

AMT FÜR STATISTIK
FÜRSTENTUM LIECHTENSTEIN

Krankenkassenstatistik 2018



LIECHTENSTEIN

Herausgeber und Vertrieb Amt für Statistik
Äulestrasse 51
9490 Vaduz
Liechtenstein
T +423 236 68 76
F +423 236 69 36
www.as.llv.li

Auskunft Franziska Frick T +423 236 64 67
info.as@llv.li

Gestaltung Karin Knöllner

Thema 7 Soziale Sicherheit und Gesundheit
Erscheinungsweise Jährlich
Copyright Wiedergabe unter Angabe des Herausgebers gestattet.
© Amt für Statistik

Inhaltsübersicht

Tabellenverzeichnis	4
A Einführung in die Ergebnisse	
1 Vorwort	7
2 Hauptergebnisse	8
3 Analyse der Krankenversicherungen	9
4 Ländervergleiche	18
B Tabellenteil	
1 Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)	25
2 Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG)	53
3 Freiwillige Versicherungen (FV)	57
4 Gesamtgeschäft der Versicherer	61
5 Arzneimittel	65
6 Prämienverbilligung	67
7 Staatsbeiträge	73
Zeitreihen	
8 Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)	75
9 Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG)	99
10 Freiwillige Versicherungen (FV)	103
11 Gesamtgeschäft der Krankenversicherer	105
12 Arzneimittel	111
13 Prämienverbilligung	113
14 Staatsbeiträge	121
C Methodik und Qualität	
1 Methodik	124
2 Qualität	127
D Glossar	
1 Abkürzungen und Zeichenerklärungen	131
2 Begriffserklärungen	132

Tabellenverzeichnis

Kostenentwicklung der OKP seit 2011	9
Bruttoleistungen der OKP pro versicherte Person nach Kategorie	19
In Krankenhäusern gestellte Diagnosen nach ICD-10 Klassifizierung in Liechtenstein, der Schweiz und in Österreich Anzahl Fälle pro 1 000 Einwohner 2017	23
1 Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)	
Zusammenfassung 2018	26
Anzahl Versicherer OKP am 31.12.2018 nach Versichertenbestand	27
Versicherte Personen am 31.12.2018 nach Wohnsitz und Versicherungsart	27
Anzahl Konsultationen 2018	27
Betriebsrechnung 2018	28
Aufsichtsdaten über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)	29
Bruttoprämien nach Versicherungsform und Personengruppe 2018	30
Bruttoleistungen nach Versicherungsform und Personengruppe 2018	30
Kostenbeteiligung nach Versicherungsform und Personengruppe 2018	31
Nettoleistungen nach Versicherungsform und Personengruppe 2018	31
Bruttoleistungen nach Kategorie, Anteil und pro versicherte Person 2018	32
Bruttoleistungen nach Kategorie und Personengruppe 2018	33
Bruttoleistungen nach Kategorie und Personengruppe, pro versicherte Person 2018	33
Kennwerte zu den Leistungserbringenden nach Kategorie 2018	34
Anzahl Leistungserbringende nach Kategorie mit Grössenklasse der Bruttoleistungen 2018	35
Bruttoleistungen der einzelnen Leistungserbringenden nach Kategorie 2018 (Teil 1)	36
Bruttoleistungen der einzelnen Leistungserbringenden nach Kategorie 2018 (Teil 2)	40
Kennwerte zu den Ärzten nach Fachgruppe 2018	41
Anzahl Ärzte nach Fachgruppen mit Grössenklasse der Bruttoleistungen 2018	42
Bruttoleistungen der einzelnen Ärzte nach Fachgruppe 2018 (Teil 1)	43
Bruttoleistungen der einzelnen Ärzte nach Fachgruppe 2018 (Teil 2)	46
Leistungen und Staatsbeiträge nach Altersgruppe und Geschlecht 2018	48
Anteil der Leistungen und der Staatsbeiträge nach Altersgruppe und Geschlecht 2018	49
Leistungsbezüger und Bruttoleistungen pro Leistungsbezüger nach Altersgruppe, Geschlecht und Bruttokostengruppe 2018	50
Versicherte nach Bruttokostenstufe 2018	51
2 Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG)	
Betriebsrechnung 2018	54
Prämien und Nettoleistungen nach Geschlecht 2018	55
Ausbezahlte Taggelder 2018	55
3 Freiwillige Versicherungen (FV)	
Betriebsrechnung 2018	58
Prämien und Bruttoleistungen nach Geschlecht 2018	59
4 Gesamtgeschäft der Versicherer	
Betriebsrechnung 2018	62
Reserven und Rückstellungen der Krankenkassen per 31.12.2018	63
5 Arzneimittel	
Kassenpflichtige Arzneimittel nach therapeutischen Gruppen 2018	66
Kassenpflichtige Arzneimittel nach therapeutischen Gruppen 2017	66

6	Prämienverbilligung	
	Anzahl Bezüger nach Altersgruppe und Geschlecht 2018	68
	Anzahl Bezüger nach Zivilstand, Fördersatz und Geschlecht 2018	68
	Total ausbezahlte Pämienverbilligung nach Zivilstand und Geschlecht 2018	69
	Förderung von Prämien nach Zivilstand und Geschlecht 2018	69
	Förderung von Kostenbeteiligung nach Zivilstand und Geschlecht 2018	69
	Total ausbezahlte Prämienverbilligung nach Altersgruppe, Zivilstand und Geschlecht 2018	70
	Förderung von Prämien nach Altersgruppe, Zivilstand und Geschlecht 2018	70
	Förderung von Kostenbeteiligung nach Altersgruppe, Zivilstand und Geschlecht 2018	70
	Prämienverbilligung, Art der Förderung, Anzahl Bezüger und Bezügerquote nach Wohnort 2018	71
7	Staatsbeiträge	
	Staatsbeiträge im Krankenversicherungs- und Spitalbereich 2018	74
	Staatsbeiträge an verschiedene Spitäler 2018	74
Zeitreihen		
8	Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)	
	Versicherer und Versicherte seit 2009	76
	Anzahl Versicherer nach Versichertenbestand seit 2009	76
	Zusammenfassung der Betriebsrechnungen seit 2009	77
	Zusammenfassung der Betriebsrechnungen pro versicherte Person seit 2009	77
	Betriebsrechnungen nach Unterkonti seit 2014	78
	Veränderung von ausgewählten Aufwand- und Ertragspositionen seit 2014	79
	Bruttoprämien nach Personengruppe seit 2009	80
	Bruttoleistungen nach Personengruppe seit 2009	80
	Kostenbeteiligung nach Personengruppe seit 2009	81
	Nettoleistungen nach Personengruppe seit 2009	81
	Bruttoprämien pro prämienspflichtige Person nach Personengruppe seit 2009	82
	Bruttoleistungen pro versicherte Person nach Personengruppe seit 2009	82
	Kostenbeteiligung pro versicherte Person nach Personengruppe seit 2009	83
	Nettoleistungen pro versicherte Person nach Personengruppe seit 2009	83
	Bruttoleistungen nach Kategorie seit 2009	84
	Bruttoleistungen pro versicherte Person nach Kategorie seit 2009	85
	Anzahl der Konsultationen seit 2009	85
	Anzahl Leistungserbringende (N), Bruttoleistungen (BL) und arithmetisches Mittel (AM) nach Kategorie der Leistungserbringenden seit 2014	86
	Verteilung der Bruttoleistungen nach Kategorien der Leistungserbringenden seit 2014	88
	Anzahl Leistungserbringende nach Kategorien mit Grössenklasse der Bruttoleistungen seit 2014	89
	Anzahl Ärzte (N), Bruttoleistungen (BL) und arithmetisches Mittel (AM) nach Fachgruppe seit 2014	91
	Verteilung der Bruttoleistungen nach Fachgruppen der Ärzte seit 2014	93
	Anzahl Ärzte nach Fachgruppen mit Grössenklasse der Bruttoleistungen seit 2014	95
	Bruttoleistungen und Staatsbeiträge für Vertragsspitäler seit 2009	96
	Spitalentlassungen pro 1 000 Einwohner in Vertragsspitalern nach Aufenthaltsart und Spitaltyp seit 2009	97
	Kosten pro Spitalentlassung in Vertragsspitalern seit 2009	97
	Bruttoleistungen pro versicherte Person pro Versicherungsmonat seit 2016	98
	Kostenbeteiligung pro versicherte Person pro Versicherungsmonat seit 2016	98

9	Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG)	
	Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen der OKG seit 2009	100
	Prämien und Nettoleistungen der OKG nach Geschlecht seit 2009	100
	Anzahl ausbezahlte Taggelder der OKG seit 2009	101
	Ausbezahlte Taggelder der OKG seit 2009	101
10	Freiwillige Versicherungen (FV)	
	Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen der Freiwilligen Versicherungen seit 2009	104
	Prämien und Bruttoleistungen der Freiwilligen Versicherungen nach Geschlecht seit 2009	104
11	Gesamtgeschäft der Krankenversicherer	
	Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen 2009 - 2013 (Teil 1)	106
	Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen 2014 - 2018 (Teil 2)	106
	Reserven der Krankenkassen per 31. Dezember seit 2009	108
	Rückstellungen der Krankenkassen per 31. Dezember seit 2009	109
12	Arzneimittel	
	Arzneimittel und Anteil der Generika seit 2010	112
13	Prämienverbilligung	
	Anzahl Bezüger nach Altersgruppe und Geschlecht seit 2009	114
	Ausbezahlte Prämienverbilligungen nach Altersgruppe und Geschlecht seit 2009	115
	Ausbezahlte Prämienverbilligung pro Bezüger nach Altersgruppe und Geschlecht seit 2009	115
	Anzahl alleinstehende und alleinerziehende Bezüger nach Fördersatz und Geschlecht seit 2009	116
	Anzahl verheiratete Bezüger nach Fördersatz und Geschlecht seit 2009	117
	Ausbezahlte Prämienverbilligung nach Zivilstand und Geschlecht seit 2009	118
	Ausbezahlte Prämienverbilligung pro Bezüger nach Zivilstand und Geschlecht seit 2009	118
	Anzahl Bezüger und Bezügerinnen nach Wohnort seit 2009	119
	Anzahl Bezüger nach Wohnort seit 2009 - Frauen	119
	Anzahl Bezüger nach Wohnort seit 2009 - Männer	119
	Ausbezahlte Förderung von Prämien nach Wohnort seit 2009	120
	Bezügerquote nach Wohnort seit 2009	120
14	Staatsbeiträge	
	Staatsbeiträge im Krankenversicherungs- und Spitalbereich seit 2009	122
	Staatsbeiträge an Spitäler seit 2009	123

A Einführung in die Ergebnisse

1 Vorwort

Die Krankenkassenstatistik erscheint jährlich in gedruckter und elektronischer Form und umfasst Angaben zum abgelaufenen Berichtsjahr sowie Mehrjahrestabellen.

Die Krankenkassenstatistik bietet einen Überblick über die Entwicklungen im Krankenversicherungsbereich. In der vorliegenden Publikation sind Angaben zu den Krankenversicherern, den versicherten Personen, den Leistungserbringenden und den Finanzströmen enthalten. Sie ist gegliedert nach den drei Versicherungsarten Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP), Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG) und Freiwillige Versicherungen (FV). Weitere Informationen finden sich zu Arzneimitteln, zur Prämienverbilligung und zu den sonstigen Staatsausgaben im Krankenversicherungs- und Spitalbereich.

Ab dem Jahr 2018 wird im Rahmen der Prämienverbilligung neben der Prämie auch die Kostenbeteiligung gefördert (KVG, Art. 24b). Aus diesem Grund sind im Kapitel 6 Prämienverbilligung der vorliegenden Publikation ergänzend zu den Informationen zur Förderung von Prämien auch Angaben zur Förderung von Kostenbeteiligung zu finden. Die beiden Teilbereiche werden unter dem Begriff Prämienverbilligung zusammengefasst.

Neben der Gesamtbetriebsrechnung der Krankenkassen der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden in dieser Publikation zudem zum ersten Mal die Aufsichtsdaten des Amtes für Gesundheit in den Tabellenteil aufgenommen. In der Tabelle 1.5a sind die wichtigsten

Kennwerte nach den einzelnen Versicherungsanbietern aufgeschlüsselt. Diese Daten werden vom Amt für Gesundheit im Vorfeld unter <https://www.llv.li/files/ag/aufsichtsdaten-2018.pdf> publiziert und finden im Sinne einer Dienstleistung für die Nutzerinnen und Nutzer in der Krankenkassenstatistik Platz.

Im Berichtsjahr 2018 hat sich die Finanzierung der stationären Leistungen des Liechtensteinischen Landesspitals geändert. Bis anhin haben die Krankenkassen 77% und das Land 23% der Kosten übernommen. Neu wird der gleiche Schlüssel wie in der Schweiz angewendet, nach welchem die Krankenkassen 45% und die öffentliche Hand 55% der stationären Leistungen decken. In Tabelle 14.1, in der die Entwicklung der Staatsbeiträge an die Krankenversicherer und Spitäler dokumentiert wird, lässt sich diese Verschiebung nachvollziehen.

Das Ministerium für Gesellschaft hat unter Einhaltung einer Sperrfrist vorgängig Zugang zur vorliegenden Publikation erhalten. Dies stellt eine Ausnahme vom generellen Grundsatz des gleichzeitigen Zugangs aller Nutzerinnen und Nutzer zu statistischen Daten dar.

Gesetzliche Grundlage der Krankenkassenstatistik ist das Statistikgesetz vom 17. September 2008, LGBl. 2008 Nr. 271.

Für die Bereitstellung der Daten und die gute Zusammenarbeit danken wir dem Amt für Gesundheit und dem Amt für Soziale Dienste.

Diese Publikation und weitere Statistiken finden Sie im Internet unter www.as.llv.li. Im eTab-Portal unter www.etab.llv.li können Sie statistische Informationen zur Krankenkassenstatistik online und interaktiv abfragen.

Vaduz, 1. Juli 2019

**AMT FÜR STATISTIK
FÜRSTENTUM LIECHTENSTEIN**

2 Hauptergebnisse

Erstmals seit 2004 tiefere Bruttoleistungen

Die für das Jahr 2018 ausgewiesenen Bruttoleistungen der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung liegen gemäss den Ergebnissen des Amtes für Statistik mit CHF 168.2 Mio. 2.1% unter denen des Vorjahres. Seit 2004 nahmen damit die Bruttoleistungen erstmals ab. Für die letzten fünf Jahre (2014-2018) wird ein durchschnittliches Wachstum von 0.3% pro Jahr berechnet. In früheren Jahren (2007-2011) war das Wachstum mit einem Durchschnitt von 3.1% pro Jahr deutlich höher. Die 2018 über die Obligatorische Krankenpflegeversicherung abgerechneten Kosten liegen unter dem von der Regierung festgelegten Kostenziel von höchstens +2.0%. Aufgrund der Basis von 39 871 Versicherten wird gegenüber 2017 ein um 2.4% tieferer durchschnittlicher Betrag von CHF 4 220 pro versicherte Person berechnet.

Entlastung der OKP durch neuen Kostenteiler

Die Spitalleistungen haben im Vorjahresvergleich um 3.9% auf CHF 62.4 Mio. abgenommen. Dies liegt in erster Linie am neuen Kostenteiler des Liechtensteinischen Landesspitals. Während bis 2017 77% der stationären Spitalleistungen von den Versicherern der obligatorischen Krankenpflege (OKP) und die ergänzenden 23% durch den Staat finanziert worden sind, wurde der Schlüssel für 2018, wie in der Schweiz mit 45% OKP und 55% Staat neu definiert, was auf Seiten der Kassen eine Entlastung bedeutete.

8% mehr Staatsbeiträge

Insgesamt wendete der Staat 2018 CHF 78.2 Mio. für den Spitalbereich und die Krankenversicherer auf, was im Vergleich zum Vorjahr einer Zunahme von 8.0% entspricht. Während der Betrag an die Versicherungen 2018 mit CHF 40.8 Mio. ähnlich hoch ist wie im Vorjahr mit CHF 40.9 Mio., verzeichnen die Staatsbeiträge an die Spitäler mit CHF 31.3 Mio. und einer Differenz von 19.3% eine deutliche Zunahme. Wesentlich ist die Anpassung des Kostenteilers des Liechtensteinischen Landesspitals, mit welchem neu 55% anstatt wie bisher 23% der stationären Leistungen über das Land beglichen werden.

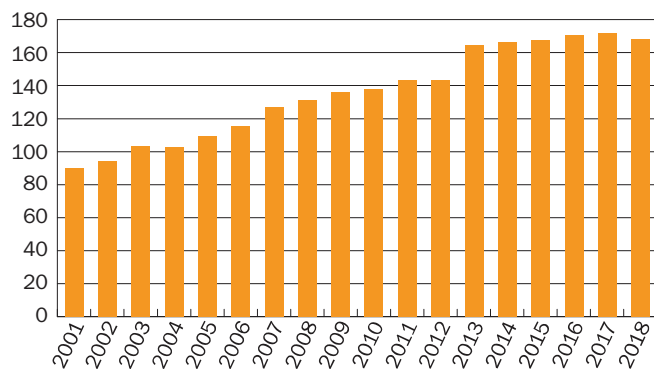
Neue Förderung von Kostenbeteiligung

Die prämienschuldigen Versicherten bezahlten 2018 gegenüber dem Vorjahr mit durchschnittlich CHF 3 893 0.6% mehr für Prämien sowie mit CHF 630 3.1% mehr für Kostenbeteiligung (nur Erwachsene). Im Durchschnitt wurden damit im Jahr 2018 CHF 4 523 für Prämien und Kostenbeteiligung pro prämienschuldige Person ausgegeben. 2018 wurde über die Prämienverbilligung neben der Prämie erstmals die Kostenbeteiligung gefördert. Bezügerinnen und Bezüger von Prämienverbilligungen erhielten durchschnittlich CHF 2 083 vergütet, wodurch für diesen Personenkreis eine Nettobelastung von CHF 2 240 resultiert.

Bruttoleistungen der OKP seit 2001

in Mio. CHF

Grafik 1



Erläuterung zur Grafik:

2012/2013: Der Kostensprung zwischen 2012 und 2013 ist z.T. auf Erfassungsverzögerungen im Zusammenhang mit der Einführung des Tarifsystems SwissDRG zu begründen.

3 Analyse der Krankenversicherungen

3.1 Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Kontinuierliche Zunahme der Versicherten

Im Berichtsjahr 2018 waren bei den drei aktiven Krankenversicherern in Liechtenstein 39 871 Personen versichert. Die zehnjährige Betrachtung zeigt einen kontinuierlichen Anstieg des Versichertenstamms um durchschnittlich 1.0% pro Jahr. Bei den Versicherungsarten wird über die Jahre eine zunehmende Differenzierung deutlich. Während vor zehn Jahren 96.1% der Versicherten die ordentliche Jahresfranchise wählten, waren es 2018 noch 88.8%. Ebenso wird die seit 2014 verfügbare Option der erweiterten OKP, welche die freie Wahl der ambulanten Leistungserbringenden erlaubt, zunehmend genutzt. Im ersten Jahr entschieden sich 22.3% der Versicherten für diese Variante, 2018 schlossen 28.0% der Versicherten eine entsprechende Police ab. Mit 32.4% ist der Anteil der Frauen, die die erweiterte OKP wählen, höher als bei den Männern mit 25.3%. Eine mögliche Erklärung dafür findet sich in der Liechtensteinischen Gesundheitsbefragung 2012 (Tabelle 4.5.2), in der 56.7% der Frauen angegeben haben, dass die freie Wahl einer Spezialistin bzw. eines Spezialisten für sie ‚sehr wichtig‘ ist. Bei den Männern hingegen haben dieser Aussage nur 42.6% zugestimmt.

2% tiefere Bruttoleistungen

Mit Bruttoleistungen von CHF 168.2 Mio. im Jahr 2018 wurden 2.1% weniger Leistungen abgerechnet als im Vorjahr. Damit liegt das Gesamtwachstum der Kosten unter dem von der Regierung festgelegten Kostenziel von höchstens +2.0%. Pro versicherte Person wird im Vorjahresvergleich bei den Bruttoleistungen eine Abnahme von 2.4% auf CHF 4 220 berechnet.

Seit Beginn der Zeitreihe 2001 verzeichnen die Bruttoleistungen nach 2004 zum zweiten Mal einen Rückgang.

Für die letzten fünf Jahre (2014-2018) wird ein durchschnittliches Wachstum von 0.3% pro Jahr berechnet. In früheren Jahren (2007-2011) war das Wachstum mit einem Durchschnitt von 3.1% pro Jahr deutlich höher. Die Eingrenzung der steigenden Kosten ist auf verschiedene Massnahmen zurückzuführen, wobei der Angleichung der liechtensteinischen Tarifstruktur an die schweizerischen Tarife eine wesentliche Rolle zukommt. So wurden seit 2014 folgende Taxpunktwerte gesenkt:

Physiotherapie:	von CHF 1.26 auf CHF 1.05
Fachlabor:	von CHF 1.20 auf CHF 1.00
Praxislabor:	von CHF 1.50 auf CHF 1.00

Zudem wurden die Rahmenbedingungen neu definiert: Von 2015 bis 2017 war ein überarbeiteter liechtensteinischer Arzttarif in Anwendung, danach wurde mit der KVG-Revision die gesamtschweizerische Tarifstruktur tarmed mit dem Taxpunktwert der angrenzenden Schweizer Kantone von CHF 0.83 eingeführt.

Ergänzend spielt bei den Spitalausgaben der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) eine Änderung der Finanzierung eine wesentliche Rolle: Aufgrund des geltenden Kostenteilers beim Liechtensteinischen Landesspitals wurden bis 2017 den Krankenversicherern 77% und dem Staat 23% der stationären Leistungen in Rechnung gestellt. Durch die Anpassung des Kostenteilers 2018 auf einen Anteil von 45% OKP und 55% Staat wurden die Krankenversicherer entlastet. Zusätzlich führte im Vorjahr schon die Abwanderung von Patientinnen und Patienten in die neu eröffnete Privatklinik in Liechtenstein oder in ausländische Spitäler zu einer Verschiebung der Spitalfinanzierung zugunsten der OKP.

Kostenentwicklung der OKP seit 2011

Tabelle A

	Bruttoleistungen in Mio. CHF	Steigerung in %	Kostenziel der KQV in % im Vergleich zum Vorjahr	Differenz zum Kostenziel
2011	143.2	*	*	*
2012	143.3	0.0	5.5	-5.5
2013	164.1	14.5	3.7	10.8
2014	166.2	1.3	2.0	-0.7
2015	167.3	0.7	1.7	-1.0
2016	170.1	1.7	2.0	-0.3
2017	171.9	1.1	2.0	-0.9
2018	168.2	-2.1	2.0	-4.1

Auf die kostenintensiven Kategorien Spital (ambulant und stationär) und Ärzteschaft (Behandlungen, Arztlabor) entfallen im Berichtsjahr 2018 insgesamt 59.8% der abgerechneten Bruttoleistungen. Mit einer Abnahme von 2.4% gegenüber dem Vorjahr leisten diese Kategorien einen Beitrag am Rückgang der gesamten Bruttoleistungen. Ergänzend dazu sind die Ausgaben für verschreibungspflichtige Arzneimittel relevant, die sich 2018 in Arztpraxen und Apotheken auf insgesamt CHF 26.8 Mio. beliefen und auf die ein Anteil von 15.9% der Bruttoleistungen entfällt.

Da für die Beurteilung der Kostenentwicklung des Gesundheitswesens die Bruttoleistungen der einzelnen Kostengruppen zentral sind, werden in den nächsten Abschnitten die grössten Kostengruppen genauer betrachtet. Ergänzend dazu sind die Detailangaben zu weiteren Kategorien in den Tabellen 8.18 bis 8.20 zu sehen.

a) Spitalleistungen: Neuer Kostenteiler entlastet die OKP

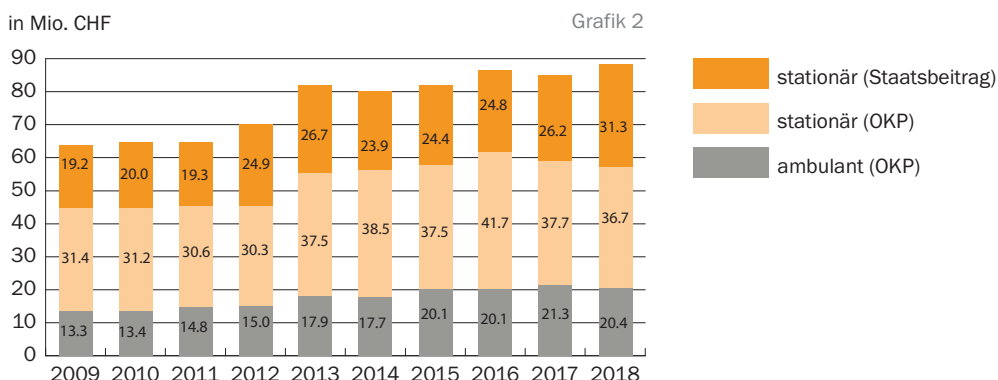
Die Informationen zur Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) weisen für den Spitalbereich gegenüber dem Vorjahr eine Abnahme von 3.9% auf insgesamt CHF 62.4 Mio. aus, wobei die stationären Spitalbehandlungen mit einem Minus von 4.4% etwas stärker abgenommen haben als die ambulanten Behandlungen mit 2.9%. Wichtig in Bezug auf die OKP-Ausgaben für Leistungen in Spitälern ist der Finanzierungsschlüssel zwischen Staat und Versicherungen für stationäre Leistungen. 2018 wurde die Finanzierung des Liechtensteinischen Landesspitals nach schweizerischem Vorbild angeglichen, d.h. während

bis anhin 23% der Kosten vom Staat und 77% der Kosten von den Versicherungen getragen wurden, ist die neue Aufteilung mit einem Anteil von 45% der Versicherungen und einem Anteil von 55% der öffentlichen Hand definiert.

Tabelle 8.24 illustriert die Ausgaben der OKP und des Staates an die Vertragsspitäler seit 2009. Der Gesamtbetrag der OKP-Zahlungen an die Vertragsspitäler deckt mit 91.5% nicht die kompletten Ausgaben der Spitäler, dafür können in dieser Zusammenstellung die Staatsbeiträge an die Vertragsspitäler mitberücksichtigt werden. Im Vorjahresvergleich zeigt die Tabelle mit insgesamt CHF 88.4 Mio. eine Zunahme der Spitalleistungen von 3.7%. Während die ambulanten Leistungen gegenüber 2017 um 4.1% tiefer ausfielen, wurden bei den stationären Leistungen, die über die OKP und den Staat finanziert werden, 6.3% mehr Aufwendungen in Rechnung gestellt.

Grafik 2 verdeutlicht die Entwicklung der Kosten in den Vertragsspitalern seit 2009. Markant ist der Kostenanstieg um 16.8% auf CHF 82.1 Mio. von 2012 auf 2013, der mit Erfassungsverzögerungen im Zusammenhang mit der Einführung des Tarifsystems Swiss Diagnosis Related Groups (SwissDRG) begründet wurde. Fünf Jahre später liegen die Bruttoleistungen mit insgesamt CHF 88.4 Mio. 7.8% über diesem Wert, woraus sich schliessen lässt, dass die Erfassungsverzögerungen nur einen Teil des Anstiegs zu erklären vermochten. Sichtbar sind zudem die praktisch kontinuierlich steigenden Ausgaben für die Spitäler. Der Anteil der ambulanten Leistungen am Total bewegt sich zwischen 20.8% und 25.0%, wobei die höheren Anteile den aktuelleren Jahren zuzuordnen sind. Diese

Bruttoleistungen der Spitäler seit 2009



Erläuterung zur Grafik:

Berücksichtigt wurden die Vertragsspitäler von Liechtenstein.

Entwicklung folgt laut Amt für Gesundheit einem auch in der Schweiz beobachtbaren Trend, wonach Notfallstationen häufiger als früher von eigentlichen Nicht-Notfällen aufgesucht werden.

b) Leicht höhere ambulante Arztkosten

Im Berichtsjahr 2018 rechnete die Ärzteschaft insgesamt CHF 55.9 Mio. über die Obligatorische Krankenpflegeversicherung ab. Werden die Ausgaben für Arzneimittel ausgeklammert – diese werden im Abschnitt c zusammen mit den Ausgaben in Apotheken betrachtet – verbleiben für ärztliche Behandlungen und Laboranalysen CHF 38.2 Mio. Dieser Betrag weist im Vergleich zu 2017 eine leichte Zunahme von 0.1% auf.

In Relation zur Anzahl der versicherten Personen wird für 2018 ein Durchschnittsbetrag von CHF 958 für ärztliche Leistungen (Behandlungen und Labor) berechnet. Tendenziell sinken die Kosten, denn sowohl im Vorjahresvergleich als auch in der zehnjährigen Betrachtung wird eine durchschnittliche Abnahme von 0.2% ausgewiesen.

Anhand der vorliegenden Zahlen lässt sich nicht abschliessend beantworten, welche Faktoren wie stark zur Kosteneindämmung geführt haben. Neben der Umstellung auf eine neue Tarifstruktur (2015 – 2017 überarbeiteter Liechtensteiner Arzttarif, 2018 tarmed), trugen seit 2014 verschiedene tarifliche Massnahmen wie bspw. die Senkung der Preise für 20 häufig verwendete Positionen sowie die Reduktion des Taxpunktwerts für Praxislaborleistungen von CHF 1.50 auf CHF 1.00 zu dieser Entwicklung bei.

Mit CHF 49.2 Mio. und einem entsprechenden Anteil von 87.6% an den gesamten ärztlichen Bruttoleistungen sind die OKP-Vertragsärztinnen und -ärzte massgebend (Tabelle 8.18). In den letzten vier Jahren schwankten deren Bruttoleistungen mit einem Minimum von CHF 48.4 Mio. und einem Maximum von CHF 49.3 Mio. nur wenig und zeigen sich stabil. Mit 60.8% entfallen 2018 knapp zwei Drittel der Leistungen auf ärztliche Behandlungen, 33.0% der Leistungen auf Arzneimittel und 6.2% auf Analysen im Praxislabor.

In der Tabelle 8.21 werden ergänzend dazu die Kennwerte für die Ärztesfachgruppen separat aufgelistet.

c) Arzneimittel: Zwei Drittel des Sparpotenzials durch Generika ungenutzt

Neben den Ausgaben für ärztliche Behandlungen und Spitäler sind die Ausgaben für Arzneimittel in den Apotheken und Arztpraxen mit CHF 26.8 Mio. Bruttoleistungen und einem Anteil von 15.9% am Total der Bruttoleistungen relevant. Gegenüber dem Vorjahr wurden mit einer Abnahme von 0.9% etwas weniger verschreibungspflichtige Arzneimittel an Patientinnen und Patienten abgegeben, in der zehnjährigen Betrachtung wird aber eine durchschnittliche jährliche Zunahme von 1.5% berechnet. Werden die Ausgaben pro versicherte Person betrachtet, so sind diese im Berichtsjahr mit CHF 671 um CHF 8 (1.2%) tiefer als 2017. In der mehrjährigen Betrachtung seit 2009 steigen die durchschnittlichen Ausgaben für Arzneimittel pro Person um 0.5% pro Jahr an.

Im Jahr 2018 wurden insgesamt 66.1% der Arzneimittel direkt in der ärztlichen Praxis und 33.9% über Apotheken bezogen. Generell werden immer mehr Arzneimittel über Apotheken verkauft, so erhöhte sich ihr Anteil seit 2011 von 21.5% auf 33.9% im Berichtsjahr kontinuierlich.

Die Arzneimittelstatistik ermöglicht eine detaillierte Auswertung (Tabellen im Kapitel 5 und 12). Gemäss diesen Angaben wurden im Jahr 2018 insgesamt 499 467 Packungen mit einem Marktpreis von CHF 25.3 Mio. verkauft. Gegenüber dem Vorjahr wurden 0.6% mehr Packungen gezählt, der Umsatz zu Marktpreisen nahm um 0.5% ab. Es ist zu beachten, dass die Anzahl der Packungen u.a. von der Grösse der Packungen abhängt und deshalb nur bedingt die effektive Menge der abgegebenen Arzneimittel spiegelt.

Im Durchschnitt wurden pro versicherte Person 13 Arzneimittelpackungen verschrieben. Mit einem Anteil von 28.3% gehörte mehr als jede vierte Medikamentenpackung der therapeutischen Gruppe der Stoffwechselmedikamente an. Auffallend hoch ist diesbezüglich der Anteil der Stoffwechselmedikamente mit 39.5% am Gesamtumsatz zu Marktpreisen bzw. 42.5% am Gesamtumsatz zu Werkpreisen. Dies lässt sich mit einigen sehr teuren rheumatischen Präparaten sowie mit cholesterinsenkenenden Medikamenten und Medikamenten gegen Krebs begründen, die zur Gruppe der Stoffwechselmedikamente gezählt werden.

Interessant im Zusammenhang mit der Kostengruppe Arzneimittel sind die verrechneten Generika, da sie genutztes beziehungsweise ungenutztes Einsparpotenzial aufzeigen. Der für 2018 ausgewiesene Generikaanteil von 14.6% (Werkpreis) ist der höchste Wert seit Beginn der Zeitreihe im Jahr 2010 mit 8.8%.

Detailliertere Angaben zu den Ausführungen der Abschnitte a bis c finden sich in den Tabellen mit Informationen zu den einzelnen Leistungserbringenden (Tabellen 1.13 bis 1.20). Diese Listen umfassen alle Leistungserbringenden, die im Laufe eines Jahres Leistungen für in Liechtenstein versicherte Personen erbracht haben. Die teils sehr langen Listen werden aus Platzgründen in der gedruckten Publikation nur für das aktuelle Jahr und in Auszügen publiziert. Online werden die kompletten Listen des Berichtsjahres zur Verfügung gestellt (www.as.llv.li). Die Listen der Vorjahre 2009 bis 2013 sind in der gedruckten Publikation der Krankenkassenstatistik 2013 veröffentlicht worden.

Im Weiteren ist für das Ergebnis die Position Übrige Rechnungsstellende, die mit einer Abnahme von 4.0% auf CHF 29.5 Mio. einen Anteil von 17.5% der Bruttoleistungen stellt, relevant. Darin enthalten sind neben übrigen Rechnungsstellenden auch Kategorien wie bspw. Pflegeheime, Familienhilfe/ Spitex oder Laboratorien. Allerdings können infolge möglicher Rückschlüsse keine Angaben zu den abgerechneten Bruttoleistungen in den einzelnen Kategorien gemacht werden. Grössere Zunahmen sind mit 8.0% bei den Abgabestellen MiGeL (CHF 1.3 Mio.) und mit 2.1% bei den Physiotherapeut/innen (CHF 7.0 Mio.) zu beobachten.

Andere Kategorien wie Ergotherapeut/innen, Zahnärzt/innen und Hebammen weisen zwar grössere prozentuale Veränderungen auf, fallen aber mit Bruttoleistungen von CHF 0.3 Mio. bis CHF 0.7 Mio. weniger ins Gewicht.

86% der Versicherten bezogen Leistungen

Im Vergleich zum Vorjahr mit 85.1% hat sich der Anteil der Personen, die über die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abgedeckte Leistungen beziehen, mit 85.8% wenig verändert. Pro Person wird ein durchschnittlicher Betrag von CHF 4 220 berechnet, welcher 2.4% unter dem Vorjahreswert liegt. In der zehnjährigen Betrachtung, die 2009 mit CHF 3 730 beginnt, wird pro Jahr ein durchschnittlicher Anstieg von 1.4% pro versicherte Person ausgewiesen.

Die Höhe der Bruttoleistungen pro versicherte Person und Monat variiert nach Geschlecht und Alter (Tabelle 8.27). Frauen beanspruchten im Durchschnitt mit CHF 432 pro Monat 19.4% mehr Leistungen als Männer. Diese Differenz ist mit unterschiedlichen Ausprägungen bis etwa zum 60. Lebensjahr zu beobachten. Mit dem Eintritt ins Rentenalter bis zum 85. Lebensjahr waren dann die Männer auf mehr medizinische Leistungen angewiesen als die Frauen. Im hohen Alter ab 86 Jahren kippte das Verhältnis erneut und es waren die Frauen, die mehr medizinische Versorgung benötigten. Erwartungsgemäss lassen sich bei beiden Geschlechtern praktisch durchgehend mit zunehmendem Alter zunehmende Kosten beobachten.

Gesamtergebnis von Minus 5 Mio.

Die Obligatorische Krankenpflegeversicherung weist für das Jahr 2018 ein negatives Betriebsergebnis von CHF -5.0 Mio. aus. Massgebend für diesen Abschluss ist die Position Neutraler Aufwand und Ertrag mit CHF -11.3 Mio., in der CHF 7.9 Mio. aufgelöste Reserven einer Krankenkasse enthalten sind, die 2019 an die Versicherten ausbezahlt werden. Zudem fällt der Staatsbeitrag mit CHF 36.1 Mio. um 8.1% tiefer aus als im Vorjahr. Allerdings ist diese Kürzung im Zusammenhang mit dem neuen Kostenteiler (vgl. Abschnitt a) und der damit verbundenen Erhöhung des Staatsbeitrages an die Spitäler zu sehen.

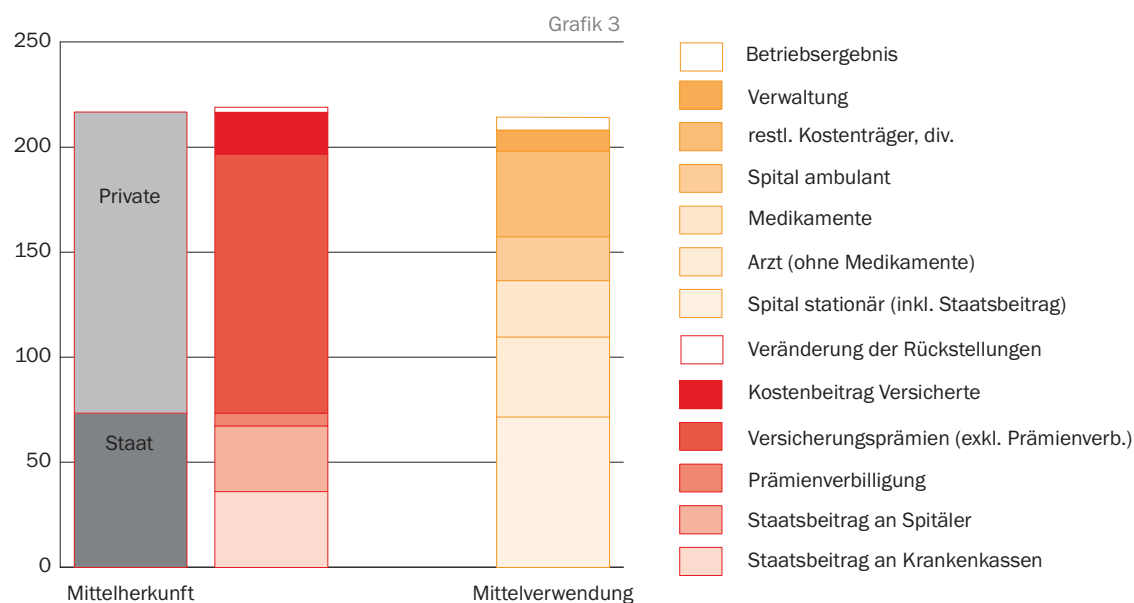
Diese grossen Verschiebungen konnten nicht mit den um 2.1% tieferen Bruttoleistungen von CHF 168.2 Mio., den um 1.9% tieferen Betriebsaufwand von CHF 9.7 Mio. und mit dem um 1.0% höheren Prämiensoll von CHF 129.6 Mio. ausgeglichen werden. Im zehnjährigen Vergleich seit 2009 beenden die Versicherer der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach 2008 mit CHF -8.7 Mio. ein zweites Mal ein Jahr mit einem negativen Betriebsergebnis.

Die von der OKP angelegten Reserven haben sich von 2009 mit CHF 23.6 Mio. um durchschnittlich 15.8% pro Jahr auf CHF 76.3 Mio. im Jahr 2017 erhöht. Die im vo-

rigen Abschnitt erwähnte Auflösung der Reserven einer Kasse wirkte sich 2018 insofern aus, als die Gesamtreserven der OKP mit CHF 71.3 Mio. gegenüber 2017 um 6.5% tiefer ausfallen. Die Reserven, die auch als ‚Sicherheits- und Schwankungsreserven‘ bezeichnet werden, haben gemäss Art. 4 Krankenversicherungsverordnung (KVV) die Funktion, die finanzielle Lage der Versicherung für den Fall abzusichern, dass die effektiven Kosten gegenüber den bei der Festsetzung der Prämien getroffenen Annahmen zu ungünstig ausfallen. Des Weiteren werden die Reserven für das Auffangen von Kostenschwankungen eingesetzt.

Die finanzielle Gewichtung zwischen Staat und Privaten lässt sich der Grafik 3 zur Mittelherkunft und Mittelverwendung entnehmen. Im Berichtsjahr 2018 wurde die OKP zu 66.1% durch Private und zu 33.9% durch den Staat finanziert. In früheren Jahren, bspw. 2010, war die Aufteilung mit 48.2% Staat und 51.8% Private fast hälftig gewesen. Die ergänzenden, detaillierten Informationen zu dieser Grafik sind in den Tabellen 1.5, 1.10 sowie 7.1 zu finden.

Mittelverwendung und Mittelherkunft der bedeutendsten Zweige im Gesundheitswesen 2018



3.2 Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG)

Die Versicherten der Obligatorischen Krankengeldversicherung (OKG) erhalten bei ärztlich bescheinigter, mindestens hälftiger Arbeitsunfähigkeit ab dem 2. Tag nach dem Tag der Erkrankung ein Krankengeld, sofern sie mit dem Arbeitgeber nicht eine länger dauernde Lohnfortzahlung vereinbart haben. Das Krankentaggeld beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit mindestens 80 Prozent des bis anhin bezogenen AHV-pflichtigen Lohnes.

Im Jahr 2018 beglich die Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG) insgesamt Krankengeld für Arbeitsausfälle an 221 698 Tagen. Der Wert ist gegenüber dem Vorjahr um 5.3% höher und stellt auch den Höchstwert in der zehnjährigen Betrachtung dar. Insgesamt wurden 2018 von der OKG CHF 29.4 Mio. für Taggelder ausbezahlt, wobei der Betrag gegenüber 2017 mit einer Zunahme von 6.9% etwas stärker angestiegen ist als die Anzahl auszahlter Taggelder.

Das Gesamtergebnis der Obligatorischen Krankengeldversicherung ist stark schwankend. Nachdem das Ergebnis von 2010 bis 2013 mit Minusbeträgen von CHF 0.1 Mio. bis CHF 3.1 Mio. negativ ausfiel, wurde 2018 mit CHF 4.5 Mio. das fünfte Mal in Folge ein positiver Abschluss erzielt. Begründen lässt sich dies mit dem Versicherungsertrag von CHF 37.8 Mio., der 7.7% über dem vormaligen Höchstwert des Vorjahres von CHF 35.1 Mio. liegt.

3.3 Freiwillige Versicherungen (FV)

Das Gesamtergebnis der Freiwilligen Versicherung weist eine steigende Tendenz auf, so wurde 2018 mit CHF 7.8 Mio. (2017: CHF 6.1 Mio.) das Ergebnis zum fünften Mal in Folge deutlich verbessert. Einerseits trug der um 3.5% höhere Versicherungsertrag von CHF 54.4 Mio. und andererseits der um 6.1% tiefere Versicherungsaufwand von CHF 35.1 Mio. wesentlich zum positiven Resultat bei.

3.4 Gesamtgeschäft der Krankenversicherer

In den Tabellen 11.1a und 11.1b sind Schlüsselzahlen zum Gesamtgeschäft der Krankenversicherer im zehnjährigen Vergleich aufgeführt. Das Gesamtgeschäft der Krankenversicherer beinhaltet die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP), die Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG) sowie die Freiwilligen Versicherungen (FV).

Das Gesamtergebnis aller Versicherungszweige schwankt über die Jahre mit einem Tiefstwert von CHF -11.0 Mio. im Jahr 2013 und einem Höchstwert von CHF +20.0 Mio. im Jahr 2017 stark. Das Gesamtergebnis des Berichtsjahres 2018 reiht sich mit CHF 7.3 Mio. im Mittelfeld ein. Neben den positiven Jahresabschlüssen der OKG von CHF 4.5 Mio. und den FV von CHF 7.8 Mio., ist in Bezug auf die OKP mit einem Ergebnis von CHF -5.0 Mio. die einmalige Auflösung von Reserven einer Krankenkasse von CHF 7.9 Mio. für die Rückzahlung an die Versicherten zu erwähnen.

Das Gesamtgeschäft wird von im Vorjahresvergleich um 1.1% höheren Versicherungserträgen von CHF 257.6 Mio. geprägt, denen um 0.6% tiefere Versicherungsaufwendungen von CHF 213.8 Mio. gegenüberstehen. Aufwand und Ertrag fallen somit für das Gesamtergebnis günstig aus, auch wenn die Staatsbeiträge mit CHF 36.1 Mio. gegenüber 2017 um 8.1% tiefer sind.

Per 31. Dezember 2018 beliefen sich die Reserven aller Versicherungszweige auf CHF 129.0 Mio. Im Vergleich zum Vorjahr baute die OKG ihre Reserven um 26.1% auf CHF 16.6 Mio. und die FV um 22.4% auf CHF 41.1 Mio. aus. Die Reserven der OKP sind im Vergleich zum Vorjahr mit CHF 71.3 Mio. um 6.5% tiefer, was an der im 2. Abschnitt erwähnten Auflösung von Reserven für Rückzahlungen an Versicherte liegt. Generell lässt sich über die Jahre ein kontinuierlicher Ausbau der Reserven bei allen Versicherungszweigen beobachten, wobei für die letzten zehn Jahre eine durchschnittliche Zunahme von 10.3% pro Jahr berechnet wird.

Die gesetzlichen Erfordernisse in Bezug auf die Reserven werden von allen Kassen erfüllt.

3.5 Prämienverbilligungen

Die Anzahl der Bezügerinnen und Bezüger von Prämienverbilligungen erhöht sich seit 2014, als die Bestimmungen für eine Berechtigung zum Bezug der Prämienverbilligungen massgeblich geändert wurden, um 1.3% pro Jahr. Von den 2018 gezählten 2 857 Bezügerinnen und Bezüger waren 2 220 alleinstehend/ alleinerziehend, d.h. acht von zehn Bezügerinnen und Bezüger sind als nicht verheiratet registriert.

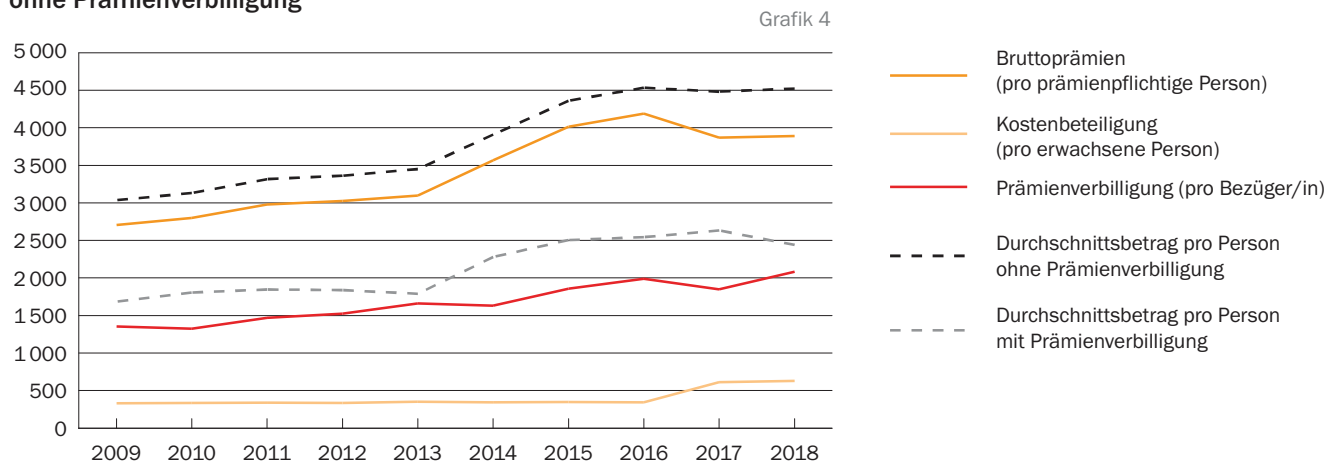
Seit 2018 wird mit der Prämienverbilligung neben der Prämie auch die Kostenbeteiligung gefördert. Mit einem Gesamtbetrag von CHF 6.0 Mio. wurden 1 666 Frauen und 1 191 Männer gefördert. 90.0% des Betrages wurde für die Förderung von Prämien und 10.0% für die Förderung von Kostenbeteiligung aufgewendet, wobei ein Durchschnittsbetrag von CHF 2 083 pro Bezüger/in ausgewiesen wird. Dieser Wert liegt um 12.7% über dem des Vorjahres, als die Kostenbeteiligung noch nicht gefördert wurde. Die nachfolgende Grafik 4 fasst die Situation zusammen. Pro prämienspflichtige Person wird in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung ein Betrag von CHF 3 893 für Prämien berechnet, was im Vergleich zu 2017 CHF 22 respektive 0.6% mehr ist. Neben den Prämienausgaben hat sich 2018 auch die Kostenbeteiligung um 3.1% auf CHF 630 pro erwachsene Person erhöht. In Summe resultiert daraus ein Durchschnittsbetrag von CHF 4 523 pro Person. Wird der Personenkreis der Bezügerinnen und Bezüger von Prämienverbilligung betrachtet, so kann

die Prämienverbilligung in Abzug gebracht werden und es wird ein Durchschnittsbetrag von CHF 2 440 pro Person berechnet. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies eine Abnahme der Ausgaben von 7.3%. Die Grafik zeigt neben der finanziellen Entlastung der Bezügerinnen und Bezüger von Prämienverbilligung, dass die Gesamtausgaben pro Person seit 2016 relativ stabil sind.

Auffallend ist zudem das Jahr 2017, in dem die Bruttoprämien zurückgehen und im Gegenzug die Kostenbeteiligung ansteigt. Wesentlich in diesem Zusammenhang ist die Revision des Krankenversicherungsgesetzes, die per 1. Januar 2017 Gültigkeit erhielt und eine Erhöhung der Kostenbeteiligung zur Folge hatte. Bis dahin betrug die Kostenbeteiligung vor Erreichen des Rentenalters maximal CHF 800 bzw. nach Erreichen des Rentenalters maximal CHF 400. Neu liegen die Maximalbeträge bei gesetzlicher Kostenbeteiligung vor dem Erreichen des Rentenalters bei CHF 1 400 und nach Erreichen des Rentenalters bei CHF 950. Die höhere Kostenbeteiligung der Versicherten wurde wie anfangs erwähnt 2018 mit einer Förderung derselben ergänzt.

Aufgrund nicht verfügbarer Informationen kann der Beitrag der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber an den Prämien nicht in Abzug gebracht werden, wodurch die ausgewiesenen Durchschnittsbeträge tendenziell zu hoch sind.

Bruttoprämien, Prämienverbilligung, Kostenbeteiligung und Durchschnittsbetrag für Personen mit bzw. ohne Prämienverbilligung



Erläuterung zur Grafik:

Prämienverbilligung: Seit 2018 beinhaltet die Prämienverbilligung neben der Förderung der Prämien auch die Förderung der Kostenbeteiligung.
 Prämienspflichtige Personen: Erwachsene und Jugendliche, ohne Kinder.
 Durchschnittsbetrag pro Person ohne Prämienverbilligung: Summe der Bruttoprämie und Kostenbeteiligung.
 Durchschnittsbetrag pro Person mit Prämienverbilligung: Summe der Bruttoprämie und Kostenbeteiligung abzüglich der Prämienverbilligung.
 Bruttoprämien: Aufgrund fehlender Informationen zu den Arbeitgeberbeiträgen an den Bruttoprämien kann diese Entlastung der Versicherten nicht dargestellt werden.

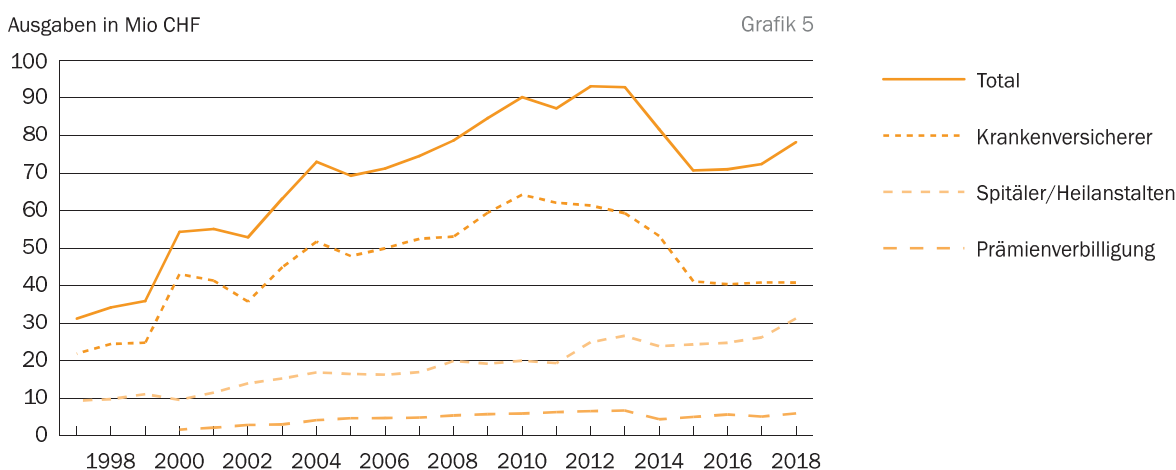
3.6 Staatsbeiträge

Nachdem die Summe der ausbezahlten Staatsbeiträge von 2012 mit CHF 93.1 Mio. bis 2015 mit CHF 70.7 Mio. sukzessive gekürzt wurde, steigen die Gesamtausgaben für Staatsbeiträge seit 2016 wieder an. Insgesamt wendete der Staat 2018 CHF 78.2 Mio. für den Spitalbereich und die Krankenversicherer auf, was im Vergleich zum Vorjahr einer Zunahme von 8.0% entspricht. Während der Betrag an die Versicherungen 2018 mit CHF 40.8 Mio. ähnlich hoch ist wie in den beiden Vorjahren mit CHF 40.4 Mio. bzw. CHF 40.9 Mio., verzeichnen die Staatsbeiträge an die Spitäler deutliche Zunahmen. Die 2018 aufgewendeten CHF 31.3 Mio. liegen 19.3% über dem Vorjahr und 24.8% über dem Mittelwert der fünf Vorjahre. Wesentlich ist für 2018 die Anpassung der Finanzierung des Liechtensteinischen Landesspitals. Während in früheren Jahren der Staat 23% der stationären Leistungen übernahm und 77% der Kosten von den Versicherungen getragen wurden, wurde der Finanzierungsschlüssel 2018 dem schweizerischen System angepasst. Neu werden im Liechtensteinischen Landesspital 55% der stationären Spitalleistungen vom Staat und 45% von den Krankenkassen getragen.

Zudem werden 2018 erstmals neben den Prämien auch die Ausgaben für die Kostenbeteiligung gefördert. Der Gesamtbetrag für die Prämienverbilligung hat mit CHF 6.0 Mio. gegenüber 2017 um 15.8% zugenommen, wobei mit einem Anteil von 90% der Grossteil für die Förderung von Prämien aufgewendet wird. Die Förderung der Kostenbeteiligung hat mit CHF 0.6 Mio. und mit einem Anteil von 10% weniger Gewicht.

2018 flossen von der Gesamtsumme der Staatsbeiträge von CHF 78.2 Mio. 52.2% an die Versicherer der Obligatorischen Krankenpflege, weitere 40.0% wurden an verschiedene Spitäler überwiesen, 7.6% wurden für Prämienverbilligungen eingesetzt und mit 0.2% wurde der Liechtensteinische Krankenkassenverband finanziert. Differenzen zwischen den Angaben der Landesrechnung und den Angaben der Versicherer betreffend die Staatsbeiträge an die Krankenversicherer sind auf unterschiedliche Buchungszeitpunkte zurückzuführen. Die nachfolgende Grafik 5 zeigt die stark steigende Entwicklung der Staatsbeiträge von 1997 bis 2012. Deutlich werden die anschliessend markanten Kürzungen bei den Krankenversicherern.

Staatsausgaben im Bereich der Krankenversicherungen und Spitäler/ Heilanstalten seit 1997



Quelle: Landesrechnung 2018

Erläuterung zur Grafik:

Total: Das Land unterstützt den Krankenkassenverband jährlich mit CHF 130 000 bis knapp CHF 290 000. Dieser im Vergleich tiefe Betrag wird in der Grafik nicht einzeln dargestellt, ist aber im Total enthalten.

4 Ländervergleiche

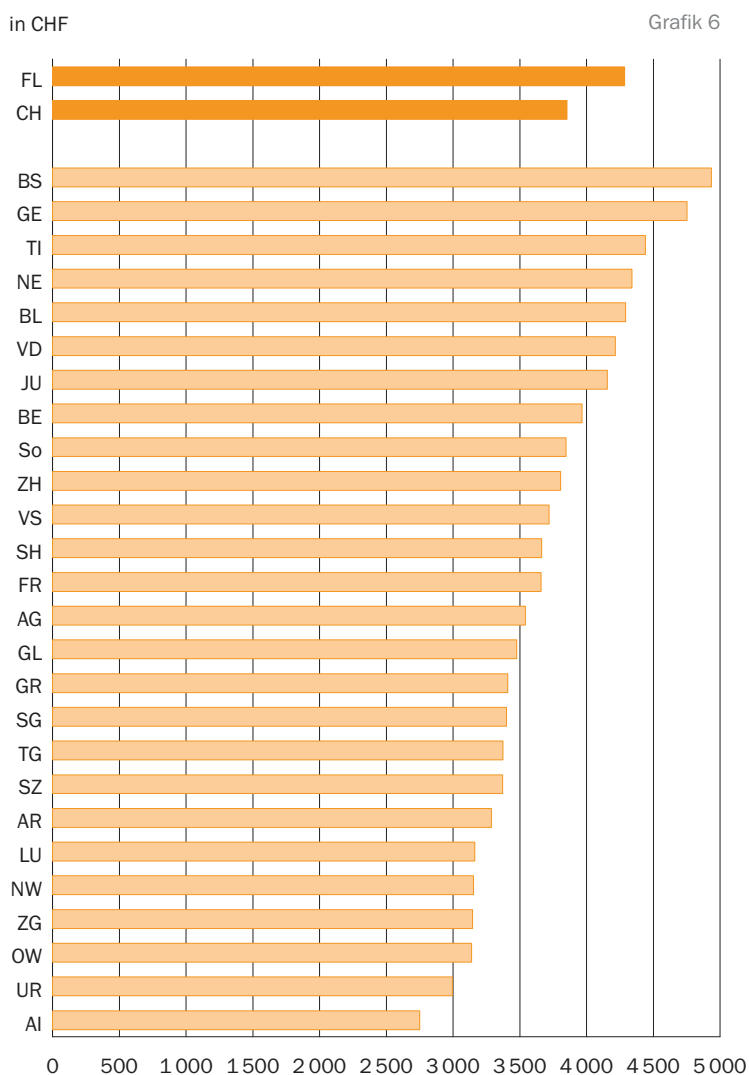
4.1 Bruttokosten pro versicherte Person

Bei der Interpretation des Kostenvergleichs (Quelle: www.bag.admin.ch/kmt) mit der Schweiz sind vor allem die unterschiedlichen Leistungskataloge und Abrechnungsarten (tiers garant, tiers payant) zu beachten. In Liechtenstein kommt die Abrechnungsart tiers payant zur Anwendung, d.h. die Rechnungsstellung der Leistungserbringenden erfolgt direkt an die Krankenkassen. Beim tiers garant-Prinzip, das in der Schweiz häufig angewendet wird, erfolgt die

Rechnungsstellung der Leistungserbringenden an die Versicherten. Dabei werden lediglich die von den Versicherten bezahlten und zur Rückvergütung eingereichten Rechnungen von den Versicherern erfasst. Nicht eingereichte Rechnungen für Leistungen bleiben unberücksichtigt.

Angesichts der unterschiedlichen Systeme sind die Daten nur bedingt vergleichbar. Es ist davon auszugehen, dass die schweizerischen Zahlen tendenziell etwas tiefer ausfallen.

Bruttokosten (OKP) pro versicherte Person 2018



Erläuterung zur Grafik:

Der Unterschied zwischen den vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) publizierten Werten pro versicherte Person in Liechtenstein und den von den Krankenkassen gelieferten durchschnittlichen Kosten pro versicherte Person ergibt aus der unterschiedlichen Zusammensetzung der Grundgesamtheit. Während die Krankenkassen alle Versicherten berücksichtigen, basiert die BAG-Auswertung nur auf den Versicherten mit Wohnsitz in Liechtenstein, welche 2018 einen Anteil von 96.1% aller in Liechtenstein registrierten Versicherten stellen. Auch die Schweizer Vergleichsdaten beinhalten jeweils nur die Versicherten des betreffenden Wohnkantons.

len, da nicht alle Rechnungen zur Rückvergütung bei den Kassen eingereicht werden. Die vor diesem Hintergrund zu interpretierende Differenz der durchschnittlichen Bruttoleistungen pro Kopf in der Schweiz und Liechtenstein wird 2018 mit einem Mehr von 11.2% für Liechtenstein berechnet. In den letzten vier Jahren seit 2015 mit einer Differenz von 19.1% hat sich der Unterschied um 7.9 Prozentpunkte verringert. Während sich in diesem Zeitraum die durchschnittlichen Ausgaben pro versicherte Person in der Schweiz um 5.8% auf CHF 3 852 erhöht haben, wird für Liechtenstein eine Abnahme von 1.2% auf CHF 4 283 berechnet.

Die Tabelle B schlüsselt die Ausgaben nach Kategorie der Leistungserbringenden für die Jahre 2017 und 2018 auf.

In Bezug auf die Ärzteschaft wurden in Liechtenstein mit CHF 1 444 pro versicherte Person 22.4% mehr Leistungen abgerechnet als in der Schweiz. Diese Betrachtung greift allerdings zu kurz, aufschlussreicher ist die Gliederung nach Leistungsart. Die für ärztliche Behandlungen verrechneten Leistungen von CHF 901 liegen um 4.2% über dem Betrag der Schweiz. Bei den ärztlichen Praxislabors und Arzneimitteln ist der Unterschied mit 29.8% und 84.0% deutlich grösser, jedoch müssen diese Kategorien in Addition mit den Laboratorien (Fachlabors) respektive den Apotheken analysiert werden. Dadurch beträgt der Unterschied an Laborleistungen gegenüber der Schweiz in Summe CHF 107, bzw. es wird eine Differenz von 59.8% (2017: 65.7%, 2016: 83.9%) ausgewiesen. Dieser relativ

Bruttoleistungen der OKP pro versicherte Person nach Kategorie

Tabelle B

	LI		CH	
	2018	2017	2018	2017
Total in CHF	4 283	4 390	3 852	3 843
Ärzte	1 444	1 472	1 180	1 174
Ärzte Behandlungen (ohne Labor)	901	906	864	865
Ärzte Arzneimittel	454	477	247	242
Ärzte Laboranalysen	89	89	69	66
Apotheken	232	219	467	454
Spitäler ambulant	548	565	730	735
Spitäler stationär	1 074	1 142	775	797
Pflegeheime	250	258	219	218
SPILEX-Organisationen	68	61	110	104
Laboratorien	198	198	111	107
Physiotherapeuten	181	178	124	119
Übrige	288	297	135	135
Zusammengefasst Kategorien				
Arzneimittel (Arzt u. Apotheken)	687	696	714	696
Labor (Arzt u. Fachlabor)	287	287	180	173
Spital (ambulant u. stationär)	1 622	1 707	1 505	1 532

Erläuterung zur Tabelle:

Der Unterschied zwischen den vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) publizierten Werten pro versicherte Person in Liechtenstein und den von den Krankenkassen gelieferten durchschnittlichen Kosten pro versicherte Person ergibt aus der unterschiedlichen Zusammensetzung der Grundgesamtheit. Während die Krankenkassen alle Versicherten berücksichtigen, basiert die BAG-Auswertung nur auf den Versicherten mit Wohnsitz in Liechtenstein, welche 2018 einen Anteil 96.1% aller in Liechtenstein registrierten Versicherten stellen. Auch die Schweizer Vergleichsdaten beinhalten jeweils nur die Versicherten des betreffenden Wohnkantons.

Kategorien: Die zehn explizit aufgeführten Kostengruppen stehen für 95% der gesamten Bruttokosten. Kleinere Kostengruppen wie Chiropraktiker, Ergotherapeuten oder Logopäden werden in der Kategorie „Übrige“ zusammengefasst.

grosse Abstand zur Schweiz wird nach der Senkung des Taxpunktwertes der Praxislabors von CHF 1.50 auf CHF 1.00 (2014) und nach der Senkung des Taxpunktwertes für das Fachlabor von CHF 1.20 auf CHF 1.00 (schrittweise: 2016, 2017) berechnet.

Betreffend Arzneimittel lässt sich festhalten, dass nachdem die Kosten für Arzneimittel aus Apotheken und Arztpraxen in Liechtenstein und der Schweiz 2017 mit je CHF 696 gleich hoch gewesen sind, 2018 der Betrag für Liechtenstein mit CHF 687 gesunken und für die Schweiz mit CHF 714 angestiegen ist. Der Wert für Liechtenstein liegt damit 3.9% unter dem schweizerischen.

Im Weiteren fallen die abgerechneten Leistungen für Physiotherapie in Liechtenstein 2018 mit durchschnittlichen CHF 181 um 46.0% höher aus als in der Schweiz. Es bleibt anzumerken, dass früher, bspw. 2016 der berechnete Unterschied zur Schweiz mit 64.0% deutlich grösser war und sich ein Teil der Annäherung mit der Senkung des Taxpunktwertes per 1. Januar 2017 von CHF 1.10 auf CHF 1.05 erklären lässt. Ein weiterer Teil des Unterschieds ist mit den medizinischen Masseurinnen und Masseuren zu begründen, denen in Liechtenstein 2018 Leistungen im Umfang von CHF 1 072 960 (vgl. Tabelle 1.10, Fussnote) durch die Obligatorische Krankenpflegeversicherung vergütet wurde. In der Schweiz hingegen sind diese Leistungen grundsätzlich von der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausgenommen. Allerdings beträgt der mittlere Betrag pro versicherte Person für Leistungen der Masseur/innen in Liechtenstein CHF 27, wodurch eine Differenz von CHF 30 respektive 24.3% gegenüber dem schweizerischen Wert für Physiotherapie offen bleibt. Ergänzend dazu lässt sich der Gesundheitsbefragung 2012 entnehmen, dass die Versicherten in Liechtenstein mit einem Anteil von 20.0% (vgl. Liechtensteinische Gesund-

heitsbefragung 2012, S. 70) und der Schweiz¹ mit einem Anteil von 17.9% ähnlich häufig physiotherapeutische Leistungen innerhalb eines Jahres in Anspruch nehmen. Ebenfalls deutlich höher waren die Ausgaben für stationäre Spitalleistungen, die für Liechtenstein mit CHF 1 074 und für die Schweiz mit CHF 775 berechnet wurden. Dies liegt u.a. an den unterschiedlichen Kostenteilern für Bruttoleistungen, anhand derer je nach Spital unterschiedliche Anteile der Bruttoleistungen über die Obligatorische Krankenpflegeversicherung verbucht werden. Aus diesem Grund sind diese Werte nur beschränkt vergleichbar.

Aufgrund der unterschiedlichen Finanzierungssysteme ist die Vergleichbarkeit bei den Ausgaben für Spitex-Organisationen, deren Differenz mit durchschnittlichen CHF 68 in Liechtenstein und CHF 110 in der Schweiz auffallend ist, begrenzt.

Insgesamt bietet die Tabelle B einen guten Überblick, jedoch müssen beim Vergleich mit der Schweiz einige länderspezifische Besonderheiten berücksichtigt werden.

¹ Schweiz, Link: <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2012/files/de/02f.xml>

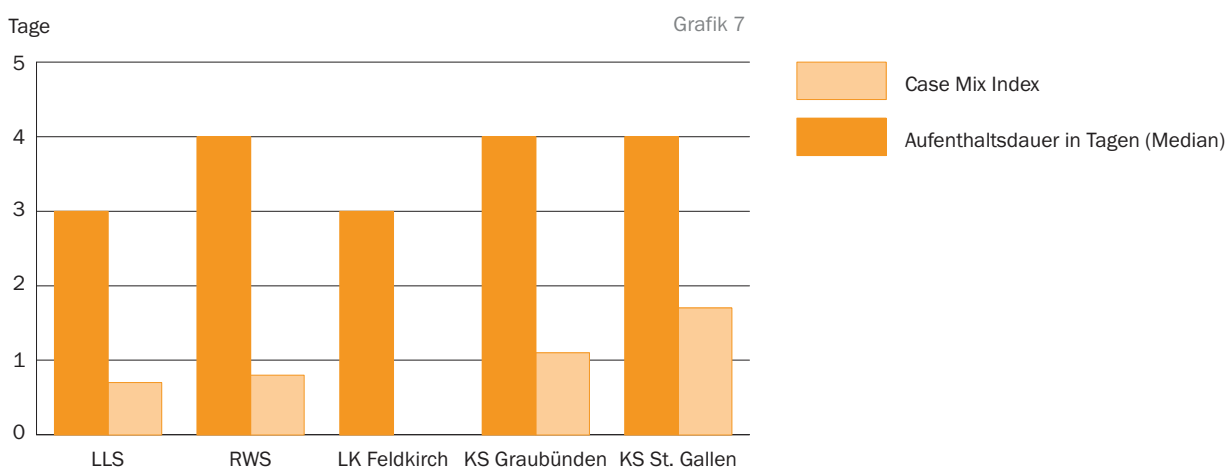
Da sich die Vertrauensintervalle mit ± 3.0 für Liechtenstein und ± 0.7 für die Schweiz überschneiden, ist der Unterschied als nicht signifikant zu werten.

4.2 Aufenthaltsdauer in Spitälern

Das Säulendiagramm stellt die Aufenthaltsdauer in den verschiedenen Spitälern dar. Berücksichtigt wurden die wichtigsten Spitäler der Grundversorgung für in Liechtenstein versicherte Personen. Als Vergleichsgrösse wurde der Median gewählt. Dieser sagt aus, nach wie vielen Tagen mindestens die Hälfte der Patientinnen und Patienten aus dem Spital entlassen wird. Gegenüber dem arithmetischen Mittel hat der Median den Vorteil, dass sich einzelne Extremwerte nur gering auf das Ergebnis auswirken.

In den Kantonsspitälern Graubünden und St. Gallen sowie den Spitälern der Spitalregion Rheintal, Werdenberg und Sarganserland liegt der Median bei vier Tagen. Mit einem Median von drei Tagen blieben die Patientinnen und Patienten etwas weniger lang im Liechtensteinischen Landesspital und dem Landeskrankenhaus Feldkirch. Anhand des Case Mix Index, der mit zunehmendem Schweregrad der Patientinnen und Patienten steigt, wird die Korrelation mit der Aufenthaltsdauer ersichtlich. So werden schwere Fälle häufiger in Kantonsspitälern behandelt, was auch zu einer höheren Aufenthaltsdauer führt.

Median der Aufenthaltsdauer und Case Mix Index in Spitälern 2018



Erläuterung zur Grafik:

Median: Für die Berechnung der Mediane wurden nur die in Liechtenstein versicherten Patienten berücksichtigt.

Case Mix Index (CMI): Der Case Mix beschreibt den gesamten Schweregrad der abgerechneten Behandlungsfälle eines Spitals. Dividiert man den Case Mix durch die Anzahl Fälle, erhält man den CMI, d.h. den durchschnittlichen Schweregrad der Fälle eines Spitals.

Landeskrankenhaus Feldkirch: Da in Österreich nicht der SwissDRG angewendet wird, kann auch kein CMI berechnet werden.

Abkürzungen: LLS = Liechtensteinisches Landesspital, RWS = Spitalregion Rheintal, Werdenberg, Sarganserland,

LK Feldkirch = Landeskrankenhaus Feldkirch, KS = Kantonsspital

4.3 Krankheitsfälle pro 1 000 Einwohner/innen

Die Grafik 8 stellt die Anzahl der diagnostizierten Krankheitsfälle bei stationär behandelten Patientinnen und Patienten in Spitälern nach ICD-10-Klassifikation dar. Ausgewählt wurden die zehn für in Liechtenstein wohnhafte Personen am häufigsten gestellten Diagnosegruppen sowie die entsprechenden Vergleichswerte aus der Schweiz und Österreich. Da für die Schweiz und Österreich lediglich Informationen für das Jahr 2017 vorliegen, wurde die Grafik für das Jahr 2017 erstellt.

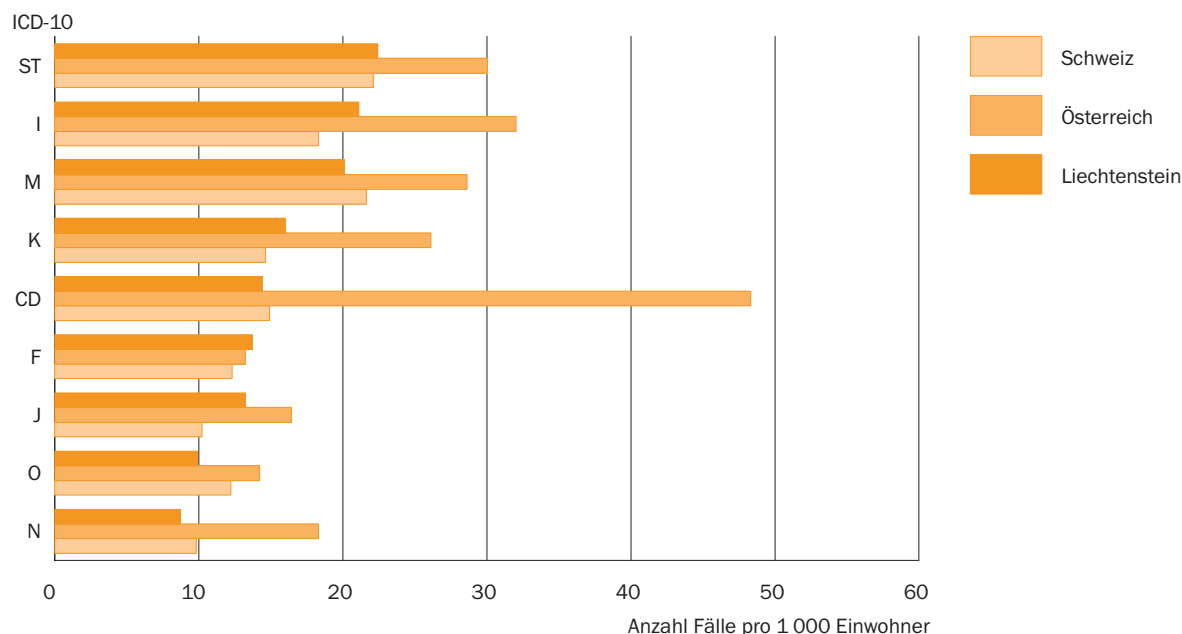
Nach Aussage von Statistik Austria liegt dies daran, dass Österreich traditionsgemäss ein sehr spitalorientiertes Gesundheitswesen hat.

Die Diagnosebeschreibungen zu den in der folgenden Grafik enthaltenen Codes sowie die komplette Liste mit Ländervergleich sind in der anschliessenden Tabelle zu finden.

In Bezug auf die Anzahl der Diagnosen ist die Situation in Liechtenstein und der Schweiz relativ ähnlich. Österreich hingegen verzeichnet meist auffallend mehr Diagnosen.

**In Krankenhäusern gestellte Diagnosen nach ICD-10 Klassifizierung in Liechtenstein, Schweiz und Österreich
Anzahl Fälle pro 1 000 Einwohner 2017**

Grafik 8



Stationäre Krankheitsfälle pro 1 000 Einwohner in Liechtenstein, der Schweiz und in Österreich 2017

Tabelle C

Code	ICD-Klassifikation	LI	CH	AT
AB	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	4.4	4.2	6.5
CD	Neubildungen	14.4	14.9	48.3
D	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	1.0	0.7	2.6
E	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	3.3	2.7	6.2
F	Psychische und Verhaltensstörungen	13.7	12.3	13.2
G	Krankheiten des Nervensystems	4.0	4.4	12.4
H	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	0.9	1.3	24.4
HH	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	1.1	1.3	2.6
I	Krankheiten des Kreislaufsystems	21.1	18.3	32.0
J	Krankheiten des Atmungssystems	13.2	10.2	16.4
K	Krankheiten des Verdauungssystems	16.0	14.6	26.1
L	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	1.9	2.0	3.9
M	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	20.1	21.6	28.6
N	Krankheiten des Urogenitalsystems	8.7	9.8	18.3
O	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	9.9	12.2	14.2
P	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	3.4	3.8	1.5
Q	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	0.7	1.2	1.9
R	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	5.3	4.8	11.8
ST	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen	22.4	22.1	30.0
Z	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	6.5	7.9	1.6

Quellen: Amt für Gesundheit/Vaduz, Bundesamt für Gesundheit/Schweiz, Statistik Austria

Erläuterung zur Tabelle:

LI: Es sind nur jene Patienten aus Liechtenstein erfasst, deren Diagnosen in den Vertragsspitalern gestellt und die stationär behandelt wurden.

B Tabellenteil

1 Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Zusammenfassung 2018

Tabelle 1.1

		Personen	Anteil in % der Versicherten
Versicherer der Obligatorischen Krankenpflege	Anzahl	3	
Versichertenbestand am 31.12.2018	Anzahl	39 871	100.0
Erwachsene	Anzahl	31 618	79.3
Frauen	Anzahl	15 771	39.6
Männer	Anzahl	15 847	39.7
Jugendliche	Anzahl	1 672	4.2
Kinder	Anzahl	6 581	16.5
		Betrag	Anteil in % der Bruttoleistungen
Prämien Soll	CHF	129 595 264	77.0
pro versicherte Person, ohne Kinder	CHF	3 893	
pro versicherte Person	CHF	3 250	
Bruttoleistungen der Versicherer	CHF	168 248 513	100.0
pro versicherte Person	CHF	4 220	
Kostenbeteiligung der Versicherten	CHF	19 928 803	11.8
pro versicherte Person, ohne Kinder u. Jugendliche	CHF	630	
pro versicherte Person	CHF	500	
Nettoleistungen der Versicherer	CHF	148 319 710	88.2
pro versicherte Person	CHF	3 720	
Betriebsaufwand	CHF	9 703 291	5.8
pro versicherte Person	CHF	243	
Gesamtergebnis vor Staatsbeiträgen	CHF	-41 087 426	-24.4
pro versicherte Person	CHF	-1 031	
Staatsbeiträge	CHF	36 102 068	21.5
pro versicherte Person	CHF	905	
Gesamtergebnis nach Staatsbeiträgen	CHF	-4 985 358	-3.0
pro versicherte Person	CHF	-125	

Erläuterung zur Tabelle:

Versichertenbestand: Die Zahl differiert von den Versicherten nach Bruttokostenstufe (vgl. Tabelle 1.24). Dies erklärt sich durch die unterschiedliche Abgrenzung bei Kassenwechseln, Geburten und Todesfällen.

Prämien Soll: Für Kinder (versicherte Personen bis zum vollendeten 16. Altersjahr) werden keine Prämien erhoben.

Kostenbeteiligung der Versicherten: Für Kinder und Jugendliche (versicherte Personen bis zum vollendeten 20. Altersjahr) wird keine Kostenbeteiligung erhoben.

Anzahl Versicherer OKP am 31.12.2018 nach Versichertenbestand

Tabelle 1.2

Gesamt Versicherer	1-500 Versicherte	501-1 000 Versicherte	1 001-2 500 Versicherte	2 501-5 000 Versicherte	5 001-10 000 Versicherte	10 000+ Versicherte
3	-	-	-	1	1	1

Versicherte Personen am 31.12.2018 nach Wohnsitz und Versicherungsart

Tabelle 1.3

Wohnsitz/ Versicherungsart	Total	Anteil in %	Frauen	Männer	Jugendliche	Kinder
Gesamt	39 871	100.0	15 771	15 847	1 672	6 581
davon mit erweiterter OKP	11 164	28.0	5 115	4 004	401	1 644
Liechtenstein	38 329	96.1	15 418	14 867	1 650	6 394
Ausland	1 542	3.9	353	980	22	187
davon Schweiz	75	0.2	30	32	4	9
davon Österreich	361	0.9	124	194	3	40
davon Andere	1 106	2.8	199	754	15	138
Ordentliche Jahresfranchise	35 402	88.8	14 000	13 149	1 672	6 581
Wählbare Jahresfranchise	4 469	11.2	1 771	2 698	-	-
davon CHF 1 500	1 997	5.0	790	1 207	-	-
davon CHF 2 500	580	1.5	229	351	-	-
davon CHF 4 000	1 892	4.7	752	1 140	-	-

Anzahl Konsultationen 2018

Tabelle 1.4

	Total	Frauen	Männer	Jugendliche	Kinder
Gesamt	412 519	206 761	154 572	12 653	38 533
Ambulante Spitalkonsultationen	59 296	31 234	22 469	1 485	4 108
Ambulante Arztkonsultationen	353 223	175 527	132 103	11 168	34 425
Anzahl Konsultationen pro Versicherten	10.3	13.1	9.8	7.6	5.9

Erläuterung zur Tabelle:

Ambulante Arztkonsultationen: Die ambulanten Arztkonsultationen beinhalten Arztbesuche und telefonische Konsultationen, jedoch keine Hausbesuche. Arztbesuche allein zum Zweck des Medikamentenbezuges werden nicht als Konsultation gezählt.

Betriebsrechnung 2018

Tabelle 1.5

Kontenbezeichnung	Konto	in CHF
Ertrag		
Prämiensoll	60	129 595 264
Erlösminderungen für Prämien	64	-192 429
Andere Prämienanteile	65	-39 098
Bruttoprämien	= 60 bis 65	129 363 737
Prämienanteile der Rückversicherer	66	-58 122
Versicherungsprämien	= 60 bis 66	129 305 615
Staatsbeiträge	67	36 102 068
Sonstige Betriebserträge	69	1 327
Versicherungsertrag	= 6	165 409 010
Aufwand		
Bruttoleistungen	300	-168 248 513
Kostenbeteiligung der Versicherten	302	19 928 803
Nettoleistungen	= 30 bis 33	-148 319 710
Veränderung der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	35	587 936
Nettoleistungen nach Rückstellungen	= 30 bis 35	-147 731 774
Leistungsanteile der Rückversicherer	36	6 829
Risikoausgleich	37	-827 327
Veränderung der gesetzlichen Mindestreserven	38	-849 600
Versicherungsaufwand	= 3	-149 401 872
Personalaufwand inkl. Sozialleistungen	400	-5 750 273
Verwaltungsräumlichkeiten, Unterhalt, usw.	410	-574 227
EDV-Kosten	420	-705 160
Versicherungsprämien und Verbandsbeiträge	430	-97 484
Übriger Verwaltungsaufwand	440	-1 686 759
Marketing und Werbung inkl. Provisionen	450	-729 658
Erhaltene Verwaltungsentschädigung	460	59 326
Verwaltungsaufwand	= 40 bis 46	-9 484 236
Sonstige Aufwendungen für Leistungen	47	-186 282
Abschreibungen auf Anlagevermögen	48	-23 802
Sonstige Betriebsaufwendungen	49	-8 972
Betriebsaufwand	= 4	-9 703 291
Versicherungs- und Betriebsaufwand	= 3+4	-159 105 163
Betriebsergebnis	= 6-3-4	6 303 847
Neutraler Aufwand und Ertrag	7	-11 289 205
Gesamtergebnis	= 6-3-4+7	-4 985 358
Reserven	CHF	71 317 846
Rückstellungen	CHF	48 838 101

Aufsichtsdaten über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Tabelle 1.5a

		Total	CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG	FKB – Die liechtensteinische Gesundheitskasse	SWICA Krankenversicherung AG
Versichertenbestand per 31.12.	Anzahl Personen	39 871	27 244	9 279	3 348
Einnahmen Total	CHF	165 409 010	118 016 672	37 817 826	9 574 513
Ausgaben Total	CHF	159 105 163	112 614 426	37 653 298	8 837 439
Prämien	CHF	129 595 264	92 532 718	29 060 968	8 001 577
Staatsbeiträge	CHF	36 102 068	25 647 825	8 879 089	1 575 154
Nettoleistungen	CHF	148 319 710	107 533 146	35 785 628	5 000 936
Kostenbeteiligung	CHF	19 928 803	14 045 616	4 438 306	1 444 881
Bruttoleistungen	CHF	168 248 513	121 578 762	40 223 934	6 445 818
Risikoausgleich	CHF	-827 327	921 736	1 394 812	-3 143 875
Betriebsaufwand	CHF	9 703 291	7 288 916	1 900 812	513 563
Gesamtergebnis	CHF	-4 985 358	-5 652 902	149 797	517 747
Stand der Rückstellungen	CHF	48 838 101	29 729 277	18 100 700	1 008 124
Stand der Reserven	CHF	71 317 846	57 823 837	12 380 741	1 113 268
Prämien je versicherte Person	CHF	3 250	3 396	3 132	2 390
Staatsbeiträge je versicherte Person	CHF	905	941	957	470
Nettoleistungen je versicherte Person	CHF	3 720	3 947	3 857	1 494
Kostenbeteiligung je versicherte Person	CHF	500	516	478	432
Bruttoleistungen je versicherte Person	CHF	4 220	4 463	4 335	1 925
Risikoausgleich je versicherte Person	CHF	-21	34	150	-939
Betriebsaufwand je versicherte Person	CHF	243	268	205	153
Gesamtergebnis je versicherte Person	CHF	-125	-207	16	155
Stand der Rückstellungen je versicherte Person	CHF	1 225	1 091	1 951	301
Stand der Reserven je versicherte Person	CHF	1 789	2 122	1 334	333
Verhältnis Nettoleistungen / Prämien in %	%	114.4%	116.2%	123.1%	62.5%
Risikoausgleich in % der Einnahmen	%	-0.5%	0.8%	3.7%	-32.8%
Betriebsaufwand in % der Ausgaben	%	6.1%	6.5%	5.0%	5.8%

Bruttoprämien nach Versicherungsform und Personengruppe 2018

Tabelle 1.6

	Total	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchise
in CHF			
Gesamt	129 595 264	116 489 678	13 105 586
Erwachsene	125 936 248	112 830 662	13 105 586
Frauen	63 826 482	58 606 626	5 219 856
Männer	62 109 765	54 224 036	7 885 730
Jugendliche	3 474 096	3 474 096	0
Kind	184 920	184 920	-
Pro prämienpflichtige Person	3 893	4 042	2 933
Erwachsene(r)	3 983	4 156	2 933
Frau	4 047	4 186	2 947
Mann	3 919	4 124	2 923
Jugendliche(r)	2 078	2 078	-
Kind	28	28	-

Bruttoleistungen nach Versicherungsform und Personengruppe 2018

Tabelle 1.7

	Total	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchise
in CHF			
Gesamt	168 248 513	162 925 779	5 322 734
Erwachsene	156 075 493	150 752 758	5 322 734
Frauen	84 709 081	82 148 178	2 560 903
Männer	71 366 412	68 604 580	2 761 832
Jugendliche	3 043 526	3 043 526	-
Kind	9 129 495	9 129 495	-
Pro versicherte Person	4 220	4 602	1 191
Erwachsene(r)	4 936	5 553	1 191
Frau	5 371	5 868	1 446
Mann	4 503	5 217	1 024
Jugendliche(r)	1 820	1 820	-
Kind	1 387	1 387	-

Erläuterung zur Tabelle 1.6 und 1.7:

Kinder: Kinder sind grundsätzlich prämienbefreit. Für die erweiterte obligatorische Krankenpflegeversicherung (ab 1.1.2014) wird auch bei den Kindern ein Zuschlag von CHF 10 pro Monat erhoben.

Jugendliche: Jugendliche bezahlen grundsätzlich keine Kostenbeteiligung und können daher ab 1.1.2017 auch keine freiwillig höhere Kostenbeteiligung wählen. Bei den ausgewiesenen Leistungen handelt es sich um Restzahlungen aus Vorjahren.

Kostenbeteiligung nach Versicherungsform und Personengruppe 2018

Tabelle 1.8

	Total	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchise
in CHF			
Gesamt	19 928 803	17 237 919	2 690 884
Erwachsene	19 928 803	17 237 919	2 690 884
Jugendliche	-	-	-
Kinder	-	-	-
Pro versicherte Person	500	487	602
Erwachsene(r)	630	635	602
Jugendliche(r)	-	-	-
Kind	-	-	-

Nettoleistungen nach Versicherungsform und Personengruppe 2018

Tabelle 1.9

	Total	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchise
in CHF			
Gesamt	148 319 710	145 687 860	2 631 850
Erwachsene	136 146 689	133 514 839	2 631 850
Jugendliche	3 043 526	3 043 526	-
Kinder	9 129 495	9 129 495	-
Pro versicherte Person	3 720	4 115	589
Erwachsene(r)	4 306	4 918	589
Jugendliche(r)	1 820	1 820	-
Kind	1 387	1 387	-

Erläuterung zur Tabelle 1.8 und 1.9:

Kinder: Kinder sind grundsätzlich prämienbefreit. Für die erweiterte obligatorische Krankenpflegeversicherung (ab 1.1.2014) wird auch bei den Kindern ein Zuschlag von CHF 10 pro Monat erhoben.

Jugendliche: Jugendliche bezahlen grundsätzlich keine Kostenbeteiligung und können daher ab 1.1.2017 auch keine freiwillig höhere Kostenbeteiligung wählen. Bei den ausgewiesenen Leistungen handelt es sich um Restzahlungen aus Vorjahren.

Bruttoleistungen nach Kategorie, Anteil und pro versicherte Person 2018

Tabelle 1.10

Kategorie	Total	Anteil am Gesamttotal	Pro versicherte Person
	in CHF	in %	in CHF
Gesamt	168 248 513	100.0	4 220
Stationäre Spitalkosten	41 655 690	24.8	1 045
Ambulante Spitalkosten	20 776 850	12.3	521
Ambulante Arztkosten (ohne Arzneimittel und Arztlabor)	34 785 641	20.7	872
Arzneimittel Arzt	17 684 921	10.5	444
Arztlabor	3 402 598	2.0	85
Physiotherapeuten	7 024 880	4.2	176
Apotheken	9 076 047	5.4	228
Chiropraktoren	1 657 524	1.0	42
Abgabestellen MiGeL	1 297 326	0.8	33
Ergotherapeuten	659 041	0.4	17
Zahnärzte	337 752	0.2	8
Hebammen	390 216	0.2	10
Übrige Rechnungsstellende	29 500 026	17.5	740

Erläuterung zur Tabelle:

Physiotherapeuten: In dieser Position sind auch die Kosten von medizinischen Masseuren im Umfang von CHF 1 072 960 enthalten.

Kategorie: Die Ausgaben pro Kategorie können aufgrund unterschiedlicher Datenquellen mit unterschiedlichen Abrechnungszeitpunkten von den Angaben in den Tabellen 1.13 und 8.18 geringfügig abweichen.

Übrige Rechnungsstellende: Aus Gründen der Anonymität werden Kategorien mit weniger als 15 Leistungserbringende oder einem Leistungserbringenden, der mehr als 50% des Gesamtbetrages der Kategorie abrechnet, nicht separat ausgewiesen. Sie sind in der Kategorie „Übrige Rechnungsstellende“ enthalten.

Bruttoleistungen nach Kategorie und Personengruppe 2018

Tabelle 1.11

Kategorie	Total	Frauen	Männer	Jugendliche	Kinder
	in CHF				
Gesamt	168 248 513	84 709 081	71 366 412	3 043 526	9 129 495
Stationäre Spitalkosten	41 655 690	19 886 449	19 821 512	391 561	1 556 168
Ambulante Spitalkosten	20 776 850	10 067 245	9 332 878	406 094	970 632
Ambulante Arztkosten (ohne Arzneimittel und Arztlabor)	34 785 641	17 236 918	13 515 118	880 821	3 152 785
Arzneimittel Arzt	17 684 921	8 525 757	7 900 182	314 152	944 830
Arztlabor	3 402 598	1 833 054	1 257 149	124 829	187 567
Physiotherapeuten	7 024 880	4 147 494	2 558 002	118 286	201 098
Apotheken	9 076 047	4 681 345	4 093 964	119 883	180 854
Chiropraktoren	1 657 524	866 838	583 373	46 025	161 288
Abgabestellen MiGeL	1 297 326	495 215	714 560	28 977	58 575
Ergotherapeuten	659 041	249 206	167 546	7 090	235 198
Zahnärzte	337 752	114 691	110 235	29 683	83 143
Hebammen	390 216	388 571	-	1 646	-
Übrige Rechnungsstellende	29 500 026	16 216 298	11 311 892	574 477	1 397 359

Bruttoleistungen nach Kategorie und Personengruppe, pro versicherte Person 2018

Tabelle 1.12

Kategorie	Total	Frauen	Männer	Jugendliche	Kinder
	in CHF				
Gesamt	4 220	5 371	4 503	1 820	1 387
Stationäre Spitalkosten	1 045	1 261	1 251	234	236
Ambulante Spitalkosten	521	638	589	243	147
Ambulante Arztkosten (ohne Arzneimittel und Arztlabor)	872	1 093	853	527	479
Arzneimittel Arzt	444	541	499	188	144
Arztlabor	85	116	79	75	29
Physiotherapeuten	176	263	161	71	31
Apotheken	228	297	258	72	27
Chiropraktoren	42	55	37	28	25
Abgabestellen MiGeL	33	31	45	17	9
Ergotherapeuten	17	16	11	4	36
Zahnärzte	8	7	7	18	13
Hebammen	10	25	-	1	-
Übrige Rechnungsstellende	740	1 028	714	344	212

Kennwerte zu den Leistungserbringenden nach Kategorie 2018

Tabelle 1.13

	Anzahl	Bruttoleistungen in CHF	Arithmetisches Mittel	1. Quartil	Median	3. Quartil
Spitäler	157	63 226 580	402 717	1 615	10 197	61 282
davon mit OKP-Vertrag	25	57 132 205	2 285 288	192 279	780 725	2 412 914
Ärzte	1 517	56 193 355	37 042	241	629	2 163
davon mit OKP-Vertrag	85	49 234 307	579 227	225 629	493 333	770 641
Behandlungen	1 485	35 033 406	23 592	211	540	1 755
davon mit OKP-Vertrag	85	29 945 233	352 297	168 429	299 945	432 663
Arzneimittel	825	17 695 608	21 449	33	126	920
davon mit OKP-Vertrag	79	16 238 970	205 557	29 836	135 896	296 936
Praxislabors	550	3 465 821	6 301	39	112	351
davon mit OKP-Vertrag	60	3 050 104	50 835	8 415	30 448	70 717
Physiotherapeuten	199	7 023 343	35 293	506	1 455	19 579
davon mit OKP-Vertrag	54	6 631 817	122 811	39 236	69 209	153 402
Apotheken	320	9 076 584	28 364	58	159	648
Chiropraktoren	39	1 657 342	42 496	151	504	1 493
Abgabestellen MiGeL	43	1 296 578	30 153	890	4 337	24 763
Ergotherapeuten	19	659 041	34 686	1 379	4 689	65 594
Zahnärzte	55	337 821	6 142	342	1 190	5 855
Hebammen	25	387 179	15 487	780	6 761	20 109
Übrige Rechnungsstellende	197	28 444 472	144 388	476	2 040	21 229

Lesebeispiel:

Im Jahr 2018 haben 39 Chiropraktoren insgesamt CHF 1 657 342 an Bruttoleistungen abgerechnet. Im Durchschnitt rechnete jeder Chiropraktor CHF 42 496 an Bruttoleistungen ab. 25% (1. Quartil) der Chiropraktoren rechneten weniger als CHF 151 und 25% (3. Quartil) der Chiropraktoren rechneten mehr als CHF 1 493 ab. Je die Hälfte der Chiropraktoren rechnete mehr bzw. weniger als CHF 504 ab (Median). Ergänzend zu dieser Tabelle sind die Tabellen 1.15 und 1.16 zu sehen, in denen die Bruttoleistungen der einzelnen Leistungserbringenden ausgewiesen werden.

Erläuterung zur Tabelle:

Berücksichtigt wurden Leistungserbringende, die mehr als CHF 0 an Bruttoleistungen verrechneten.

Die Ausgaben pro Kategorie können aufgrund unterschiedlicher Datenquellen mit unterschiedlichen Abrechnungszeitpunkten von den Angaben in Tabelle 1.10 geringfügig abweichen.

Anzahl Leistungserbringende nach Kategorie mit Grössenklasse der Bruttoleistungen 2018

Tabelle 1.14

	BL > CHF 0	BL > CHF 1 000	BL > CHF 5 000	BL > CHF 10 000	BL > CHF 50 000	BL > CHF 100 000	BL > CHF 500 000	BL > CHF 1 000 000
Total	2 571	1 114	579	457	236	191	79	37
Spitäler	157	122	97	79	41	34	17	12
Ärzte	1 517	597	243	176	94	82	44	13
Physiotherapeuten	199	108	67	58	35	22	*	*
Apotheken	320	65	32	26	10	8	*	*
Chiropraktoren	39	12	7	7	*	*	*	*
Abgabestelle MiGeL	43	31	20	17	*	*	*	*
Ergotherapeuten	19	15	8	6	*	*	*	*
Zahnärzte	55	28	15	9	*	*	*	*
Hebammen	25	16	13	12	*	*	*	*
Übrige Rechnungsstellende	197	120	77	67	39	33	12	8

Lesebeispiel:

44 Ärzte rechneten im Jahr 2018 Bruttoleistungen von mehr als CHF 500 000 gegenüber den Krankenkassen ab.

Erläuterung zur Tabelle:

BL > CHF 0: Die Anzahl Leistungserbringende, die mehr als CHF 0 an Bruttoleistungen (BL) abrechneten.

Wenn ein Feld fünf oder weniger Leistungserbringende aufweist, wird der Wert durch einen Stern ersetzt, um Rückschlüsse auf einzelne Leistungserbringende zu vermeiden.

Bruttoleistungen der einzelnen Leistungserbringenden nach Kategorie 2018 (Teil 1)

Tabelle 1.15

Rang	in CHF	Spitäler	Ärzte		Physiotherapeuten		Apotheken
			Total	Behandlung	Arzneimittel	Praxislabor	
1	*	*	*	*	*	*	*
2	*	*	*	*	*	*	*
3	*	*	*	*	*	*	*
4	*	*	*	*	*	*	*
5	*	*	*	*	*	*	*
6	2 951 500	1 416 000	930 200	366 500	119 200	327 600	380 900
7	2 412 900	1 353 100	848 400	349 200	155 500	303 800	315 500
8	1 895 600	1 220 700	522 300	611 100	87 280	300 900	154 400
9	1 801 800	1 157 700	449 400	564 000	144 200	292 400	75 680
10	1 694 900	1 075 200	*	*	*	213 900	65 300
11	1 126 400	1 074 300	719 500	329 900	24 850	180 900	36 170
12	1 080 700	1 028 200	541 400	486 600	180	167 800	30 760
13	788 100	1 004 800	387 100	498 800	118 900	157 700	27 630
14	780 700	920 700	544 700	225 000	151 000	153 400	27 600
15	631 700	888 700	*	*	*	149 900	21 780
16	613 600	883 200	299 900	506 100	77 160	144 000	20 330
17	594 100	868 200	340 800	466 000	61 400	141 400	20 070
18	460 000	860 300	656 300	177 800	26 160	131 500	19 710
19	437 200	850 600	*	*	*	126 200	19 710
20	416 400	809 100	429 600	379 500	-	114 800	18 280
21	307 400	796 800	282 200	440 600	74 030	110 300	16 040
22	211 000	793 700	319 100	400 100	74 540	107 940	15 880
23	204 600	776 400	*	*	*	93 970	15 710
24	201 100	770 600	411 700	296 900	61 990	86 280	13 570
25	198 300	768 900	485 700	282 100	1 108	85 030	12 840
26	192 300	764 300	467 300	282 100	14 960	74 600	10 230
27	165 900	764 100	365 400	323 300	75 310	70 040	8 717
28	142 500	752 800	365 800	289 800	97 160	68 380	8 379
29	139 500	749 300	565 400	173 900	9 994	67 050	7 297
30	128 300	749 200	536 700	188 500	24 050	58 680	6 770
31	125 400	740 200	286 100	395 700	58 400	57 520	6 416
32	117 700	724 500	304 400	328 300	91 880	56 680	5 521
33	106 590	718 300	432 700	252 600	33 080	54 620	4 870
34	102 870	666 100	326 500	272 200	67 400	50 800	4 756
35	91 090	656 900	389 900	267 000	-	50 660	4 435
36	83 100	642 900	572 800	70 100	-	47 690	4 394
37	75 560	637 800	510 500	81 340	46 010	43 990	4 028
38	72 710	583 800	477 200	106 590	-	42 840	3 907
39	66 600	579 900	251 500	196 400	132 000	42 600	3 411
40	61 280	575 500	299 700	222 700	53 040	42 220	3 113
41	51 730	565 400	245 200	274 100	46 190	40 710	2 769
42	47 900	547 400	462 900	84 460	17	39 240	2 393
43	45 720	539 500	224 600	274 800	40 040	38 390	2 309
44	45 630	536 900	380 400	141 000	15 540	30 380	2 274
45	44 290	493 300	272 600	220 700	-	29 080	2 113
46	41 510	481 500	370 800	110 400	421	24 230	2 102
47	39 790	480 500	388 400	58 050	34 050	24 120	2 076
48	38 640	430 300	344 500	81 920	3 898	22 410	2 073
49	36 240	413 300	347 900	65 450	-	19 620	1 958
50	35 790	409 200	354 000	55 260	-	19 580	1 933
51	35 500	404 000	303 800	44 140	56 000	17 870	1 905
52	35 450	401 400	199 800	156 500	45 130	15 690	1 845
53	34 790	365 500	*	*	*	15 300	1 808
54	34 610	360 500	171 600	157 600	31 300	14 130	1 688
55	31 210	348 400	*	*	*	13 890	1 485

Tabelle 1.15 (Seite 2)

Rang	Spitäler in CHF	Ärzte		Physiotherapeuten		Apotheken	
		Total	Behandlung	Arzneimittel	Praxislabor		
56	30 680	340 500	214 100	77 030	49 370	12 890	1 399
57	28 660	292 200	221 000	62 370	8 833	11 440	1 382
58	27 540	289 700	261 600	27 900	191	10 060	1 332
59	27 370	276 400	*	*	*	9 295	1 263
60	27 140	275 700	*	*	*	8 387	1 235
61	26 140	260 800	222 400	26 790	11 600	8 218	1 231
62	25 820	259 100	*	*	*	8 120	1 181
63	24 100	258 400	140 900	90 000	27 490	8 035	1 114
64	23 580	244 500	191 900	26 900	25 760	5 878	1 065
65	22 480	243 000	107 140	135 900	-	5 828	1 057
66	21 870	240 700	141 600	71 400	27 690	5 590	995
67	21 560	225 600	193 000	32 590	-	5 113	978
68	21 360	221 800	125 000	95 700	1 142	4 870	972
69	19 190	198 200	*	*	*	4 754	927
70	18 820	191 300	*	*	*	4 500	899
71	18 670	189 400	*	*	*	4 380	883
72	17 600	187 400	148 700	34 310	4 385	4 313	839
73	15 180	182 200	130 400	43 750	7 996	3 635	834
74	14 760	181 000	*	*	*	3 352	771
75	14 190	173 000	128 200	19 810	25 020	3 312	752
76	13 470	163 700	*	*	*	3 249	712
77	12 220	155 900	*	*	*	3 235	703
78	11 110	148 500	*	*	*	3 232	669
79	10 200	145 600	72 200	72 530	886	3 070	661
80	9 543	120 300	*	*	*	2 969	651
81	8 920	118 500	*	*	*	2 900	645
82	8 632	116 300	*	*	*	2 775	622
83	8 580	99 080	99 080	-	-	2 764	600
84	8 434	97 400	9 398	86 360	1 641	2 681	596
85	8 285	95 690	21 940	68 070	5 676	2 621	589
86	7 979	90 940	90 940	-	-	2 584	578
87	7 828	88 990	69 530	5 589	13 870	2 396	572
88	7 770	76 790	72 850	3 940	-	1 976	568
89	7 588	69 240	52 380	-	16 860	1 963	559
90	7 263	67 410	58 740	8 673	-	1 928	543
91	7 256	64 840	42 140	22 700	-	1 795	530
92	7 082	62 820	37 140	20 470	5 204	1 782	528
93	6 582	60 370	60 340	31	-	1 741	523
94	6 460	52 330	16 120	33 520	2 694	1 704	522
95	6 178	49 890	48 040	37	1 816	1 613	520
96	5 509	46 650	45 550	1 104	-	1 608	519
97	5 464	45 700	39 360	6 290	47	1 603	516
98	4 770	45 680	43 480	2 199	-	1 550	508
99	4 654	45 670	45 670	-	-	1 523	507
100	4 643	44 690	16 940	26 430	1 318	1 455	501
101	4 299	41 660	10 260	29 150	2 252	1 425	491
102	4 235	41 660	40 890	770	-	1 382	479
103	4 203	39 120	23 300	11 760	4 056	1 328	464
104	3 356	38 050	9 823	27 460	765	1 299	450
105	3 350	34 740	24 330	9 800	616	1 294	446
106	3 137	34 110	30 430	3 676	-	1 264	439
107	2 873	33 800	30 230	3 576	-	1 241	437
108	2 865	33 690	32 350	1 330	8	1 058	430
109	2 608	33 220	27 690	5 431	100	995	427
110	2 567	32 340	7 028	24 860	448	986	411
111	2 382	31 650	27 100	-	4 549	979	405
112	2 372	30 910	19 690	5 431	5 786	964	400

Tabelle 1.15 (Seite 3)

Rang	Spitäler	Ärzte		Physiotherapeuten		Apotheken	
		Total	Behandlung	Arzneimittel	Praxislabor		
	in CHF						
113	2 066	30 080	1 959	27 580	548	959	391
114	2 032	30 050	28 280	1 772	-	918	380
115	1 812	29 730	19 630	9 247	846	907	373
116	1 776	26 560	25 290	1 275	-	901	369
117	1 753	25 970	11 480	12 180	2 312	894	365
118	1 615	25 840	10 620	15 120	107	894	362
119	1 533	25 110	24 570	539	-	879	360
120	1 435	24 710	23 070	1 638	-	870	354
121	1 156	24 480	4 185	-	20 290	870	346
122	1 107	24 480	19 910	4 571	-	863	341
123	998	24 270	12 530	10 260	1 473	852	340
124	974	24 180	24 180	-	-	847	330
125	925	23 870	15 830	4 720	3 320	847	324
126	868	23 240	6 032	14 730	2 474	844	323
127	842	22 770	19 800	2 944	27	841	322
128	650	22 480	22 480	-	-	835	322
129	610	21 950	21 830	126	-	827	321
130	589	21 940	21 770	105	68	812	300
131	568	21 340	20 750	588	-	808	289
132	537	20 820	20 540	277	-	780	283
133	518	20 430	17 800	2 585	45	778	276
134	509	17 780	6 344	9 976	1 463	775	261
135	502	17 710	17 350	359	-	722	245
136	434	17 660	12 260	4 509	883	719	242
137	431	17 630	17 630	-	-	703	234
138	414	17 330	16 990	339	-	675	233
139	407	17 030	14 900	2 131	-	612	230
140	397	16 590	16 590	-	-	600	226
141	387	16 580	9 849	6 727	-	596	219
142	385	16 080	16 080	-	-	554	196
143	371	15 810	10 580	2 532	2 699	551	195
144	351	15 050	10 410	4 572	66	517	190
145	341	14 940	13 080	1 847	8	516	188
146	325	14 820	9 147	5 673	-	516	186
147	324	14 710	14 710	-	-	506	184
148	301	14 220	13 610	442	162	506	183
149	298	13 990	11 150	2 719	120	506	181
150	268	13 720	4 431	9 262	31	506	179
151	264	13 490	12 670	826	-	506	178
152	250	13 270	11 040	2 226	-	506	177
153	*	13 190	7 508	3 504	2 181	500	177
154	*	13 080	3 452	9 632	-	493	177
155	*	13 020	935	11 860	227	493	174
156	*	12 910	12 910	-	-	479	174
157	*	12 710	9 555	3 088	63	470	173
158		12 450	7 124	3 445	1 885	470	163
159		12 150	3 549	6 858	1 743	470	162
160		12 040	12 040	-	-	470	161
161		11 990	10 550	1 272	174	470	156
162		11 910	5 551	5 459	901	467	153
163		11 810	9 545	2 260	-	457	151
164		11 680	4 063	6 786	827	456	149
165		11 630	9 246	637	1 747	456	148
166		11 420	8 073	3 348	-	450	147
167		11 380	9 409	1 025	942	447	145
168		11 030	7 798	3 228	-	447	145
169		10 960	1 739	9 224	-	447	142
170		10 610	10 370	238	-	447	141

Tabelle 1.15 (Seite 4)

Rang	Spitäler in CHF	Ärzte		Physiotherapeuten		Apotheken	
		Total	Behandlung	Arzneimittel	Praxislabor		
171		10 560	9 911	648	-	447	138
172		10 420	10 160	265	-	429	136
173		10 280	6 314	1 576	2 388	429	135
174		10 210	10 030	180	-	429	131
175		10 180	8 595	1 584	-	428	129
176		10 050	2 186	7 116	749	423	126
177		9 993	9 993	-	-	388	125
178		9 861	7 085	2 618	158	371	119
179		9 644	8 125	1 461	59	356	117
180		9 623	8 968	653	2	353	116
181		9 419	8 665	754	-	353	116
182		9 385	7 972	-	1 413	337	115
183		9 247	8 485	761	-	331	114
184		9 210	9 136	69	5	306	114
185		9 140	8 905	235	-	295	112
186		9 130	7 314	1 817	-	293	112
187		9 128	3 335	4 874	919	293	111
188		8 860	4 690	-	4 170	250	110
189		8 665	3 213	5 142	309	242	108
190		8 661	5 061	2 908	692	227	106
191		8 526	8 526	-	-	198	106
192		8 502	6 543	1 662	297	187	103
193		8 460	8 460	-	-	174	101
194		8 421	7 617	805	-	158	101
195		8 341	3 639	74	4 628	*	99
196		8 232	2 116	5 353	763	*	99
197		8 183	7 274	909	-	*	98
198		8 152	8 152	-	-	*	94
199		8 142	6 341	1 801	-	*	94
↙							
1488		38	-	38	-		
1489		38	38	-	-		
1490		37	37	-	-		
1491		37	-	37	-		
1492		36	4	-	31		
1493		35	4	-	31		
1494		35	-	35	-		
1495		35	-	35	-		
1496		35	35	-	-		
1497		34	34	-	-		
1498		34	34	-	-		
1499		33	33	-	-		
1500		33	33	-	-		
1501		32	-	32	-		
1502		32	32	-	-		
1503		30	-	30	-		
1504		29	29	-	-		
1505		26	26	-	-		
1506		25	25	-	-		
1507		22	-	-	22		
1508		22	22	-	-		
1509		19	-	19	-		
1510		17	17	-	-		
1511		16	16	-	-		
1512		15	-	15	-		
1513		*	*	*	*		
1514		*	*	*	*		
1515		*	*	*	*		
1516		*	*	*	*		
1517		*	*	*	*		

Bruttoleistungen der einzelnen Leistungserbringenden nach Kategorie 2018 (Teil 2)

Tabelle 1.16

Rang	Chiropraktoren	Abgabestelle MiGeL	Ergotherapeuten	Zahnärzte	Hebammen
	in CHF				
1	*	*	*	*	*
2	*	*	*	*	*
3	*	*	*	*	*
4	*	*	*	*	*
5	*	*	*	*	*
6	31 750	36 670	27 100	12 430	26 560
7	13 920	32 820	6 118	11 510	20 110
8	1 656	30 390	5 043	11 200	18 440
9	1 607	28 880	4 911	10 310	18 140
10	1 493	27 520	4 689	8 329	13 840
11	1 351	24 760	3 310	7 953	12 650
12	1 092	23 780	2 926	6 490	10 690
13	995	17 090	1 836	6 459	6 761
14	933	14 090	1 773	5 855	4 235
15	854	12 420	*	5 295	3 651
16	727	11 350	*	4 497	1 709
17	620	11 160	*	4 372	936
18	571	8 826	*	4 249	926
19	559	8 299	*	4 129	780
20	504	8 267		3 822	720
21	502	4 453		2 993	*
22	473	4 337		2 754	*
23	347	4 261		2 175	*
24	302	3 775		1 877	*
25	279	3 296		1 872	*
26	259	3 082		1 754	
27	252	2 849		1 269	
28	225	1 571		1 190	
29	181	1 412		941	
30	151	1 186		921	
31	151	1 006		918	
32	137	896		826	
33	131	890		668	
34	130	841		618	
35	*	792		519	
36	*	655		504	
37	*	496		485	
38	*	448		470	
39	*	*		369	
40		*		344	
41		*		344	
42		*		342	
43		*		291	
44				253	
45				223	
46				211	
47				195	
48				169	
49				152	
50				146	
51				*	
52				*	
53				*	
54				*	
55				*	

Kennwerte zu den Ärzten nach Fachgruppe 2018

Tabelle 1.17

	Anzahl	Arithmetisches				
		Bruttoleistungen in CHF	Mittel	1. Quartil	Median	3. Quartil
Allgemeine und Innere Medizin	405	25 551 770	63 091	184	478	1 577
davon mit OKP-Vertrag	31	23 657 336	763 140	401 403	752 821	868 208
Behandlungen	392	12 758 112	32 546	143	318	947
davon mit OKP-Vertrag	31	11 612 709	374 604	229 130	319 119	411 718
Arzneimittel	269	10 239 528	38 065	40	147	1 029
davon mit OKP-Vertrag	31	9 691 610	312 633	157 643	282 065	465 965
Praxislabors	241	2 554 129	10 598	53	128	332
davon mit OKP-Vertrag	30	2 353 017	78 434	31 301	61 692	91 877
Kinder- und Jugendmedizin	35	3 250 404	92 869	142	327	1 553
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	34	2 374 136	69 828	138	264	1 553
Arzneimittel	19	876 269	46 119	14	262	62 367
Psychiatrie und Psychotherapie	118	3 508 172	29 730	716	2 048	5 723
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	118	2 548 298	21 596	687	1 832	5 718
Arzneimittel	33	959 874	29 087	235	761	2 780
Gynäkologie und Geburtshilfe	137	2 431 132	17 745	225	431	1 408
Behandlungen	134	1 932 696	14 423	203	383	1 195
Arzneimittel	63	269 270	4 274	34	110	506
Praxislabors	102	229 166	2 247	35	60	157
Orthopädische Chirurgie	68	1 442 454	21 213	269	818	1 751
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	68	1 207 082	17 751	269	794	1 632
Arzneimittel	33	230 835	6 995	47	98	276
Radiologie	43	261 872	6 090	478	1 121	5 256
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	43	236 994	5 511	446	982	4 769
Arzneimittel	28	24 877	888	117	196	1 068
Dermatologie und Venerologie	82	2 561 683	31 240	149	317	815
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	81	1 850 469	22 845	141	277	579
Arzneimittel	48	711 215	14 817	28	113	477
Übrige Rechnungsstellende	629	17 185 869	27 323	274	699	2 617

Lesebeispiel:

137 Gynäkologen haben insgesamt CHF 2 431 132 an Bruttoleistungen abgerechnet. Im Durchschnitt rechnete jeder Gynäkologe CHF 17 745 ab. 25% (1. Quartil) der Gynäkologen rechneten weniger als CHF 225 und 25% (3. Quartil) der Gynäkologen rechneten mehr als CHF 1 408 ab. Je die Hälfte der Gynäkologen rechnete mehr bzw. weniger als CHF 431 ab (Median). Ergänzend zu dieser Tabelle sind die Tabellen 1.19 und 1.20 zu sehen, in denen die Bruttoleistungen der einzelnen Leistungserbringenden ausgewiesen werden.

Erläuterung zur Tabelle:

Berücksichtigt wurden Leistungserbringende, die mehr als CHF 0 an Bruttoleistungen verrechneten.
Orthopädische Chirurgie = Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates

Anzahl Ärzte nach Fachgruppen mit Grössenklasse der Bruttoleistungen 2018

Tabelle 1.18

	BL > CHF 0	BL > CHF 1 000	BL > CHF 5 000	BL > CHF 10 000	BL > CHF 50 000	BL > CHF 100 000	BL > CHF 500 000	BL > CHF 1 000 000
Total	1 517	597	243	176	94	82	44	13
Allgemeine und Innere Medizin	405	139	54	42	32	32	24	7
Kinder- und Jugendmedizin	35	10	6	6	*	*	*	*
Psychiatrie und Psychotherapie	118	76	34	16	9	9	*	*
Gynäkologie und Geburtshilfe	137	38	16	14	7	6	*	*
Orthopädische Chirurgie	68	32	7	*	*	*	*	*
Radiologie	43	22	11	*	*	*	*	*
Dermatologie und Venerologie	82	20	9	8	*	*	*	*
Übrige Rechnungsstellende	629	260	106	78	34	23	9	5

Lesebeispiel:

24 Ärzte der Allgemeinen und Inneren Medizin rechneten im Jahr 2018 Bruttoleistungen von mehr als CHF 500 000 gegenüber den Krankenkassen ab.

Erläuterung zur Tabelle:

BL > CHF 0: Die Anzahl Leistungserbringende, die mehr als CHF 0 an Bruttoleistungen (BL) abrechneten.

Orthopädische Chirurgie = Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates

Wenn ein Feld fünf oder weniger Leistungserbringende aufweist, wird der Wert durch einen Stern ersetzt, um Rückschlüsse auf einzelne Leistungserbringende zu vermeiden.

Bruttoleistungen der einzelnen Ärzte nach Fachgruppe 2018 (Teil 1)

Tabelle 1.19

Rang	Allgemeine und Innere Medizin				Kinder- und Jugendmedizin			Psychiatrie und Psychotherapie		
	Total	Behand.	Arzneim.	Praxislabor	Total	Behand.	Arzneim.	Total	Behand.	Arzneim.
	in CHF									
1	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
2	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
3	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
4	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
5	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
6	1 157 700	449 400	564 000	144 200	17 660	13 150	4 509	198 200	*	*
7	1 004 800	387 100	498 800	118 900	3 980	3 223	757	189 400	*	*
8	883 200	299 900	506 100	77 160	1 914	1 914	-	163 700	*	*
9	868 200	340 800	466 000	61 400	1 553	1 553	-	116 300	*	*
10	860 300	656 300	177 800	26 160	1 099	627	473	45 670	45 670	-
11	796 800	282 200	440 600	74 030	775	741	34	24 480	19 910	4 571
12	793 700	319 100	400 100	74 540	725	-	725	21 340	20 750	588
13	776 400	*	*	*	657	638	18	17 330	16 990	339
14	770 600	411 700	296 900	61 990	591	591	-	11 030	7 798	3 228
15	764 300	467 300	282 100	14 960	505	243	262	10 610	10 370	238
16	764 100	365 400	323 300	75 310	450	436	14	10 180	8 595	1 584
17	752 800	365 800	289 800	97 160	362	362	-	9 993	9 993	-
18	740 200	286 100	395 700	58 400	327	284	43	9 419	8 665	754
19	724 500	304 400	328 300	91 880	306	305	2	9 247	8 485	761
20	666 100	326 500	272 200	67 400	229	228	1	9 140	8 905	235
21	579 900	251 500	196 400	132 000	193	193	-	9 130	7 314	1 817
22	575 500	299 700	222 700	53 040	190	190	-	8 183	7 274	909
23	565 400	245 200	274 100	46 190	187	187	-	8 152	8 152	-
24	539 500	224 600	274 800	40 040	182	156	26	8 142	6 341	1 801
25	401 400	199 800	156 500	45 130	176	176	-	7 118	7 118	-
26	365 500	*	*	*	149	138	11	7 001	7 001	-
27	360 500	171 600	157 600	31 300	142	142	-	6 712	5 793	920
28	348 400	*	*	*	134	134	-	6 380	5 228	1 152
29	340 500	214 100	77 030	49 370	109	109	-	6 114	6 114	-
30	258 400	140 900	90 000	27 490	93	93	-	5 723	5 723	-
31	240 700	141 600	71 400	27 690	*	*	*	5 718	5 718	-
32	182 200	130 400	43 750	7 996	*	*	*	5 229	5 229	-
33	30 080	1 959	27 580	548	*	*	*	5 211	5 211	-
34	25 970	11 480	12 180	2 312	*	*	*	5 082	5 082	-
35	25 840	10 620	15 120	107	*	*	*	4 580	4 580	-
36	24 270	12 530	10 260	1 473				4 560	4 560	-
37	23 240	6 032	14 730	2 474				4 466	4 466	-
38	16 080	16 080	-	-				4 118	4 118	-
39	14 710	14 710	-	-				3 805	3 805	-
40	12 450	7 124	3 445	1 885				3 700	3 700	-
41	12 150	3 549	6 858	1 743				3 579	799	2 780
42	11 680	4 063	6 786	827				3 565	3 565	-
43	9 128	3 335	4 874	919				3 446	1 418	2 028
44	8 665	3 213	5 142	309				2 967	2 967	-
45	8 661	5 061	2 908	692				2 896	2 896	-
46	8 460	8 460	-	-				2 851	2 602	249
47	8 232	2 116	5 353	763				2 841	2 841	-
48	8 092	4 703	2 116	1 273				2 825	2 825	-
49	8 072	2 783	4 508	781				2 819	2 819	-
50	7 242	5 396	1 845	-				2 787	2 787	-
51	5 932	3 887	193	1 852				2 783	2 783	-
52	5 694	1 436	3 914	345				2 635	1 906	729

Tabelle 1.19 (Seite 2)

Rang	Allgemeine und Innere Medizin				Kinder- und Jugendmedizin			Psychiatrie und Psychotherapie		
	Total	Behand.	Arzneim.	Praxislabor	Total	Behand.	Arzneim.	Total	Behand.	Arzneim.
	in CHF									
53	5 400	4 004	652	743				2 600	2 600	-
54	5 075	5 062	-	13				2 520	2 520	-
55	4 905	2 387	2 096	422				2 490	2 490	-
56	4 800	1 784	2 257	759				2 289	2 289	-
57	4 780	995	3 529	256				2 195	2 195	-
58	4 710	3 424	825	461				2 161	2 161	-
59	4 075	3 042	472	560				2 112	2 112	-
60	3 923	2 007	1 642	274				1 985	1 985	-
61	3 859	1 434	2 118	307				1 837	1 837	-
62	3 791	3 687	104	-				1 826	1 826	-
63	3 493	1 406	1 756	332				1 796	1 796	-
64	3 270	256	2 807	207				1 712	1 712	-
65	3 257	2 543	713	-				1 621	1 621	-
66	3 168	359	2 550	259				1 607	1 607	-
67	3 165	1 801	1 364	-				1 582	1 582	-
68	2 922	2 532	360	30				1 545	1 246	299
69	2 810	2 259	185	366				1 536	1 482	54
70	2 789	364	2 324	102				1 357	1 309	48
71	2 776	981	1 604	191				1 350	1 350	-
72	2 701	2 458	2	241				1 273	1 273	-
73	2 597	1 778	264	554				1 071	1 071	-
74	2 438	947	1 224	267				1 069	1 069	-
75	2 437	803	-	1 635				1 026	1 026	-
76	2 317	1 084	1 146	87				1 009	1 009	-
77	2 250	2 089	101	60				952	952	-
78	2 244	2 072	172	-				929	929	-
79	2 220	492	1 628	99				909	909	-
80	2 175	1 845	-	330				895	705	190
81	2 052	608	891	553				887	887	-
82	2 020	1 661	259	100				883	687	196
83	1 981	319	1 455	206				858	858	-
84	1 951	946	676	329				848	848	-
85	1 918	851	835	232				752	752	-
86	1 875	1 269	254	351				741	741	-
87	1 869	540	1 170	159				737	737	-
88	1 860	1 465	372	23				722	722	-
89	1 840	1 451	120	269				716	716	-
90	1 838	544	1 262	31				673	673	-
91	1 759	551	1 029	179				636	636	-
92	1 759	1 615	144	-				630	630	-
93	1 753	1 260	444	49				609	609	-
94	1 735	1 523	147	65				595	476	119
95	1 720	1 550	89	80				575	575	-
96	1 700	1 299	265	136				574	574	-
97	1 626	914	630	82				535	411	123
98	1 614	527	994	94				526	526	-
99	1 613	1 613	-	-				458	458	-
100	1 596	1 501	-	95				383	383	-
101	1 577	519	915	144				381	381	-
102	1 577	1 097	480	-				380	301	79
103	1 564	340	1 161	63				370	301	69
104	1 559	942	554	63				358	358	-
105	1 554	716	623	215				353	353	-
106	1 546	1 347	48	151				337	337	-
107	1 537	1 073	62	402				287	287	-
108	1 475	1 076	226	172				280	280	-
109	1 468	1 305	-	163				267	267	-
110	1 457	736	563	158				238	238	-

Tabelle 1.19 (Seite 3)

Rang	Allgemeine und Innere Medizin				Kinder- und Jugendmedizin			Psychiatrie und Psychotherapie		
	Total	Behand.	Arzneim.	Praxislabor	Total	Behand.	Arzneim.	Total	Behand.	Arzneim.
	in CHF									
111	1439	508	932	-				235	235	-
112	1415	853	361	202				204	204	-
113	1344	313	1014	17				177	177	-
114	1319	659	659	-				*	*	*
115	1285	1285	-	-				*	*	*
116	1263	899	145	219				*	*	*
117	1262	607	631	25				*	*	*
118	1245	788	457	-				*	*	*
119	1240	1010	114	117						
120	1226	590	490	147						
121	1226	879	-	347						
122	1195	1063	132	-						
123	1188	947	54	187						
124	1186	998	115	73						
125	1168	931	237	-						
126	1151	667	372	111						
127	1150	1150	-	-						
128	1124	798	153	173						
129	1094	878	90	126						
130	1090	614	395	80						
131	1089	-	1089	-						
132	1076	390	494	192						
133	1075	662	44	369						
134	1072	782	4	286						
135	1053	715	99	238						
136	1051	926	-	125						
377	83	51	-	32						
378	82	82	-	-						
379	80	80	-	-						
380	80	75	5	-						
381	76	67	9	-						
382	75	-	75	-						
383	73	64	9	-						
384	70	-	70	-						
385	70	70	-	-						
386	67	67	-	-						
387	66	66	-	-						
388	65	60	6	-						
389	64	64	-	-						
390	60	60	-	-						
391	59	59	-	-						
392	53	53	-	-						
393	52	45	7	-						
394	52	52	-	-						
395	46	46	-	-						
396	40	40	-	-						
397	36	4	-	31						
398	35	4	-	31						
399	35	-	35	-						
400	32	-	32	-						
401	*	*	*	*						
402	*	*	*	*						
403	*	*	*	*						
404	*	*	*	*						
405	*	*	*	*						

Bruttoleistungen der einzelnen Ärzte nach Fachgruppe 2018 (Teil 2)

Tabelle 1.20

Rang	Gynäkologie und Geburtshilfe				Orthopädische Chirurgie			Radiologie			Dermatologie und Venerologie		
	Total	Behand.	Arzneim.	Praxis-labor	Total	Behand.	Arzneim.	Total	Behand.	Arzneim.	Total	Behand.	Arzneim.
1	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
2	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
3	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
4	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
5	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
6	173 000	*	*	*	10 208	10 028	180	20 434	17 849	2 585	12 710	9 618	3 088
7	88 990	69 530	5 589	13 870	7 421	6 973	448	14 938	13 091	1 847	10 960	1 739	9 224
8	21 940	21 770	105	68	5 430	4 301	1 130	8 421	7 617	805	10 560	9 911	648
9	15 050	10 410	4 572	66	4 688	4 260	428	7 177	6 740	437	9 861	7 243	2 618
10	13 270	11 040	2 226	-	3 793	3 167	626	5 712	5 701	11	2 332	1 895	437
11	12 040	12 040	-	-	2 296	2 279	17	5 256	4 769	487	2 179	1 663	516
12	11 990	10 550	1 272	174	2 208	2 208	-	4 644	4 398	246	1 706	1 451	254
13	11 380	9 409	1 025	942	2 205	2 055	151	3 064	2 825	239	1 531	1 531	-
14	10 280	6 314	1 576	2 388	2 163	2 020	142	2 859	2 330	530	1 332	1 332	-
15	6 682	5 716	586	380	2 073	1 905	168	2 841	2 841	-	1 331	1 294	37
16	5 782	4 528	506	749	2 062	1 977	84	2 034	1 945	89	1 322	746	577
17	4 706	4 346	-	360	1 929	1 653	276	1 877	1 559	318	1 295	1 067	228
18	3 837	3 742	89	7	1 785	1 766	19	1 424	1 286	138	1 099	1 072	27
19	3 640	1 779	1 574	287	1 716	1 611	106	1 272	1 170	102	1 090	309	782
20	3 363	2 404	770	189	1 660	1 602	58	1 221	1 068	153	1 029	938	91
21	3 088	2 813	118	157	1 598	1 529	69	1 164	1 023	141	815	587	229
22	3 057	2 217	453	387	1 570	1 501	69	1 121	982	138	758	562	196
23	3 002	2 684	193	125	1 548	1 548	-	978	865	113	754	557	197
24	2 508	2 138	248	122	1 418	1 402	16	838	838	-	736	427	309
25	2 267	1 982	63	222	1 378	1 378	-	771	771	-	579	579	-
26	2 184	1 509	-	676	1 373	1 373	-	716	623	93	545	537	9
27	1 905	1 505	188	212	1 294	1 171	123	621	500	121	517	498	18
28	1 900	1 256	34	610	1 203	1 104	98	586	446	139	479	289	190
29	1 855	1 855	-	-	1 180	1 104	76	567	441	126	461	316	145
30	1 746	1 519	72	155	1 146	1 023	123	551	546	5	441	440	1
31	1 657	1 195	207	254	1 138	1 068	69	529	527	3	431	405	26
32	1 608	1 461	106	41	1 053	1 053	-	482	482	-	427	307	120
33	1 545	968	-	578	1 007	1 007	-	478	478	-	422	364	58
34	1 446	1 289	-	157	827	827	-	464	464	-	418	312	106
35	1 408	1 113	-	295	824	777	47	402	402	-	404	404	-
36	1 389	1 294	17	78	811	811	-	395	395	-	397	396	-
37	1 146	1 146	-	-	767	751	17	384	384	-	395	297	99
38	1 056	884	87	85	710	710	-	360	360	-	391	391	-
39	957	863	94	-	691	691	-	*	*	*	370	370	-
40	947	717	-	230	655	585	69	*	*	*	353	353	-
41	920	890	20	11	638	638	-	*	*	*	341	192	150
42	883	883	-	-	630	630	-	*	*	*	292	274	18
43	880	545	202	133	612	572	41	*	*	*	277	277	-
44	825	765	-	60	603	603	-	-	-	-	272	272	-
45	817	732	-	85	525	525	-	-	-	-	256	238	18
46	813	751	-	62	445	445	-	-	-	-	250	250	-
47	808	740	15	53	440	440	-	-	-	-	246	246	-
48	798	596	157	45	405	385	20	-	-	-	245	200	45
49	775	686	23	66	405	405	-	-	-	-	244	244	-
50	764	369	278	117	398	398	-	-	-	-	234	88	146
51	749	649	-	100	363	341	23	-	-	-	221	221	-
52	723	558	114	52	284	284	-	-	-	-	204	204	-
53	721	721	-	-	254	254	-	-	-	-	190	190	-
54	630	439	122	69	238	238	-	-	-	-	185	185	-
55	552	351	141	60	236	236	-	-	-	-	170	154	17
56	519	449	-	70	234	234	-	-	-	-	168	168	-
57	516	408	-	109	176	176	-	-	-	-	163	163	-

Tabelle 1.20 (Seite 2)

	Gynäkologie und Geburtshilfe				Orthopädische Chirurgie			Radiologie			Dermatologie und Venerologie		
	Total	Behand.	Arzneim.	Praxis-labor	Total	Behand.	Arzneim.	Total	Behand.	Arzneim.	Total	Behand.	Arzneim.
58	506	495	-	11	170	170	-				162	136	26
59	496	311	125	60	151	151	-				158	158	-
60	487	341	56	90	150	150	-				154	154	-
61	486	450	-	36	146	146	-				152	87	65
62	481	408	57	17	144	144	-				149	87	62
63	475	443	15	16	134	134	-				147	83	64
64	472	407	-	65	*	*	*				145	145	-
65	468	433	-	35	*	*	*				143	143	-
66	460	414	-	46	*	*	*				141	141	-
67	443	413	-	30	*	*	*				129	113	16
68	443	406	-	37	*	*	*				120	112	8
69	431	286	110	35							111	111	-
70	429	429	-	-							104	104	-
71	429	316	87	26							103	103	-
72	425	409	-	16							102	102	-
73	420	355	45	20							102	78	24
74	418	381	-	37							101	71	30
75	412	251	116	45							97	56	41
76	396	345	31	20							95	95	-
77	395	385	-	10							77	77	-
78	387	336	-	51							*	*	*
79	386	340	-	46							*	*	*
80	371	371	-	-							*	*	*
81	368	338	-	30							*	*	*
82	364	364	-	-							*	*	*
↙													
108	196	163	-	33									
109	194	143	16	35									
110	194	83	57	53									
111	188	158	-	30									
112	188	187	1	-									
113	187	148	-	39									
114	167	126	-	41									
115	163	163	-	-									
116	157	137	14	5									
117	156	102	-	54									
118	149	110	-	39									
119	139	139	-	-									
120	134	134	-	-									
121	133	133	-	-									
122	126	126	-	-									
123	125	125	-	-									
124	124	88	-	35									
125	122	122	-	-									
126	121	90	31	-									
127	118	118	-	-									
128	114	77	15	22									
129	108	108	-	-									
130	96	96	-	-									
131	94	59	-	35									
132	77	-	77	-									
133	*	*	*	*									
134	*	*	*	*									
135	*	*	*	*									
136	*	*	*	*									
137	*	*	*	*									

Erläuterung zur Tabelle:

Orthopädische Chirurgie: Diese Fachgruppe umfasst die orthopädische Chirurgie und die Traumatologie des Bewegungsapparats.

Leistungen und Staatsbeiträge nach Altersgruppe und Geschlecht 2018

Tabelle 1.21

Altersgruppe	Geschlecht	Versicherte	Brutto-	Kosten-	Netto-	Nettoleistungen	Staatsbeiträge	Staatsbeiträge
		Monate	leistungen	beteiligung	leistungen	pro vers. Monat	pro vers. Monat	
		in CHF						
Alle	M+F	478 523	167 864 149	20 019 678	147 844 471	309	36 794 345	77
0 - 16	M+F	77 022	8 660 383	-	8 660 383	112	7 794 345	101
Total 17+	M+F	401 501	159 203 766	20 019 678	139 184 087	347	29 000 000	72
	M	201 296	72 790 833	9 221 223	63 569 610	316	13 642 526	68
	F	200 205	86 412 933	10 798 455	75 614 478	378	15 357 474	77
17 - 25	M+F	48 541	7 348 896	1 234 648	6 114 248	126	670 396	14
	M	24 809	3 384 890	552 214	2 832 675	114	347 720	14
	F	23 732	3 964 007	682 433	3 281 573	138	322 676	14
26 - 30	M+F	29 181	5 643 851	1 269 933	4 373 917	150	726 830	25
	M	15 307	2 436 815	556 565	1 880 249	123	371 761	24
	F	13 874	3 207 036	713 368	2 493 668	180	355 069	26
31 - 35	M+F	30 353	7 141 968	1 384 714	5 757 253	190	980 224	32
	M	15 236	2 213 335	558 137	1 655 198	109	306 102	20
	F	15 117	4 928 632	826 577	4 102 055	271	674 122	45
36 - 40	M+F	32 099	7 081 347	1 482 933	5 598 414	174	971 230	30
	M	16 663	2 768 291	660 753	2 107 539	126	383 228	23
	F	15 436	4 313 056	822 181	3 490 875	226	588 002	38
41 - 45	M+F	34 052	8 202 132	1 711 220	6 490 912	191	1 161 895	34
	M	17 569	3 346 478	731 686	2 614 792	149	480 520	27
	F	16 483	4 855 654	979 534	3 876 120	235	681 376	41
46 - 50	M+F	40 085	10 760 567	2 053 477	8 707 090	217	1 622 100	40
	M	20 613	4 839 484	941 287	3 898 197	189	735 969	36
	F	19 472	5 921 083	1 112 190	4 808 893	247	886 131	46
51 - 55	M+F	40 465	12 619 557	2 285 515	10 334 042	255	1 878 118	46
	M	20 379	5 758 590	1 046 427	4 712 163	231	876 373	43
	F	20 086	6 860 967	1 239 088	5 621 879	280	1 001 745	50
56 - 60	M+F	37 610	14 906 651	2 192 160	12 714 491	338	2 537 026	67
	M	19 141	7 471 943	1 094 487	6 377 456	333	1 310 818	68
	F	18 469	7 434 708	1 097 674	6 337 034	343	1 226 208	66
61 - 65	M+F	30 441	14 760 589	1 793 534	12 967 056	426	2 706 154	89
	M	15 429	7 577 102	925 965	6 651 136	431	1 418 077	92
	F	15 012	7 183 488	867 568	6 315 919	421	1 288 077	86
66 - 70	M+F	25 957	16 146 412	1 343 254	14 803 158	570	3 214 410	124
	M	12 845	8 775 839	686 527	8 089 312	630	1 841 459	143
	F	13 112	7 370 573	656 727	6 713 847	512	1 372 951	105
71 - 75	M+F	21 473	17 160 628	1 230 339	15 930 289	742	3 655 413	170
	M	10 621	9 214 300	632 257	8 582 043	808	2 027 048	191
	F	10 852	7 946 328	598 082	7 348 246	677	1 628 365	150
76 - 80	M+F	15 247	14 573 447	935 853	13 637 594	894	3 236 172	212
	M	6 654	6 849 330	425 432	6 423 898	965	1 553 932	234
	F	8 593	7 724 117	510 420	7 213 696	839	1 682 240	196
81 - 85	M+F	9 125	11 366 879	597 222	10 769 656	1 180	2 713 879	297
	M	3 812	4 932 773	245 498	4 687 275	1 230	1 197 727	314
	F	5 313	6 434 105	351 724	6 082 381	1 145	1 516 153	285
86 - 90	M+F	4 528	6 504 015	318 056	6 185 959	1 366	1 612 251	356
	M	1 682	2 157 169	117 002	2 040 167	1 213	520 432	309
	F	2 846	4 346 846	201 054	4 145 792	1 457	1 091 818	384
91 +	M+F	2 345	4 986 827	186 819	4 800 008	2 047	1 313 903	560
	M	537	1 064 494	46 984	1 017 510	1 895	271 360	505
	F	1 808	3 922 333	139 835	3 782 498	2 092	1 042 543	577

Erläuterung zur Tabelle:

Die Differenzen zur Betriebsrechnung und zu den Staatsbeiträgen gemäss Landesrechnung ergeben sich aus unterschiedlichen Berichterstattungszeitpunkten bzw. aufgrund von Abgrenzungsbuchungen.

Anteil der Leistungen und der Staatsbeiträge nach Altersgruppe und Geschlecht 2018

Tabelle 1.22

Altersgruppe	Geschlecht	Versicherte Monate	Bruttoleistungen	Kostenbeteiligung	Nettoleistungen	Staatsbeiträge
		in %				
Alle	M+F	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
0 - 16	M+F	16.1	5.2	-	5.9	21.2
Total 17+	M+F	83.9	94.8	100.0	94.1	78.8
17 - 25	M	42.1	43.4	46.1	43.0	37.1
	F	41.8	51.5	53.9	51.1	41.7
	M+F	10.1	4.4	6.2	4.1	1.8
26 - 30	M	5.2	2.0	2.8	1.9	0.9
	F	5.0	2.4	3.4	2.2	0.9
	M+F	6.1	3.4	6.3	3.0	2.0
31 - 35	M	3.2	1.5	2.8	1.3	1.0
	F	2.9	1.9	3.6	1.7	1.0
	M+F	6.3	4.3	6.9	3.9	2.7
36 - 40	M	3.2	1.3	2.8	1.1	0.8
	F	3.2	2.9	4.1	2.8	1.8
	M+F	6.7	4.2	7.4	3.8	2.6
41 - 45	M	3.5	1.6	3.3	1.4	1.0
	F	3.2	2.6	4.1	2.4	1.6
	M+F	7.1	4.9	8.5	4.4	3.2
46 - 50	M	3.7	2.0	3.7	1.8	1.3
	F	3.4	2.9	4.9	2.6	1.9
	M+F	8.4	6.4	10.3	5.9	4.4
51 - 55	M	4.3	2.9	4.7	2.6	2.0
	F	4.1	3.5	5.6	3.3	2.4
	M+F	8.5	7.5	11.4	7.0	5.1
56 - 60	M	4.3	3.4	5.2	3.2	2.4
	F	4.2	4.1	6.2	3.8	2.7
	M+F	7.9	8.9	11.0	8.6	6.9
61 - 65	M	4.0	4.5	5.5	4.3	3.6
	F	3.9	4.4	5.5	4.3	3.3
	M+F	6.4	8.8	9.0	8.8	7.4
66 - 70	M	3.2	4.5	4.6	4.5	3.9
	F	3.1	4.3	4.3	4.3	3.5
	M+F	5.4	9.6	6.7	10.0	8.7
71 - 75	M	2.7	5.2	3.4	5.5	5.0
	F	2.7	4.4	3.3	4.5	3.7
	M+F	4.5	10.2	6.1	10.8	9.9
76 - 80	M	2.2	5.5	3.2	5.8	5.5
	F	2.3	4.7	3.0	5.0	4.4
	M+F	3.2	8.7	4.7	9.2	8.8
81 - 85	M	1.4	4.1	2.1	4.3	4.2
	F	1.8	4.6	2.5	4.9	4.6
	M+F	1.9	6.8	3.0	7.3	7.4
86 - 90	M	0.8	2.9	1.2	3.2	3.3
	F	1.1	3.8	1.8	4.1	4.1
	M+F	0.9	3.9	1.6	4.2	4.4
91 +	M	0.4	1.3	0.6	1.4	1.4
	F	0.6	2.6	1.0	2.8	3.0
	M+F	0.5	3.0	0.9	3.2	3.6
	M	0.1	0.6	0.2	0.7	0.7
	F	0.4	2.3	0.7	2.6	2.8

Leistungsbezüger und Bruttoleistungen pro Leistungsbezüger nach Altersgruppe, Geschlecht und Bruttokostengruppe 2018

Tabelle 1.23

Altersgruppe	Geschlecht	Leistungsbezüger				Durchschnittliche Bruttoleistungen pro Leistungsbezüger			
		Gesamt		Bruttokostengruppe		Gesamt		Bruttokostengruppe	
		0 - 10 000 CHF	10 001 - 50 000 CHF	50 000+ CHF		0 - 10 000 CHF	10 001 - 50 000 CHF	50 000+ CHF	
Alle	M+F	42 470	38 716	3 345	409	3 953	1 761	20 600	75 266
0 - 16	M+F	6 974	6 914	56	4	1 242	1 054	17 993	91 785
Total 17+	M+F	35 496	31 802	3 289	405	4 485	1 915	20 645	75 103
	M	17 958	16 299	1 461	198	4 053	1 626	20 732	80 822
	F	17 538	15 503	1 828	207	4 927	2 218	20 574	69 632
17 - 25	M+F	4 411	4 310	97	4	1 666	1 213	18 959	70 734
	M	2 257	2 209	46	2	1 500	1 033	20 655	76 321
	F	2 154	2 101	51	2	1 840	1 402	17 428	65 147
26 - 30	M+F	2 759	2 661	90	8	2 046	1 253	17 917	87 248
	M	1 461	1 420	35	6	1 668	849	22 039	76 637
	F	1 298	1 241	55	2	2 471	1 714	15 294	119 083
31 - 35	M+F	2 793	2 642	144	7	2 557	1 505	17 415	93 831
	M	1 436	1 402	31	3	1 541	861	19 923	129 642
	F	1 357	1 240	113	4	3 632	2 234	16 727	66 973
36 - 40	M+F	2 883	2 744	128	11	2 456	1 405	19 055	71 652
	M	1 514	1 465	44	5	1 828	1 001	23 038	57 677
	F	1 369	1 279	84	6	3 151	1 867	16 969	83 297
41 - 45	M+F	3 020	2 863	143	14	2 716	1 514	20 346	68 367
	M	1 582	1 515	63	4	2 115	1 134	21 965	61 255
	F	1 438	1 348	80	10	3 377	1 942	19 072	71 211
46 - 50	M+F	3 496	3 276	198	22	3 078	1 601	20 320	67 850
	M	1 819	1 715	94	10	2 661	1 330	19 800	69 819
	F	1 677	1 561	104	12	3 531	1 899	20 791	66 209
51 - 55	M+F	3 500	3 210	272	18	3 606	1 936	18 919	69 894
	M	1 775	1 645	123	7	3 244	1 690	20 052	73 238
	F	1 725	1 565	149	11	3 977	2 196	17 983	67 766
56 - 60	M+F	3 215	2 866	310	39	4 637	2 174	19 097	70 692
	M	1 646	1 470	154	22	4 539	2 021	18 925	72 117
	F	1 569	1 396	156	17	4 739	2 334	19 267	68 847
61 - 65	M+F	2 600	2 259	301	40	5 677	2 498	19 605	80 396
	M	1 320	1 137	160	23	5 740	2 415	19 259	76 083
	F	1 280	1 122	141	17	5 612	2 583	19 998	86 232
66 - 70	M+F	2 211	1 828	336	47	7 303	2 903	20 354	85 122
	M	1 099	898	172	29	7 985	2 893	20 225	93 067
	F	1 112	930	164	18	6 628	2 912	20 489	72 320
71 - 75	M+F	1 831	1 395	381	55	9 372	3 405	20 644	82 652
	M	912	683	200	29	10 103	3 468	20 659	93 569
	F	919	712	181	26	8 647	3 344	20 626	70 476
76 - 80	M+F	1 309	924	336	49	11 133	3 813	21 960	74 939
	M	582	407	151	24	11 769	3 911	21 693	82 585
	F	727	517	185	25	10 625	3 735	22 178	67 598
81 - 85	M+F	804	490	267	47	14 138	4 064	22 899	69 386
	M	342	217	100	25	14 423	3 959	22 533	72 810
	F	462	273	167	22	13 927	4 148	23 119	65 496
86 - 90	M+F	415	237	153	25	15 672	3 895	25 317	68 296
	M	154	91	57	6	14 008	3 658	23 440	81 372
	F	261	146	96	19	16 655	4 042	26 432	64 166
91 +	M+F	249	97	133	19	20 027	3 432	26 551	59 091
	M	59	25	31	3	18 042	3 694	24 338	72 558
	F	190	72	102	16	20 644	3 341	27 223	56 566

Versicherte nach Bruttokostenstufe 2018

Tabelle 1.24

Bruttokostenstufe	Versicherte	Gesamt	Durchschnittliche	Anteil Versicherte	Anteil
		Bruttokosten	Bruttokosten pro		Bruttokosten
		in CHF	in CHF	in %	in %
Alle	42 470	167 864 149	3 953	100.0	100.0
CHF 0	6 011	-198 861	-33	14.2	-0.1
CHF 1 - 1 000	14 700	6 143 584	418	34.6	3.7
CHF 1 001 - 2 000	6 231	9 003 655	1 445	14.7	5.4
CHF 2 001 - 3 000	3 591	8 842 078	2 462	8.5	5.3
CHF 3 001 - 4 000	2 433	8 453 614	3 475	5.7	5.0
CHF 4 001 - 5 000	1 708	7 616 087	4 459	4.0	4.5
CHF 5 001 - 6 000	1 302	7 143 104	5 486	3.1	4.3
CHF 6 001 - 7 000	898	5 829 667	6 492	2.1	3.5
CHF 7 001 - 8 000	771	5 768 876	7 482	1.8	3.4
CHF 8 001 - 9 000	585	4 968 216	8 493	1.4	3.0
CHF 9 001 - 10 000	486	4 602 658	9 470	1.1	2.7
CHF 10 001 - 15 000	1 411	17 111 240	12 127	3.3	10.2
CHF 15 001 - 20 000	654	11 410 876	17 448	1.5	6.8
CHF 20 001 - 25 000	371	8 226 828	22 175	0.9	4.9
CHF 25 001 - 30 000	266	7 271 083	27 335	0.6	4.3
CHF 30 001 - 35 000	224	7 291 895	32 553	0.5	4.3
CHF 35 001 - 40 000	161	6 028 493	37 444	0.4	3.6
CHF 40 001 - 45 000	135	5 749 148	42 586	0.3	3.4
CHF 45 001 - 50 000	123	5 818 248	47 303	0.3	3.5
CHF 50 001 - 60 000	160	8 751 041	54 694	0.4	5.2
CHF 60 001 - 70 000	77	4 943 587	64 202	0.2	2.9
CHF 70 001 - 80 000	53	3 964 022	74 793	0.1	2.4
CHF 80 001 - 90 000	38	3 192 962	84 025	0.1	1.9
CHF 90 001 - 100 000	20	1 888 151	94 408	0.0	1.1
CHF 100 000+	61	8 043 897	131 867	0.1	4.8

Erläuterung zur Tabelle:

Versicherte: Die Zahl differiert vom Versichertenbestand in Tabelle 1.1 aufgrund unterschiedlicher Abgrenzungen bei Kassenwechseln, Geburten und Todesfällen.

Bruttokosten: Negative Bruttokosten ergaben sich aufgrund von Rückforderungen früher verbuchter Kosten.

2 Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG)

Betriebsrechnung 2018

Tabelle 2.1

Kontenbezeichnung	Konto	in CHF		
		Total	Einzelversicherung	Kollektivversicherung
Ertrag				
Prämiensoll	61	38 144 544	178 439	37 966 105
Erlösminderungen für Prämien	64	-22 872	-178	-22 695
Andere Prämienanteile	65	-13 193	-196	-12 997
Bruttoprämien	= 61 bis 65	38 108 478	178 064	37 930 414
Prämienanteile der Rückversicherer	66	-267 900	-3 986	-263 914
Versicherungsprämien	= 61 bis 66	37 840 578	174 078	37 666 500
Staatsbeiträge	67	-	-	-
Sonstige Betriebserträge	69	358	1	357
Versicherungsertrag	= 6	37 840 936	174 080	37 666 856
Aufwand				
Nettoleistungen	31	-29 446 871	-81 741	-29 365 129
Veränderung der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	35	209 735	4 368	205 368
Nettoleistungen nach Rückstellungen	= 31 bis 35	-29 237 135	-77 374	-29 159 762
Leistungsanteile der Rückversicherer	36	-	-	-
Veränderung der gesetzlichen Mindestreserven	38	-	-	-
Versicherungsaufwand	= 3	-29 237 135	-77 374	-29 159 762
Personalaufwand inkl. Sozialleistungen	400	-1 141 482	-4 120	-1 137 362
Verwaltungsräumlichkeiten, Unterhalt, usw.	410	-124 560	-627	-123 933
EDV-Kosten	420	-204 291	-1 117	-203 174
Versicherungsprämien und Verbandsbeiträge	430	-20 719	-165	-20 554
Übriger Verwaltungsaufwand	440	-606 766	-6 195	-600 571
Marketing und Werbung inkl. Provisionen	450	-1 229 787	-1 763	-1 228 025
Erhaltene Verwaltungsentschädigung	460	116 840	481	116 359
Verwaltungsaufwand	= 40 bis 46	-3 210 766	-13 507	-3 197 259
Sonstige Aufwendungen für Leistungen	47	-71 380	-536	-70 844
Abschreibungen auf Anlagevermögen	48	-20 273	-143	-20 129
Sonstige Betriebsaufwendungen	49	-9 066	-29	-9 037
Betriebsaufwand	= 4	-3 311 485	-14 215	-3 297 270
Versicherungs- und Betriebsaufwand	= 3+4	-32 548 620	-91 589	-32 457 032
Betriebsergebnis	6-3-4	5 292 315	82 491	5 209 825
Neutraler Aufwand und Ertrag	7	-772 714	-434	-772 281
Gesamtergebnis	= 6-3-4+7	4 519 601	82 057	4 437 544
Reserven	CHF	16 632 517		
Rückstellungen	CHF	5 550 037		

Prämien und Nettoleistungen nach Geschlecht 2018

Tabelle 2.2

	Total	Einzelversicherung	Kollektivversicherung
	in CHF		
Prämiensoll			
Gesamt	38 144 544	178 439	37 966 105
Frauen	11 070 666	99 157	10 971 508
Männer	27 073 878	79 281	26 994 597
Nettoleistungen			
Gesamt	29 446 871	81 741	29 365 129
Frauen	12 729 657	54 390	12 675 268
davon Mutterschaft	5 005 868	37 430	4 968 438
Männer	16 717 213	27 352	16 689 861

Ausbezahlte Taggelder 2018

Tabelle 2.3

Wartefrist	Anzahl	Betrag in CHF
Gesamt	221 698	29 446 871
0 oder 1 Tag	21 049	4 500 014
2 bis 30 Tage	132 727	15 558 945
31 bis 60 Tage	28 243	4 519 240
61 bis 90 Tage	31 975	3 943 275
91 bis 180 Tage	3 570	516 973
181 bis 360 Tage	4 133	408 424

Erläuterung zur Tabelle:

Die obligatorisch Versicherten erhalten bei ärztlich bescheinigter, mindestens hälftiger Arbeitsunfähigkeit ab dem 2. Tage nach dem Tage der Erkrankung ein Krankengeld. Der Arbeitgeber kann das Krankengeld um maximal 360 Tage aufschieben, sofern er für diese Zeit die Lohnfortzahlung sicherstellt.

3 Freiwillige Versicherungen (FV)

Betriebsrechnung 2018

Tabelle 3.1

Kontobezeichnung	Konto	in CHF		
		Total	Einzelversicherung	Kollektivversicherung
Ertrag				
Prämiensoll	63	54 720 535	12 098 666	42 621 869
Erlösminderungen für Prämien	64	-6 601	-5 371	-1 229
Andere Prämienanteile	65	-13 546	-6 256	-7 290
Bruttoprämien	= 63 bis 65	54 700 388	12 087 038	42 613 349
Prämienanteile der Rückversicherer	66	-323 918	-93 168	-230 750
Versicherungsprämien	= 63 bis 66	54 376 470	11 993 870	42 382 600
Staatsbeiträge	67	-	-	-
Sonstige Betriebserträge	69	333	167	166
Versicherungsertrag	= 6	54 376 803	11 994 038	42 382 765
Aufwand				
Bruttoleistungen	331	-34 764 839	-8 506 215	-26 258 624
Kostenbeteiligung der Versicherten	332	169 644	41 984	127 661
Nettoleistungen	= 33	-34 595 194	-8 464 231	-26 130 963
Veränderungen der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	35	-926 886	-784 081	-142 805
Nettoleistungen nach Rückstellungen	= 33 bis 35	-35 522 080	-9 248 312	-26 273 768
Leistungsanteile der Rückversicherer	36	386 724	269 801	116 923
Veränderung der gesetzlichen Mindestreserven	38	-	-	-
Versicherungsaufwand	= 3	-35 135 356	-8 978 511	-26 156 845
Personalaufwand inkl. Sozialleistungen	400	-6 149 509	-1 053 531	-5 095 978
Verwaltungsräumlichkeiten, Unterhalt, usw.	410	-591 129	-114 336	-476 793
EDV-Kosten	420	-692 342	-129 403	-562 939
Versicherungsprämien und Verbandsbeiträge	430	-93 936	-15 853	-78 083
Übriger Verwaltungsaufwand	440	-1 294 508	-389 826	-904 682
Marketing und Werbung inkl. Provisionen	450	-1 028 339	-369 525	-658 814
Erhaltene Verwaltungsentschädigung	460	49 533	10 027	39 506
Verwaltungsaufwand	= 40 bis 46	-9 800 229	-2 062 447	-7 737 782
Sonstige Aufwendungen für Leistungen	47	-82 894	-27 762	-55 133
Abschreibungen auf Anlagevermögen	54	-13 129	-6 773	-6 356
Sonstige Betriebsaufwendungen	49	-2 933	-1 473	-1 460
Betriebsaufwand	= 4	-9 899 186	-2 098 455	-7 800 731
Versicherungs- und Betriebsaufwand	= 3+4	-45 034 542	-11 076 966	-33 957 576
Betriebsergebnis	6-3-4	9 342 261	917 072	8 425 189
Neutraler Aufwand und Ertrag	7	-1 584 473	-297 303	-1 287 170
Gesamtergebnis	= 6-3-4+7	7 757 788	619 769	7 138 019
Reserven	CHF	41 051 520		
Rückstellungen	CHF	12 816 159		

Prämien und Bruttoleistungen nach Geschlecht 2018

Tabelle 3.2

	Total	Einzelversicherung	Kollektivversicherung
	in CHF		
Prämiensoll			
Gesamt	54 720 535	12 098 666	42 621 869
Frauen	29 139 354	6 971 947	22 167 407
Männer	25 581 181	5 126 719	20 454 462
Bruttoleistungen			
Gesamt	34 764 839	8 506 215	26 258 624
Frauen	18 433 629	5 326 434	13 107 196
davon Mutterschaft	797 567	167 406	630 161
Männer	16 331 209	3 179 781	13 151 428

4 Gesamtgeschäft der Versicherer

Betriebsrechnung 2018

Tabelle 4.1

Kontobezeichnung	Konto	CHF	Anteil in %
Ertrag			
Prämien Obligatorische Krankenpflegeversicherung	60	129 595 264	50.3
Prämien Obligatorische Krankengeldversicherung	61	38 144 544	14.8
Prämien Freiwillige Versicherungen	63	54 720 535	21.2
Prämiensoll	= 60 bis 63	222 460 342	86.3
Erlösminderung auf Prämien	64	-221 902	-0.1
Andere Prämienanteile	65	-65 838	-0.0
Bruttoprämien	= 60 bis 65	222 172 603	86.2
Prämienanteile der Rückversicherer	66	-649 940	-0.3
Eigene Versicherungsprämien	= 60 bis 66	221 522 663	86.0
Staatsbeiträge	67	36 102 068	14.0
Sonstige Betriebserträge	69	2 018	0.0
Versicherungsertrag	= 6	257 626 749	100.0
Aufwand			
Obligatorische Krankenpflegeversicherung	300	-168 248 513	71.1
Kostenbeteiligung der oblig. Krankenpflegeversicherung	302	19 928 803	-8.4
Obligatorische Krankengeldversicherung	31	-29 446 871	12.4
Freiwillige Versicherungen	331	-34 764 839	14.7
Kostenbeteiligung der freiwilligen Versicherungen	332	169 644	-0.1
Nettoleistungen	= 30 bis 33	-212 361 775	89.7
Veränderung der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	35	-129 215	0.1
Nettoleistungen nach Rückstellungen	= 30 bis 35	-212 490 990	89.8
Leistungsanteile der Rückversicherer	36	393 554	-0.2
Risikoausgleich	37	-827 327	0.3
Veränderung der gesetzlichen Mindestreserven	38	-849 600	0.4
Versicherungsaufwand	= 3	-213 774 363	90.3
Personalaufwand inkl. Sozialleistungen	400	-13 041 264	5.5
Verwaltungsräumlichkeiten, Unterhalt, usw.	410	-1 289 916	0.5
EDV-Kosten	420	-1 601 794	0.7
Versicherungsprämien und Verbandsbeiträge	430	-212 139	0.1
Übriger Verwaltungsaufwand	440	-3 588 034	1.5
Marketing und Werbung inkl. Provisionen	450	-2 987 784	1.3
Erhaltene Verwaltungsentschädigung	460	225 699	-0.1
Verwaltungsaufwand	= 40 bis 46	-22 495 232	9.5
Sonstige Aufwendungen für Leistungen	47	-340 556	0.1
Abschreibungen auf Anlagevermögen	48	-57 203	0.0
Sonstige Betriebsaufwendungen	49	-20 972	0.0
Betriebsaufwand	= 4	-22 913 963	9.7
Versicherungs- und Betriebsaufwand	= 3+4	-236 688 325	100.0
Betriebsergebnis	= 6-3-4	20 938 424	
Neutraler Aufwand und Ertrag	7	-13 646 392	
Gesamtergebnis	=6-3-4+7	7 292 031	

Reserven und Rückstellungen der Krankenkassen per 31.12.2018

Tabelle 4.2

	CHF
Reserven	129 001 883
Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)	71 317 846
Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG)	16 632 517
Freiwillige Versicherungen (FV)	41 051 520
Übriges Eigenkapital	-
Versicherungstechnische Rückstellungen	94 292 801
Ordentliche oblig. Krankenpflegeversicherung	48 838 101
Oblig. Krankengeldversicherung	5 550 037
Freiwillige Versicherungen	12 816 159
Rückstellungen für Überschussbeteiligungen	1 500 000
Risikoausgleich	2 500 000
Fonds	15 238 504
Rückstellung für Reserverauszahlung	7 850 000

5 Arzneimittel

Kassenpflichtige Arzneimittel nach therapeutischen Gruppen 2018

Tabelle 5.1

	Anzahl Packungen	Anteil in %	Umsatz in CHF zu Marktpreisen	Anteil in % (Marktpreise)	Umsatz in CHF zu Werkpreisen	Anteil in % (Werkpreise)
Gesamt	499 467	100.0	25 319 696	100.0	17 322 960	100.0
Stoffwechsel	141 237	28.3	9 995 024	39.5	7 359 017	42.5
Nervensystem	89 142	17.8	3 992 377	15.8	2 585 786	14.9
Gastroenterologica	46 270	9.3	2 343 372	9.3	1 475 165	8.5
Herz und Kreislauf	40 707	8.2	1 145 025	4.5	635 211	3.7
Dermatologica	35 593	7.1	673 120	2.7	338 183	2.0
Infektionskrankheiten	29 972	6.0	902 926	3.6	590 395	3.4
Lunge und Atmung	29 492	5.9	2 162 633	8.5	1 586 459	9.2
Oto-Rhinolaryngologica	23 607	4.7	261 438	1.0	134 883	0.8
Ophtalmologica	21 027	4.2	1 673 510	6.6	1 184 906	6.8
Blut	20 922	4.2	1 007 290	4.0	727 428	4.2
Nieren und Wasserhaushalt	11 409	2.3	568 418	2.2	334 870	1.9
Diagnostica	4 980	1.0	396 545	1.6	260 074	1.5
Gynaecologica	4 708	0.9	137 272	0.5	68 723	0.4
Antidota	355	0.1	36 084	0.1	26 406	0.2
Radio-Nuklide	25	0.0	1 528	0.0	900	0.0
Kationenaustauscher	22	0.0	23 132	0.1	14 554	0.1

Kassenpflichtige Arzneimittel nach therapeutischen Gruppen 2017

Tabelle 5.2

	Anzahl Packungen	Anteil in %	Umsatz in CHF zu Marktpreisen	Anteil in % (Marktpreise)	Umsatz in CHF zu Werkpreisen	Anteil in % (Werkpreise)
Gesamt	496 501	100.0	25 453 363	100.0	17 737 589	100.0
Stoffwechsel	141 049	28.4	10 381 192	40.8	7 655 195	43.2
Nervensystem	90 563	18.2	3 996 055	15.7	2 752 599	15.5
Herz und Kreislauf	46 189	9.3	2 326 324	9.1	1 472 879	8.3
Gastroenterologica	43 068	8.7	1 275 251	5.0	719 901	4.1
Dermatologica	34 729	7.0	689 145	2.7	377 794	2.1
Lunge und Atmung	29 245	5.9	895 772	3.5	590 296	3.3
Infektionskrankheiten	28 392	5.7	1 969 370	7.7	1 406 276	7.9
Oto-Rhinolaryngologica	23 037	4.6	254 249	1.0	131 061	0.7
Ophtalmologica	20 446	4.1	966 624	3.8	738 666	4.2
Blut	19 928	4.0	1 584 791	6.2	1 153 831	6.5
Nieren und Wasserhaushalt	10 662	2.1	548 268	2.2	357 318	2.0
Gynaecologica	4 387	0.9	132 437	0.5	67 091	0.4
Diagnostica	4 371	0.9	361 608	1.4	261 304	1.5
Antidota	417	0.1	40 853	0.2	29 267	0.2
Radio-Nuklide	10	0.0	30 827	0.1	23 821	0.1
Kationenaustauscher	8	0.0	597	0.0	288	0.0

Erläuterung zu den Tabellen:

Umsatz zu Marktpreisen: Die Differenz zu den Angaben der Versicherer (Tabelle 1.10) ergibt sich einerseits dadurch, dass bei den Arzneimitteln in den Tabelle 5.1 und 5.2 auch die Arzneimittel der Spitäler dabei sind, welche bei den Angaben der Versicherer in den Spitälern (ambulant) enthalten sind. Andererseits rechnen nicht alle Apotheken und Arztapotheken elektronisch ab, was zu einer leichten Untererfassung führt.

6 Prämienverbilligung

Anzahl Bezüger nach Altersgruppe und Geschlecht 2018

Tabelle 6.1

Altersgruppe	Total	Frauen	Männer	Anteil am Gesamttotal	Anteil in der Bevölkerung (17 Jahre und älter)
	Anzahl (N)			in %	in %
Gesamt	2 857	1 666	1 191	100.0	100.0
Anteil in %		58.3	41.7		
17 - 25 Jahre	345	159	186	12.1	12.3
26 - 65 Jahre	1 518	827	691	53.1	67.6
65+ Jahre	994	680	314	34.8	20.1

Anzahl Bezüger nach Zivilstand, Fördersatz und Geschlecht 2018

Tabelle 6.2

	Alleinstehend/ Alleinerziehend				Verheiratet			
	Fördersatz für Prämien / (Kostenbeteiligung)							
	60% / (40%)		40% / (30%)		60% / (40%)		40% / (30%)	
Total Bezüger	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
2 857	726	610	625	259	176	167	139	155
100.0%	25.4%	21.4%	21.9%	9.1%	6.2%	5.8%	4.9%	5.4%

Erläuterung zur Tabelle:

Fördersatz für Prämien: Je nach Einkommensstufe werden 40% oder 60% der Prämienausgaben der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet, wobei sich das Einkommen aus dem steuerpflichtigen Erwerb sowie 1/20 des Reinvermögens zusammensetzt.

Fördersatz für Kostenbeteiligung: Je nach Einkommensstufe werden 30% oder 40% der Ausgaben für Kostenbeteiligung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet, wobei sich das Einkommen aus dem steuerpflichtigen Erwerb sowie 1/20 des Reinvermögens zusammensetzt.

Fördersatz 60%: 60% der Prämienausgaben werden bei einem Einkommen bis CHF 30 000 bei Alleinstehenden/ Alleinerziehenden und bei einem Einkommen bis CHF 42 000 bei Verheirateten vergütet.

Lesebeispiel:

Fördersatz 40%: 40% der Prämienausgaben der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden bei einem Einkommen von CHF 30 001 bis CHF 45 000 bei Alleinstehenden/ Alleinerziehenden und bei einem Einkommen von CHF 42 001 bis CHF 57 000 bei Verheirateten vergütet.

Total ausbezahlte Pämienverbilligung nach Zivilstand und Geschlecht 2018

Tabelle 6.3.1

Gesamt			Alleinstehend/ Alleinerziehend			Verheiratet		
Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer
in CHF								
5 952 061	3 492 457	2 459 604	4 606 925	2 813 510	1 793 415	1 345 136	678 947	666 189
100.0%	58.7%	41.3%	77.4%	47.3%	30.1%	22.6%	11.4%	11.2%

Förderung von Prämien nach Zivilstand und Geschlecht 2018

Tabelle 6.3.2

Gesamt			Alleinstehend/ Alleinerziehend			Verheiratet		
Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer
in CHF								
5 359 705	3 133 431	2 226 274	4 150 942	2 520 199	1 630 743	1 208 764	613 232	595 532
100.0%	58.5%	41.5%	77.4%	47.0%	30.4%	22.6%	11.4%	11.1%

Förderung von Kostenbeteiligung nach Zivilstand und Geschlecht 2018

Tabelle 6.3.3

Gesamt			Alleinstehend/ Alleinerziehend			Verheiratet		
Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer
in CHF								
592 356	359 026	233 330	455 984	293 312	162 673	136 372	65 715	70 657
100.0%	60.6%	39.4%	77.0%	49.5%	27.5%	23.0%	11.1%	11.9%

Total ausbezahlte Prämienverbilligung nach Altersgruppe, Zivilstand und Geschlecht 2018

Tabelle 6.4.1

	Total	Frauen	Männer	Ø Total	Ø Frauen	Ø Männer
	in CHF			in CHF pro Person		
Total - ausbezahlte Prämienverbilligung	5 952 061	3 492 457	2 459 604	2 083	2 096	2 065
17 - 25 Jahre	574 064	274 387	299 678	1 664	1 726	1 611
26 - 65 Jahre	3 267 726	1 788 016	1 479 709	2 153	2 162	2 141
Über 65 Jahre	2 110 271	1 430 054	680 217	2 123	2 103	2 166
Alleinstehend / Alleinerziehend	4 606 925	2 813 510	1 793 415	2 075	2 083	2 064
Verheiratet	1 345 136	678 947	666 189	2 112	2 155	2 069

Förderung von Prämien nach Altersgruppe, Zivilstand und Geschlecht 2018

Tabelle 6.4.2

	Total	Frauen	Männer	Ø Total	Ø Frauen	Ø Männer
	in CHF			in CHF pro Person		
Total - Förderung von Prämien	5 359 705	3 133 431	2 226 274	1 876	1 881	1 869
17 - 25 Jahre	530 855	253 346	277 509	1 539	1 593	1 492
26 - 65 Jahre	2 922 373	1 592 357	1 330 017	1 925	1 925	1 925
Über 65 Jahre	1 906 477	1 287 728	618 749	1 918	1 894	1 971
Alleinstehend / Alleinerziehend	4 150 942	2 520 199	1 630 743	1 870	1 865	1 877
Verheiratet	1 208 764	613 232	595 532	1 898	1 947	1 849

Förderung von Kostenbeteiligung nach Altersgruppe, Zivilstand und Geschlecht 2018

Tabelle 6.4.3

	Total	Frauen	Männer	Ø Total	Ø Frauen	Ø Männer
	in CHF			in CHF pro Person		
Total - Förderung von Kostenbeteiligung	592 356	359 026	233 330	207	216	196
17 - 25 Jahre	43 209	21 040	22 169	125	132	119
26 - 65 Jahre	345 353	195 660	149 693	228	237	217
Über 65 Jahre	203 794	142 326	61 468	205	209	196
Alleinstehend / Alleinerziehend	455 984	293 311	162 673	205	217	187
Verheiratet	136 372	65 715	70 657	214	209	219

Erläuterung zur Tabelle:

Eine Kostenbeteiligung wird erst bei Personen mit 21 Jahren und älter verrechnet.

Prämienverbilligung, Art der Förderung, Anzahl Bezüger und Bezügerquote nach Wohnort 2018

Tabelle 6.5

Wohnort	Total ausbezahlte Prämien- verbilligung	davon für Prämien	davon für Kosten- beteiligung	Anteil am Total	Bezüger			Bezügerquote in %		
	in CHF			in %	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer
Gesamt	5 952 061	5 359 705	592 356	100.0	2 857	1 666	1 191	8.9	10.2	7.6
Oberland	3 856 012	3 464 738	391 273	64.6	1 823	1 061	762	8.8	10.0	7.5
Vaduz	1 064 179	956 011	108 168	17.8	480	289	191	9.9	11.4	8.2
Triesen	855 355	766 993	88 362	14.3	411	238	173	9.4	10.6	8.2
Balzers	598 737	538 349	60 388	10.0	283	165	118	7.5	8.6	6.4
Triesenberg	364 205	327 551	36 655	6.1	180	103	77	8.0	9.4	6.6
Schaan	930 839	837 925	92 914	15.6	448	256	192	8.8	9.8	7.7
Planken	42 697	37 910	4 787	0.7	21	10	11	5.6	5.2	5.9
Unterland	1 938 293	1 752 423	185 870	32.7	930	549	381	8.3	9.6	6.9
Eschen	708 273	639 462	68 812	11.9	340	206	134	9.3	11.2	7.5
Mauren	626 876	566 603	60 273	10.6	298	171	127	8.3	9.4	7.1
Gamprin	206 778	186 828	19 950	3.5	103	57	46	7.6	8.5	6.8
Ruggell	208 205	190 400	17 806	3.6	104	59	45	5.8	6.4	5.2
Schellenberg	188 161	169 130	19 031	3.2	85	56	29	9.5	12.1	6.6
Ausland	157 756	142 544	15 213	2.7	104	56	48	*	*	*

Erläuterung zur Tabelle:

Bezügerquote: Anzahl Bezüger von Prämienverbilligungen in Prozent der ständigen Bevölkerung des Wohnorts ab dem vollendeten 16. Lebensjahr.

7 Staatsbeiträge

Staatsbeiträge im Krankenversicherungs- und Spitalbereich 2018

Tabelle 7.1

	Betrag CHF	Anteil in %
Gesamt	78 235 921	100.0
Staatsbeiträge an Krankenkassen	40 807 854	52.2
Staatsbeiträge an Spitäler	31 286 185	40.0
Prämienverbilligung gemäss Landesrechnung	5 961 882	7.6
Krankenkassenverband, Landesbeitrag	180 000	0.2

Erläuterung zur Tabelle:

Staatsbeiträge an Krankenkassen: Differenzen zur Meldung der Krankenkassen ergeben sich aus buchhalterischen Gründen.

Prämienverbilligung: Darin enthalten sind die Fördergelder für die Prämien und die Kostenbeteiligung.

Prämienverbilligung gemäss Landesrechnung: Differenzen zu den Angaben des Amts für Soziale Dienste ergeben sich aus buchhalterischen Gründen.

Staatsbeiträge an verschiedene Spitäler 2018

Tabelle 7.2

Spital / Heilanstalt	Betrag CHF	Anteil in %
Gesamt	31 286 185	100.0
Liechtensteinisches Landesspital Vaduz	10 906 838	34.9
Beiträge an Spitäler in der Schweiz	19 647 343	62.8
Beiträge an Spitäler in Vorarlberg	732 004	2.3

Zeitreihen

8 Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Versicherer und Versicherte seit 2009

Tabelle 8.1

	Versicherer der obligatorischen Krankenpflege	Versicherten- bestand am 31.12.	Erwachsene			Jugendliche	Kinder
			Gesamt	Frauen	Männer		
2009	4	36 346	27 778	14 060	13 718	1 735	6 833
2010	3	36 601	28 077	14 219	13 858	1 764	6 760
2011	3	36 981	28 475	14 435	14 040	1 751	6 755
2012	3	37 590	29 125	14 679	14 446	1 758	6 707
2013	3	38 006	29 575	14 844	14 731	1 772	6 659
2014	3	38 764	30 295	15 101	15 194	1 802	6 667
2015	3	39 142	30 676	15 280	15 396	1 803	6 663
2016	3	39 444	31 025	15 418	15 607	1 741	6 678
2017	3	39 746	31 404	15 632	15 772	1 756	6 586
2018	3	39 871	31 618	15 771	15 847	1 672	6 581

Anzahl Versicherer nach Versichertenbestand seit 2009

Tabelle 8.2

	Gesamt	1 - 500 Versicherte	501 - 1 000 Versicherte	1 001 - 2 500 Versicherte	2 501 - 5 000 Versicherte	5 001 - 10 000 Versicherte	10 001+ Versicherte
2009	4	1	-	1	-	1	1
2010	3	1	-	-	-	1	1
2011	3	1	-	-	-	1	1
2012	3	-	1	-	-	1	1
2013	3	-	1	-	-	1	1
2014	3	-	1	-	-	1	1
2015	3	-	-	1	-	1	1
2016	3	-	-	1	-	1	1
2017	3	-	-	-	1	1	1
2018	3	-	-	-	1	1	1

Zusammenfassung der Betriebsrechnungen seit 2009

Tabelle 8.3

	Prämiensoll	Bruttoleistungen	Kostenbeteiligung	Nettoleistungen	Betriebsaufwand	Gesamtergebnis vor Staatsbeiträgen	Staatsbeiträge	Gesamtergebnis nach Staatsbeiträgen
in CHF								
2009	79 878 008	135 556 263	9 164 047	126 392 216	8 012 337	-51 665 561	59 030 287	7 364 726
2010	83 487 554	137 542 777	9 351 883	128 190 893	7 269 487	-51 584 103	64 914 687	13 330 584
2011	90 058 786	143 240 061	9 596 018	133 644 043	7 502 689	-59 896 600	61 131 675	1 235 075
2012	93 498 156	143 289 471	9 751 259	133 538 212	7 442 197	-48 474 436	62 819 695	14 345 259
2013	97 164 302	164 063 245	10 349 301	153 713 944	8 545 638	-69 434 607	60 723 480	-8 711 127
2014	114 437 483	166 225 895	10 440 953	155 784 942	8 674 549	-47 211 634	49 490 955	2 279 321
2015	130 396 838	167 317 275	10 636 290	156 680 985	8 624 704	-39 280 992	39 679 595	398 603
2016	137 296 401	170 108 927	10 679 956	159 428 970	9 225 220	-31 690 887	41 955 551	10 264 664
2017	128 355 832	171 919 012	19 207 280	152 711 731	9 895 938	-29 954 820	39 264 048	9 309 228
2018	129 595 264	168 248 513	19 928 803	148 319 710	9 703 291	-41 087 426	36 102 068	-4 985 358

Zusammenfassung der Betriebsrechnungen pro versicherte Person seit 2009

Tabelle 8.4

	Prämiensoll	Bruttoleistungen	Kostenbeteiligung	Nettoleistungen	Betriebsaufwand	Gesamtergebnis vor Staatsbeiträgen	Staatsbeiträge	Gesamtergebnis nach Staatsbeiträgen
in CHF								
2009	2 198	3 730	252	3 477	220	-1 421	1 624	203
2010	2 281	3 758	256	3 502	199	-1 409	1 774	364
2011	2 435	3 873	259	3 614	203	-1 620	1 653	33
2012	2 487	3 812	259	3 552	198	-1 290	1 671	382
2013	2 557	4 317	272	4 044	225	-1 827	1 598	-229
2014	2 952	4 288	269	4 019	224	-1 218	1 277	59
2015	3 331	4 275	272	4 003	220	-1 004	1 014	10
2016	3 481	4 313	271	4 042	234	-803	1 064	260
2017	3 229	4 325	483	3 842	249	-754	988	234
2018	3 250	4 220	500	3 720	243	-1 031	905	-125

Erläuterung zur Tabelle:

Prämiensoll: Für Kinder (versicherte Personen bis zum vollendeten 16. Altersjahr) werden keine Prämien erhoben.

Kostenbeteiligung: Für Kinder und Jugendliche (versicherte Personen bis zum vollendeten 20. Altersjahr) wird keine Kostenbeteiligung erhoben.

Betriebsrechnungen nach Unterkonti seit 2014

Tabelle 8.5

		2014	2015	2016	2017	2018
Kontenbezeichnung	Konto					
Prämiensoll	60	114 437 483	130 396 838	137 296 401	128 355 832	129 595 264
Erlösminderungen für Prämien	64	-543 657	-880 728	-556 125	-470 938	-192 429
Andere Prämienanteile	65	-290	-	-20 869	-40 963	-39 098
Bruttoprämien	= 60 bis 65	113 893 536	129 516 110	136 719 407	127 843 932	129 363 737
Prämienanteile der Rückversicherer	66	-36 336	-40 849	-13 670	-50 242	-58 122
Versicherungsprämien	= 60 bis 66	113 857 200	129 475 261	136 705 737	127 793 690	129 305 615
Staatsbeiträge	67	49 490 955	39 679 595	41 955 551	39 264 048	36 102 068
Sonstige Betriebserträge	69	247	920	1 788	1 959	1 327
Versicherungsertrag	= 6	163 348 402	169 155 777	178 663 075	167 059 697	165 409 010
Bruttoleistungen	300	-166 225 895	-167 317 275	-170 108 927	-171 919 012	-168 248 513
Kostenbeteiligung der Versicherten	302	10 440 953	10 636 290	10 679 956	19 207 280	19 928 803
Nettoleistungen	= 30 bis 33	-155 784 942	-156 680 985	-159 428 970	-152 711 731	-148 319 710
Veränderung der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	35	692 901	-3 400 979	-424 307	1 812 349	587 936
Nettoleistungen nach Rückstellungen	= 30 bis 35	-155 092 041	-160 081 964	-159 853 277	-150 899 382	-147 731 774
Leistungsanteile der Rückversicherer	36	-	-	-	99 612	6 829
Risikoausgleich	37	-251 371	-1 945	-100 679	1 401 143	-827 327
Veränderung der gesetzlichen Mindestreserven	38	-2 237 800	-	-462 299	-248 300	-849 600
Versicherungsaufwand	= 3	-157 581 212	-160 083 909	-160 416 255	-149 646 927	-149 401 872
Verwaltungsaufwand	= 40 bis 46	-8 429 321	-8 460 580	-8 937 173	-9 566 277	-9 484 236
Sonstige Aufwendungen	= 47 bis 49	-245 228	-164 124	-288 047	-329 661	-219 055
Betriebsaufwand	= 4	-8 674 549	-8 624 704	-9 225 220	-9 895 938	-9 703 291
Versicherungs- und Betriebsaufwand	= 3+4	-166 255 761	-168 708 613	-169 641 476	-159 542 865	-159 105 163
Betriebsergebnis	= 6-3-4	-2 907 359	447 164	9 021 600	7 516 833	6 303 847
Neutraler Aufwand und Ertrag	7	5 186 681	-48 561	1 243 064	1 792 395	-11 289 205
Gesamtergebnis	= 6-3-4+7	2 279 321	398 603	10 264 664	9 309 228	-4 985 358
Reserven		53 404 259	54 908 259	66 174 120	76 285 624	71 317 846
Rückstellungen		49 347 293	50 814 079	51 238 386	49 426 037	48 838 101

Veränderung von ausgewählten Aufwand- und Ertragspositionen seit 2014

Tabelle 8.6

Kontenbezeichnung	Konto	Jährliche Veränderung in %					
		2014	2015	2016	2017	2018	seit 2014
Prämiensoll	60	17.8	13.9	5.3	-6.5	1.0	3.2
Bruttoprämien	= 60 bis 65	17.6	13.7	5.6	-6.5	1.2	3.2
Staatsbeiträge	67	-18.5	-19.8	5.7	-6.4	-8.1	-7.6
Versicherungsertrag	= 6	3.7	3.6	5.6	-6.5	-1.0	0.3
Bruttoleistungen	300	1.3	0.7	1.7	1.1	-2.1	0.3
Kostenbeteiligung der Versicherten	302	0.9	1.9	0.4	79.8	3.8	17.5
Nettoleistungen	= 30 bis 33	1.3	0.6	1.8	-4.2	-2.9	-1.2
Nettoleistungen nach Rückstellungen	= 30 bis 35	-2.2	3.2	-0.1	-5.6	-2.1	-1.2
Versicherungsaufwand	= 3	-0.6	1.6	0.2	-6.7	-0.2	-1.3
Betriebsaufwand	= 4	1.5	-0.6	7.0	7.3	-1.9	2.8
Versicherungs- und Betriebsaufwand	= 3+4	-0.5	1.5	0.6	-6.0	-0.3	-1.1
Reserven		19.0	2.8	20.5	15.3	-6.5	7.5

Bruttoprämien nach Personengruppe seit 2009

Tabelle 8.7

	Gesamt	Erwachsene			Jugendliche	Kinder
		Gesamt	Frauen	Männer		
	in CHF					
2009	79 878 008	77 426 753	39 703 643	37 723 110	2 451 255	-
2010	83 487 554	80 916 695	41 447 800	39 468 895	2 570 860	-
2011	90 058 786	87 321 642	44 755 161	42 566 481	2 737 144	-
2012	93 498 156	90 694 220	46 248 069	44 446 151	2 803 936	-
2013	97 164 302	94 280 342	47 939 328	46 341 015	2 883 960	-
2014	114 437 483	110 964 913	56 213 615	54 751 297	3 352 260	120 310
2015	130 396 838	126 491 450	63 841 718	62 649 732	3 766 829	138 560
2016	137 296 401	133 333 116	67 262 479	66 070 637	3 804 542	158 742
2017	128 355 832	124 590 080	62 974 618	61 615 462	3 594 206	171 546
2018	129 595 264	125 936 248	63 826 482	62 109 765	3 474 096	184 920
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	1.0	1.1	1.4	0.8	-3.3	7.8
Ø jährliche Veränderung seit 2009 in %	5.5	5.6	5.4	5.7	4.0	*

Bruttoleistungen nach Personengruppe seit 2009

Tabelle 8.8

	Gesamt	Erwachsene			Jugendliche	Kinder
		Gesamt	Frauen	Männer		
	in CHF					
2009	135 556 263	123 922 209	70 284 355	53 637 854	2 942 286	8 691 768
2010	137 542 777	125 486 213	70 582 832	54 903 381	3 373 215	8 683 349
2011	143 240 061	131 829 693	74 362 385	57 467 308	2 992 362	8 418 005
2012	143 289 471	132 311 105	76 099 614	56 211 491	2 833 890	8 144 476
2013	164 063 245	150 273 058	85 597 639	64 675 419	3 912 284	9 877 902
2014	166 225 895	153 291 089	87 221 303	66 069 786	3 929 905	9 004 901
2015	167 317 275	155 003 362	86 900 730	68 102 632	3 671 594	8 642 319
2016	170 108 927	157 237 300	87 387 235	69 850 064	4 137 615	8 734 012
2017	171 919 012	159 341 210	89 351 937	69 989 274	3 866 602	8 711 199
2018	168 248 513	156 075 493	84 709 081	71 366 412	3 043 526	9 129 495
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	-2.1	-2.0	-5.2	2.0	-21.3	4.8
Ø jährliche Veränderung seit 2009 in %	2.4	2.6	2.1	3.2	0.4	0.5

Kostenbeteiligung nach Personengruppe seit 2009

Tabelle 8.9

	Gesamt	Erwachsene	Jugendliche	Kinder
	in CHF			
2009	9 164 047	9 163 387	520	140
2010	9 351 883	9 351 550	275	58
2011	9 596 018	9 593 945	1 888	185
2012	9 751 259	9 745 717	6 174	-632
2013	10 349 301	10 343 280	6 021	-
2014	10 440 953	10 431 754	9 199	-
2015	10 636 290	10 626 009	10 280	-
2016	10 679 956	10 658 545	21 411	-
2017	19 207 280	19 205 825	1 456	-
2018	19 928 803	19 928 803	-	-
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	3.8	3.8	-100.0	*
Ø jährliche Veränderung seit 2009 in %	9.0	9.0	*	*

Erläuterung zur Tabelle:

2017: Aufgrund der Revision des Krankenversicherungsgesetzes (LGBI. 2016, Nr. 2), die am 1.1.2017 Gültigkeit erlangte, erhöhte sich die Kostenbeteiligung für die Versicherten (Details siehe Begriffserklärungen: Kostenbeteiligung).

Nettoleistungen nach Personengruppe seit 2009

Tabelle 8.10

	Gesamt	Erwachsene	Jugendliche	Kinder
	in CHF			
2009	126 392 217	114 758 822	2 941 766	8 691 628
2010	128 190 895	116 134 663	3 372 941	8 683 290
2011	133 644 044	122 235 749	2 990 474	8 417 820
2012	133 538 213	122 565 388	2 827 716	8 145 109
2013	153 713 944	139 929 779	3 906 263	9 877 902
2014	155 784 942	142 859 335	3 920 705	9 004 901
2015	156 680 985	144 377 352	3 661 314	8 642 319
2016	159 428 970	146 578 754	4 116 204	8 734 012
2017	152 711 731	140 135 385	3 865 147	8 711 199
2018	148 319 710	136 146 689	3 043 526	9 129 495
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	-2.9	-2.8	-21.3	4.8
Ø jährliche Veränderung seit 2009 in %	1.8	1.9	0.4	0.5

Bruttoprämien pro prämienspflichtige Person nach Personengruppe seit 2009

Tabelle 8.11

	Gesamt	Erwachsene		Jugendliche	Kinder	
		Gesamt	Frauen			Männer
	in CHF					
2009	2 707	2 787	2 824	2 750	1 413	-
2010	2 798	2 882	2 915	2 848	1 457	-
2011	2 980	3 067	3 100	3 032	1 563	-
2012	3 027	3 114	3 151	3 077	1 595	-
2013	3 100	3 188	3 230	3 146	1 628	-
2014	3 565	3 663	3 723	3 603	1 860	18
2015	4 015	4 123	4 178	4 069	2 089	21
2016	4 190	4 298	4 363	4 233	2 185	24
2017	3 871	3 967	4 029	3 907	2 047	26
2018	3 893	3 983	4 047	3 919	2 078	28
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	0.6	0.4	0.5	0.3	1.5	7.9
Ø jährliche Veränderung seit 2009 in %	4.1	4.0	4.1	4.0	4.4	*

Bruttoleistungen pro versicherte Person nach Personengruppe seit 2009

Tabelle 8.12

	Gesamt	Erwachsene		Jugendliche	Kinder	
		Gesamt	Frauen			Männer
	in CHF					
2009	3 730	4 461	4 999	3 910	1 696	1 272
2010	3 758	4 469	4 964	3 962	1 912	1 285
2011	3 873	4 630	5 152	4 093	1 709	1 246
2012	3 812	4 543	5 184	3 891	1 612	1 214
2013	4 317	5 081	5 766	4 390	2 208	1 483
2014	4 288	5 060	5 776	4 348	2 181	1 351
2015	4 275	5 053	5 687	4 423	2 036	1 297
2016	4 313	5 068	5 668	4 476	2 377	1 308
2017	4 325	5 074	5 716	4 438	2 202	1 323
2018	4 220	4 936	5 371	4 503	1 820	1 387
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	-2.4	-2.7	-6.0	1.5	-17.3	4.9
Ø jährliche Veränderung seit 2009 in %	1.4	1.1	0.8	1.6	0.8	1.0

Kostenbeteiligung pro versicherte Person nach Personengruppe seit 2009

Tabelle 8.13

	Alle	Erwachsene	Jugendliche	Kind
	in CHF			
2009	252	330	0	0
2010	256	333	0	0
2011	259	337	1	0
2012	259	335	4	0
2013	272	350	3	-
2014	269	344	5	-
2015	272	346	6	-
2016	271	344	12	-
2017	483	612	1	-
2018	500	630	-	-
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	3.4	3.1	*	*
Ø jährliche Veränderung seit 2009 in %	7.9	7.5	*	*

Erläuterung zur Tabelle:

2017: Aufgrund der Revision des Krankenversicherungsgesetzes (LGBl. 2016, Nr. 2), die am 1.1.2017 Gültigkeit erlangte, erhöhte sich die Kostenbeteiligung für die Versicherten (Details siehe Begriffserklärungen: Kostenbeteiligung).

Nettoleistungen pro versicherte Person nach Personengruppe seit 2009

Tabelle 8.14

	Alle	Erwachsene	Jugendliche	Kind
	in CHF			
2009	3 477	4 131	1 696	1 272
2010	3 502	4 136	1 912	1 285
2011	3 614	4 293	1 708	1 246
2012	3 552	4 208	1 608	1 214
2013	4 044	4 731	2 204	1 483
2014	4 019	4 716	2 176	1 351
2015	4 003	4 707	2 031	1 297
2016	4 042	4 725	2 364	1 308
2017	3 842	4 462	2 201	1 323
2018	3 720	4 306	1 820	1 387
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	-3.2	-3.5	-17.3	4.9
Ø jährliche Veränderung seit 2009 in %	0.8	0.5	0.8	1.0

Bruttoleistungen nach Kategorie seit 2009

Tabelle 8.15

	Gesamt	Spitalkosten	Ambulante Arztkosten ohne Arzneimittel	Arzneimittel- kosten	Physio- therapeuten	Chiro- praktoren	Abgabestelle MiGeL	Spitex/ Familienhilfe/ Pflege	Andere
in CHF									
2009	135 556 263	47 367 553	35 338 060	23 343 860	6 126 095	789 164	967 906	2 388 507	19 235 119
2010	137 542 777	48 184 628	34 359 924	23 919 763	6 449 115	862 232	1 055 465	1 268 476	21 443 174
2011	143 240 061	48 650 508	35 267 583	24 575 187	6 872 267	863 926	872 933	1 371 900	24 765 756
2012	143 289 471	49 190 410	35 114 295	24 081 580	6 868 147	1 497 290	708 073	1 455 946	24 373 730
2013	164 063 245	60 129 707	40 617 084	24 797 589	7 659 963	1 964 205	896 891	1 548 776	26 449 030
2014	166 225 895	61 079 796	39 761 671	25 106 241	7 723 085	1 946 576	874 428	*	29 734 097
2015	167 317 275	61 422 403	37 767 547	26 074 448	7 794 570	1 861 945	959 773	*	31 436 589
2016	170 108 927	65 372 371	37 994 213	26 896 151	7 061 512	1 610 561	1 114 299	*	30 059 819
2017	171 919 012	64 993 573	38 131 485	27 006 332	6 879 951	1 646 245	1 201 506	*	32 059 920
2018	168 248 513	62 432 540	38 188 239	26 760 968	7 024 880	1 657 524	1 297 326	*	30 887 035
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	-2.1	-3.9	0.1	-0.9	2.1	0.7	8.0	*	-3.7
Ø jährliche Veränderung seit 2009 in %	2.4	3.1	0.9	1.5	1.5	8.6	3.3	*	5.4

Erläuterung zu der Tabelle:

Physiotherapeuten: In dieser Position sind auch die Kosten von medizinischen Masseuren enthalten (Details vgl. Tabelle 1.10).

Spitex/ Familienhilfe/ Pflege: Die starke Abnahme im Jahr 2010 ist darauf zurückzuführen, dass 2010 das Pflegegeld eingeführt wurde, das von der AHV/IV bezahlt wird und die Krankenkassen entlastet.

Mit der ab 2014 eingeführten zentralen Organisation der Familienhilfe in Liechtenstein sind weniger als 15 Leistungserbringer in dieser Kategorie. Aus diesem Grund werden die Spitexorganisationen ab 2014 zur Kategorie „Andere Berufe der Gesundheitspflege“ gezählt.

Bruttoleistungen pro versicherte Person nach Kategorie seit 2009

Tabelle 8.16

		Gesamt	Ambulante				Chiro- praktoren	Abgabestelle MiGeL	Spitex/ Familienhilfe/ Pflege		Andere
			Spital- kosten	Arztkosten (ohne Arzneimittel)	Arzneimittel- kosten	Physio- therapeuten					
2009	Pro vers. Person CHF	3 730	1 303	972	642	169	22	27	66	529	
	Anteil in %	100.0	34.9	26.1	17.2	4.5	1.7	2.7	1.8	11.1	
2010	Pro vers. Person CHF	3 758	1 316	939	654	176	24	29	35	586	
	Anteil in %	100.0	35.0	25.0	17.4	4.7	0.6	0.8	0.9	15.6	
2011	Pro vers. Person CHF	3 873	1 316	954	665	186	23	24	37	670	
	Anteil in %	100.0	34.0	24.6	17.2	4.8	0.6	0.6	1.0	17.3	
2012	Pro vers. Person CHF	3 812	1 309	934	641	183	40	19	39	649	
	Anteil in %	100.0	34.3	24.5	16.8	4.8	1.0	0.5	1.0	17.0	
2013	Pro vers. Person CHF	4 317	1 582	1 069	652	202	52	24	41	696	
	Anteil in %	100.0	36.7	24.8	15.1	4.7	1.2	0.5	0.9	16.1	
2014	Pro vers. Person CHF	4 288	1 576	1 026	648	199	50	23	*	767	
	Anteil in %	100.0	36.7	23.9	15.1	4.6	1.2	0.5	*	17.9	
2015	Pro vers. Person CHF	4 275	1 569	965	666	199	48	25	*	803	
	Anteil in %	100.0	36.7	22.6	15.6	4.7	1.1	0.6	*	18.8	
2016	Pro vers. Person CHF	4 313	1 657	963	682	179	41	28	*	762	
	Anteil in %	100.0	38.4	22.3	15.8	4.2	0.9	0.7	*	17.7	
2017	Pro vers. Person CHF	4 325	1 635	959	679	173	41	30	*	807	
	Anteil in %	100.0	37.8	22.2	15.7	4.0	1.0	0.7	*	18.6	
2018	Pro vers. Person CHF	4 220	1 566	958	671	176	42	33	*	775	
	Anteil in %	100.0	37.1	22.7	15.9	4.2	1.0	0.8	*	18.4	
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %		-2.4	-4.2	-0.2	-1.2	1.8	0.4	7.6	*	-4.0	
Ø jährliche Veränderung seit 2009 in %		1.4	2.1	-0.2	0.5	0.5	7.5	2.3	*	4.3	

Anzahl der Konsultationen seit 2009

Tabelle 8.17

	Gesamt	Ambulante Spitalkonsultationen	Ambulante Arztkonsultationen	Konsultationen pro versicherte Person
2009	325 465	27 431	298 034	9.0
2010	334 768	28 881	305 887	9.1
2011	344 342	33 625	310 717	9.3
2012	345 678	35 751	309 927	9.2
2013	*	*	*	*
2014	317 721	41 478	276 243	8.2
2015	315 772	46 521	269 251	8.1
2016	316 184	45 805	270 379	8.0
2017	358 207	55 332	302 875	9.0
2018	412 519	59 296	353 223	10.3

Erläuterung zur Tabelle:

Ambulante Arztkonsultationen: Die ambulanten Arztkonsultationen beinhalten Arztbesuche und telefonische Konsultationen, jedoch keine Hausbesuche. Arztbesuche allein zum Zweck des Arzneimittelbezuges werden nicht als Konsultation gezählt.

2011 - 2014: 2011 ist das letzte komplette Jahr mit dem alten Arzttarif, 2012 beinhaltet Abrechnungen mit dem alten und dem neuen Arzttarif, 2013 war ein Krankenversicherer nicht in der Lage, die Anzahl Konsultationen zu liefern, und 2014 ist das erste komplette Jahr mit dem neuen Arzttarif.

Anmerkungen zur Datenqualität der Konsultationen finden sich im Kapitel C Methodik und Qualität, Abschnitt 2.2.1, letzter Absatz.

Anzahl Leistungserbringende (N), Bruttoleistungen (BL) und arithmetisches Mittel (AM) nach Kategorie der Leistungserbringenden seit 2014

Tabelle 8.18

Kategorie	Kennwert	2014	2015	2016	2017	2018
Spitäler	N	150	161	171	167	157
	BL	61 380 914	61 943 996	66 128 607	65 979 837	63 226 580
	AM	409 206	384 745	386 717	395 089	402 717
davon mit OKP-Vertrag	N	24	26	25	25	25
	BL	56 187 269	57 626 535	61 801 519	59 021 598	57 132 205
	AM	2 341 136	2 216 405	2 472 061	2 360 864	2 285 288
Ärzte	N	1 460	1 401	1 463	1 501	1 517
	BL	58 284 050	56 478 038	57 381 145	56 940 933	56 193 355
	AM	39 921	40 313	39 222	37 935	37 042
davon mit OKP-Vertrag	N	75	78	80	80	85
	BL	50 991 107	48 384 558	49 333 254	48 356 046	49 234 307
	AM	679 881	620 315	616 666	604 451	579 227
Behandlungen	N	1 423	1 356	1 422	1 464	1 485
	BL	39 714 976	34 468 578	34 912 215	35 015 583	35 033 406
	AM	27 909	25 419	24 551	23 918	23 592
davon mit OKP-Vertrag	N	75	78	80	80	85
	BL	33 975 123	28 567 517	28 965 595	28 679 321	29 945 233
	AM	453 002	366 250	362 070	358 492	352 297
Arzneimittel	N	778	759	809	792	825
	BL	18 569 073	18 529 335	19 065 477	18 488 163	17 695 608
	AM	23 868	24 413	23 567	23 344	21 449
davon mit OKP-Vertrag	N	71	74	74	76	79
	BL	17 015 984	16 971 983	17 511 223	16 781 946	16 238 970
	AM	239 662	229 351	236 638	220 815	205 557
Praxislabors	N	*	519	548	555	550
	BL	*	3 480 126	3 403 453	3 437 188	3 465 821
	AM	*	6 705	6 211	6 193	6 301
davon mit OKP-Vertrag	N	*	56	60	56	60
	BL	*	2 845 058	2 856 435	2 894 778	3 050 104
	AM	*	50 805	47 607	51 692	50 835
Physiotherapeuten	N	152	170	171	192	199
	BL	7 722 750	7 796 821	7 053 915	6 869 329	7 023 343
	AM	50 808	45 864	41 251	35 778	35 293
davon mit OKP-Vertrag	N	51	54	55	51	54
	BL	7 491 025	7 368 618	6 729 496	6 031 456	6 631 817
	AM	146 883	136 456	122 354	118 264	122 811
Apotheken	N	322	322	325	331	320
	BL	6 473 080	7 543 871	7 824 317	8 515 833	9 076 584
	AM	20 103	23 428	24 075	25 728	28 364
Chiropraktoren	N	30	24	31	36	39
	BL	1 946 314	1 862 142	1 610 513	1 646 245	1 657 342
	AM	64 877	77 589	51 952	45 729	42 496
Abgabestellen MiGeL	N	33	31	36	40	43
	BL	874 386	962 049	1 113 771	1 201 004	1 296 578
	AM	26 497	31 034	30 938	30 025	30 153
Ergotherapeuten	N	20	17	22	21	19
	BL	589 014	623 418	620 531	680 896	659 041
	AM	29 451	36 672	28 206	32 424	34 686

>>

>>

Kategorie	Kennwert	2014	2015	2016	2017	2018
Zahnärzte	N	54	56	60	64	55
	BL	225 657	257 776	300 515	360 187	337 821
	AM	4 179	4 603	5 009	5 628	6 142
Hebammen	N	27	24	21	30	25
	BL	135 256	152 303	244 879	274 937	387 179
	AM	5 009	6 346	11 661	9 165	15 487
Übrige Rechnungsstellende	N	206	207	207	208	197
	BL	28 568 922	29 669 657	28 235 322	29 552 610	28 444 472
	AM	138 684	143 332	136 403	142 080	144 388

Erläuterung zur Tabelle:

Total: Die Bruttoleistungen pro Kategorie können aufgrund unterschiedlicher Datenquellen mit unterschiedlichen Abrechnungszeitpunkten und unterschiedlichen Auswertungskriterien von den Angaben in der Tabelle 1.10 bzw. 8.15 abweichen.

Behandlungen/ Praxislabor: Bis 2014 waren die Leistungen des Praxislabor in den Behandlungen enthalten.

Verteilung der Bruttoleistungen nach Kategorien der Leistungserbringenden seit 2014

Tabelle 8.19

		2014	2015	2016	2017	2018
Kategorie	Kennwert					
Spitäler	Q1	1 720	1 235	960	1 154	1 615
	Md	9 653	12 445	7 216	9 146	10 197
	Q3	63 680	57 002	62 667	57 532	61 282
davon mit OKP-Vertrag	Q1	171 450	169 999	248 897	233 072	192 279
	Md	590 517	670 778	862 479	863 570	780 725
	Q3	2 732 055	2 053 280	2 398 613	2 112 476	2 412 914
Ärzte	Q1	204	234	222	213	241
	Md	575	622	625	587	629
	Q3	1 908	2 286	2 133	2 276	2 163
davon mit OKP-Vertrag	Q1	238 408	210 370	223 400	263 830	225 629
	Md	567 907	517 481	535 570	544 416	493 333
	Q3	920 890	839 064	840 176	832 327	770 641
Behandlungen	Q1	192	208	189	189	211
	Md	535	531	511	505	540
	Q3	1 714	1 878	1 730	1 740	1 755
davon mit OKP-Vertrag	Q1	198 727	153 808	158 998	174 405	168 429
	Md	355 952	306 166	296 054	284 921	299 945
	Q3	568 423	470 683	470 167	439 294	432 663
Arzneimittel	Q1	35	41	39	34	33
	Md	121	150	150	139	126
	Q3	819	938	870	893	920
davon mit OKP-Vertrag	Q1	24 117	21 026	32 116	41 569	29 836
	Md	192 042	155 037	167 355	150 083	135 896
	Q3	357 394	308 627	333 453	296 757	296 936
Praxislabors	Q1	*	35	35	39	39
	Md	*	99	107	102	112
	Q3	*	425	420	351	351
davon mit OKP-Vertrag	Q1	*	5 966	4 077	8 949	8 415
	Md	*	23 050	24 402	39 019	30 448
	Q3	*	70 534	66 085	71 175	70 717
Physiotherapeuten	Q1	433	516	506	479	506
	Md	1 742	1 729	1 752	1 346	1 455
	Q3	40 242	38 924	31 892	32 656	19 579
davon mit OKP-Vertrag	Q1	39 690	38 924	31 892	35 639	39 236
	Md	86 902	75 138	86 288	64 666	69 209
	Q3	199 897	192 008	160 057	158 153	153 402
Apotheken	Q1	52	42	47	54	58
	Md	131	119	126	128	159
	Q3	568	474	532	457	648
Chiropraktoren	Q1	178	359	205	203	151
	Md	426	492	437	536	504
	Q3	1 388	1 618	1 524	1 747	1 493
Abgabestellen MiGeL	Q1	808	924	838	868	890
	Md	2 834	3 158	3 647	4 727	4 337
	Q3	13 757	16 129	22 618	23 977	24 763
Ergotherapeuten	Q1	1 388	3 459	1 254	899	1 379
	Md	6 404	11 609	2 445	3 714	4 689
	Q3	46 149	33 188	18 984	30 364	65 594
Zahnärzte	Q1	329	571	235	319	342
	Md	1 331	1 270	699	1 221	1 190
	Q3	3 399	5 129	3 542	4 869	5 855
Hebammen	Q1	395	421	1 516	488	780
	Md	532	1 510	4 133	1 774	6 761
	Q3	6 640	5 990	14 603	11 951	20 109
Übrige Rechnungsstellende	Q1	425	368	500	500	476
	Md	2 076	1 854	1 883	1 588	2 040
	Q3	18 765	21 370	21 921	20 384	21 229

Erläuterung zur Tabelle:

Kennwert: Q1 = 1. Quartil, Md = Median, Q3 = 3. Quartil

Behandlungen/ Praxislabors: Bis 2014 waren die Leistungen des Praxislabors in den Behandlungen enthalten.

Anzahl Leistungserbringende nach Kategorien mit Grössenklasse der Bruttoleistungen seit 2014

Tabelle 8.20

	BL > CHF 0	BL > CHF 1 000	BL > CHF 5 000	BL > CHF 10 000	BL > CHF 50 000	BL > CHF 100 000	BL > CHF 500 000	BL > CHF 1 000 000
2014 Total	2 454	1 023	529	406	224	176	74	35
Spitäler	150	129	93	75	41	30	15	9
Ärzte	1 460	540	219	163	93	79	43	15
Physiotherapeuten	152	85	63	54	34	22	*	*
Apotheken	322	57	30	18	7	6	*	*
Chiropraktoren	30	11	6	6	*	*	*	*
Abgabestelle MiGeL	33	23	13	9	*	*	*	*
Ergotherapeuten	20	17	11	9	*	*	*	*
Zahnärzte	54	30	11	*	*	*	*	*
Hebammen	27	11	8	*	*	*	*	*
Übrige Rechnungsstellende	206	120	75	62	37	30	9	9
2015 Total	2 413	1 043	552	438	236	179	75	34
Spitäler	161	123	95	86	43	31	15	9
Ärzte	1 401	552	229	171	95	80	42	14
Physiotherapeuten	170	100	68	60	39	23	*	*
Apotheken	322	55	27	17	8	*	*	3
Chiropraktoren	24	8	7	*	*	*	*	*
Abgabestelle MiGeL	31	23	15	13	*	*	*	*
Ergotherapeuten	17	16	11	9	*	*	*	*
Zahnärzte	56	32	14	7	*	*	*	*
Hebammen	24	14	6	*	*	*	*	*
Übrige Rechnungsstellende	207	120	80	63	40	31	11	8
2016 Total	2 507	1 053	540	438	249	184	75	38
Spitäler	171	128	93	80	45	38	15	12
Ärzte	1 463	549	232	176	100	80	44	15
Physiotherapeuten	171	98	63	57	40	22	*	*
Apotheken	325	56	26	21	8	6	*	*
Chiropraktoren	31	9	7	7	*	*	*	*
Abgabestelle MiGeL	36	24	15	14	*	*	*	*
Ergotherapeuten	22	17	9	6	*	*	*	*
Zahnärzte	60	27	11	*	*	*	*	*
Hebammen	21	16	9	7	*	*	*	*
Übrige Rechnungsstellende	207	129	75	65	39	28	11	8
2017 Total	2 590	1 096	581	456	248	190	78	35
Spitäler	167	128	99	82	43	33	18	11
Ärzte	1 501	566	245	181	101	85	45	13
Physiotherapeuten	192	109	64	60	37	21	*	*
Apotheken	331	61	32	21	9	8	*	*
Chiropraktoren	36	13	7	7	*	*	*	*
Abgabestelle MiGeL	40	28	18	13	*	*	*	*
Ergotherapeuten	21	14	9	7	*	*	*	*
Zahnärzte	64	34	16	10	*	*	*	*
Hebammen	30	17	10	9	*	*	*	*
Übrige Rechnungsstellende	208	126	81	66	40	33	11	8

>>

>>

	BL > CHF 0	BL > CHF 1 000	BL > CHF 5 000	BL > CHF 10 000	BL > CHF 50 000	BL > CHF 100 000	BL > CHF 500 000	BL > CHF 1 000 000
2018 Total	2 571	1 114	579	457	236	191	79	37
Spitäler	157	122	97	79	41	34	17	12
Ärzte	1 517	597	243	176	94	82	44	13
Physiotherapeuten	199	108	67	58	35	22	*	*
Apotheken	320	65	32	26	10	8	*	*
Chiropraktoren	39	12	7	7	*	*	*	*
Abgabestelle MiGeL	43	31	20	17	*	*	*	*
Ergotherapeuten	19	15	8	6	*	*	*	*
Zahnärzte	55	28	15	9	*	*	*	*
Hebammen	25	16	13	12	*	*	*	*
Übrige Rechnungsstellende	197	120	77	67	39	33	12	8

Lesebeispiel:

8 Apotheken rechneten im Jahr 2018 Bruttoleistungen von mehr als CHF 100 000 gegenüber den Krankenkassen ab.

Erläuterung zur Tabelle:

Wenn ein Feld fünf oder weniger Leistungserbringende aufweist, wird der Wert durch einen Stern ersetzt, um Rückschlüsse auf einzelne Leistungserbringende zu vermeiden.

Anzahl Ärzte (N), Bruttoleistungen (BL) und arithmetisches Mittel (AM) nach Fachgruppe seit 2014

Tabelle 8.21

Fachgruppe	Kennwert	2014	2015	2016	2017	2018
Allgemeine und Innere Medizin	N	455	426	457	422	405
	BL	27 700 732	27 295 073	26 286 465	25 730 862	25 551 770
	AM	60 881	64 073	57 520	60 974	63 091
davon mit OKP-Vertrag	N	28	30	30	31	31
	BL	26 028 424	25 106 816	24 355 001	23 855 051	23 657 336
	AM	929 587	836 894	811 833	769 518	763 140
Behandlungen	N	435	405	438	405	392
	BL	16 249 633	13 160 962	12 473 155	12 426 265	12 758 112
	AM	37 355	32 496	28 478	30 682	32 546
davon mit OKP-Vertrag	N	28	30	30	31	31
	BL	15 059 434	11 801 471	11 286 837	11 245 151	11 612 709
	AM	537 837	393 382	376 228	362 747	374 604
Arzneimittel	N	309	308	310	286	269
	BL	11 451 099	11 624 614	11 351 226	10 844 124	10 239 528
	AM	37 059	37 742	36 617	37 917	38 065
davon mit OKP-Vertrag	N	28	30	29	31	31
	BL	10 968 990	11 013 613	10 787 855	10 323 245	9 691 610
	AM	391 750	367 120	371 995	333 008	312 633
Praxislabors	N	*	237	236	247	241
	BL	*	2 509 497	2 462 083	2 460 472	2 554 129
	AM	*	10 589	10 433	9 961	10 598
davon mit OKP-Vertrag	N	*	30	29	30	30
	BL	*	2 291 732	2 280 309	2 286 655	2 353 017
	AM	*	76 391	78 631	76 222	78 434
Kinder- und Jugendmedizin	N	34	35	37	37	35
	BL	3 630 076	3 140 770	3 370 299	2 894 711	3 250 404
	AM	106 767	89 736	91 089	78 235	92 869
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	BL	2 619 120	2 202 608	2 324 755	2 116 131	2 374 136
Arzneimittel	BL	1 010 956	938 162	1 045 544	778 581	876 269
Psychiatrie und Psychotherapie	N	98	98	85	105	118
	BL	3 883 120	3 543 520	3 585 154	3 830 145	3 508 172
	AM	39 624	36 158	42 178	36 478	29 730
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	BL	2 910 356	2 645 480	2 623 123	2 828 354	2 548 298
Arzneimittel	BL	972 764	898 040	962 031	1 001 791	959 874
Gynäkologie und Geburtshilfe	N	129	114	122	130	137
	BL	2 429 541	2 209 612	2 257 548	2 170 720	2 431 132
	AM	18 834	19 383	18 504	16 698	17 745
Behandlungen	BL	2 111 771	1 772 895	1 806 470	1 729 163	1 932 696
Arzneimittel	BL	317 770	289 543	309 539	224 937	269 270
Praxislabors	BL	*	147 174	141 539	216 620	229 166
Orthopädische Chirurgie	N	61	68	68	74	68
	BL	1 547 110	1 396 469	1 515 414	1 511 098	1 442 454
	AM	25 362	20 536	22 285	20 420	21 213
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	BL	1 124 062	1 028 581	1 140 924	1 188 084	1 207 082
Arzneimittel	BL	423 048	367 888	374 490	323 013	230 835
Chirurgie	N	42	*	*	*	*
	BL	1 302 633	*	*	*	*
	AM	31 015	*	*	*	*
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	BL	1 190 360	*	*	*	*
Arzneimittel	BL	112 273	*	*	*	*

>>

>>

Fachgruppe	Kennwert	2014	2015	2016	2017	2018
Radiologie	N	42	40	38	45	43
	BL	207 311	224 629	271 646	257 967	261 872
	AM	4 936	5 616	7 149	5 733	6 090
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	BL	190 241	203 150	247 422	235 785	236 994
Arzneimittel	BL	17 070	21 479	24 224	22 182	24 877
Neurochirurgie	N	*	*	15	*	*
	BL	*	*	204 949	*	*
	AM	*	*	156 633	*	*
Dermatologie und Venerologie	N	*	*	*	*	82
	BL	*	*	*	*	2 561 683
	AM	*	*	*	*	31 240
Übrige Rechnungsstellende	N	599	620	641	688	629
	BL	17 583 527	18 667 966	19 889 671	20 545 430	17 185 869
	AM	29 355	30 110	31 029	29 863	27 323

Erläuterung zur Tabelle:

Orthopädische Chirurgie = Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates

Behandlungen/ Praxislabors: Bis 2014 waren die Leistungen des Praxislabors in den Behandlungen enthalten. Die Leistungen des Praxislabors werden weiterhin den Behandlungen zugerechnet, wenn sie die Anonymitätskriterien nicht erfüllen (Kapitel C Methodik und Qualität, Abschnitt 1.5).

Verteilung der Bruttoleistungen nach Fachgruppen der Ärzte seit 2014

Tabelle 8.22

Fachgruppe	Kennwert (in CHF)	2014	2015	2016	2017	2018
Allgemeine und Innere Medizin	Q1	155	154	172	149	184
	Md	388	503	422	430	478
	Q3	1 369	1 482	1 378	1 840	1 577
davon mit OKP-Vertrag	Q1	532 678	441 243	532 571	380 497	401 403
	Md	765 810	698 502	711 775	732 272	752 821
	Q3	1 160 484	1 115 952	1 053 723	862 285	868 208
Behandlungen	Q1	147	137	112	117	143
	Md	365	351	291	308	318
	Q3	986	904	855	1 066	947
davon mit OKP-Vertrag	Q1	304 544	203 573	222 063	207 831	229 130
	Md	459 493	310 835	316 102	301 890	319 119
	Q3	634 862	473 285	467 483	402 272	411 718
Arzneimittel	Q1	32	35	33	30	40
	Md	112	125	121	135	147
	Q3	686	854	856	1 132	1 029
davon mit OKP-Vertrag	Q1	199 030	158 096	210 169	189 683	157 643
	Md	290 225	299 130	307 874	282 257	282 065
	Q3	565 161	584 836	567 642	500 326	465 965
Praxislabors	Q1	*	39	37	49	53
	Md	*	106	106	110	128
	Q3	*	334	380	312	332
davon mit OKP-Vertrag	Q1	*	12 003	26 581	38 808	31 301
	Md	*	59 795	49 789	54 050	61 692
	Q3	*	95 484	88 373	88 018	91 877
Kinder- und Jugendmedizin	Q1	135	130	121	109	142
	Md	525	401	208	443	327
	Q3	1 519	2 487	3 850	933	1 553
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	Md	525	406	254	288	264
Arzneimittel	Md	470	208	153	55	262
Psychiatrie und Psychotherapie	Q1	610	803	1 101	982	716
	Md	1 911	2 364	3 322	2 290	2 048
	Q3	5 502	5 646	10 874	7 448	5 723
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	Md	1 896	2 408	3 158	2 283	1 832
Arzneimittel	Md	742	782	1 229	705	761
Gynäkologie und Geburtshilfe	Q1	174	224	218	203	225
	Md	325	383	437	410	431
	Q3	1 465	1 532	1 206	1 393	1 408
Behandlungen	Md	355	345	354	360	383
Arzneimittel	Md	76	98	137	117	110
Praxislabors	Md	*	61	66	66	60
Orthopädische Chirurgie	Q1	212	220	254	235	269
	Md	395	499	683	594	818
	Q3	1 234	1 193	1 442	1 569	1 751
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	Md	319	499	691	589	794
Arzneimittel	Md	95	93	122	88	98
Chirurgie	Q1	185	*	*	*	*
	Md	456	*	*	*	*
	Q3	1 000	*	*	*	*
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	Md	423	*	*	*	*
Arzneimittel	Md	100	*	*	*	*

>>

>>

Fachgruppe	Kennwert	2014	2015	2016	2017	2018
Radiologie	Q1	443	440	398	440	478
	Md	945	876	1 190	1 159	1 121
	Q3	2 892	3 410	4 228	3 488	5 256
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	Md	881	819	1 133	1 071	982
Arzneimittel	Md	178	482	250	340	196
Neurochirurgie	Q1	*	*	235	*	*
	Md	*	*	999	*	*
	Q3	*	*	4 588	*	*
Dermatologie und Venerologie	Q1	*	*	*	*	149
	Md	*	*	*	*	317
	Q3	*	*	*	*	815
Übrige Rechnungsstellende	Q1	251	252	270	221	274
	Md	695	705	684	614	699
	Q3	2 387	2 688	2 126	2 267	2 617

Erläuterung zur Tabelle:

Kennwert: Q1 = 1. Quartil, Md = Median, Q3 = 3. Quartil

Orthopädische Chirurgie = Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates

Behandlungen/ Praxislabors: Bis 2014 waren die Leistungen des Praxislabors in den Behandlungen enthalten. Die Leistungen des Praxislabors werden weiterhin den Behandlungen zugerechnet, wenn sie die Anonymitätskriterien nicht erfüllen (Kapitel C Methodik und Qualität, Abschnitt 1.5).

Anzahl Ärzte nach Fachgruppen mit Grössenklasse der Bruttoleistungen seit 2014

Tabelle 8.23

	BL > CHF 0	BL > CHF 1 000	BL > CHF 5 000	BL > CHF 10 000	BL > CHF 50 000	BL > CHF 100 000	BL > CHF 500 000	BL > CHF 1 000 000
2014 Total	1 460	540	219	163	93	79	43	15
Allgemeine und Innere Medizin	455	137	54	43	32	29	23	9
Kinder- und Jugendmedizin	34	11	7	7	*	*	*	*
Psychiatrie und Psychotherapie	98	63	27	16	8	7	*	*
Gynäkologie und Geburtshilfe	129	42	14	8	7	6	*	*
Orthopädische Chirurgie	61	19	6	*	*	*	*	*
Chirurgie	42	11	6	*	*	*	*	*
Radiologie	42	20	8	7	*	*	*	*
Übrige Rechnungsstellende	599	237	97	72	35	26	10	*
2015 Total	1 401	552	229	171	95	80	42	14
Allgemeine und Innere Medizin	426	137	57	43	33	32	21	10
Kinder- und Jugendmedizin	35	12	7	*	*	*	*	*
Psychiatrie und Psychotherapie	98	70	27	19	8	7	*	*
Gynäkologie und Geburtshilfe	114	37	13	10	7	6	*	*
Orthopädische Chirurgie	68	24	6	*	*	*	*	*
Radiologie	40	17	8	7	*	*	*	*
Übrige Rechnungsstellende	620	255	111	81	38	27	12	*
2016 Total	1 463	549	232	176	100	80	44	15
Allgemeine und Innere Medizin	457	134	53	43	33	30	24	9
Kinder- und Jugendmedizin	37	12	8	7	*	*	*	*
Psychiatrie und Psychotherapie	85	65	32	24	8	7	*	*
Gynäkologie und Geburtshilfe	122	36	15	11	7	6	*	*
Orthopädische Chirurgie	68	24	*	*	*	*	*	*
Radiologie	38	21	8	7	*	*	*	*
Neurochirurgie	15	7	*	*	*	*	*	*
Übrige Rechnungsstellende	641	250	106	76	40	29	12	5
2017 Total	1 501	566	245	181	101	85	45	13
Allgemeine und Innere Medizin	422	131	62	46	34	32	24	7
Kinder- und Jugendmedizin	37	8	7	7	5	5	*	*
Psychiatrie und Psychotherapie	105	78	32	19	10	9	*	*
Gynäkologie und Geburtshilfe	130	44	12	10	7	*	*	*
Orthopädische Chirurgie	74	27	8	*	*	*	*	*
Radiologie	45	24	9	*	*	*	*	*
Übrige Rechnungsstellende	688	254	115	87	41	31	12	6
2018 Total	1 517	597	243	176	94	82	44	13
Allgemeine und Innere Medizin	405	139	54	42	32	32	24	7
Kinder- und Jugendmedizin	35	10	6	6	*	*	*	*
Psychiatrie und Psychotherapie	118	76	34	16	9	9	*	*
Gynäkologie und Geburtshilfe	137	38	16	14	7	6	*	*
Orthopädische Chirurgie	68	32	7	*	*	*	*	*
Radiologie	43	22	11	*	*	*	*	*
Dermatologie und Venerologie	82	20	9	8	*	*	*	*
Übrige Rechnungsstellende	629	260	106	78	34	23	9	5

Erläuterung zur Tabelle:

Orthopädische Chirurgie: Diese Fachgruppe umfasst die orthopädische Chirurgie und die Traumatologie des Bewegungsapparates.

Chirurgie: Die Fachgruppe Chirurgie erfüllt ab 2015 nicht mehr alle Bedingungen für eine separate Darstellung und wird deshalb den übrigen Rechnungsstellenden zugerechnet.

Bruttoleistungen und Staatsbeiträge für Vertragsspitäler seit 2009

Tabelle 8.24

	Total	Beiträge der OKP		Staatsbeiträge
		ambulant	stationär	stationär
in CHF				
2009	63 810 953	13 256 282	31 353 862	19 200 809
2010	64 625 371	13 433 699	31 194 789	19 996 883
2011	64 685 240	14 756 383	30 589 564	19 339 293
2012	70 232 652	14 953 027	30 343 811	24 935 814
2013	82 056 849	17 887 443	37 511 730	26 657 676
2014	80 033 454	17 689 201	38 465 974	23 878 279
2015	81 986 323	20 106 281	37 520 254	24 359 788
2016	86 586 826	20 110 481	41 691 038	24 785 307
2017	85 255 847	21 324 763	37 696 836	26 234 248
2018	88 418 390	20 443 494	36 688 711	31 286 185

Erläuterung zur Tabelle:

Total: Berücksichtigt wurden ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlungen der Vertragsspitäler.

Staatsbeiträge: Die Staatsbeiträge an die Spitäler ergeben sich aus der Beteiligung an stationären Spitalaufenthalten. Der Betrag von CHF 26.6 Mio. für das Jahr 2013 beinhaltet den Sanierungskredit an das Liechtensteinische Landesspital von CHF 3.1 Mio.

Spitalentlassungen pro 1 000 Einwohner in Vertragsspitalern nach Aufenthaltsart und Spitaltyp seit 2009

Tabelle 8.25

	Total	Aufenthaltsart		Spitaltyp			
		ambulant	stationär	Grundversorgung	Psychiatrie	Rehabilitation andere Spezialkliniken	
2009	357	*	*	334	6	10	7
2010	744	*	*	690	11	10	33
2011	729	565	164	677	13	11	27
2012	675	499	176	614	17	13	31
2013	695	519	176	635	17	12	32
2014	682	507	175	623	18	11	30
2015	704	535	168	626	16	9	53
2016	807	618	188	717	19	12	59
2017	763	591	172	668	19	10	66
2018	891	718	173	797	18	10	66

Erläuterung zur Tabelle:

Total Spitalentlassungen: Berücksichtigt wurden ambulante und stationäre Behandlungen der Vertragsspitäler von Liechtenstein. Die höheren Zahlen ab dem Jahr 2010 sind auf zehn Vertragsspitäler zurückzuführen, die vorher ambulante Spitalentlassungen nicht gemeldet hatten.

Total Spitalentlassungen: Die Anzahl der Spitalentlassungen ist 2012 tiefer, weil die Einführung des SwissDRG zu verzögerten Abrechnungen führte.

Kosten pro Spitalentlassung in Vertragsspitalern seit 2009

Tabelle 8.26

	Total	ambulant	stationär
	in CHF		
2009	3 105	866	9 626
2010	2 374	650	7 820
2011	2 434	716	8 351
2012	2 852	821	8 613
2013	3 180	928	9 834
2014	3 141	933	9 562
2015	3 098	998	9 779
2016	2 839	860	9 339
2017	2 933	947	9 756
2018	2 586	742	10 242

Erläuterung zur Tabelle:

Total: Berücksichtigt wurden ambulante und stationäre Behandlungen der Vertragsspitäler von Liechtenstein. Die tieferen Kosten pro Spitalentlassung ab 2010 beruhen darauf, dass vorher zehn Vertragsspitäler keine ambulanten Spitalentlassungen gemeldet hatten.

Stationär: Bei den stationären Kosten werden die Staatsbeiträge mitberücksichtigt.

Bruttoleistungen pro versicherte Person pro Versicherungsmonat seit 2016

Tabelle 8.27

	Alle Versicherten			Frauen (ab 17 Jahren)			Männer (ab 17 Jahren)		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Altersgruppe									
ab 17 Jahren	411	410	397	460	462	432	362	358	362
Alle Altersgruppen	361	361	351						
0 - 16	111	111	112	*	*	*	*	*	*
17 - 25	189	182	151	230	211	167	149	154	136
26 - 30	214	215	193	243	260	231	186	173	159
31 - 35	235	232	235	320	304	326	158	164	145
36 - 40	247	249	221	321	319	279	180	185	166
41 - 45	238	249	241	304	305	295	174	194	190
46 - 50	275	277	268	319	327	304	234	230	235
51 - 55	358	364	312	398	425	342	319	306	283
56 - 60	440	412	396	457	436	403	424	389	390
61 - 65	509	527	485	510	539	479	507	515	491
66 - 70	674	680	622	627	650	562	719	709	683
71 - 75	772	727	799	754	687	732	791	769	868
76 - 80	989	921	956	907	873	899	1085	980	1029
81 - 85	1227	1193	1246	1294	1254	1211	1121	1099	1294
86 - 90	1527	1548	1436	1593	1658	1527	1395	1339	1283
91+	2256	2220	2127	2284	2305	2169	2162	1919	1982

Kostenbeteiligung pro versicherte Person pro Versicherungsmonat seit 2016

Tabelle 8.28

	Alle Versicherten			Frauen (ab 17 Jahren)			Männer (ab 17 Jahren)		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Altersgruppe									
Gesamt	23	41	42	29	52	54	25	44	46
0 - 16	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17 - 25	15	24	25	17	27	29	13	21	22
26 - 30	26	43	44	31	51	51	22	36	36
31 - 35	27	43	46	33	52	55	22	35	37
36 - 40	28	45	46	32	53	53	25	39	40
41 - 45	28	48	50	32	56	59	25	41	42
46 - 50	29	50	51	32	57	57	27	43	46
51 - 55	31	54	56	34	58	62	29	50	51
56 - 60	33	57	58	34	59	59	32	55	57
61 - 65	33	59	59	32	57	58	33	61	60
66 - 70	24	51	52	24	50	50	25	52	53
71 - 75	25	55	57	25	54	55	26	57	60
76 - 80	27	61	61	27	60	59	28	62	64
81 - 85	28	64	65	29	64	66	28	63	64
86 - 90	31	70	70	30	69	71	34	70	70
91+	33	75	80	32	73	77	38	83	87

Erläuterung zur Tabelle:

2017: Aufgrund der Revision des Krankenversicherungsgesetzes (LGBI. 2016, Nr. 2), die am 1.1.2017 Gültigkeit erlangte, erhöhte sich die Kostenbeteiligung für die Versicherten (Details siehe Begriffserklärungen: Kostenbeteiligung).

9 Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG)

Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen der OKG seit 2009

Tabelle 9.1

	Versicherungs- ertrag	Versicherungs- aufwand	Betriebs- aufwand	Versicherungs- und Betriebs- aufwand	Betriebs- ergebnis	Neutraler Aufwand und Ertrag	Gesamt- ergebnis
	6	3	4	= 3+4	=6-3-4	7	= 6-3-4+7
in CHF							
2009	23 255 649	-21 230 086	-2 613 275	-23 843 362	-587 712	647 400	59 688
2010	23 239 065	-20 789 753	-2 744 879	-23 534 632	-295 567	180 775	-114 792
2011	23 280 699	-21 513 769	-2 815 415	-24 329 185	-1 048 485	-206 520	-1 255 005
2012	25 903 654	-25 091 412	-2 580 147	-27 671 559	-1 767 905	225 312	-1 542 594
2013	26 050 648	-26 523 723	-2 825 390	-29 349 114	-3 298 465	172 322	-3 126 143
2014	27 726 941	-25 416 120	-2 546 400	-27 962 519	-235 579	891 714	656 135
2015	28 880 596	-24 420 789	-2 568 394	-26 989 183	1 891 413	-627	1 890 786
2016	32 864 963	-26 760 682	-2 903 542	-29 664 224	3 200 740	227 192	3 427 931
2017	35 147 921	-27 980 846	-2 981 371	-30 962 217	4 185 703	437 661	4 623 365
2018	37 840 936	-29 237 135	-3 311 485	-32 548 620	5 292 315	-772 714	4 519 601
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	7.7	4.5	11.1	5.1	26.4	*	-2.2
Ø jährliche Veränderung seit 2009 in %	5.6	3.6	2.7	3.5	*	*	61.7

Prämien und Nettoleistungen der OKG nach Geschlecht seit 2009

Tabelle 9.2

	Prämien			Nettoleistungen			
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	davon Mutterschaft	Männer
in CHF							
2009	23 361 553	7 824 431	15 537 122	19 593 786	8 931 612	3 512 880	10 662 174
2010	23 055 577	7 798 624	15 256 953	20 614 359	8 968 172	3 577 797	11 646 187
2011	23 443 319	7 207 600	16 235 719	21 481 910	10 037 151	3 591 995	11 444 758
2012	25 887 184	8 203 309	17 683 875	24 630 425	11 375 630	4 246 747	13 254 795
2013	26 374 025	8 082 688	18 291 337	25 904 044	11 007 707	4 179 873	14 896 337
2014	28 149 936	8 368 752	19 781 184	25 321 541	12 446 008	4 545 661	12 875 534
2015	29 343 373	8 724 723	20 618 650	24 209 174	11 583 183	4 231 326	12 625 991
2016	33 242 616	10 078 007	23 164 609	26 702 511	13 625 430	5 031 621	13 077 081
2017	35 404 163	10 039 914	25 364 249	27 545 320	12 374 142	4 753 744	15 171 178
2018	38 144 544	11 070 666	27 073 878	29 446 871	12 729 657	5 005 868	16 717 213
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	7.7	10.3	6.7	6.9	2.9	5.3	10.2
Ø jährliche Veränderung seit 2009 in %	5.6	3.9	6.4	4.6	4.0	4.0	5.1

Anzahl ausbezahlte Taggelder der OKG seit 2009

Tabelle 9.3

	Wartefrist in Tagen						
	Gesamt	0 - 1 Tag	2 - 30 Tage	31 - 60 Tage	61 - 90 Tage	91 - 180 Tage	181 - 360 Tage
2009	167 382	16 116	105 081	22 530	14 101	9 096	458
2010	169 123	14 274	108 876	21 289	18 384	6 394	-94
2011	183 130	14 112	117 108	20 809	19 977	11 079	44
2012	208 868	14 631	138 453	20 478	20 640	14 093	574
2013	215 727	20 910	134 469	18 774	28 270	11 870	1 433
2014	206 251	17 121	127 307	23 338	30 349	4 528	3 609
2015	192 154	11 018	117 158	25 154	32 278	3 545	3 000
2016	211 624	16 121	123 671	29 130	33 399	4 560	4 743
2017	210 485	18 405	125 531	28 083	30 447	3 751	4 269
2018	221 698	21 049	132 727	28 243	31 975	3 570	4 133
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	5.3	14.4	5.7	0.6	5.0	-4.8	-3.2
Ø jährliche Veränderung seit 2009 in %	3.2	3.0	2.6	2.5	9.5	-9.9	27.7

Ausbezahlte Taggelder der OKG seit 2009

Tabelle 9.4

	Wartefrist in Tagen						
	Gesamt	0 - 1 Tag	2 - 30 Tage	31 - 60 Tage	61 - 90 Tage	91 - 180 Tage	181 - 360 Tage
in CHF							
2009	19 593 786	1 554 245	11 525 119	2 971 155	2 201 770	1 265 330	76 167
2010	20 614 360	1 445 581	12 613 354	2 909 463	2 522 176	1 153 393	-29 607
2011	21 481 910	1 875 857	13 049 764	2 684 229	2 409 758	1 447 713	14 589
2012	24 630 424	2 528 812	15 204 112	2 540 891	2 456 073	1 821 955	78 581
2013	25 904 044	3 170 988	15 385 066	2 412 006	3 161 172	1 624 079	150 732
2014	25 321 542	2 574 013	14 081 426	3 218 531	3 774 416	493 320	1 179 836
2015	24 209 174	2 450 542	13 076 925	3 433 412	3 720 478	369 559	1 158 258
2016	26 702 511	2 693 089	14 262 336	4 016 997	3 782 750	493 753	1 453 587
2017	27 545 320	4 124 200	14 183 548	4 405 537	3 755 382	494 883	581 770
2018	29 446 871	4 500 014	15 558 945	4 519 240	3 943 275	516 973	408 424
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	6.9	9.1	9.7	2.6	5.0	4.5	-29.8
Ø jährliche Veränderung seit 2009 in %	4.6	12.5	3.4	4.8	6.7	-9.5	20.5

10 Freiwillige Versicherungen (FV)

Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen der Freiwilligen Versicherungen seit 2009

Tabelle 10.1

	Versicherungs- ertrag	Versicherungs- aufwand	Betriebs- aufwand	Versicherungs- und Betriebsaufwand	Betriebs- ergebnis	Neutraler Aufwand und Ertrag	Gesamt- ergebnis
	6	3	4	= 3+4	=6-3-4	7	= 6-3-4+7
in CHF							
2009	36 026 882	-31 528 812	-8 318 706	-39 847 518	-3 820 636	1 565 535	-2 255 101
2010	41 982 750	-32 245 542	-11 065 417	-43 310 959	-1 328 209	466 970	-861 239
2011	43 135 649	-32 863 953	-8 982 856	-41 846 808	1 288 841	-647 924	640 917
2012	45 749 813	-33 000 070	-9 695 416	-42 695 486	3 054 327	594 758	3 649 085
2013	48 325 429	-37 866 214	-9 877 745	-47 743 959	581 469	269 497	850 966
2014	46 236 905	-36 560 594	-8 624 079	-45 184 672	1 052 233	1 556 661	2 608 893
2015	47 464 466	-35 694 549	-8 629 222	-44 323 770	3 140 695	-44 500	3 096 195
2016	49 990 013	-37 114 382	-9 217 692	-46 332 073	3 657 940	340 081	3 998 021
2017	52 542 685	-37 412 976	-9 531 174	-46 944 150	5 598 535	504 043	6 102 578
2018	54 376 803	-35 135 356	-9 899 186	-45 034 542	9 342 261	-1 584 473	7 757 788
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	3.5	-6.1	3.9	-4.1	66.9	*	27.1
Ø jährliche Veränderung seit 2009 in %	4.7	1.2	2.0	1.4	*	*	*

Prämien und Bruttoleistungen der Freiwilligen Versicherungen nach Geschlecht seit 2009

Tabelle 10.2

	Prämien			Bruttoleistungen			
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	davon Mutter- schaft	Männer
in CHF							
2009	36 328 105	19 332 611	16 995 495	31 390 931	17 369 621	945 903	14 021 310
2010	40 584 401	21 593 838	18 990 562	32 104 940	18 046 611	811 487	14 058 329
2011	43 520 901	23 165 441	20 355 460	32 270 946	18 522 839	951 541	13 748 107
2012	46 008 346	24 509 808	21 498 538	31 930 871	18 076 483	884 044	13 854 388
2013	48 657 720	25 928 597	22 729 122	36 846 226	19 824 866	842 421	17 021 360
2014	46 625 078	24 725 469	21 899 609	36 272 441	20 426 283	954 478	15 846 158
2015	47 906 780	25 429 986	22 476 794	36 106 252	19 759 495	733 838	16 346 756
2016	50 486 783	26 812 084	23 674 699	37 895 839	20 926 762	866 504	16 969 077
2017	52 922 614	28 149 496	24 773 118	36 680 087	20 090 690	764 844	16 589 397
2018	54 720 535	29 139 354	25 581 181	34 764 839	18 433 629	797 567	16 331 209
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	3.4	3.5	3.3	-5.2	-8.2	4.3	-1.6
Ø jährliche Veränderung seit 2009 in %	4.7	4.7	4.6	1.1	0.7	-1.9	1.7

11 Gesamtgeschäft der Krankenversicherer

Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen 2009 - 2013 (Teil 1)

Tabelle 11.1a

		2009	2010	2011	2012	2013
Kontobezeichnung	Konto					
Ertrag						
Prämien Obligatorische Krankenpflegeversicherung	60	79 878 008	83 487 554	90 058 786	93 498 156	97 164 302
Prämien Obligatorische Krankengeldversicherung	61	23 361 553	23 055 577	23 443 319	25 887 184	26 374 025
Prämien freiwillige Versicherungen	63	36 328 105	40 584 401	43 520 901	46 008 346	48 657 720
Prämiensoll	= 60 bis 63	139 567 667	147 127 532	157 023 007	165 393 686	172 196 047
Erlösminderung auf Prämien	64	-371 088	-269 497	-350 160	-215 632	-619 724
Andere Prämienanteile	65	-38 686	-394 081	118 427	-34 818	-65 111
Bruttoprämien	= 60 bis 65	139 157 893	146 463 954	156 791 274	165 143 236	171 511 212
Prämienanteile der Rückversicherer	66	-220 417	-421 429	-466 252	-260 820	-335 203
Eigene Versicherungsprämien	= 60 bis 66	138 937 476	146 042 525	156 325 022	164 882 416	171 176 008
Staatsbeiträge	67	59 030 287	64 914 687	61 131 675	62 819 695	60 723 480
Sonstige Betriebserträge	69	-1 389	4 903 319	9 005	233	1 844
Versicherungsertrag	= 6	197 966 374	215 860 531	217 465 702	227 702 344	231 901 332
Aufwand						
Obligatorischen Krankenpflegeversicherung	300	-135 556 263	-137 542 777	-143 240 061	-143 289 471	-164 063 245
Kostenbeteiligung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung	302	9 164 047	9 351 883	9 596 018	9 751 259	10 349 301
Obligatorische Krankengeldversicherung	31	-19 593 786	-20 614 360	-21 481 910	-24 630 425	-25 904 044
Freiwillige Versicherungen	331	-31 390 931	-32 104 940	-32 270 946	-31 930 871	-36 846 226
Kostenbeteiligung der freiwilligen Versicherungen	332	94 368	86 657	93 566	107 274	93 184
Nettoleistungen	= 30 bis 33	-177 282 565	-180 823 536	-187 303 332	-189 992 234	-216 371 030
Veränderung der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	35	1 783 831	-3 383 794	-8 150 070	-3 195 712	-6 854 790
Nettoleistungen nach Rückstellungen	= 30 bis 35	-175 498 734	-184 207 330	-195 453 402	-193 187 946	-223 225 820
Leistungsanteile der Rückversicherer	36	74 571	312 542	269 662	93 309	204 281
Risikoausgleich	37	-88 558	-103 374	124 058	-25 881	244 599
Veränderung der gesetzlichen Mindestreserven	38	-3 358 200	-181 400	-	-750 300	-130 800
Versicherungsaufwand	= 3	-178 870 920	-184 179 563	-195 059 682	-193 870 818	-222 907 739
Personalaufwand inkl. Sozialleistungen	400	-3 753 061	-3 531 428	-3 803 774	-3 713 965	-12 910 936
Verwaltungsräumlichkeiten, Unterhalt, Reparaturen sowie Ersatz von Betriebseinrichtungen	410	-339 711	-313 927	-324 407	-328 267	-1 066 679
EDV-Kosten	420	-1 264 857	-1 208 562	-1 174 708	-1 189 471	-1 123 106
Versicherungsprämien und Verbandsbeiträge	430	-120 300	-122 084	-126 434	-124 404	-86 685
Übriger Verwaltungsaufwand	440	-12 555 856	-12 681 473	-12 809 626	-13 085 139	-3 787 485
Marketing und Werbung inkl. Provisionen	450	-382 100	-288 861	-237 595	-344 931	-1 898 195
Erhaltene Verwaltungsentschädigung	460	58 104	49 764	54 566	53 103	105 108
Verwaltungsaufwand	= 40 bis 46	-18 357 780	-18 096 570	-18 421 978	-18 733 073	-20 767 978
Sonstige Aufwendungen für Leistungen	47	-232 459	-225 533	-229 896	-394 041	-445 327
Abschreibungen auf Anlagevermögen	48	-319 295	-357 680	-649 086	-590 646	-35 469
Sonstige Betriebsaufwendungen	49	-34 785	-2 400 000	-	-	-
Betriebsaufwand	= 4	-18 944 319	-21 079 783	-19 300 960	-19 717 760	-21 248 774
Versicherungs- und Betriebsaufwand	= 3+4	-197 815 239	-205 259 346	-214 360 642	-213 588 578	-244 156 513
Betriebsergebnis	=6-3-4	151 135	10 601 186	3 105 060	14 113 765	-12 255 181
Neutraler Aufwand und Ertrag	7	5 018 177	1 753 367	-2 484 074	2 337 985	1 268 877
Gesamtergebnis		5 169 312	12 354 553	620 987	16 451 750	-10 986 304

Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen 2014 - 2018 (Teil 2)

Tabelle 11.1b

		2014	2015	2016	2017	2018
Kontobezeichnung	Konto					
Ertrag						
Prämien Obligatorische Krankenpflegeversicherung	60	114 437 483	130 396 838	137 296 401	128 355 832	129 595 264
Prämien Obligatorische Krankengeldversicherung	61	28 149 936	29 343 373	33 242 616	35 404 163	38 144 544
Prämien freiwillige Versicherungen	63	46 625 078	47 906 780	50 486 783	52 922 614	54 720 535
Prämiensoll	= 60 bis 63	189 212 497	207 646 991	221 025 799	216 682 609	222 460 342
Erlösminderung auf Prämien	64	-807 276	-1 330 015	-839 922	-723 426	-221 902
Andere Prämienanteile	65	-157 984	-96 934	-31 720	-66 615	-65 838
Bruttoprämien	= 60 bis 65	188 247 237	206 220 042	220 154 158	215 892 568	222 172 603
Prämienanteile der Rückversicherer	66	-426 433	-400 595	-594 474	-408 809	-649 940
Eigene Versicherungsprämien	= 60 bis 66	187 820 804	205 819 447	219 559 684	215 483 759	221 522 663
Staatsbeiträge	67	49 490 955	39 679 595	41 955 551	39 264 048	36 102 068
Sonstige Betriebserträge	69	488	1 796	2 817	2 496	2 018
Versicherungsertrag	= 6	237 312 247	245 500 838	261 518 052	254 750 302	257 626 749
Aufwand						
Obligatorischen Krankenpflegeversicherung	300	-166 225 895	-167 317 275	-170 108 927	-171 919 012	-168 248 513
Kostenbeteiligung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung	302	10 440 953	10 636 290	10 679 956	19 207 280	19 928 803
Obligatorische Krankengeldversicherung	31	-25 321 541	-24 209 174	-26 702 511	-27 545 320	-29 446 871
Freiwillige Versicherungen	331	-36 272 441	-36 106 252	-37 895 839	-36 680 087	-34 764 839
Kostenbeteiligung der freiwilligen Versicherungen	332	111 219	118 221	124 027	140 139	169 644
Nettoleistungen	= 30 bis 33	-217 267 705	-216 878 190	-223 903 294	-216 797 000	-212 361 775
Veränderung der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	35	37 125	-3 577 393	-203 279	314 697	-129 215
Nettoleistungen nach Rückstellungen	= 30 bis 35	-217 230 580	-220 455 582	-224 106 573	-216 482 303	-212 490 990
Leistungsanteile der Rückversicherer	36	161 826	258 280	442 032	288 711	393 554
Risikoausgleich	37	-251 371	-1 945	-100 679	1 401 143	-827 327
Veränderung der gesetzlichen Mindestreserven	38	-2 237 800	-	-526 099	-248 300	-849 600
Versicherungsaufwand	= 3	-219 557 925	-220 199 247	-224 291 319	-215 040 749	-213 774 363
Personalaufwand inkl. Sozialleistungen	400	-11 499 588	-11 684 782	-12 534 395	-13 186 573	-13 041 264
Verwaltungsräumlichkeiten, Unterhalt, Reparaturen sowie Ersatz von Betriebseinrichtungen	410	-1 218 736	-1 043 971	-1 309 834	-1 311 350	-1 289 916
EDV-Kosten	420	-1 135 330	-1 139 419	-1 256 987	-1 535 432	-1 601 794
Versicherungsprämien und Verbandsbeiträge	430	-183 976	-182 299	-186 240	-172 440	-212 139
Übriger Verwaltungsaufwand	440	-3 723 487	-3 561 888	-3 421 635	-3 587 348	-3 588 034
Marketing und Werbung inkl. Provisionen	450	-1 761 193	-2 096 243	-2 444 470	-2 340 929	-2 987 784
Erhaltene Verwaltungsentschädigung	460	118 670	157 290	310 988	330 562	225 699
Verwaltungsaufwand	= 40 bis 46	-19 403 640	-19 551 312	-20 842 574	-21 803 510	-22 495 232
Sonstige Aufwendungen für Leistungen	47	-410 874	-243 611	-472 713	-553 779	-340 556
Abschreibungen auf Anlagevermögen	48	-30 513	-27 397	-31 166	-47 557	-57 203
Sonstige Betriebsaufwendungen	49	-	-	-	-3 636	-20 972
Betriebsaufwand	= 4	-19 845 028	-19 822 319	-21 346 454	-22 408 483	-22 913 963
Versicherungs- und Betriebsaufwand	= 3+4	-239 402 953	-240 021 566	-245 637 772	-237 449 232	-236 688 325
Betriebsergebnis	=6-3-4	-2 090 705	5 479 272	15 880 280	17 301 070	20 938 424
Neutraler Aufwand und Ertrag	7	7 635 055	-93 689	1 810 336	2 734 099	-13 646 392
Gesamtergebnis		5 544 350	5 385 583	17 690 616	20 035 169	7 292 031

Reserven der Krankenkassen per 31. Dezember seit 2009

Tabelle 11.2

	Total	OKP	OKG	FV	Übriges Eigenkapital und nicht verteilte Gewinne
	in CHF				
2009	53 407 565	23 616 498	8 501 618	20 761 201	528 247
2010	61 055 441	34 362 578	7 784 180	18 286 567	622 115
2011	61 676 427	35 842 415	6 535 825	18 945 955	352 232
2012	82 141 737	53 815 656	5 096 762	22 996 560	232 759
2013	71 286 233	44 887 340	2 329 322	23 534 674	534 898
2014	79 068 383	53 404 259	2 923 747	22 262 056	478 321
2015	84 453 966	54 908 259	4 958 595	23 835 019	752 093
2016	102 670 681	66 174 120	7 754 898	27 684 067	1 057 597
2017	122 954 151	76 285 624	13 187 655	33 527 249	-46 376
2018	129 001 883	71 317 846	16 632 517	41 051 520	-
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	4.9	-6.5	26.1	22.4	*
Ø jährliche Veränderung seit 2009 in %	10.3	13.1	7.7	7.9	*

Erläuterung zur Tabelle:

Reserven OKP und FV: Per 1.1.2014 wurde die erweiterte OKP eingeführt. Seit 2014 werden deshalb die Reserven der ehemals freiwilligen Versicherung nach Art. 16 Abs. 2 KVG nicht mehr unter den freiwilligen Versicherungen geführt, sondern werden der OKP zugewiesen. Das erklärt einen Teil des Anstiegs der Reserven der OKP.

Rückstellungen der Krankenkassen per 31. Dezember seit 2009

Tabelle 11.3

	Versicherungstechnische Rückstellungen				Rückstellungen für Überschuss- beteiligungen	Risikoausgleich	Fonds
	Versicherungs- technische Rückstellungen	Ordentliche OKP	OKG	FV			
in CHF							
2009	55 463 753	35 235 560	2 649 964	10 032 538	-	3 300 000	4 245 691
2010	58 907 163	35 384 519	2 825 357	9 870 899	-	3 300 000	7 526 387
2011	66 741 549	42 346 494	2 757 217	10 097 135	-	3 300 000	8 240 704
2012	71 551 244	42 622 537	2 718 204	10 455 816	2 100 000	1 800 000	11 854 687
2013	79 777 134	48 040 194	3 337 883	12 553 269	2 200 000	1 800 000	11 845 787
2014	81 762 476	49 347 293	3 432 462	13 114 467	3 700 000	1 800 000	10 368 254
2015	85 551 478	50 814 079	3 644 077	13 008 344	3 650 000	2 500 000	11 934 978
2016	86 740 581	51 238 386	4 424 247	13 177 146	4 300 000	2 500 000	11 100 802
2017	84 806 363	49 426 037	5 159 773	13 589 273	1 700 000	2 500 000	12 431 280
2018	94 292 801	48 838 101	5 550 037	12 816 159	9 350 000	2 500 000	15 238 504
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	11.2	-1.2	7.6	-5.7	450.0	-	22.6
Ø jährliche Veränderung seit 2009 in %	6.1	3.7	8.6	2.8	*	-3.0	15.3

Erläuterung zur Tabelle:

2018: Bei den Rückstellungen für Überschussbeteiligungen sind CHF 7 850 000 für Reserverauszahlungen enthalten.

12 Arzneimittel

Arzneimittel und Anteil der Generika seit 2010

Tabelle 12

	Anzahl Packungen	Anteil Generika an der Anzahl Packungen in %	Umsatz in CHF (Marktpreis)	Anteil Generika am Umsatz in % (Marktpreis)	Umsatz in CHF (Werkpreis)	Anteil Generika am Umsatz in % (Werkpreis)
2010	441 482	13.1	18 435 752	9.9	12 131 570	8.8
2011	489 359	13.1	24 226 312	8.6	16 893 355	7.3
2012	418 018	14.3	19 011 664	10.5	12 864 469	9.3
2013	545 316	16.1	23 208 980	14.5	15 475 743	13.2
2014	523 806	16.5	23 910 857	14.2	16 086 023	12.6
2015	552 001	18.1	25 523 663	14.4	17 353 312	13.2
2016	518 707	18.5	25 431 986	14.7	17 513 434	13.4
2017	496 501	18.8	25 453 363	15.2	17 737 589	13.8
2018	499 467	20.0	25 319 696	16.4	17 322 960	14.6

Erläuterung zur Tabelle:

Anzahl Packungen/Umsatz 2010 bis 2012: Da die Informationen dieser Tabelle nicht von allen Krankenversicherern geliefert wurden und nicht alle Ärzte elektronisch abrechneten, deckten die Anzahl der Packungen beziehungsweise der Umsatz nur rund 80% der erstatteten Arzneimittel ab.

Anteil Generika am Umsatz in %: Als Berechnungsbasis werden die Verkaufspreise im Dezember genommen. Preisänderungen während des Jahres werden nicht berücksichtigt.

Umsatz zu Marktpreisen: Die Differenz zu den Angaben der Versicherer (Tabelle 8.15) ergibt sich einerseits dadurch, dass bei den Arzneimitteln in der Tabelle 12 auch die Arzneimittel der Spitäler dabei sind, welche bei den Angaben der Versicherer in den Spitälern (ambulant) enthalten sind. Andererseits rechnen nicht alle Apotheken und Arztapotheken elektronisch ab, was zu einer leichten Untererfassung führt.

13 Prämienverbilligung

Anzahl Bezüger nach Altersgruppe und Geschlecht seit 2009

Tabelle 13.1

	Alle Bezüger			17 - 25 Jahre			26 - 65 Jahre			65+ Jahre		
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
2009	4 262	2 622	1 640	375	174	201	1 881	1 141	740	2 006	1 307	699
2010	4 472	2 705	1 767	443	188	255	2 052	1 225	827	1 977	1 292	685
2011	4 288	2 615	1 673	390	175	215	1 937	1 145	792	1 961	1 295	666
2012	4 322	2 633	1 689	391	166	225	1 939	1 149	790	1 992	1 318	674
2013	4 055	2 482	1 573	320	147	173	1 753	1 034	719	1 982	1 301	681
2014	2 708	1 639	1 069	329	155	174	1 373	760	613	1 006	724	282
2015	2 708	1 625	1 083	330	169	161	1 377	741	636	1 001	715	286
2016	2 848	1 657	1 191	341	172	169	1 555	828	727	952	657	295
2017	2 788	1 615	1 173	335	147	188	1 489	790	699	964	678	286
2018	2 857	1 666	1 191	345	159	186	1 518	827	691	994	680	314
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	2.5	3.2	1.5	3.0	8.2	-1.1	1.9	4.7	-1.1	3.1	0.3	9.8
Ø jährliche Veränderung seit 2009 in %	-4.3	-4.9	-3.5	-0.9	-1.0	-0.9	-2.4	-3.5	-0.8	-7.5	-7.0	-8.5

Erläuterung zu den Tabellen der Prämienverbilligung:

2014: Per 1. Januar 2014 wurden die gesetzlichen Bestimmungen für den Bezug der Prämienverbilligung für AHV- und IV-Renterinnen und Rentner geändert (vgl. Änderung Art. 24b Abs. 2a KVG, LGBl. 2013 Nr. 66). Vorher war bei AHV- und IV-Renten für die Prämienverbilligung ein Freibetrag von 70% abzuziehen, welcher seit dem 1. Januar 2014 entfällt. Aus diesem Grund sind seit 2014 weniger Personen berechtigt, Prämienverbilligungen zu beziehen.

Ausbezahlte Prämienverbilligungen nach Altersgruppe und Geschlecht seit 2009

Tabelle 13.2

	Alle Bezüger			17 - 25 Jahre			26 - 65 Jahre			65+ Jahre		
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
	in Tsd. CHF											
2009	5 770	3 658	2 113	305	153	152	2 244	1 377	868	3 221	2 128	1 093
2010	5 924	3 726	2 199	315	143	172	2 366	1 437	929	3 244	2 146	1 098
2011	6 304	3 966	2 338	336	146	190	2 543	1 536	1 007	3 426	2 284	1 141
2012	6 585	4 138	2 447	356	155	201	2 679	1 615	1 064	3 550	2 368	1 182
2013	6 731	4 204	2 527	355	163	192	2 750	1 637	1 113	3 626	2 404	1 222
2014	4 415	2 689	1 726	390	183	207	2 302	1 277	1 025	1 723	1 229	494
2015	5 026	3 005	2 021	448	226	222	2 621	1 398	1 223	1 958	1 381	577
2016	5 668	3 289	2 379	567	280	286	3 152	1 681	1 471	1 950	1 328	622
2017	5 156	2 989	2 167	498	219	279	2 818	1 489	1 328	1 841	1 282	559
2018	5 952	3 492	2 460	574	274	300	3 268	1 788	1 480	2 110	1 430	680
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	15.4	16.8	13.5	15.3	25.6	7.3	16.0	20.1	11.4	14.6	11.6	21.7
Ø jährliche Veränderung seit 2009 in %	0.3	-0.5	1.7	7.3	6.7	7.8	4.3	2.9	6.1	-4.6	-4.3	-5.1

Erläuterung zur Tabelle:

2018: Seit 2018 ist in der Prämienverbilligung neben der Förderung von Prämien auch die Förderung von Kostenbeteiligung enthalten.

Ausbezahlte Prämienverbilligung pro Bezüger nach Altersgruppe und Geschlecht seit 2009

Tabelle 13.3

	Alle Bezüger			17 - 25 Jahre			26 - 65 Jahre			65+ Jahre		
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
	in CHF											
2009	1 354	1 395	1 288	813	879	757	1 193	1 206	1 173	1 606	1 628	1 564
2010	1 325	1 377	1 244	710	761	673	1 153	1 173	1 123	1 641	1 661	1 603
2011	1 470	1 517	1 397	861	834	884	1 313	1 341	1 271	1 747	1 764	1 714
2012	1 524	1 572	1 449	910	934	893	1 382	1 406	1 347	1 782	1 797	1 754
2013	1 660	1 694	1 606	1 109	1 108	1 111	1 569	1 584	1 547	1 829	1 848	1 795
2014	1 630	1 641	1 615	1 185	1 180	1 190	1 677	1 680	1 672	1 713	1 697	1 752
2015	1 856	1 849	1 866	1 357	1 335	1 380	1 903	1 887	1 922	1 956	1 932	2 016
2016	1 990	1 985	1 998	1 662	1 631	1 694	2 027	2 030	2 024	2 048	2 021	2 109
2017	1 849	1 851	1 847	1 486	1 487	1 486	1 892	1 885	1 901	1 909	1 891	1 954
2018	2 083	2 096	2 065	1 664	1 726	1 611	2 153	2 162	2 141	2 123	2 103	2 166
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	12.7	13.3	11.8	12.0	16.1	8.4	13.8	14.7	12.6	11.2	11.2	10.9
Ø jährliche Veränderung seit 2009 in %	4.9	4.6	5.4	8.3	7.8	8.8	6.8	6.7	6.9	3.2	2.9	3.7

Erläuterung zur Tabelle:

2018: Seit 2018 ist in der Prämienverbilligung neben der Förderung von Prämien auch die Förderung von Kostenbeteiligung enthalten.

Anzahl alleinstehende und alleinerziehende Bezüger nach Fördersatz und Geschlecht seit 2009

Tabelle 13.4

	Fördersatz Prämien / (Kostenbeteiligung seit 2018)								
	Alle Alleinstehenden/ Alleinerziehenden			60% / (40%)			40% / (30%)		
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
2009	2 683	1 843	840	2 083	1 425	658	600	418	182
2010	2 763	1 858	905	2 149	1 427	722	614	431	183
2011	2 715	1 833	882	2 085	1 412	673	630	421	209
2012	2 811	1 881	930	2 186	1 446	740	625	435	190
2013	2 654	1 786	868	2 100	1 401	699	554	385	169
2014	2 135	1 355	780	1 178	660	518	957	695	262
2015	2 147	1 351	796	1 219	665	554	928	686	242
2016	2 202	1 333	869	1 304	691	613	898	642	256
2017	2 158	1 304	854	1 288	669	619	870	635	235
2018	2 220	1 351	869	1 336	726	610	884	625	259
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	2.9	3.6	1.8	3.7	8.5	-1.5	1.6	-1.6	10.2
Ø jährliche Veränderung seit 2009 in %	-2.1	-3.4	0.4	-4.8	-7.2	-0.8	4.4	4.6	4.0

Erläuterung zur Tabelle:

Fördersatz 60% / 40%: 60% der Ausgaben für Prämien bzw. 40% der Ausgaben für Kostenbeteiligung werden bei Alleinstehenden/ Alleinerziehenden bei einem Einkommen bis CHF 42 000 (bis 31.12.2015: CHF 36 000) vergütet.

Fördersatz 40% / 30%: 40% der Ausgaben für Prämien bzw. 30% der Ausgaben für Kostenbeteiligung werden bei Alleinstehenden/ Alleinerziehenden bei einem Einkommen von CHF 42 001 bis CHF 57 000 (bis 31.12.2015: CHF 36 001 bis CHF 54 000) vergütet.

Lesebeispiel:

Fördersatz 60%: Bei 1 336 alleinstehenden/ alleinerziehenden Personen mit einem Einkommen bis CHF 30 000 wurden 60% der Prämienausgaben vergütet.

Fördersatz 30%: Bei 259 alleinstehenden/ alleinerziehenden Männern mit einem Einkommen von CHF 30 001 bis 45 000 wurde die Kostenbeteiligung 30% gefördert.

Anzahl verheiratete Bezüger nach Fördersatz und Geschlecht seit 2009

Tabelle 13.5

	Fördersatz Prämien / (Kostenbeteiligung)								
	Alle Verheirateten			60% / (40%)			40% / (30%)		
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
2009	1 579	779	800	977	490	487	602	289	313
2010	1 709	847	862	1 042	517	525	667	330	337
2011	1 573	782	791	975	482	493	598	300	298
2012	1 511	752	759	985	485	500	526	267	259
2013	1 401	696	705	919	453	466	482	243	239
2014	573	284	289	206	104	102	367	180	187
2015	561	274	287	219	104	115	342	170	172
2016	646	324	322	331	163	168	315	161	154
2017	630	311	319	309	155	154	321	156	165
2018	637	315	322	343	176	167	294	139	155
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	1.1	1.3	0.9	11.0	13.5	8.4	-8.4	-10.9	-6.1
Ø jährliche Veränderung seit 2009 in %	-9.6	-9.6	-9.6	-11.0	-10.8	-11.2	-7.7	-7.8	-7.5

Erläuterung zur Tabelle:

Fördersatz: Je nach Einkommensstufe werden 40% oder 60% der Prämienausgaben (bzw. 40% oder 30% der Kostenbeteiligung) vergütet, wobei sich das Einkommen aus dem steuerpflichtigen Erwerb sowie 1/20 des Reinvermögens zusammensetzt.

Fördersatz 60% / 40%: 60% der Ausgaben für Prämien bzw. 40% der Ausgaben für Kostenbeteiligung werden bei Verheirateten bei einem Einkommen bis CHF 42 000 (bis 31.12.2015: CHF 36 000) vergütet.

Fördersatz 40% / 30%: 40% der Ausgaben für Prämien bzw. 30% der Ausgaben für Kostenbeteiligung werden bei Verheirateten bei einem Einkommen von CHF 42 001 bis CHF 57 000 (bis 31.12.2015: CHF 36 001 bis CHF 54 000) vergütet.

Ausbezahlte Prämienverbilligung nach Zivilstand und Geschlecht seit 2009

Tabelle 13.6

	Alle Bezüger			Alleinstehend/ Alleinerziehend			Verheiratet		
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
	in CHF								
2009	5 770 204	3 657 555	2 112 650	3 588 157	2 568 913	1 019 244	2 182 047	1 088 642	1 093 405
2010	5 924 393	3 725 620	2 198 773	3 646 686	2 583 217	1 063 469	2 277 707	1 142 403	1 135 304
2011	6 304 356	3 966 340	2 338 016	3 931 228	2 783 403	1 147 825	2 373 128	1 182 937	1 190 191
2012	6 585 178	4 138 316	2 446 861	4 218 566	2 948 879	1 269 687	2 366 612	1 189 437	1 177 175
2013	6 730 772	4 203 931	2 526 841	4 389 280	3 024 680	1 364 601	2 341 492	1 179 251	1 162 240
2014	4 415 239	2 688 906	1 726 334	3 503 822	2 227 846	1 275 976	911 418	461 059	450 358
2015	5 026 285	3 005 006	2 021 278	4 034 335	2 517 762	1 516 572	991 950	487 244	504 706
2016	5 668 390	3 288 974	2 379 416	4 400 827	2 645 748	1 755 079	1 267 563	643 226	624 337
2017	5 156 147	2 989 416	2 166 730	4 011 050	2 413 990	1 597 060	1 145 097	575 426	569 671
2018	5 952 061	3 492 457	2 459 604	4 606 925	2 813 510	1 793 415	1 345 136	678 947	666 189
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	15.4	16.8	13.5	14.9	16.6	12.3	17.5	18.0	16.9
Ø jährliche Veränderung seit 2009 in %	0.3	-0.5	1.7	2.8	1.0	6.5	-5.2	-5.1	-5.4

Erläuterung zur Tabelle:

2018: Seit 2018 ist in der Prämienverbilligung neben der Förderung von Prämien auch die Förderung von Kostenbeteiligung enthalten.

Ausbezahlte Prämienverbilligung pro Bezüger nach Zivilstand und Geschlecht seit 2009

Tabelle 13.7

	Alle Bezüger			Alleinstehend/Alleinerziehend			Verheiratet		
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
	in CHF								
2009	1 354	1 395	1 288	1 337	1 394	1 213	1 382	1 397	1 367
2010	1 325	1 377	1 244	1 320	1 390	1 175	1 333	1 349	1 317
2011	1 470	1 517	1 397	1 448	1 518	1 301	1 509	1 513	1 505
2012	1 524	1 572	1 449	1 501	1 568	1 365	1 566	1 582	1 551
2013	1 660	1 694	1 606	1 654	1 694	1 572	1 671	1 694	1 649
2014	1 630	1 641	1 615	1 641	1 644	1 636	1 591	1 623	1 558
2015	1 856	1 849	1 866	1 879	1 864	1 905	1 768	1 778	1 759
2016	1 990	1 985	1 998	1 999	1 985	2 020	1 962	1 985	1 939
2017	1 849	1 851	1 847	1 859	1 851	1 870	1 818	1 850	1 786
2018	2 083	2 096	2 065	2 075	2 083	2 064	2 112	2 155	2 069
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	12.6	13.3	11.8	11.6	12.5	10.4	16.2	16.5	15.9
Ø jährliche Veränderung seit 2009 in %	4.9	4.6	5.4	5.0	4.6	6.1	4.8	4.9	4.7

Erläuterung zur Tabelle:

2018: Seit 2018 ist in der Prämienverbilligung neben der Förderung von Prämien auch die Förderung von Kostenbeteiligung enthalten.

Anzahl Bezüger nach Wohnort seit 2009 - Total

Tabelle 13.8.1

	Gesamt	Vaduz	Triesen	Balzers	Triesen- berg	Schaan	Planken	Eschen	Mauren	Gamprin	Ruggell	Schellen- berg	Ausland/ unbekannt
2009	4 262	609	543	450	353	654	37	566	479	156	192	115	108
2010	4 483	654	542	467	359	707	45	592	524	169	181	135	108
2011	4 288	595	551	440	357	647	39	601	489	177	177	120	95
2012	4 322	616	516	458	329	711	39	571	533	170	172	122	85
2013	4 055	604	505	434	320	654	29	507	483	163	167	101	88
2014	2 708	443	359	264	195	450	14	315	313	89	105	60	101
2015	2 708	460	355	262	180	462	12	327	299	102	100	72	77
2016	2 848	488	391	269	182	463	15	350	299	115	108	75	93
2017	2 788	465	374	275	174	468	23	344	302	103	94	96	70
2018	2 857	480	411	283	180	448	21	340	298	103	104	85	104

Anzahl Bezüger nach Wohnort seit 2009 - Frauen

Tabelle 13.8.2

	Gesamt	Vaduz	Triesen	Balzers	Triesen- berg	Schaan	Planken	Eschen	Mauren	Gamprin	Ruggell	Schellen- berg	Ausland/ unbekannt
2009	2 622	400	327	280	225	390	22	342	296	82	121	76	61
2010	2 712	418	324	290	218	416	29	353	318	91	111	83	61
2011	2 615	377	329	278	216	399	19	364	294	96	106	79	58
2012	2 633	395	303	295	202	429	21	358	315	87	104	77	47
2013	2 482	378	299	280	205	403	17	309	285	90	103	66	47
2014	1 639	273	212	173	125	277	6	184	170	50	66	42	61
2015	1 625	278	215	166	110	281	7	186	171	57	54	52	48
2016	1 657	302	220	158	109	274	6	201	164	70	59	51	43
2017	1 615	287	203	169	102	266	12	201	169	57	56	60	33
2018	1 666	289	238	165	103	256	10	206	171	57	59	56	56

Anzahl Bezüger nach Wohnort seit 2009 - Männer

Tabelle 13.8.3

	Gesamt	Vaduz	Triesen	Balzers	Triesen- berg	Schaan	Planken	Eschen	Mauren	Gamprin	Ruggell	Schellen- berg	Ausland/ unbekannt
2009	1 640	209	216	170	128	264	15	224	183	74	71	39	47
2010	1 771	236	218	177	141	291	16	239	206	78	70	52	47
2011	1 673	218	222	162	141	248	20	237	195	81	71	41	37
2012	1 689	221	213	163	127	282	18	213	218	83	68	45	38
2013	1 573	226	206	154	115	251	12	198	198	73	64	35	41
2014	1 069	170	147	91	70	173	8	131	143	39	39	18	40
2015	1 083	182	140	96	70	181	5	141	128	45	46	20	29
2016	1 191	186	171	111	73	189	9	149	135	45	49	24	50
2017	1 173	178	171	106	72	202	11	143	133	46	38	36	37
2018	1 191	191	173	118	77	192	11	134	127	46	45	29	48

Ausbezahlte Förderung von Prämien nach Wohnort seit 2009

Tabelle 13.9

	Gesamt	Vaduz	Triesen	Balzers	Triesen- berg	Schaan	Planken	Eschen	Mauren	Gamprin	Ruggell	Schellen- berg	Ausland/ Unbekannt
in Tsd. CHF													
2009	5 770	829	709	632	504	924	56	772	613	210	257	150	114
2010	5 924	876	731	637	530	939	60	790	626	209	245	172	111
2011	6 304	892	763	678	566	995	59	861	719	240	258	176	97
2012	6 585	956	792	695	544	1 109	66	880	767	247	261	171	96
2013	6 731	1 037	858	731	556	1 089	50	849	766	267	277	154	97
2014	4 415	745	592	421	322	725	23	545	517	149	167	93	116
2015	5 026	874	661	484	336	852	21	633	554	185	186	128	111
2016	5 668	990	794	529	358	925	28	724	594	231	217	141	138
2017	5 156	899	698	507	318	849	41	646	554	195	168	180	99
2018	5 952	1 064	855	599	364	931	43	708	627	207	208	188	158

Erläuterung zur Tabelle:

2018: Seit 2018 ist in der Prämienverbilligung neben der Förderung von Prämien auch die Förderung von Kostenbeteiligung enthalten.

Bezügerquote nach Wohnort seit 2009

Tabelle 13.10

	Gesamt	Vaduz	Triesen	Balzers	Triesenberg	Schaan	Planken	Eschen	Mauren	Gamprin	Ruggell	Schellenberg
in %												
2009	14.6	13.8	14.0	12.3	16.9	13.7	11.1	16.9	15.3	12.4	12.4	14.5
2010	14.9	14.5	13.7	12.6	16.3	14.6	13.1	17.3	16.1	13.0	11.3	16.6
2011	14.2	13.2	13.8	11.9	15.8	13.2	11.3	17.3	14.9	13.3	10.6	14.6
2012	14.1	13.6	12.6	12.2	14.5	14.2	11.2	16.2	15.8	12.9	10.3	14.8
2013	13.0	12.9	12.1	11.5	14.2	13.0	8.4	14.4	14.1	12.3	9.9	12.0
2014	8.6	9.4	8.5	7.0	8.7	8.9	4.1	8.8	9.1	6.7	6.1	6.9
2015	8.6	9.7	8.3	6.9	8.0	9.0	3.4	8.9	8.7	7.6	5.8	8.2
2016	9.0	10.3	9.1	7.1	8.0	9.1	4.1	9.5	8.5	8.5	6.0	8.4
2017	8.7	9.7	8.6	7.3	7.7	9.1	6.3	9.3	8.4	7.6	5.2	10.5
2018	8.9	9.9	9.4	7.5	8.0	8.8	5.6	9.3	8.3	7.6	5.8	9.5

14 Staatsbeiträge

Staatsbeiträge im Krankenversicherungs- und Spitalbereich seit 2009

Tabelle 14.1

	Gesamt	Staatsbeitrag an Krankenversicherer	Staatsbeiträge an Spitäler	Prämienverbilligung	Krankenkassenverband, Landesbeitrag
	in CHF				
2009	84 640 003	59 435 721	19 200 809	5 763 473	240 000
2010	90 382 674	64 209 895	19 996 883	5 935 896	240 000
2011	87 986 759	62 103 734	19 339 293	6 303 733	240 000
2012	93 112 443	61 353 155	24 935 814	6 583 473	240 000
2013	92 888 885	59 308 696	26 657 676	6 742 513	180 000
2014	81 708 739	53 295 147	23 878 279	4 405 313	130 000
2015	70 681 674	41 163 962	24 359 788	5 027 924	130 000
2016	71 004 748	40 373 153	24 785 307	5 666 288	180 000
2017	72 436 443	40 874 282	26 234 248	5 147 913	180 000
2018	78 235 921	40 807 854	31 286 185	5 961 882	180 000
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	8.0	-0.2	19.3	15.8	0.0
Ø jährliche Veränderung seit 2009 in %	-0.9	-4.1	5.6	0.4	-3.1

Erläuterung zur Tabelle:

Staatsbeiträge an Krankenversicherer: Differenzen zur Meldung der Krankenkassen ergeben sich aus buchhalterischen Gründen.

Krankenkassenverband: 2013 bis 2015 wurden je CHF 50 000 für die Vorfinanzierung des per 1. Oktober 2015 eingeführten liechtensteinischen Arzttarifs einbehalten.

Prämienverbilligung gemäss Landesrechnung: Differenzen zur Meldung der Krankenkassen ergeben sich aus buchhalterischen Gründen.

Staatsbeiträge an die Spitäler: Der Betrag 2013 von CHF 26.7 Mio. beinhaltet den Sanierungskredit an das liechtensteinische Landesspital von CHF 3.1 Mio.

Prämienverbilligung: Seit 2018 ist in diesem Betrag neben der Förderung von Prämien auch die Förderung von Kostenbeteiligung enthalten.

Staatsbeiträge an Spitäler seit 2009

Tabelle 14.2

	Gesamt	Liechtensteinisches Landesspital Vaduz	Beiträge an Spitäler in der Schweiz	Beiträge an Spitäler in Vorarlberg
	in CHF			
2009	19 200 809	6 670 594	10 472 890	2 057 325
2010	19 996 883	6 480 388	11 820 764	1 695 730
2011	19 339 293	5 987 724	11 757 111	1 594 458
2012	24 935 814	7 639 314	15 709 832	1 586 668
2013	26 657 676	10 282 016	15 140 437	1 235 224
2014	23 878 279	5 968 748	16 766 389	1 143 142
2015	24 359 788	6 290 161	17 294 619	775 008
2016	24 785 307	6 153 979	17 886 504	744 824
2017	26 234 248	8 278 773	17 287 809	667 665
2018	31 286 185	10 906 838	19 647 343	732 004
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	19.3	31.7	13.6	9.6
Ø jährliche Veränderung seit 2009 in %	5.6	5.6	7.2	-10.8

Erläuterung zur Tabelle:

Liechtensteinisches Landesspital Vaduz 2013: Der Betrag von CHF 10.3 Mio. enthält auch den Sanierungskredit über CHF 3.1 Mio.

C Methodik und Qualität

Zweck dieses Kapitels ist es, das Vorgehen zur Erstellung der Krankenkassenstatistik transparent zu machen. So werden in einem ersten Teil vor allem inhaltliche Aspekte dargelegt und Angaben zu den Datenquellen, der Datenaufarbeitung sowie den Publikationsformen gemacht. In einem zweiten Teil wird die Datenqualität unter verschiedenen Gesichtspunkten wie bspw. der Relevanz, der Genauigkeit oder der Kohärenz und Vergleichbarkeit diskutiert.

1 Methodik

1.1 Hauptinhalt der Statistik

Die Krankenkassenstatistik bietet einen umfassenden Überblick über die Situation und die Entwicklung der Krankenversicherer, die Leistungserbringenden sowie die Staatsausgaben im Bereich der Krankenversicherungen.

Der Schwerpunkt der Publikation liegt auf Informationen zur Finanzlage der Krankenversicherer. Neben den detaillierten Betriebsrechnungen werden Angaben zur Anzahl der Versicherten, den Prämien, den Leistungen, den Taggeldern und den Staatsausgaben aufgeführt. Die Informationen werden in einem ersten Schritt für die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP), die Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG) und die Freiwilligen Versicherungen (FV) separat und in einem zweiten Schritt in den Tabellen zum Gesamtgeschäft der Krankenversicherer zusammenfassend dargestellt.

Ergänzend dazu werden Informationen aus dem SASIS-Datenpool miteinbezogen. In dieser Datenbank werden Angaben zu verschiedenen Leistungserbringenden wie der Ärzteschaft, Spitälern oder Apotheken betreffend Bruttoleistungen, Abrechnungen und Spitaltagen gesammelt.

Weitere statistische Informationen zum Bereich der Krankenversicherung finden sich im Statistischen Jahrbuch (Kapitel 6: Soziale Sicherheit und Gesundheit).

1.2 Verwendungszweck der Statistik

Die Krankenkassenstatistik wird in erster Linie verwendet, um über die Entwicklungen im Gesundheitswesen zu informieren.

Genutzt wird die Krankenkassenstatistik im Inland insbesondere vom Landtag, von der Regierung, dem Amt für Gesundheit, den Krankenversicherern, der Liechtensteinischen Ärztekammer, dem Seniorenbund, der Liechtensteinischen Patientenorganisation, verschiedenen Leistungserbringenden und der wissenschaftlichen Forschung. Im Ausland zählen verschiedene nationale statistische Ämter zu den Nutzern. Die liechtensteinischen Landeszeitungen informieren die Öffentlichkeit jeweils über die Hauptinhalte der neu publizierten Krankenkassenstatistik.

1.3 Gegenstand der Statistik

Die Informationen für die Krankenkassenstatistik stammen aus verschiedenen Datenquellen. So fließen Angaben zu den Krankenversicherern und den Leistungserbringenden im Gesundheitswesen sowie den Bezügerinnen und Bezüger von Prämienverbilligungen in die Statistik ein.

Je nach Datenquelle wird eine andere Grundgesamtheit berücksichtigt:

- **Krankenversicherer**
Die Grundgesamtheit bilden alle in Liechtenstein konzessionierten Versicherer, die Versicherungen im Bereich der Krankenpflegeversicherung, der Krankengeldversicherung oder der Freiwilligen Versicherung anbieten.
- **Leistungserbringende**
Zu den Informationen über die Leistungserbringenden im Gesundheitswesen ist zu sagen, dass Liechtenstein aufgrund seiner Kleinheit nur über ein beschränktes Leistungsangebot verfügt. Deshalb werden die vom Krankenkassenverband anerkannten Leistungserbringenden, die von in Liechtenstein versicherten Personen in der Schweiz und Österreich aufgesucht werden, mitberücksichtigt.

Die entsprechende Grundgesamtheit definiert sich über alle Leistungserbringenden des Gesundheitswesens in Liechtenstein, der Schweiz und Österreich, die über die OKP abrechnen.

- **Prämienverbilligung**

Gemäss Art. 24b des Gesetzes über die Krankenversicherung (KVG) haben einkommensschwache Versicherte einen gesetzlichen Anspruch auf einen Beitrag zur Prämienverbilligung.

Die Grundgesamtheit bilden demzufolge jene Personen, deren Antrag auf eine Prämienverbilligung vom Amt für Soziale Dienste (bis 2016: Amt für Gesundheit) gutgeheissen wurde.

Die verwendeten Definitionen im Kapitel Begriffserklärungen orientieren sich am liechtensteinischen Krankenversicherungsgesetz (KVG) und an den Definitionen des Bundesamtes für Statistik in der Schweiz. Die ICD-10-Klassifikation der Krankheitsdiagnosen wurde von der World Health Organisation (WHO) übernommen.

1.4 Datenquellen

Die Informationen für die Krankenkassenstatistik werden im Wesentlichen drei verschiedenen Datenquellen entnommen:

A) Daten der Krankenversicherer

Die Datenbasis der Krankenkassenstatistik bilden die Betriebsrechnungsdaten der Krankenversicherer, die vom Amt für Gesundheit geprüft und zur Verfügung gestellt werden. Zur besseren Vergleichbarkeit zwischen den verschiedenen Krankenkassen hat das Amt für Gesundheit im Jahr 2000 auf Basis der gesetzlichen Grundlage (Art. 4b Abs. 2 KVG) ein Formular erstellt, welches die Krankenkassen jährlich ausfüllen und bis zum 30. April des Folgejahres retournieren müssen.

Die Informationen der Krankenversicherer werden vom Amt für Gesundheit plausibilisiert, indem die aktuellen Angaben mit den Vorjahreswerten verglichen werden. Zusätzlich werden in den Formularen automatische Kontrollrechnungen durchgeführt, die auf Differenzen zu den Rohdaten hinweisen.

Anschliessend werden die Informationen der einzelnen Versicherer zusammenfassend dargestellt. Die Angaben der Versicherer bieten die Möglichkeit, die Ausgaben der Krankenkassen aus dem Blickwinkel der Betriebsrechnungen zu betrachten, Aufwendungen und Erträge werden einander gegenüber gestellt. Die Informationen liegen in dieser Form nur bei den Krankenkassen direkt, weshalb diese Datenquelle genutzt wird, d.h. die Angaben werden vom Amt für Gesundheit zur Verfügung gestellt.

In Bezug auf die Ausgabenseite ist der SASIS-Datenpool zu erwähnen (vgl. Abschnitt C). In dieser Datenbasis werden die Ausgaben detaillierter nach Kategorien und Fachgruppen der Leistungserbringenden erfasst. Aus diesem Grund werden die Informationen des SASIS-Datenpools ergänzend in die Krankenkassenstatistik aufgenommen.

B) Verwaltungsdaten des Amtes für Soziale Dienste

Die Anträge auf Prämienverbilligung können entweder bei den Gemeinden oder direkt beim Amt für Soziale Dienste bis jeweils zum 31. Oktober eingereicht werden. Das Amt für Soziale Dienste prüft die Gesuche und erfasst sie im Register. Detaillierte Angaben zur Prämienverbilligung, d.h. zur soziodemographischen Einordnung verschiedener Gruppen von Bezügerinnen und Bezüger werden nur beim Amt für Soziale Dienste erhoben. Somit ist dies die einzig mögliche Datenquelle.

C) SASIS-Datenpool

Ergänzend zu diesen Daten werden Informationen zu den Leistungserbringenden im Gesundheitswesen aus dem SASIS-Datenpool verwendet. Diese Datenbank ist analog zum schweizerischen Datenpool, der 2001 von Santésuisse in Betrieb genommen wurde, aufgebaut. Santésuisse ist der Branchenverband (Konkordat) der schweizerischen Krankenversicherer. Die Informationen aus dem SASIS-Datenpool zu Leistungen, Spitaltagen und Konsultationen basieren auf der elektronischen Fakturierung der Ärzteschaft, d.h. die Angaben werden automatisch erfasst und den vordefinierten Kategorien zugeordnet. Danach werden die Informationen pro Monat und pro Jahr ausgewiesen. Für Liechtenstein sind die Angaben ab dem Jahr 2004 vorhanden und stehen dem Krankenkassenverband sowie dem Amt für Gesundheit zur Verfügung. Das Amt für Statistik erhält die Daten vom Amt für Gesundheit in anonymisierter Form.

D) Weitere Informationsquellen

Als weitere Informationsquellen dienen der Rechenschaftsbericht der Regierung an den Landtag und die Landesrechnung. Ihnen werden verschiedene Angaben zu den öffentlichen Ausgaben im Krankenversicherungs- und Spitalbereich entnommen.

Informationen zum Ländervergleich mit der Schweiz stammen von der Homepage des Bundesamtes für Gesundheit (Schweiz):

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/monitoring-zur-krankenkassenkostenentwicklung.html>

Das Amt für Statistik führt keine direkten Erhebungen bei den Krankenkassen oder den Leistungserbringenden durch. Die Krankenkassenstatistik basiert somit vollständig auf Verwaltungsdaten.

1.5 Datenaufarbeitung

A) Daten der Krankenversicherer

Die Daten zum Berichtsjahr erhält das Amt für Statistik in Form von Excel-Tabellen zum aktuellen Jahr. Mit diesen Angaben werden die Mehrjahrestabellen aktualisiert. In einer Kontrolldatei werden die Daten auf Konsistenz geprüft. Zusätzlich werden automatisch Differenzrechnungen generiert, die Widersprüche in den Daten aufzeigen. Ergänzt werden diese Kontrollen durch systematische Vorjahresvergleiche, die auf auffällige Veränderungen aufmerksam machen.

B) Verwaltungsdaten anderer Ämter

Die Daten des Amtes für Gesundheit und des Amtes für Soziale Dienste werden in gleicher Form gehandhabt wie unter A) beschrieben.

C) SASIS-Datenpool

Die Informationen aus dem SASIS-Datenpool werden ebenfalls als Excel-Datei geliefert. Das Amt für Statistik erstellt daraus einzelne Auswertungen im Statistikprogramm SAS. Zur Kontrolle werden die Daten stichprobenweise mit den Rohdaten verglichen.

Damit Rückschlüsse auf einzelne Leistungserbringende vermieden werden können, werden folgende fünf Regeln

angewendet:

- 1) Eine Kategorie wird nur separat ausgewiesen, wenn ihr über einen Zeitraum von drei aufeinanderfolgenden Jahren mindestens 15 Leistungserbringende angehören, die mehr als CHF 0 Bruttoleistungen abgerechnet haben. Erfüllt eine Kategorie dieses Kriterium nicht, so wird sie unter „Übrige Rechnungsstellende“ subsumiert.
- 2) Gehört einer Kategorie ein Leistungserbringer an, der mehr als 50% der Bruttoleistungen dieser Kategorie abrechnet, wird die Kategorie unter „Übrige Rechnungsstellende“ subsumiert.
- 3) Die Tabellen mit Angaben zu Bruttoleistungen einzelner Leistungserbringender sind absteigend sortiert. Dabei werden die Angaben zu den ersten fünf und den letzten fünf Rängen mit einem Stern ersetzt, um Rückschlüsse aufgrund der Grösse oder Kleinheit der Leistungserbringenden zu vermeiden.
- 4) Bei der Ärzteschaft werden die Bruttoleistungen zusätzlich nach Behandlungen, Arzneimittel und Praxislabor aufgeteilt.
Bei gesamten Bruttoleistungen von mehr als CHF 100 000 werden diese Informationen mit einem Stern versehen, wenn der Anteil der Arzneimittel mehr als 60% oder weniger als 10% der abgerechneten Bruttoleistungen beträgt.
Bei gesamten Bruttoleistungen von mehr als CHF 100 000 werden diese Informationen mit einem Stern versehen, wenn der Anteil des Praxislabors mehr als 60% der abgerechneten Bruttoleistungen beträgt. Rechnen weniger als 15 Leistungserbringende Leistungen als Praxislabor ab, wird das Praxislabor zu den Behandlungen addiert.
- 5) Beträge über CHF 100 000 wurden auf CHF 100 gerundet. Beträge zwischen CHF 10 000 und CHF 100 000 wurden auf CHF 10 gerundet.

Für die gesamte Datenaufbereitung gilt, dass keine Imputationen oder Hochrechnungen vorgenommen werden. Es werden auch keine statistischen Korrekturen durchgeführt.

1.6 Publikation der Ergebnisse

Die Krankenkassenstatistik erscheint jährlich und wird sowohl in Papierform als auch elektronisch als pdf-Dokument veröffentlicht. Zusätzlich stehen die Tabellen der Krankenkassenstatistik auf der Homepage des Amtes für Statistik als Excel-Datei zur Verfügung. Aus Platzgründen werden die Tabellen zu den einzelnen Leistungserbringenden nach Kategorien (Tabellen 1.15, 1.16) und Fachgruppen (Tabellen 1.19, 1.20) in der gedruckten Form in Auszügen publiziert, online werden die kompletten Tabellen aufgeschaltet.

Ergänzend dazu können im eTab-Portal auf der Homepage des Amtes für Statistik benutzerdefinierte Tabellen zu dieser Publikation online und interaktiv abgefragt werden:

www.etab.llv.li

1.7 Wichtige Hinweise

In Bezug auf die Vergleichbarkeit mit der Schweiz ist darauf hinzuweisen, dass für die Abrechnung mit den Krankenkassen mit „tiers garant“ und „tiers payant“ zwei verschiedene Systeme vorhanden sind. In der Abrechnungsart „tiers payant“ erfolgt die Rechnungsstellung von den Leistungserbringenden direkt an die Krankenkassen, die bei den versicherten Personen Rückvergütungen einfordern. In der Abrechnungsart „tiers garant“ erfolgt die Rechnungsstellung von den Leistungserbringenden an die versicherten Personen, welche die Rechnungen bei den Krankenkassen zur Rückvergütung einreichen. Vergleiche mit der Schweiz bzw. mit einzelnen Kantonen müssen vor diesem Hintergrund interpretiert werden. So ist davon auszugehen, dass die schweizerischen Zahlen eher tiefer ausgewiesen werden, da wahrscheinlich nicht alle Rechnungen bei den Krankenkassen zur Rückvergütung eingereicht werden.

Die Kategorie der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten enthält einzelne Leistungserbringende sowie Praxisgemeinschaften.

Seit Mitte 2015 werden die Daten des SASIS-Datenpools, die auch vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) publiziert werden, von einem anderen Anbieter aufbereitet. Dieser

hat im Zuge der Übernahme auch die Vorjahresdaten neu eingelesen. Durch rückwirkende Korrekturbuchungen in den Systemen der Kassen können hierbei Abweichungen zu früheren Datenlieferungen entstehen. Da die Korrekturen keine inhaltlich bedeutenden Veränderungen bewirkten, werden die Zeitreihen in der Krankenkassenstatistik belassen. Sie können deshalb von den online publizierten Daten des BAG abweichen:

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/monitoring-zur-krankenkassenkostenentwicklung.html>

Im Berichtsjahr 2018 ist die Differenz zwischen den Staatsbeiträgen in den Betriebsrechnungen der Krankenkassen mit CHF 36.1 Mio. und der Landesrechnung mit CHF 40.8 Mio. auffällig gross. Dies lässt sich damit begründen, dass bis und mit 2017 in der Landesrechnung jeweils die Akontozahlungen für das laufende und die Schlusszahlungen für das vorangegangene Jahr enthalten waren. Ab dem Jahr 2018 werden die Auszahlungsbeträge der Akonto- und Schlusszahlungen des laufenden Rechnungsjahres zeitlich korrekt abgegrenzt verbucht. 2018 sind daher neben der Akontozahlung einmalig zwei Schlusszahlungen enthalten (tatsächliche Schlusszahlung 2017, erwartete Schlusszahlung 2018), was zur Differenz von CHF 4.7 Mio. führt.

2 Qualität

2.1 Relevanz

Die Krankenkassenstatistik bietet umfangreiche Informationen zum Gesundheitswesen in Liechtenstein. Jedoch gibt es verschiedene Themenbereiche, die bisher nicht oder nur eingeschränkt dargestellt werden konnten. Aufgrund der EU-Verordnung Nr. 1338/2008 ist Liechtenstein verpflichtet Informationen zu folgenden Bereichen an Eurostat, dem Statistischen Amt der Europäischen Union, zu übermitteln:

- Gesundheitsinfrastruktur, Massnahmen und Diagnosen
- Personal im Bereich der Gesundheitsversorgung

- Nutzung der Gesundheitsversorgung, Leistungen für Einzelpersonen und die Allgemeinheit
- Kosten der Gesundheitsversorgung und ihre Finanzierung

Publiziert werden diese Informationen in der Gesundheitsversorgungsstatistik, die seit 2017 jährlich erscheint. Diese Publikation geht über den Versicherungsbereich hinaus und ist deshalb ergänzend zur Krankenkassenstatistik zu sehen. Zudem werden diese Informationen in Eurostats Datenbank Eurobase ec.europa.eu/eurostat/data/database veröffentlicht und ermöglichen internationale Vergleiche.

2.2 Genauigkeit

2.2.1 Qualität der verwendeten Datenquellen

Wie der Punkt 1.4 gezeigt hat, basiert die Krankenkassenstatistik auf verschiedenen Datenquellen, auf die ein weiteres Mal separat eingegangen wird.

A) Daten der Krankenversicherer

Nach Eingang der Daten der Krankenversicherer beim Amt für Gesundheit werden diese anhand von Vergleichen mit den Vorjahreswerten und Kontrollrechnungen geprüft. Der Regierung obliegt die Oberaufsicht über das gesamte Krankenversicherungswesen. Jedoch ist das Amt für Gesundheit die gesetzlich beauftragte Aufsichtsbehörde, die die Jahresrechnung der Kassen und des Kassenverbandes, die Vermögensanlagen, die Vermögensbewertung sowie die Rückstellungen und Reserven prüft. Hinzu kommt, dass die Krankenkassen (Art. 4 Abs. 2 KVG) verpflichtet sind, zur Kontrolle eine externe Revisionsstelle einzusetzen, was die Datenqualität zusätzlich stützt.

B) Verwaltungsdaten des Amtes für Soziale Dienste

Die sehr gute Qualität der Verwaltungsdaten des Amtes für Soziale Dienste wird durch eine Vollkontrolle gewährleistet. Das bedeutet, dass vor der Auszahlung der Prämienverbilligung jeder einzelne Antrag nochmals genau kontrolliert wird.

C) SASIS-Datenpool

Ein wichtiges Merkmal des SASIS-Datenpools ist die einheitliche Datenqualität: Alle Zahlen werden von den Versicherern nach den gleichen Standards mittels elektronischer Fakturierung angeliefert.

In den beiden Datenquellen A und C werden die Bruttoleistungen der Versicherer unabhängig voneinander erfasst. Der Gesamtbetrag von CHF 168 248 513 in den OKP-Betriebsrechnungen wies 2018 eine Differenz von 0.0172% bzw. CHF 28 984 zu den erfassten Rechnungen im SASIS-Datenpool auf, was zeigt, dass die Genauigkeit sehr hoch ist.

Die Datenqualität der Datenquellen A, B und C kann als sehr gut bezeichnet werden.

Ergänzend zu den Betriebsrechnungen liefern die Krankenkassen Mengenangaben zur Anzahl Konsultationen. Bisher wurden die Konsultationen nicht einheitlich erfasst, was zu grossen Differenzen zwischen den Meldungen der Krankenkassen und den im SASIS-Datenpool erfassten Konsultationen führte. Seit 2017 erfassen die Krankenkassen die Konsultationen nach den überarbeiteten SASIS Richtlinien, wodurch die Werte harmonisiert werden konnten und die Differenz 2018 noch bei 249 Konsultationen lag. Die Datenqualität lässt sich somit seit 2017 als gut bewerten.

2.2.2 Abdeckung

A) Daten der Krankenversicherer

Die Daten stammen aus einer Vollerhebung und werden nicht aus einer Stichprobe generiert. Aufgrund dessen, dass die Beteiligung für die Krankenversicherer gesetzlich verpflichtend ist, beträgt die Abdeckung 100%.

Eine Über- oder Untererfassung kann für diese Datenquelle ausgeschlossen werden. Fehlklassifikationen sind teilweise möglich, wenn bspw. die Kategorien der Leistungserbringenden nicht einheitlich bzw. automatisch elektronisch zugewiesen werden.

B) Verwaltungsdaten des Amtes für Soziale Dienste

Die Abdeckung beträgt 100%. Es werden alle Personen erfasst, deren Antrag auf eine Prämienverbilligung bewilligt wird. Über- oder Untererfassungen sowie Fehlklassifikationen können für diese Datenquelle ausgeschlossen werden.

C) SASIS-Datenpool

Da sich alle in Liechtenstein aktiven Krankenversicherer am SASIS-Datenpool beteiligen, liegt die Abdeckung bei 100%. Aufgrund der automatisierten Abläufe können in Bezug auf den SASIS-Datenpool Über- oder Untererfassungen ausgeschlossen werden. Fehlklassifikationen können in Einzelfällen auftreten, werden aber bei Kontrollen in der Datenaufbereitung weitgehend korrigiert.

2.2.3 Messfehler

Messfehler können für die Datenquellen B und C der Krankenkassenstatistik ausgeschlossen werden.

Eine vertiefte Analyse der beiden Datensätze A und C hat ergeben, dass bei den Mengendaten, die durch die Krankenversicherer (Datenquelle A) erfasst werden, gewisse Probleme vorhanden sind. Darunter fallen einerseits die Zuordnung der Bruttoleistungen zu den Kategorien und andererseits die Anzahl der Konsultationen, wobei zu den Konsultationen zu sagen ist, dass die Qualität seit 2017 als gut zu werten ist (vgl. Kapitel 2.2.1 Qualität der verwendeten Datenquellen, letzter Abschnitt).

Es hat sich zudem gezeigt, dass bei den Versicherern die Leistungsart „Übrige Leistungen“ grössere Schwankungen aufweisen kann. Abklärungen haben ergeben, dass bei den Versicherern die Leistungsarten nicht gleich erfasst werden wie durch die elektronische Fakturierung für den SASIS-Datenpool.

2.2.4 Antwortausfälle

Es sind keine Antwortausfälle zu verzeichnen.

2.2.5 Datenaufarbeitung

Im Zuge der Datenaufarbeitung in den Excel-Tabellen können Fehler vorkommen, wenn Formeln fehlerhaft sind oder Zellbezüge falsch gesetzt werden. Jedoch werden in einer separaten Datei automatisch Kontrollrechnungen aufgeführt, die auf Fehler aufmerksam machen, indem sie Differenzen anzeigen.

Die anonymisierten Daten aus dem SASIS-Datenpool werden teilweise mit dem Statistikprogramm SAS verarbeitet. Fehlerhafte Formeln sowie falsche Zellbezüge können in diesem Fall ausgeschlossen werden, jedoch besteht die Möglichkeit, dass Filter falsch gesetzt oder Berechnungen fehlerhaft durchgeführt werden. Aus diesem Grund werden stichprobenmässig Vergleiche mit den Rohdaten angestellt.

2.3 Aktualität und Pünktlichkeit

Da die Krankenkassen jährlich bis Ende April ihre Daten dem Amt für Gesundheit schicken müssen und Kontrolle, Korrekturen sowie die eigentliche Erstellung der Publikation einige Zeit in Anspruch nehmen, ist die Veröffentlichung der Krankenkassenstatistik auf Anfang Juli geplant. Berücksichtigt werden Informationen des Vorjahres. Die aktuelle Publikation zum Berichtsjahr 2018 erscheint wie im Voraus angekündigt fristgerecht am 1. Juli 2019.

2.4 Kohärenz und Vergleichbarkeit

2.4.1 Zeitliche und räumliche Vergleichbarkeit

Wann immer möglich, werden die Informationen in Zeitreihen dargestellt. Da sich die Grundgesamtheiten und Kategorisierungen kaum ändern, ist die Vergleichbarkeit über die Zeit gewährleistet. Gerade die landesinternen Daten sind über verschiedene Jahre hinweg sehr gut vergleichbar.

Die räumliche Vergleichbarkeit – hinsichtlich der Krankenkassenstatistik ist besonders die Schweiz relevant – ist bedingt gegeben.

- Wie schon erwähnt, schränkt die Verwendung der beiden Abrechnungssysteme „tiers garant“ und „tiers payant“ die Vergleichbarkeit ein und muss bei der Interpretation der Resultate berücksichtigt werden.
- Zudem lässt sich ein Unterschied zwischen den vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) publizierten Werten pro versicherte Person in Liechtenstein und den von den Krankenkassen gelieferten durchschnitt-

lichen Kosten pro versicherte Person beobachten. Diese Differenz resultiert aus der unterschiedlichen Zusammensetzung der Grundgesamtheit. Während die Krankenkassen alle in Liechtenstein Versicherten berücksichtigen, erstellt das BAG die Auswertung aufgrund des Wohnsitzes.

Im Weiteren ist in diesem Zusammenhang die ICD-10-Klassifikation relevant, die für die Kategorisierung von Diagnosen in Spitälern eingesetzt wird. Eurostat stellt fest, dass die Klassifikation zwar in den meisten Ländern angewandt wird, aber nicht alle mit der gleichen Version arbeiten. Jedoch wird in Liechtenstein, der Schweiz und Österreich die Version aus dem Jahr 1999 verwendet, was den direkten Vergleich erlaubt.

Seit Mitte 2015 werden die Daten des SASIS-Datenpools, die auch vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) publiziert werden, von einem anderen Anbieter aufbereitet. Dieser hat die Zeitreihen ab 2012 an die aktualisierte Berechnung der Kostengruppen angepasst sowie frühere Fehlbuchungen seit 2010 korrigiert, was rückwirkend zu Verschiebungen zwischen den einzelnen Kategorien geführt hat. Da die Korrekturen keine inhaltlich bedeutenden Veränderungen bewirkten, werden die Zeitreihen in der Krankenkassenstatistik belassen. Sie können deshalb von den online publizierten Daten des BAG abweichen:

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/zahlen-fakten/statistiken-zur-krankenversicherung/monitoring-zur-krankenkassenkostenentwicklung.html>

2.4.2 Kohärenz

In der Krankenkassenstatistik werden die Informationen soweit als möglich in allen drei Datenquellen – Krankenversicherer, Verwaltungsdaten und SASIS-Datenpool – standardisiert erhoben. Durch die Verwendung einheitlicher Kategorien sind die Angaben untereinander kohärent. Die Vergleichbarkeit mit dem Statistischen Jahrbuch ist gegeben, da dieselben Definitionen und Grössen verwendet werden.

D Glossar

1 Abkürzungen und Zeichenerklärungen

AHVG	Gesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung
AM	Arithmetisches Mittel
BL	Bruttoleistungen
CHF	Schweizer Franken
CMI	Case Mix Index
EU-28	Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Kroatien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Vereinigtes Königreich, Zypern
FV	Freiwillige Versicherungen
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems
IVG	Gesetz über die Invalidenversicherung
KOBE	Kostenbeteiligung
KQV	Verordnung über das Kostenziel in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
KVG	Gesetz über die Krankenversicherung
KVV	Krankenversicherungsverordnung
LKV	Liechtensteinischer Krankenkassenverband
Md	Median
MiGeL	Mittel- und Gegenstände-Liste
Mio.	Millionen
N	Anzahl
OKG	Obligatorische Krankengeldversicherung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
Q1	Erstes Quartil
Q3	Drittes Quartil
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups (Tarifsystem)
tarmed	tarif médical (ambulante ärztliche Leistungen)
0	Eine Null an Stelle einer anderen Zahl bedeutet eine Grösse, die kleiner ist als die Hälfte der verwendeten Zählheit.
-	Ein Strich an Stelle einer Zahl bedeutet Null.
*	Ein Stern an Stelle einer Zahl bedeutet, dass die Zahlenangabe nicht möglich ist oder aus anderen Gründen unterbleibt.
∅	Durchschnittlich (arithmetisches Mittel)

2 Begriffserklärungen

Arithmetisches Mittel

Das arithmetische Mittel (Durchschnitt) ist ein Mittelwert, der als Quotient aus der Summe aller beobachteten Werte und der Anzahl der Werte definiert ist.

Bruttoleistungen

Die Bruttoleistungen umfassen alle von den Versicherern gedeckten Kosten. Darin enthalten sind auch die Leistungen, die durch die Kostenbeteiligungen der Versicherten gedeckt werden.

Case Mix Index (CMI)

Der Case Mix beschreibt den gesamten Schweregrad der abgerechneten Behandlungsfälle eines Spitals. Er ergibt sich aus der Summe der Kostengewichte der Fälle eines Spitals. Dividiert man den Case Mix durch die Anzahl Fälle, erhält man den Case Mix Index, d.h. den durchschnittlichen Schweregrad der Fälle eines Spitals. Der CMI wird für jedes Spital, das nach dem Tarifsystem Swiss Diagnosis Related Groups (SwissDRG) abrechnet, jährlich berechnet.

Erwachsene

Als Erwachsene werden gemäss Krankenversicherungsgesetz versicherte Personen ab dem vollendeten 20. Altersjahr bezeichnet.

Erweiterte OKP

Die Versicherungsart „erweiterte OKP“ deckt die freie Wahl der ambulanten Leistungserbringenden mit Kostenübernahme bis maximal zum OKP-Tarif.

Familienhilfe/ Spitex

Als Spitex wird die spital- und heimexterne, nicht-stationäre Gesundheits- und Krankenpflege bezeichnet.

Freiwillige Versicherungen (FV)

Freiwillige Versicherungen decken Leistungen, die über den Rahmen der obligatorischen Krankenpflege- und der Obligatorischen Krankengeldversicherung hinausgehen.

Generika

Generika sind Arzneimittel, die die gleichen Wirkstoffe aufweisen wie die Originalpräparate. Da sie als Kopie nach dem Patentablauf des Originalpräparates produziert werden, entfallen die Forschungskosten, und die Generika können billiger verkauft werden.

ICD-10 - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

Internationale Klassifikation der Krankheiten, die in den meisten europäischen Ländern angewendet wird.

Jahresfranchise

Die Jahresfranchise ist eine Kostenbeteiligung in Form eines festen Betrages pro Kalenderjahr von mindestens CHF 200 für versicherte Erwachsene bzw. CHF 100 Franken für Versicherte im Rentenalter (ordentliche Jahresfranchise).

Die Versicherer können den Versicherten eine zusätzliche Kostenbeteiligung in Form eines höheren festen Jahresbetrages anbieten, wenn gleichzeitig die Prämienbeiträge angemessen reduziert werden (wählbare Jahresfranchise).

Jugendliche

Als Jugendliche werden gemäss Krankenversicherungsgesetz versicherte Personen vom 17. bis zum vollendeten 20. Altersjahr bezeichnet.

Kinder

Als Kinder werden gemäss Krankenversicherungsgesetz versicherte Personen bis zum vollendeten 16. Altersjahr bezeichnet.

Konsultationen

Als Konsultationen zählen Besuche bei der Ärztin oder beim Arzt, und zwar reguläre ebenso wie dringliche, sowie Konsultationen am Tag und auch in der Nacht. Ebenfalls enthalten sind telefonische Konsultationen und Konsilii, d.h. der Beizug einer Fachärztin, eines Facharztes. Nicht als Konsultationen zählen hingegen Besuche der Ärztin oder des Arztes bei den Patient/innen daheim (Hausbesuche). Die Tarifposition „vermehrter Zeitaufwand“ wird jeweils ergänzend zu einer Grundkonsultation verrechnet und ist daher nicht als eigenständige Konsultation zu zählen.

Kostenbeteiligung

Die Versicherten, die das 20. Altersjahr erfüllt haben, müssen für bezogene obligatorische Leistungen der Krankenpflege eine Kostenbeteiligung in Form eines festen Betrages pro Kalenderjahr und eines prozentualen Selbstbehaltes entrichten. Versicherte, die das 20. Altersjahr noch nicht erreicht haben, entrichten keine Kostenbeteiligung.

Seit dem 1. Januar 2017:

Seit der Revision des Krankenversicherungsgesetzes (LGBl. 2016, Nr. 2) per 1. Januar 2017 bezahlen die Versicherten bei gesetzlicher Kostenbeteiligung einen festen Betrag von CHF 500 sowie einen Selbstbehalt von 20% bis maximal CHF 900 vor Erreichen des Rentenalters und von 10% bis maximal CHF 450 nach Erreichen des Rentenalters. Durch Wahl einer freiwillig höheren Kostenbeteiligung bis zu einem festen Betrag von maximal CHF 4 000 lässt sich die Prämie reduzieren.

Vor dem 1. Januar 2017:

Die Versicherten bezahlen einen Festbetrag als Jahresfranchise von CHF 200 sowie eine Selbstbehalt von 10% der Kosten, die den Jahresbetrag übersteigen, wobei das Maximum bei CHF 600 liegt. Für Versicherte im ordentlichen Rentenalter werden die Kostenbeteiligungen auf die Hälfte reduziert.

Marktpreis

Der Marktpreis bezeichnet den Preis eines Gutes, der sich auf einem Markt, das heisst durch das Zusammentreffen von Angebot und Nachfrage bildet.

Median

Der Median (Zentralwert) ist der Wert, bei dem 50% der Fälle darüber bzw. darunter liegen. Gegenüber dem arithmetischen Mittel hat der Median den Vorteil, dass er in Bezug auf Extremwerte robuster ist.

Nettoleistungen

Die Nettoleistungen entsprechen den Bruttoleistungen abzüglich Kostenbeteiligungen der Versicherten.

Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG)

Obligatorisch versichert sind über 15-jährige Arbeitneh-

mende, die in Liechtenstein für eine Arbeitgeberin oder einene Arbeitgeber mit Sitz oder Niederlassung in Liechtenstein tätig sind, bis zum Zeitpunkt des Bezuges einer ganzen AHV-Altersrente.

Die Versicherten der Obligatorischen Krankengeldversicherung erhalten bei ärztlich bescheinigter, mindestens hälftiger Arbeitsunfähigkeit ab dem 2. Tag nach dem Tag der Erkrankung ein Krankengeld, sofern sie mit der Arbeitgeberin bzw. dem Arbeitgeber nicht eine länger dauernde Lohnfortzahlung vereinbart haben. Das Krankengeld beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit mindestens 80 Prozent des bis anhin bezogenen AHV-pflichtigen Lohnes.

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Obligatorisch versichert sind Personen, die in Liechtenstein ihren zivilrechtlichen Wohnsitz haben oder eine Erwerbstätigkeit ausüben, mit Ausnahme der Zupendelnden. Die Leistungen der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung umfassen:

- Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant durch die Ärztin, die Chiropraktorin oder auf ärztliche Verordnung durch Personen erbracht werden, die einen anderen Gesundheitsberuf ausüben, mit Einschluss der ärztlich verordneten Arzneimittel, Medizinprodukte und Analysen;
- Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die stationär oder ambulant in Einrichtungen des Gesundheitswesens erbracht werden, sowie bei stationärer Behandlung in Spitälern die Kosten für Verpflegung und Unterkunft nach dem Grundangebot des Spitals;
- einen Kurbeitrag an ärztlich verordnete Badekuren;
- durch Krankentransportunternehmungen ausgeführte Krankentransporte, sofern diese wegen des Zustandes der Versicherten medizinisch notwendig sind;
- einen Beitrag an die Deckung der über die normalen Lebenshaltungskosten hinausgehenden Aufwendungen, die in Zusammenhang mit der häuslichen Pflege anfallen, soweit diese ärztlich befürwortet werden und ohne häusliche Pflege Aufenthalt und Pflege in einer Heil- oder Pflegeanstalt nötig wären.

OKP-Vertragspartner/innen

Damit für die liechtensteinische Bevölkerung eine ausreichende ärztliche Versorgung in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung durch die Bereitstellung einer angemessenen Auswahl an inländischen und ausländischen Grundversorgenden und Spezialärztinnen und Spezialärzten gewährleistet werden kann, wurde per Gesetz (LGBl. 2004 Nr. 169) eine Höchstzahl von OKP-Vertragspartner/innen pro Fachgruppe definiert.

OKP-Vertragspartnerinnen und -vertragspartner erhalten 100% der Leistungen erstattet. Bei den Leistungserbringenden ohne Vertrag begleichen die Krankenkassen den Betrag zu 100%, wenn die Versicherte die erweiterte OKP gewählt hat.

Originalpräparate

Als Originalpräparate werden Arzneimittel bezeichnet, für deren Wirkstoff oder Darreichungsform die Herstellfirma ein Erfindungspatent oder eine entsprechende Lizenz der Patentinhabenden erhalten hat.

Physiotherapeut/innen

Die Kategorie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten umfasst einzelne Leistungserbringende und Praxisgemeinschaften.

Praktizierende Ärzt/innen, Zahnärzt/innen

Praktizierende Ärzt/innen, Zahnärzt/innen haben direkten Kontakt zu den Patientinnen und Patienten als Empfangende von Dienstleistungen.

Prämienpflichtige Personen in der OKP

Prämienpflichtig sind Versicherte nach dem vollendeten 16. Altersjahr (Jugendliche und Erwachsene). Für Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr (Jugendliche) dürfen die Prämienbeiträge höchstens die Hälfte derjenigen der erwachsenen Versicherten betragen. Für Versicherte bis zum vollendeten 16. Altersjahr (Kinder) werden für die obligatorische Krankenpflegeversicherung keine Prämienbeiträge erhoben. Diese Kosten werden vom Land getragen.

Prämienverbilligung

Der Staat entrichtet Beiträge zur Prämienverbilligung an einkommensschwache Versicherte in Form von Förderung von Prämien sowie seit 2018 auch in Form von Förderung von Kostenbeteiligung. Der Anspruch auf Beiträge richtet sich nach dem Einkommen der Versicherten bzw. der Eheleute. Das Einkommen setzt sich aus dem steuerpflichtigen Erwerb sowie einem Zwanzigstel des Reinvermögens zusammen. Bei Ehepaaren erhöht sich die Einkommensgrenze um CHF 12 000.

Die Beiträge zur Förderung von Prämien richten sich nach der im Landesdurchschnitt errechneten Prämie der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die Beträge zur Förderung der Kostenbeteiligung richten sich nach der im Vorjahr bezahlten Kostenbeteiligung der Bezügerin bzw. des Bezügers.

Quartil

Q1/Erstes Quartil: Die kleinsten 25% der Datenwerte sind kleiner oder gleich diesem Kennwert.

Q3/Drittes Quartil: Die grössten 25% der Datenwerte sind grösser oder gleich diesem Kennwert.

Reserven (Art. 4 KVV)

Die Kassen sind verpflichtet, für eine Finanzierungsperiode von zwei Jahren das Gleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgaben sicherzustellen. Sie müssen ständig über eine Reserve (Sicherheits- und Schwankungsreserve) verfügen. Die Sicherheitsreserve bezweckt die Sicherstellung der finanziellen Lage der Versicherung für den Fall, dass die effektiven Kosten gegenüber den bei der Festsetzung der Prämien getroffenen Annahmen zu ungünstig ausfallen. Die Schwankungsreserve dient dazu, Kostenschwankungen auffangen zu können.

Rückstellungen

Rückstellungen sind Passivpositionen in der Bilanz, die hinsichtlich ihres Bestehens oder der Höhe ungewiss sind, aber mit hinreichend grosser Wahrscheinlichkeit erwartet werden. Versicherungstechnische Rückstellungen dienen dazu, die dauerhafte Erfüllbarkeit von Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen zu gewährleisten. Krankenversicherer bilden daher insbesondere Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle.

Staatsbeiträge

Der Staat beteiligt sich an den Kosten der Krankenversicherung durch Beiträge an die Versicherer zur Mitfinanzierung der obligatorisch versicherten Krankenpflegeleistungen, durch Beiträge an einkommensschwache Versicherte, durch Beiträge an Spitäler und Beiträge an den Liechtensteinischen Krankenkassenverband.

Swiss Diagnosis Related Groups (SwissDRG)

SwissDRG ist das Tarifsysteem für stationäre akutsomatische Spitalleistungen in der Schweiz, das gemäss der letzten Revision des schweizerischen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) die Vergütung der stationären Spitalleistungen nach Fallpauschalen schweizweit einheitlich regelt. Beim Fallpauschalen-System SwissDRG wird jeder Spitalaufenthalt anhand von bestimmten Kriterien, wie Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Behandlungen und weiteren Faktoren, einer Fallgruppe zugeordnet und pauschal vergütet.

Die Tarifsysteem SwissDRG ist seit dem 1. Januar 2012 in der Schweiz und seit dem 1. Januar 2013 in Liechtenstein in Kraft.

Tiers garant

In der Abrechnungsart tiers garant erfolgt die Rechnungsstellung der Leistungserbringenden an die versicherten Personen, die die Rechnung beim Versicherer zur Rückvergütung einreichen.

Tiers payant

In der Abrechnungsart tiers payant erfolgt die Rechnungsstellung der Leistungserbringenden an den Versicherer, der Rückvergütungen (z.B. Kostenbeteiligungen) bei den versicherten Personen einfordert.

Wartefrist

Die Wartefrist ist die zwischen Arbeitgebenden und Versicherung (OKG) vereinbarte Zeitspanne, ab der die Versicherung im Krankheitsfalle des Arbeitnehmenden die Lohnfortzahlung übernimmt. Während der Wartefrist besteht für den Arbeitgebenden Lohnfortzahlungspflicht (100%), danach trägt der Versicherer die Lohnersatzzahlung in Höhe von 80% des Lohnes. Die Länge der Wartefrist ist ein wesentlicher Faktor für die Berechnung der Prämienhöhe.

Werkpreis

Der Werkpreis bezieht sich auf die reinen Herstellungskosten eines Gutes. Weitere Kosten wie Mehrwertsteuer oder Lieferkosten sind nicht inkludiert.