



Methodik und Qualität



Zweck dieses Dokuments ist es, den Statistiknutzerinnen und -nutzern Hintergrundinformationen über die Methodik dieser Statistik und die Qualität der statistischen Informationen zu bieten. Dies ermöglicht es, die Aussagekraft der Ergebnisse besser einzuschätzen.

Die Krankenkassenstatistik gibt Auskunft über die Entwicklung im Krankenversicherungsbereich und umfasst Angaben zum abgelaufenen Berichtsjahr sowie Mehrjahrestabellen. In der Publikation zur Krankenkassenstatistik sind Angaben zu den Krankenversicherern, den versicherten Personen, den Leistungserbringenden und den Finanzströmen enthalten. Dabei werden drei Versicherungsarten betrachtet, die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP), die obligatorische Krankengeldversicherung (OKG) und die freiwillige Versicherung (FV). Weitere Informationen finden sich zu Arzneimitteln und zu den sonstigen Staatsausgaben im Krankenversicherungs- und Spitalbereich.

Informationen der Krankenkassenstatistik werden im Thema „Krankenversicherer“ auf dem Statistikportal veröffentlicht.

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



Inhaltsverzeichnis

1	Methodik	4
1.1	Hauptinhalt der Statistik	4
1.2	Verwendungszweck der Statistik	4
1.3	Gegenstand der Statistik	4
1.4	Datenquellen	4
1.5	Datenaufbereitung	5
1.6	Publikation der Ergebnisse	6
1.7	Wichtige Hinweise	6
2	Qualität	7
2.1	Relevanz	7
2.2	Genauigkeit	7
2.3	Aktualität und Pünktlichkeit	8
2.4	Vergleichbarkeit und Kohärenz	8
3	Glossar	9
3.1	Abkürzungen und Zeichenerklärungen	9
3.2	Begriffserklärungen	10

1 Methodik

Der Abschnitt über die Methodik orientiert zunächst über Zweck und Gegenstand der Statistik und beschreibt dann die Datenquellen sowie die Datenaufbereitung. Es folgen Angaben zur Publikation der Ergebnisse sowie wichtige Hinweise.

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 liegt auf Informationen zur Finanzlage der Krankenversicherer. Neben den detaillierten Betriebsrechnungen werden Angaben zur Anzahl der Versicherten, 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 Spittagen gesammelt.

Weitere statistische Informationen der Krankenversicherer bzw. Gesundheit finden sich im Statistischen Jahrbuch (Kapitel 6: Soziale Sicherheit und Gesundheit), im Thema Gesundheitsversorgung, Sozialleistungen und der Liechtensteinischen Gesundheitsbefragung.

1.2 Verwendungszweck der Statistik

Die statistischen Informationen zu den Krankenversicherern werden in erster Linie verwendet, um über die Entwicklungen im Gesundheitswesen zu informieren.

Genutzt wird die Publikation 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 Medien informieren die Öffentlichkeit jeweils über die Hauptinhalte der neu publizierten Krankenkassenstatistik.

1.3 Gegenstand der Statistik

Die Informationen zu den Krankenversicherern stammen aus zwei verschiedenen Datenquellen, wobei je nach Datenquelle eine andere Grundgesamtheit berücksichtigt wird:

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 und im Ausland, die über die OKP abrechnen.

Die verwendeten Definitionen 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 zwei verschiedenen Datenquellen entnommen:

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 wer-

den. Zusätzlich werden in den Formularen automatische Kontrollrechnungen durchgeführt, die auf Differenzen zu den Rohdaten hinweisen.

Anschliessend werden die Informationen der einzelnen Versicherten zusammenfassend dargestellt. Die Angaben der Versicherten bieten die Möglichkeit, die Ausgaben der Krankenkassen aus dem Blickwinkel der Betriebsrechnungen zu betrachten, Aufwendungen und Erträge werden einander gegenübergestellt. Die Angaben werden vom Amt für Gesundheit zur Verfügung gestellt.

Ergänzend zu den Betriebsrechnungen der Krankenversicherer werden auch die Aufsichtsdaten des Amtes für Gesundheit im Tabellenteil dargestellt. In der Tabelle 1.5a sind die wichtigsten Kennwerte nach den einzelnen Versicherungsanbietern aufgeschlüsselt. Diese Daten werden vom Amt für Gesundheit publiziert und finden im Sinne einer Dienstleistung für die Nutzerinnen und Nutzer in der Krankenkassenstatistik Platz.

In Bezug auf die Ausgabenseite ist der SASIS-Datenpool zu erwähnen, in dem die Ausgaben detaillierter nach Kategorien und Fachgruppen der Leistungserbringenden erfasst werden. Aus diesem Grund werden die Informationen des SASIS-Datenpools ebenfalls ausgewertet.

SASIS-Datenpool

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.

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/de/monitoring-der-krankenversicherungs-kostenentwicklung-mokke>.

Das Amt für Statistik führt keine direkten Erhebungen bei den Krankenkassen oder den Leistungserbrin-

genden durch. Die Krankenkassenstatistik basiert somit vollständig auf Verwaltungsdaten.

1.5 Datenaufbereitung

Daten der Krankenversicherer

Die Daten zum Berichtsjahr erhält das Amt für Statistik vom Amt für Gesundheit in Form von Excel-Tabellen. 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.

SASIS-Datenpool

Die Informationen aus dem SASIS-Datenpool werden ebenfalls vom Amt für Gesundheit 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 ausgeschlossen werden können, werden folgende sechs Regeln angewendet:

- 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.
- Gehört einer Kategorie ein Leistungserbringer an, der mehr als 50% der Bruttoleistungen dieser Kategorie abrechnet, wird die Kategorie unter „Übrige Rechnungsstellende“ subsumiert.
- 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.

Bei der Ärzteschaft werden die Bruttoleistungen zusätzlich nach Behandlungen, Arzneimittel und Praxislabor aufgeteilt. Dabei werden folgende Kriterien beachtet:

- 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.

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.

Seit dem Berichtsjahr 2020 werden die Bruttoleistungen der medizinischen Masseure im SASIS-Datenpool nicht mehr den Physiotherapeuten zugerechnet, sondern sind den übrigen Rechnungsstellenden zugeordnet.

1.6 Publikation der Ergebnisse

Die Resultate der Krankenkassenstatistik werden jährlich auf dem Statistikportal unter dem Thema „Krankenversicherer“ publiziert. Die Tabellen stehen dort als Excel-Datei zur Verfügung. Ergänzend dazu können im eTab-Portal 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.

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.

2 Qualität

Der Abschnitt über die Qualität basiert auf den Vorgaben von Eurostat über die Qualitätsberichterstattung und beschreibt Relevanz, Genauigkeit, Aktualität, Pünktlichkeit, Kohärenz und Vergleichbarkeit der statistischen Informationen.

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
- Gesundheitsausgabenrechnung

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

Qualität der verwendeten Datenquellen

Wie unter Punkt 1.4 erläutert, basiert die Krankenkassenstatistik auf verschiedenen Datenquellen, auf die ein weiteres Mal separat eingegangen wird.

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.

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 *Krankenversicherer* und *SASIS-Datenpool* werden die Bruttoleistungen der Versicherer unabhängig voneinander erfasst. Der Gesamtbetrag von CHF 223'969'720 in den OKP-Betriebsrechnungen wies 2025 eine Differenz von 0.04% bzw. CHF 85'517 zu den erfassten Rechnungen im SASIS-Datenpool auf, was zeigt, dass die Genauigkeit hoch ist.

Abdeckung

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.

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.

Messfehler

Messfehler können für die Daten des SASIS-Datenpools für die Krankenkassenstatistik ausgeschlossen werden. Eine vertiefte Analyse der beiden Datensätze hat ergeben, dass bei den Mengendaten, die durch die Krankenversicherer 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. 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.

Antwortausfälle

Für das Berichtsjahr 2025 sind keine Antwortausfälle zu verzeichnen.

Datenaufbereitung

Im Zuge der Datenaufbereitung in den Excel-Tabellen können Fehler vorkommen, wenn Formeln fehlerhaft sind oder Zellbezüge falsch gesetzt werden. Jedoch werden in einer separaten Datei automatisch Kontrollrechnungen ausgeführt, 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 Juli geplant. Berücksichtigt werden Informationen des Vorjahres.

Die Krankenkassenstatistik 2025 wurde zum angekündigten Zeitpunkt am 31. Juli 2026 veröffentlicht.

2.4 Vergleichbarkeit und Kohärenz

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.

Im Berichtsjahr 2018 hat sich die Finanzierung der stationären Leistungen des Liechtensteinischen Landesospitals geändert. Bis dahin haben die Krankenkassen 77% und das Land 23% der Kosten übernommen. Seit 2018 wird der gleiche Schlüssel wie in der Schweiz angewendet, nach welchem die Krankenkassen 45% und die öffentliche Hand 55% der stationären Leistun-

gen decken. In Tabelle 12.1, in der die Entwicklung der Staatsbeiträge an die Krankenversicherer und Spitäler dokumentiert wird, lässt sich diese Verschiebung nachvollziehen.

Seit dem Berichtsjahr 2020 werden die Bruttoleistungen der medizinischen Masseur im SASIS-Datenpool nicht mehr den Physiotherapeuten zugerechnet sondern sind den übrigen Rechnungsstellenden zugeordnet. Vergleiche dieser Kategorien mit früheren Jahren sind deshalb nur eingeschränkt möglich.

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 durchschnittlichen 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.

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.

3 Glossar

3.1 Abkürzungen und Zeichenerklärungen

AHVG	Gesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung
AM	Arithmetisches Mittel
BL	Bruttoleistungen
CHF	Schweizer Franken
CMI	Case Mix Index
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)
-	Ein Strich an Stelle einer Zahl bedeutet Null (nichts).
.	Ein Punkt an Stelle einer Zahl bedeutet, dass die Zahlenangabe nicht möglich ist, keine Daten verfügbar sind oder die begrifflichen Voraussetzungen dazu fehlen.
*	Ein Stern an Stelle einer Zahl bedeutet, dass die Zahlenangabe nicht erhältlich ist, nicht erhoben wurde oder aus Datenschutzgründen unterblieben ist.
<u>unterstrichen</u>	Korrigierte Ergebnisse

3.2 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 Versicherten 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 500 für versicherte Erwachsene. Versicherte im Rentenalter sind seit 2023 von der Zahlung der Jahresfranchise befreit.

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, Konsultationen am Tag und auch in der Nacht. Ebenfalls enthalten sind telefonische Konsultationen und Konsilien, 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

In der obligatorischen Krankenversicherung müssen sich Versicherte abhängig von Alter und Art der Behandlung an den Gesundheitskosten beteiligen. Für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 20. Lebensjahr entfällt diese Beteiligung vollständig. Erwachsene tragen jährlich einen festen Betrag von CHF 500 (Franchise) sowie einen Selbstbehalt von 20% der darüberhinausgehenden Behandlungskosten bis zur sogenannten Hochkostengrenze von CHF 5'000. Ab dem ordentlichen Rentenalter entfällt der feste Betrag; Rentnerinnen und Rentner leisten lediglich einen Selbstbehalt von 10% bis zur gleichen Hochkostengrenze. Von der Kostenbeteiligung ausgenommen sind Leistungen im Zusammenhang mit Mutterschaft, Vorsorgeuntersuchungen und bestimmten chronischen Erkrankungen.

Marktpreis

Der Marktpreis bezeichnet den Preis eines Gutes, der sich auf einem Markt, das heisst durch das Zusammenreffen 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 Arbeitnehmende, die in Liechtenstein für eine Arbeitgeberin oder einen 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 Ärzt/in, die Chiropraktor/in 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.

Medikamentenrückvergütung

Medikamentenrückvergütungen (vorher als Pharmarabatte bezeichnet) sind nachträgliche Preisnachlässe, die Pharmaunternehmen den Krankenkassen auf bestimmte Medikamente gewähren. Diese Rabatte werden ausserhalb der offiziellen Preisfestlegung vereinbart und beziehen sich meist auf hochpreisige Arzneimittel.

Da die Medikamente zuvor über die obligatorische Krankenpflegeversicherung abgerechnet wurden, müssen die erhaltenen Rabatte den betroffenen Versicherten rückvergütet werden. In der Erfolgsrechnung der Krankenkassen erscheinen diese Rückzahlungen als Aufwandminderung, also als Minusposition bei den Versicherungsleistungen.

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 unterstützt einkommensschwache Personen mit Beiträgen zur Prämienverbilligung. Diese erfolgen in Form von Zuschüssen an die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, sowie seit 2018 zusätzlich als Beiträge an die Kostenbeteiligung. Der Anspruch auf diese Unterstützung hängt vom steuerbaren Einkommen und dem Zivilstand der versicherten Person ab. Zur Berechnung wird neben dem Erwerbseinkommen auch ein Zwanzigstel des Reinvermögens berücksichtigt. Die Höhe der Prämienbeiträge orientiert sich an der durchschnittlichen Prämie der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Land. Die Beiträge an die Kostenbeteiligung basieren auf der im Vorjahr effektiv geleisteten Kostenbeteiligung der versicherten Person.

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.

Risikoausgleich

Der Risikoausgleich ist ein finanzieller Ausgleichsmechanismus innerhalb der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Er soll sicherstellen, dass Unterschiede in der Versichertenstruktur – insbesondere hinsichtlich Alter und Geschlecht – zwischen den Krankenkassen berücksichtigt werden. Dadurch sollen Kassen mit einem überdurchschnittlich hohen Anteil

an kostenintensiven Versicherten nicht benachteiligt werden.

Alle Versicherten ab dem 16. Lebensjahr werden für den Risikoausgleich in Alters- und Geschlechtsgruppen eingeteilt. Für diese Gruppen werden Durchschnittskosten berechnet und mit dem Gesamtdurchschnitt aller Versicherten verglichen. Krankenkassen mit günstigeren Gruppen zahlen in den Ausgleich ein, Kassen mit teureren Gruppen erhalten Beiträge. Die Berechnung basiert auf den versicherten Monaten sowie den im Rahmen der OKP angefallenen Leistungen pro Kasse.

Die Berechnung erfolgt zunächst provisorisch auf Basis der Daten des Behandlungsjahres und wird im Folgejahr definitiv festgelegt. Zuständig für die Durchführung ist das Amt für Gesundheit.

Zum Zeitpunkt der Datenlieferung für Bilanz, Erfolgsrechnung und Statistik liegt den Krankenkassen der definitive Risikoausgleich noch nicht vor. Entsprechend wird der Risikoausgleich in den eingereichten Unterlagen als provisorische Grösse verbucht – basierend auf interner Hochrechnung oder plausiblen Annahmen zur eigenen Risikostruktur und den erwarteten Ausgleichszahlungen. Da die Kassen jedoch keinen Einblick in die Daten der übrigen Kassen haben, weichen die effektiv verbuchten Werte regelmässig vom später festgestellten Saldo ab. Die endgültige Abrechnung erfolgt durch das Amt für Gesundheit im Folgejahr.

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 (Prämienverbilligung), 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 Tarifsystém 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.