohne medizinische Diagnose.

Deskriptive Analyse

Auf deskriptiver Ebene fällt der selbst wahrgenommene Gesundheitszustand bei den Personen mit Spitalzusatzversicherung besser aus. Der anhand der chronischen Krankheiten bzw. dauerhaften Gesundheitsprobleme gemessene Gesundheitszustand ist mit jenem der Allgemeinversicherten vergleichbar (G4). Auch die

Gesundheitsindikatoren nach Spitalversicherung, Personen ab 25 Jahren, 2017 G 4



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) © Obsan 2021

Daten des SHP 2017 (in der Grafik nicht präsentiert) zeigen beim selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand bei den (halb)privat Versicherten ein besseres Resultat (85,2% gegenüber 83,8%), doch die Differenz ist statistisch nicht signifikant. (Halb)privat Versicherte leiden indessen signifikant häufiger an einer chronischen Krankheit oder einem dauerhaften Gesundheitsproblem als Allgemeinversicherte (40,0% gegenüber 36,9%).

Die Ergebnisse variieren folglich auf deskriptiver Ebene je nach Datenquelle sowie nach gewähltem Gesundheitsindikator und erlauben daher keine Schlussfolgerungen.

Multivariate Analyse

Die multivariate Analyse untersucht den Gesundheitszustand der Versicherten mit und ohne Spitalzusatzversicherung bei gleichem Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status. Die Methode, eine multivariate logistische Regression, wird im Kasten 3 erläutert.

Tabelle T 1 enthält eine Übersicht über die Ergebnisse zum Gesundheitszustand. Die erste Zeile der Tabelle T 1 zeigt die Quotenverhältnisse (Odds Ratio) der (halb)privat Versicherten verglichen mit den Allgemeinversicherten, wenn lediglich die Versicherung berücksichtigt wird. Wie in der deskriptiven Analyse fallen die Ergebnisse je nach Datenquelle und gewähltem Gesundheitsindikator unterschiedlich aus (Odds Ratios zwischen 1,45 und 0,88).

Die übrigen Zeilen zeigen dieselben Odds Ratios bei konstant gehaltenem Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status (Ausbildung und Einkommen). Wird der Gesundheitszustand bei konstant gehaltenem Alter und Geschlecht betrachtet, zeigt sich, dass sich (halb)privat Versicherte häufiger als gesund bezeichnen als Allgemeinversicherte (Odds Ratios 1,77 gemäss SGB bzw. 1,30 gemäss SHP). Gemäss der SGB sind erstere auch seltener von chronischen Krankheiten oder dauerhaften Gesundheitsproblemen betroffen (1,33), während es gemäss dem SHP keinen Unterschied zwischen den beiden Populationen gibt (1,01).

Wird die sozioökonomische Stellung berücksichtigt, verringert sich der gesundheitsbezogene Unterschied zwischen den (halb)privat und den allgemein Versicherten. Unter Einbezug des Bildungsniveaus oder Einkommens in die Modellierung reduzieren

Odds Ratios von (halb)privat Versicherten Personen ab 25 Jahren, 2017 T 1

Erklärende Variablen	(Sehr) guter selbst wahrgenommener Gesundheitszustand		Fehlen einer chronischen Krankheit oder eines dauerhaften Gesundheitsproblems	
	SGB	SHP	SGB	SHP
Versicherung	1,45 (***)	1,11 (n.s.)	0,99 (n.s.)	0,88 (*)
Versicherung, Alter und Geschlecht	1,77 (***)	1,30 (***)	1,13 (**)	1,01 (n.s.)
Versicherung, Alter, Geschlecht und Bildungsniveau	1,46 (***)	1,17 (*)	1,08 (n.s.)	1,02 (n.s.)
Versicherung, Alter, Geschlecht und Haushaltseinkommen		1,11 (n.s.)		1,05 (n.s.)

Anmerkungen: Eine Odds Ratio über (unter) 1 bedeutet, dass die (halb)privat Versicherten einen besseren (schlechteren) Gesundheitszustand haben als die Allgemeinversicherten. Die Odds Ratios der anderen erklärenden Variablen (Alter, Geschlecht, Ausbildung und standardisiertes Haushaltseinkommen) werden aus Einfachheitsgründen nicht dargestellt. Statistische Signifikanz: ***, **, * statistisch signifikant bei 0,1%, 1%, 5%, n.s. nicht signifikant. n (SGB) = 15 358; n (SHP) = 7698

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB); FORS – Schweizer Haushalt-Panel © Obsan 2021

Kasten 3: Multivariate Analysen

Um den Einfluss individueller Merkmale auf den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen abzubilden, wurden anhand der SGB- und SHP-Daten multivariate Analysen durchgeführt. Dabei handelt es sich um logistische Regressionen, mit denen das Auftreten eines Ereignisses dank verschiedener Variablen erklärt werden kann. Das Ziel besteht darin, zu ermitteln, wie sich die Versicherung ([halb]privat oder allgemein) bei ansonsten unveränderten Bedingungen auf das modellierte Ereignis, den Gesundheitszustand oder die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen auswirkt. Dabei kann bei konstant gehaltenem Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status der Zusammenhang zwischen der Versicherung und den modellierten Ereignissen gemessen werden.

Die modellierten Ereignisse sind ein guter oder sehr guter selbst wahrgenommener Gesundheitszustand, das Fehlen einer chronischen Krankheit oder eines dauerhaften Gesundheitsproblems, eine Hospitalisierung in den zwölf Monaten vor der Erhebung sowie ein Arztbesuch im selben Zeitraum.

Die erklärenden Variablen sind die Versicherung (zwei Kategorien), das Alter (vier Kategorien), das Geschlecht (zwei Kategorien) und die sozioökonomische Stellung (Bildungsniveau gemäss SGB und SHP in drei Kategorien; standardisiertes Nettohaushaltseinkommen gemäss SHP in sieben Kategorien).

Hauptvariable ist die Versicherung; die anderen Variablen sind sogenannte *Kontrollvariablen*.

sich die Odds Ratios. Sie bleiben jedoch höher als 1 oder liegen bei 1. Dies bedeutet, dass der Gesundheitszustand von (halb)privat Versicherten bei ansonsten konstanten Bedingungen besser oder gleich gut ist wie jener von Allgemeinversicherten.

Abschliessend lässt sich sagen, dass je nach Quelle und verwendetem Indikator zwischen der Spitalzusatzversicherung und dem Gesundheitszustand nicht systematisch ein Zusammenhang besteht. Dennoch lässt sich aus der Analyse schliessen, dass der Gesundheitszustand von (halb)privat Versicherten besser oder gleich gut ist wie jener von Allgemeinversicherten. Dies gilt sowohl insgesamt als auch unter Berücksichtigung der individuellen Merkmale der beiden Populationen.

Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen

Mit der Analyse der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen wird der Vergleich zwischen (halb)privat und allgemein Versicherten vervollständigt. Es stellt sich die Frage, ob (halb)privat Versicherte häufiger hospitalisiert werden und ob sie das Gesundheitssystem insgesamt anders nutzen. Hierzu ist anzumerken, dass Arztbesuche mit der Spitalzusatzversicherung für die (halb)private Abteilung nichts zu tun haben. Die Ergebnisse sind aber insofern interessant, als sie einen Vergleich des Verhaltens dieser beiden Populationen bezüglich der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen ermöglichen.

Gemäss der SGB 2017 gibt es bezüglich der Häufigkeit der Inanspruchnahme keinen Unterschied zwischen den Versicherten ab 25 Jahren in der (halb)privaten Abteilung und jenen in der allgemeinen Abteilung, und zwar weder bei einer stationären (12,9% gegenüber 12,6%)¹³ noch einer ambulanten Behandlung im Spital (32,8% gegenüber 32,1%; G5).

Indessen suchten (halb)privat Versicherte in den zwölf Monaten vor der Erhebung häufiger eine Ärztin oder einen Arzt auf als Allgemeinversicherte (85,1% gegenüber 81,1%)¹⁴. Dies gilt für Besuche bei der Hausärztin bzw. beim Hausarzt (72,6% gegenüber 70,6%) und in noch stärkerem Ausmass für Facharztbesuche (50,0% gegenüber 42,9%). Die Unterschiede treten namentlich bei der ersten Konsultation auf, d. h. Allgemeinversicherte sehen seltener die Notwendigkeit eines Arztbesuchs bzw. verzichten häufiger darauf. Umgekehrt ist die durchschnittliche Anzahl Besuche pro Patientin bzw. Patient mit mindestens einem Arztbesuch bei den (halb)privat Versicherten geringer (3,0 gegenüber 3,4 Hausarztbesuchen¹⁵ und 3,3 gegenüber 3,7 Facharztbesuchen¹⁶).

Die multivariaten Analysen mit Berücksichtigung von Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status (vgl. Methode in Kasten 3) zeigen bezüglich der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen die gleichen Trends: Bei gleichem Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status suchen (halb)privat Versicherte pro Jahr häufiger eine Ärztin oder einen Arzt auf als Allgemeinversicherte, während bezüglich Hospitalisierungen und ambulanten Behandlungen im Spital kein Unterschied festzustellen ist.

¹³ Auch gemäss SHP 2017 besteht bezüglich Hospitalisierungen kein Unterschied. Die Inanspruchnahme von ambulanten Behandlungen im Spital wurde hingegen im Fragebogen nicht thematisiert.

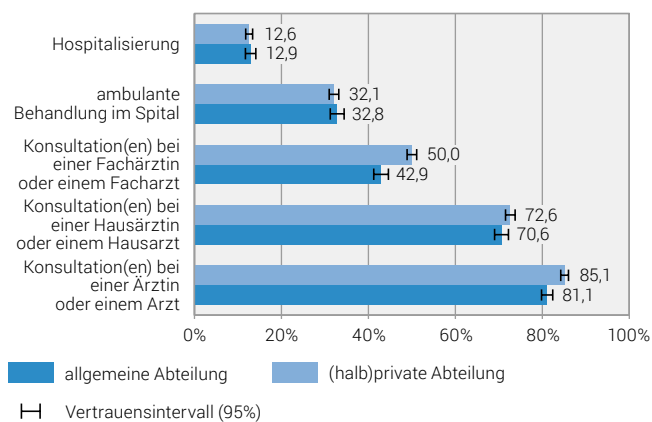
¹⁴ Der gleiche Trend ist auch bei den SHP-Daten festzustellen.

¹⁵ Differenz signifikant bei 5%

¹⁶ Differenz nicht signifikant bei 5%

Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen nach Spitalversicherung, Personen ab 25 Jahren, 2017

G5



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2021

Merkmale hospitalisierter Personen

Anhand der MS-Daten können die Merkmale hospitalisierter Personen je nach Spitalabteilung verglichen werden. Im Gegensatz zu den bisher behandelten Aspekten konzentriert sich diese Analyse auf die spezifische Untergruppe der im Jahr 2017 in der Akutsomatik hospitalisierten Bevölkerung. Werden sämtliche stationären Spitalaufenthalte in der Akutsomatik von 2017 betrachtet, beläuft sich der Anteil der Hospitalisierungen in der (halb)privaten Abteilung auf 22,6%. Dieser fällt somit tiefer aus als die oben erwähnten Schätzungen für die Gesamtbevölkerung.

Wie erwartet sind die Patientinnen und Patienten in der (halb)privaten Abteilung älter als jene in der allgemeinen Abteilung (durchschnittlich 61,6 Jahre gegenüber 48,9 Jahre; Tabelle T2). Dies lässt sich damit erklären, dass Spitalzusatzversicherungen bei älteren Personen stärker verbreitet sind. Aufgrund dieses abweichenden Durchschnittsalters haben die beiden Patientengruppen vermutlich einen unterschiedlichen Bedarf bezüglich Versorgung und stationäre Behandlungen. Deshalb zeigt die Tabelle T2 die wichtigsten Merkmale der hospitalisierten Personen nach Altersklasse (Aufenthaltsdauer; PCCL¹⁷; relativer Schweregrad, dargestellt durch das Fallgewicht).

Die *Aufenthaltsdauer* ist bei (halb)privaten Aufenthalten kürzer. Dies trifft auf alle Altersklassen mit Ausnahme der 15- bis 34-Jährigen zu. Die insgesamt längere Aufenthaltsdauer (5,7 gegenüber 5,4 Tagen) lässt sich mit dem höheren Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten in der (halb)privaten Abteilung erklären.

Der PCCL ist bei Patientinnen und Patienten in der (halb)privaten Abteilung tiefer. Dies trifft auf alle Altersklassen mit Ausnahme der 0- bis 14-Jährigen zu. Patientinnen und Patienten in der (halb)privaten Abteilung haben folglich weniger andere Erkrankungen nebst jenen, für die sie hospitalisiert werden (z. B. Bluthochdruck, Diabetes usw.).

¹⁷ PCCL ist die Abkürzung für Patient Clinical Complexity Level, also der patientenbezogene Gesamtschweregrad.

Beim *Fallgewicht*, d. h. dem relativen Gewicht der erbrachten Versorgungsleistungen und verwendeten medizinischen Ressourcen, ist kein klarer Trend festzustellen. Das Fallgewicht von Patientinnen und Patienten in der (halb)privaten Abteilung ist bei den 35- bis 74-Jährigen tiefer, in den anderen Altersklassen höher.

Merkmale (Durchschnitt) der in der Akutsomatik hospitalisierten Personen nach Abteilung, 2017 T 2

Merkmale	Altersklassen	Allgemeine Abteilung	(Halb)private Abteilung	Sig.
Alter (Jahre)		48,9	61,6	***
	Total	5,40	5,66	***
	0–14	4,12	3,55	***
Aufenthaltsdauer (in Tagen, Definition gemäss DRG)	15–34	3,56	3,57	n.s.
	35–54	4,23	3,76	***
	55–74	6,04	5,47	***
	75+	8,08	7,79	***
	Total	1,11	1,09	***
Komplexitäts- und Komorbiditätslevel (PCCL)	0–14	0,36	0,40	***
	15–34	0,60	0,40	***
	35–54	0,79	0,49	***
	55–74	1,34	1,02	***
	75+	2,01	1,79	***
	Total	1,05	1,15	***
Bruttofallgewicht	0–14	0,64	0,67	*
	15–34	0,80	0,82	**
	35–54	1,01	0,95	***
	55–74	1,30	1,26	***
	75+	1,26	1,29	***

statistische Signifikanz: ***, **, * statistisch signifikant bei 0,1%, 1%, 5%, n.s. nicht signifikant.

n (allgemein) = 984 242; n ((halb)privat) = 287 178

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser

© Obsan 2021

Diskussion

In diesem Bulletin wurden die Personen mit einer Versicherung für die (halb)private Abteilung und diejenigen mit ausschliesslich der Grundversicherung nach soziodemografischen Merkmalen, Gesundheitszustand und Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen verglichen. Zudem wurden die Merkmale von hospitalisierten Personen untersucht.

Die Ergebnisse zeigen grosse soziodemografische Unterschiede zwischen den beiden Populationen. Insgesamt sind die (halb)privat Versicherten älter, haben ein höheres Ausbildungsniveau und Einkommen und leben häufiger in städtischen Gebieten.

Gemäss den Analysen ist der Gesundheitszustand dieser Personen bei gleichen soziodemografischen Merkmalen vergleichbar oder besser als jener der Allgemeinversicherten.

Was die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen betrifft, haben die (halb)privat Versicherten in den letzten zwölf Monaten vor der Erhebung häufiger mindestens einmal eine Ärztin oder einen Arzt aufgesucht, während die Anzahl Arztbesuche pro Patientin bzw. Patient bei den Allgemeinversicherten höher ist. Bezüglich Hospitalisierungen zeigen die Daten der SGB und des SHP dagegen keine Unterschiede zwischen den (halb)privat und den allgemein Versicherten.

Bei Betrachtung der Merkmale hospitalisierter Personen wird deutlich, dass die Patientinnen und Patienten in der (halb)privaten Abteilung deutlich älter sind als jene in der allgemeinen Abteilung. Gemäss den Analysen nach Altersklasse sind die Patientinnen und Patienten in der (halb)privaten Abteilung tendenziell weniger lange hospitalisiert und weisen einen geringeren PCCL auf als Personen in der allgemeinen Abteilung. Die Fallgewichte sind dagegen bei beiden Populationen mehr oder weniger gleich.

Diese Ergebnisse liefern einige Diskussionspunkte. Der starke Zusammenhang zwischen der Versicherung und der sozioökonomischen Stellung lässt folgern, dass die Spitalzusatzversicherung als Luxusgut zu betrachten ist, d. h. als ein Gut, dessen Konsum überproportional zum Einkommen ansteigt. Aktuell profitieren hauptsächlich gut ausgebildete Personen und Haushalte mit einem hohen Einkommen von einer solchen Versicherung. Diese Feststellung wird durch die Tatsache untermauert, dass die junge – oft weniger wohlhabende – Bevölkerung solche Versicherungen am häufigsten kündigt bzw. nicht erneuert. Europäische Studien zeigen ebenfalls, dass Spitalzusatzversicherungen hauptsächlich wohlhabenderen Schichten vorbehalten sind (Lange et al. 2017; Jones et al. 2006). In der Schweiz sind Spitalzusatzversicherungen dagegen aus historischen Gründen insbesondere bei Personen ab 65 Jahren stark verbreitet. Sie hatten vor der Einführung des aktuellen Krankenversicherungssystems (vgl. Kasten 1) bereits eine Versicherung für die (halb)private Abteilung, die sie seither nicht gekündigt haben.

(Halb)privat Versicherte weisen bei gleichem Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status einen vergleichbaren oder besseren Gesundheitszustand auf als Allgemeinversicherte. Durch die vorgängige Abklärung des Gesundheitszustands – Gesundheitsfragebogen vor Vertragsabschluss – können die Versicherer Personen mit guter Gesundheit gewinnen. Folglich werden Wirtschaftstheorien, die davon ausgehen, dass Personen mit einem schlechteren Gesundheitszustand häufiger eine Spitalzusatzversicherung abschliessen, weil sie ein höheres Hospitalisierungsrisiko haben, hier nicht bestätigt.

Betreffend die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems lässt sich feststellen, dass der Anteil Personen mit mindestens einem Arztbesuch in den letzten zwölf Monaten vor der Erhebung bei den (halb)privat Versicherten höher ist. Dieser Unterschied ist insbesondere bei den Facharztbesuchen markant. Dabei stellt sich wiederum die Frage, ob es finanzielle Barrieren bei der Inanspruchnahme sowie Unterschiede bei den Gesundheitskompetenzen gibt (Erziehung, Gesundheitsverhalten usw.).

In Bezug auf die Hospitalisierungen und die ambulanten Behandlungen im Spital zeigen die Daten keinen Unterschied zwischen (halb)privat und allgemein Versicherten. Diese Feststellung gilt auch bei konstanten soziodemografischen Merkmalen. Andere Studien (Domenighetti et al. 1996; Busato et al. 2011; Peters et al. 2016) haben gezeigt, dass (halb)privat Versicherte für ausgewählte stationäre Behandlungen tendenziell übermässig häufig hospitalisiert werden, was vermutlich auf finanzielle Anreize zurückzuführen ist. Um zu untersuchen, inwiefern (halb)privat Versicherte für bestimmte Behandlungen übermässig oft hospitalisiert werden, sollten weiterführende Analysen durchgeführt werden, die Unterschiede nach Gesundheitszustand oder Schweregrad des Hospitalisierungsgrunds berücksichtigen. Interessant wäre in Bezug auf diese Frage auch eine Analyse der ambulanten Gesundheitsversorgung der beiden Populationen. Dabei könnte nicht nur in Erfahrung gebracht werden, ob die Versicherten übermässig oft hospitalisiert werden, sondern auch, ob sie anstelle einer ambulanten eine stationäre Behandlung erhalten.

Literaturverzeichnis

Busato, A., Widmer, M. & Matter, P. (2011). Variation in incidence of orthopaedic surgery between populations with basic or basic plus supplementary health insurance in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, 141:w13152.

Domenighetti G., Bisig B., Zaccheo A., Gutzwiller F., Lecomte F., Mizrahi A. & Mizrahi Ar. (1996). *Consommation chirurgicale en Suisse et comparaison avec la France*. Lausanne: Réalités sociales.

Jones, A. M., Koolman, X. & Van Doorslaer, E. (2006). The impact of having supplementary private health insurance on the use of specialists. *Annales d'Economie et de Statistique*, 251–275.

Lange, R., Schiller, J. & Steinorth, P. (2017). Demand and selection effects in supplemental health insurance in Germany. *The Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice*, 42(1), 5–30.

Peters, O., Vuffray, C. & Haslebacher, K. (2016). *Überhang in der stationären Leistungserbringung zu Gunsten der Zusatzversicherten* Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)

ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Obsan analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind unter www.obsan.ch zu finden.

Impressum

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Autorinnen/Autoren

Sacha Roth, Jonathan Zufferey, Sonia Pellegrini, Obsan

Zitierweise

Roth, S., Zufferey, J. & Pellegrini, S. (2021). Personen mit und ohne Spitalzusatzversicherung. *Vergleich der soziodemografischen Merkmale, des Gesundheitszustands und der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen* (Obsan Bulletin 2/2021). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte/Informationen

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Espace de l'Europe 10, CH-2010 Neuchâtel, Tel. 058 463 60 45,
obsan@bfs.admin.ch, www.obsan.ch

Originaltext

Französisch, diese Publikation ist auch auf Französisch verfügbar (BFS-Nummer: 1034-2102).

Übersetzung

Sprachdienste BFS

Layout/Grafiken

Bundesamt für Statistik (BFS), Sektion DIAM, Prepress/Print

Online

www.obsan.ch → Publikationen

Print

www.obsan.ch → Publikationen
Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel,
order@bfs.admin.ch, Tel. 058 463 60 60
Druck in der Schweiz

BFS-Nummer

1033-2102

© Obsan 2021



Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.