



AMT FÜR STATISTIK  
FÜRSTENTUM LIECHTENSTEIN

# Krankenkassenstatistik 2017



LIECHTENSTEIN

<b>Herausgeber und Vertrieb</b>	Amt für Statistik Äulestrasse 51 9490 Vaduz Liechtenstein T +423 236 68 76 F +423 236 69 36 <a href="http://www.as.llv.li">www.as.llv.li</a>
<b>Auskunft</b>	Franziska Frick T +423 236 64 67 <a href="mailto:info.as@llv.li">info.as@llv.li</a>
<b>Gestaltung</b>	Brigitte Schwarz
<b>Thema</b>	7 Soziale Sicherheit und Gesundheit
<b>Erscheinungsweise</b>	Jährlich
<b>Copyright</b>	Wiedergabe unter Angabe des Herausgebers gestattet. © Amt für Statistik

# Inhaltsübersicht

Tabellenverzeichnis	4
<b>A Einführung in die Ergebnisse</b>	
1 Vorwort	7
2 Hauptergebnisse	8
3 Analyse der Krankenversicherungen	9
4 Ländervergleiche	18
<b>B Tabellenteil</b>	
1 Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)	25
2 Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG)	51
3 Freiwillige Versicherungen (FV)	55
4 Gesamtgeschäft der Versicherer	59
5 Arzneimittel	63
6 Prämienverbilligung	65
7 Staatsbeiträge	69
Zeitreihen	
8 Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)	71
9 Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG)	95
10 Freiwillige Versicherungen (FV)	99
11 Gesamtgeschäft der Krankenversicherer	101
12 Arzneimittel	107
13 Prämienverbilligung	109
14 Staatsbeiträge	119
<b>C Methodik und Qualität</b>	
1 Methodik	122
2 Qualität	125
<b>D Glossar</b>	
1 Abkürzungen und Zeichenerklärungen	129
2 Begriffserklärungen	130

## Tabellenverzeichnis

Kostenentwicklung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung seit 2011	9
Bruttoleistungen der OKP pro versicherte Person nach Kategorie	19
<b>1 Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)</b>	
Zusammenfassung 2017	26
Anzahl Versicherer OKP am 31.12.2017 nach Versichertenbestand	27
Versicherte Personen am 31.12.2017 nach Wohnsitz und Versicherungsart	27
Anzahl Konsultationen 2017	27
Betriebsrechnung 2017	28
Bruttoprämien nach Versicherungsform und Personengruppe 2017	29
Bruttoleistungen nach Versicherungsform und Personengruppe 2017	29
Kostenbeteiligung nach Versicherungsform und Personengruppe 2017	30
Nettoleistungen nach Versicherungsform und Personengruppe 2017	30
Bruttoleistungen nach Kategorie, Anteil und pro versicherte Person 2017	31
Bruttoleistungen nach Kategorie und Personengruppe 2017	32
Bruttoleistungen nach Kategorie und Personengruppe, pro versicherte Person 2017	32
Kennwerte zu den Leistungserbringenden nach Kategorie 2017	33
Anzahl Leistungserbringende nach Kategorie mit Grössenklasse der Bruttoleistungen 2017	34
Bruttoleistungen der einzelnen Leistungserbringenden nach Kategorie 2017 (Teil 1)	35
Bruttoleistungen der einzelnen Leistungserbringenden nach Kategorie 2017 (Teil 2)	39
Kennwerte zu den Ärzten nach Fachgruppe 2017	40
Anzahl Ärzte nach Fachgruppen mit Grössenklasse der Bruttoleistungen 2017	41
Bruttoleistungen der einzelnen Ärzte nach Fachgruppe 2017 (Teil 1)	42
Bruttoleistungen der einzelnen Ärzte nach Fachgruppe 2017 (Teil 2)	45
Leistungen und Staatsbeiträge nach Altersgruppe und Geschlecht 2017	47
Anteil der Leistungen und der Staatsbeiträge nach Altersgruppe und Geschlecht 2017	48
Leistungsbezüger und Bruttoleistungen pro Leistungsbezüger nach Altersgruppe, Geschlecht und Bruttokostengruppe 2017	49
Versicherte nach Bruttokostenstufe 2017	50
<b>2 Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG)</b>	
Betriebsrechnung 2017	52
Prämien und Nettoleistungen nach Geschlecht 2017	53
Ausbezahlte Taggelder 2017	53
<b>3 Freiwillige Versicherungen (FV)</b>	
Betriebsrechnung 2017	56
Prämien und Bruttoleistungen nach Geschlecht 2017	57
<b>4 Gesamtgeschäft der Versicherer</b>	
Betriebsrechnung 2017	60
Reserven und Rückstellungen der Krankenkassen per 31.12.2017	61
<b>5 Arzneimittel</b>	
Kassenpflichtige Arzneimittel nach therapeutischen Gruppen 2016	64
<b>6 Prämienverbilligung</b>	
Anzahl Bezüger nach Altersgruppe und Geschlecht 2017	66
Anzahl Bezüger nach Zivilstand, Fördersatz und Geschlecht 2017	66
Ausbezahlte Subventionen nach Zivilstand und Geschlecht 2017	66
Ausbezahlte Subventionen nach Altersgruppe, Zivilstand und Geschlecht 2017	67
Ausbezahlte Subventionen, Anzahl Bezüger und Bezügerquote nach Wohnort 2017	68

7	Staatsbeiträge	
	Staatsbeiträge im Krankenversicherungs- und Spitalbereich 2017	70
	Staatsbeiträge an verschiedene Spitäler 2017	70
	Zeitreihen	
8	Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)	
	Versicherer und Versicherte seit 2008	72
	Anzahl Versicherer nach Versichertenbestand seit 2008	72
	Zusammenfassung der Betriebsrechnungen seit 2008	73
	Zusammenfassung der Betriebsrechnungen pro versicherte Person seit 2008	73
	Betriebsrechnungen nach Unterkonti seit 2013	74
	Veränderung von ausgewählten Aufwand- und Ertragspositionen seit 2013	75
	Bruttoprämien nach Personengruppe seit 2008	76
	Bruttoleistungen nach Personengruppe seit 2008	76
	Kostenbeteiligung nach Personengruppe seit 2008	77
	Nettoleistungen nach Personengruppe seit 2008	77
	Bruttoprämien pro prämienpflichtige Person nach Personengruppe seit 2008	78
	Bruttoleistungen pro versicherte Person nach Personengruppe seit 2008	78
	Kostenbeteiligung pro versicherte Person nach Personengruppe seit 2008	79
	Nettoleistungen pro versicherte Person nach Personengruppe seit 2008	79
	Bruttoleistungen nach Kategorie seit 2008	80
	Bruttoleistungen pro versicherte Person nach Kategorie seit 2008	81
	Anzahl der Konsultationen seit 2009	81
	Anzahl Leistungserbringende (N), Bruttoleistungen (BL) und arithmetisches Mittel (AM) nach Kategorie der Leistungserbringenden seit 2013	82
	Verteilung der Bruttoleistungen nach Kategorien der Leistungserbringenden seit 2013	84
	Anzahl Leistungserbringende nach Kategorien mit Grössenklasse der Bruttoleistungen seit 2013	85
	Anzahl Ärzte (N), Bruttoleistungen (BL) und arithmetisches Mittel (AM) nach Fachgruppe seit 2013	87
	Verteilung der Bruttoleistungen nach Fachgruppen der Ärzte seit 2013	89
	Anzahl Ärzte nach Fachgruppen mit Grössenklasse der Bruttoleistungen seit 2013	91
	Bruttoleistungen und Staatsbeiträge für Spitäler seit 2008	92
	Spitalentlassungen pro 1 000 Einwohner nach Aufenthaltsart und Spitaltyp seit 2008	93
	Kosten pro Spitalentlassung seit 2008	93
	Bruttoleistungen pro versicherte Person pro Versicherungsmonat seit 2015	94
	Kostenbeteiligung pro versicherte Person pro Versicherungsmonat seit 2015	94
9	Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG)	
	Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen der OKG seit 2008	96
	Prämien und Nettoleistungen der OKG nach Geschlecht seit 2008	96
	Anzahl ausbezahlte Taggelder der OKG seit 2008	97
	Ausbezahlte Taggelder der OKG seit 2008	97
10	Freiwillige Versicherungen (FV)	
	Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen der Freiwilligen Versicherungen seit 2008	100
	Prämien und Bruttoleistungen der Freiwilligen Versicherungen nach Geschlecht seit 2008	100

<b>11 Gesamtgeschäft der Krankenversicherer</b>	
Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen 2008 - 2012 (Teil 1)	102
Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen 2013 - 2017 (Teil 2)	102
Reserven der Krankenkassen per 31. Dezember seit 2008	104
Rückstellungen der Krankenkassen per 31. Dezember seit 2008	105
<b>12 Arzneimittel</b>	
Arzneimittel und Anteil der Generika seit 2010	108
<b>13 Prämienverbilligung</b>	
Anzahl Bezüger nach Altersgruppe und Geschlecht seit 2008	110
Ausbezahlte Subventionen nach Altersgruppe und Geschlecht seit 2008	111
Ausbezahlte Subventionen pro Bezüger nach Altersgruppe und Geschlecht seit 2008	111
Anzahl alleinstehende und alleinerziehende Bezüger nach Fördersatz und Geschlecht seit 2008	112
Anzahl verheiratete Bezüger nach Fördersatz und Geschlecht seit 2008	113
Ausbezahlte Subventionen nach Zivilstand und Geschlecht seit 2008	114
Ausbezahlte Subventionen pro Bezüger nach Zivilstand und Geschlecht seit 2008	114
Anzahl Bezüger und Bezügerinnen nach Wohnort seit 2008	115
Anzahl Bezüger nach Wohnort seit 2008 - Frauen	115
Anzahl Bezüger nach Wohnort seit 2008 - Männer	116
Ausbezahlte Subventionen nach Wohnort seit 2008	116
Bezügerquote nach Wohnort seit 2008	117
<b>14 Staatsbeiträge</b>	
Staatsbeiträge im Krankenversicherungs- und Spitalbereich seit 2008	120
Staatsbeiträge an Spitäler seit 2008	121

# 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.

Am 1. Januar 2017 ist das revidierte Krankenversicherungsgesetz (KVG, LGBl. 2016, Nr. 2) in Kraft getreten. Damit wurde die Erhöhung der Kostenbeteiligung der Versicherten wirksam. 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 950.

Im Zuge dieser Revision wurde auch die Tarifstruktur TAR-MED (tarif médical), die die Abrechnung der ambulanten ärztlichen Leistungen in der Schweiz regelt, für Liechtenstein eingeführt. Laut dem Amt für Gesundheit kann es dadurch zu Verschiebungen der Kosten zwischen einzelnen Fachgruppen kommen, insgesamt ist aber davon auszugehen, dass die Umstellung kostenneutral sein wird.

Zudem wurden im Berichtsjahr 2017 weitere Anpassungen in der Tarifstruktur umgesetzt. Ab dem 1. Januar 2017 wurde der Taxpunktwert im Bereich Physiotherapie von CHF 1.10 auf CHF 1.05 reduziert. Der Taxpunktwert des Fachlabors wurde per 1. Januar 2017 von CHF 1.10 auf CHF 1.00 gesenkt. Für Ärztinnen gelten seit dem 1. Januar 2017 für die Abrechnung von Praxislaborleistungen die Bestimmungen der Schweizerischen Anlyseliste.

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

Wenn immer möglich, werden in dieser Publikation geschlechtsneutrale Bezeichnungen verwendet. Wo dies nicht möglich ist, wird im Textteil die weibliche Form gewählt. Wenn nicht besonders darauf hingewiesen wird, beziehen sich dann die Bezeichnungen mit weiblichen Wortendungen auf beide Geschlechter. Dasselbe gilt für die Bezeichnungen mit männlichen Wortendungen im Tabellenteil.

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](http://www.as.llv.li). Im eTab-Portal auf dieser Webseite können Sie statistische Informationen zur Krankenkassenstatistik online und interaktiv abfragen.

Vaduz, 9. Juli 2018

**AMT FÜR STATISTIK  
FÜRSTENTUM LIECHTENSTEIN**

## 2 Hauptergebnisse

### Anstieg der Bruttoleistungen um 1% auf CHF 172 Mio.

Mit Bruttoleistungen von CHF 171.9 Mio. im Jahr 2017 wurden gemäss den Ergebnissen des Amtes für Statistik 1.1% mehr Leistungen abgerechnet als im Vorjahr. Damit liegt das Gesamtwachstum der Kosten unter dem von der Regierung festgelegten Kostenziel von 2.0%. Aufgrund der Basis von 39 746 Versicherten wird gegenüber 2016 ein um 0.3% höherer durchschnittlicher Betrag von CHF 4 325 pro Person berechnet.

### Rückgang der Bruttoleistungen bei kostenintensiven Kategorien

Auf die Kategorien Spital (ambulant und stationär) und Ärztinnen (Behandlungen, Arzneimittel und Arztlabor) entfallen insgesamt 70.7% der abgerechneten Bruttoleistungen. Für diese kostenintensiven Kategorien wird im Vorjahresvergleich in Summe eine Abnahme von 0.7% berechnet. Wesentlich für die Zunahme der Bruttoleistungen ist die Position Übrige Rechnungsstellende, die mit einem Zuwachs von 6.2% auf CHF 30.7 Mio. einen Anteil von 17.9% der Bruttoleistungen stellt. Darin enthalten sind neben übrigen Rechnungsstellenden auch Kategorien wie bspw. Pflegeheime, Familienhilfe/ Spitex oder Laboratorien. Infolge möglicher Rückschlüsse können aber keine Angaben zu den abgerechneten Bruttoleistungen in den einzelnen Kategorien gemacht werden.

### Weniger Prämien, höhere Kostenbeteiligung

Mit CHF 128.4 Mio. fällt das Prämien Soll im Vorjahresvergleich erstmals tiefer aus. Die Differenz von 6.5% bzw. CHF 8.9 Mio. bedeutet, dass pro versicherte Person mit

CHF 3 229 insgesamt CHF 251 weniger beglichen werden mussten als noch im Vorjahr. Im Gegenzug hat sich mit der seit 1. Januar 2017 gültigen Revision des Krankenversicherungsgesetzes die Kostenbeteiligung mit einer Zunahme um 79.8% auf CHF 19.2 Mio. massiv erhöht. Pro versicherte Person lag der Betrag 2017 mit CHF 483 um CHF 212 über dem von 2016. Insgesamt fallen die Aufwendungen pro Person für Prämien und Kostenbeteiligung gegenüber 2016 um CHF 39 tiefer aus. Unberücksichtigt bleiben die Aufteilung der Prämienreduktion zwischen den versicherten Personen und den Arbeitgeberinnen sowie die tieferen Ausgaben für Prämienverbilligung.

### 2% mehr Staatsbeiträge

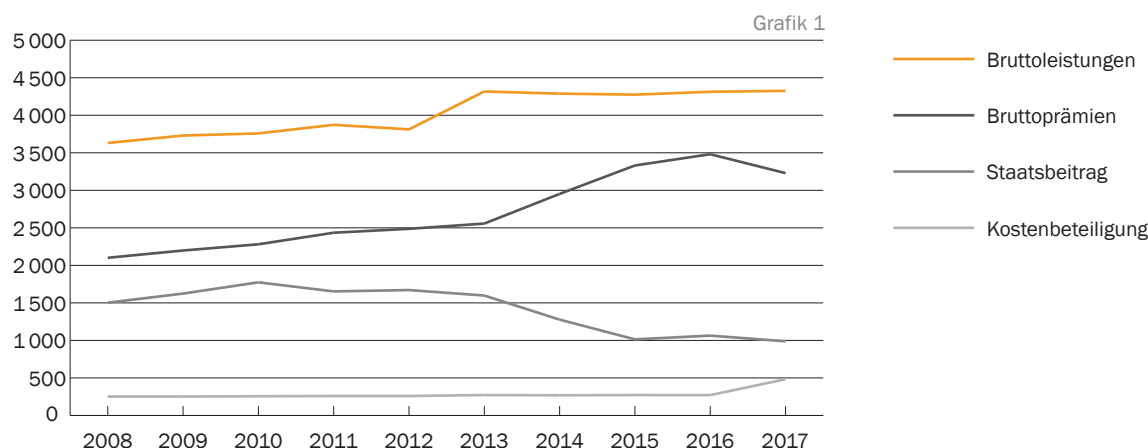
Mit CHF 72.4 Mio. stiegen die Gesamtausgaben für Staatsbeiträge 2017 im Vorjahresvergleich um 2.0% an. Während der Krankenkassenverband unverändert mit CHF 180 000 unterstützt wurde und sich der Betrag für Prämienverbilligungen um 9.1% auf CHF 5.1 Mio. reduzierte, erhielten die Spitäler mit CHF 26.2 Mio. um 5.8% und die Krankenversicherer mit CHF 40.9 Mio. um 1.2% mehr staatliche Beiträge.

### Gesamtergebnis von CHF 20 Mio.

Im Gesamtgeschäft der Krankenversicherer spiegeln sich die positiven Jahresabschlüsse der drei Versicherungszweige wider. Das Gesamtergebnis der Krankenversicherer von CHF 20.0 Mio. stellt den Höchstwert in der zehnjährigen Betrachtung dar. Das gegenüber dem Vorjahr um CHF 4.3 Mio. tiefere Prämien Soll und der um CHF 2.7 Mio. tiefere Staatsbeitrag wurde durch das Plus der Kostenbeteiligung von CHF 8.5 Mio. bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung kompensiert.

### Kennwerte der OKP pro versicherte Person seit 2008

in CHF





## 3 Analyse der Krankenversicherungen

### 3.1 Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

#### Kontinuierliche Zunahme der Versicherten

Im Berichtsjahr 2017 waren bei den drei aktiven Krankenversicherern in Liechtenstein 39 746 Personen versichert. Die zehnjährige Betrachtung zeigt einen kontinuierlichen Anstieg des Versichertenstamms um durchschnittlich 1.1% pro Jahr. Bei den Versicherungsarten zeigt sich über die Jahre eine zunehmende Differenzierung. Während vor zehn Jahren 96.7% der Versicherten die ordentliche Jahresfranchise wählten, waren es 2017 noch 90.1%. 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, 2017 schlossen 26.8% der Versicherten eine entsprechende Police ab. Mit 31.1% ist der Anteil der Frauen, die die erweiterte OKP wählen, höher als bei den Männern mit 24.4%. 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 für sie ‚sehr wichtig‘ ist. Bei den Männern hingegen haben dies nur 42.6% gesagt.

#### CHF 172 Mio. Bruttoleistungen

Mit Bruttoleistungen von CHF 171.9 Mio. im Jahr 2017 wurden 1.1% mehr Leistungen abgerechnet als im Vorjahr. Damit liegt das Gesamtwachstum der Kosten unter dem von der Regierung festgelegten Kostenziel von 2.0%. Pro versicherte Person wird im Vorjahresvergleich bei den Bruttoleistungen eine Zunahme von 0.3% auf CHF 4 325 berechnet.

Auf die Kategorien Spital (ambulant und stationär) und Ärztinnen (Behandlungen, Arzneimittel und Arztlabor) entfallen insgesamt 70.7% der abgerechneten Brutto-

leistungen. Da für diese kostenintensiven Kategorien im Vorjahresvergleich in Summe eine Abnahme von 0.7% berechnet wird, sind sie in Bezug auf die Zunahme der gesamten Bruttoleistungen nicht relevant. Wesentlich für das Ergebnis ist die Position Übrige Rechnungsstellende, die mit einem Zuwachs von 6.2% auf CHF 30.7 Mio. einen Anteil von 17.9% der Bruttoleistungen stellt. 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. Darüber hinaus wurden bei der Abgabestelle MiGel 7.8% (Bruttoleistungen 2017: CHF 1.2 Mio.) und bei den Chiropraktorinnen 2.2% (CHF 1.6 Mio.) mehr Leistungen abgerechnet. Kostendämpfend hingegen wirkte die Senkung des Taxpunktwertes für Physiotherapie von CHF 1.10 auf CHF 1.05 per 1. Januar 2017, was einen Teil des Rückgangs der Bruttoleistungen bei den Physiotherapeutinnen von 2.6% auf CHF 6.9 Mio. erklärt.

Eine Verschiebung der Leistungen deutet sich bei den Arzneimitteln an, denn während die Bruttoleistungen bei den Apotheken um 8.8% (CHF 8.5 Mio.) angestiegen sind, sind sie bei den Ärztinnen um 3.0% (CHF 18.5 Mio.) gesunken. Insgesamt wird im Vorjahresvergleich für die Arzneimittel ein leichter Anstieg von 0.4% berechnet.

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.

### Kostenentwicklung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung 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

**a) Leichter Rückgang der Spitalkosten**

Im Vorjahresvergleich haben sich die Spitalkosten um 0.6% auf CHF 65.0 Mio. reduziert, wobei bei den stationären Spitalleistungen eine Abnahme von 3.2% und bei den ambulanten Spitalkosten eine Zunahme von 5.1% berechnet wird.

Für Liechtenstein sind insbesondere die Vertragsspitäler wichtig, die für die medizinische Versorgung der grundversicherten Personen zur Verfügung stehen und in die Gruppen Grundversorgung, Rehabilitation, Psychiatrie und andere Spezialkliniken eingeteilt werden können. Grafik 2 illustriert sowohl die Beiträge der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung für ambulante und stationäre Leistungen als auch die Staatsbeiträge für stationäre Aufenthalte seit 2008. 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. Vier Jahre später liegen die Bruttoleistungen mit insgesamt CHF 85.3 Mio. 3.9% über diesem Wert, woraus sich schliessen lässt, dass die Erfassungsverzögerungen nur einen Teil des Anstiegs zu erklären vermochten. Sichtbar wird in der Grafik der steigende Anteil ambulanter Ausgaben am Total der Spitalleistungen, der in den letzten zehn Jahren von 20.8% auf 25.0% angewachsen ist.

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

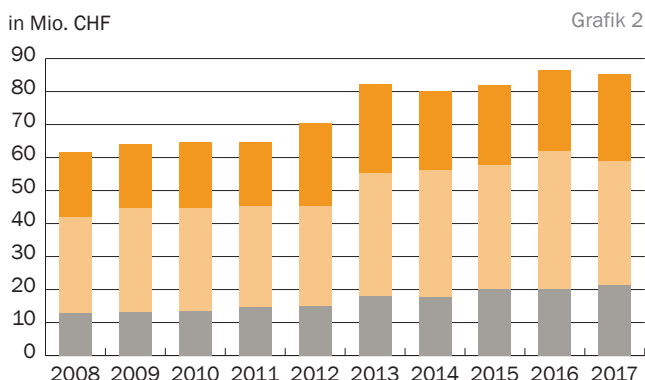
**b) Ambulante Arztkosten von CHF 57 Mio.**

Im Berichtsjahr 2017 rechneten die Ärztinnen mit insgesamt CHF 56.6 Mio. 0.8% weniger Leistungen über die Krankenkassen ab als im Vorjahr. Der leichte Anstieg bei den Behandlungen (inkl. Arztlabor) von 0.4% auf CHF 38.1 Mio. wurde durch den Rückgang von 3.0% auf CHF 18.5 Mio. bei den Arzneimitteln kompensiert.

Bei den ambulanten Arztleistungen (exkl. Arzneimittel) pro versicherte Person ist seit 2013 mit CHF 1 069 ein kontinuierlicher Rückgang auf CHF 959 im Berichtsjahr zu beobachten. Anhand der vorliegenden Zahlen lässt sich nicht abschliessend beantworten, welche Faktoren wie stark zur Kosteneindämmung geführt haben. In diesem Zusammenhang sind die im Jahr 2014 tariflich gesetzten Massnahmen zu erwähnen, die die Senkung der Preise für 20 häufig verwendete Positionen beinhalten. Im gleichen Jahr wurde der Taxpunktwert für Praxislaborleistungen von CHF 1.50 auf CHF 1.00 reduziert. Ergänzend dazu ist der seit Oktober 2015 geltende neue Liechtensteinische Arzttarif zu erwähnen, in dem bspw. einzelne Positionen wie „Dringliche Konsultation“ oder „Vermehrter Zeitaufwand“ während regulären Sprechzeiten gestrichen wurden. Diesbezüglich lässt sich festhalten, dass die Einführung des revidierten Arzttarifs im Oktober 2015 keinen Kostensprung verursacht hat.

Mit CHF 48.4 Mio. und einem entsprechenden Anteil von 84.9% an den gesamten ärztlichen Bruttoleistungen sind die OKP-Vertragsärztinnen massgebend (Tabelle 8.18). Die letzten fünf Jahre zeichnen eine praktisch kontinuierlich sinkende Tendenz, denn die Bruttoleistungen reduzierten sich seit 2013 mit CHF 52.9 Mio. um durchschnitt-

**Bruttoleistungen der Spitäler seit 2008**



**Erläuterung zur Grafik:**

Berücksichtigt wurden die Vertragsspitäler von Liechtenstein.

lich 2.2% pro Jahr. Mit 59.3% entfällt 2017 mehr als die Hälfte der Leistungen auf ärztliche Behandlungen, 34.7% der Leistungen werden für Arzneimittel und 6.0% Analysen im Praxislabor eingesetzt.

In der Tabelle 8.21 werden ergänzend dazu die Kennwerte für die Ärztespezialgruppen separat aufgelistet. Der Vorjahresvergleich dokumentiert mit Abnahmen von -0.3% bis -14.1% in den Fachgruppen Allgemeine und Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädische Chirurgie sowie Radiologie die rückläufigen Bruttoleistungen bei den Ärztinnen. Auffallend sind die grossen Differenzen bei den Arzneimitteln. So wurden gegenüber 2016 in der Gynäkologie und Geburtshilfe 27.3%, in der Kinder- und Jugendmedizin 25.5%, in der Orthopädischen Chirurgie 13.7%, in der Radiologie 8.4% und in der Allgemeinen und Inneren Medizin 4.5% weniger Arzneimittel abgegeben. Diese Zahlen stützen die auf S. 9 erwähnte Beobachtung, dass Arzneimittel vermehrt über die Apotheken und nicht mehr direkt bei den Ärztinnen bezogen werden.

Von den separat ausgewiesenen Fachgruppen ist einzig in der Psychiatrie und Psychotherapie mit CHF 3.8 Mio. gegenüber 2016 eine Zunahme von 6.8% zu beobachten. Ergänzend dazu sind die Bruttoleistungen der Übrigen Rechnungsstellenden zu sehen, die mit CHF 20.5 Mio. einen Anstieg von 3.3% verzeichnen. Aus Gründen der Anonymität können keine detaillierteren Angaben gemacht werden, aber 2017 enthielt diese Kategorie 33 Fachgruppen, was die Bandbreite dokumentiert.

### c) Arzneimittel: Zwei Drittel des Sparpotenzials durch Generika ungenutzt

Aufgrund notwendiger zusätzlicher Prüfungen der Datenqualität der Angaben zu Arzneimitteln nach therapeutischen Gruppen (Tabelle 5, Tabelle 12) können für 2017 keine Werte publiziert werden und die vorjährige Analyse wird belassen.

Im Jahr 2016 wurden verschreibungspflichtige Arzneimittel im Wert von CHF 26.9 Mio. an Versicherte abgegeben. 70.9% der Arzneimittel wurden direkt in der ärztlichen Praxis und 29.1% über Apotheken bezogen. Generell werden immer mehr Arzneimittel über Apotheken abgegeben. So erhöhte sich ihr Anteil seit 2011 von 21.5% auf 29.1% im Berichtsjahr kontinuierlich.

Die Ausgaben für Arzneimittel stiegen konstant an, in den letzten fünf Jahren im Durchschnitt um 2.8% pro Jahr. Wird die Zunahme in Relation zu den versicherten Personen betrachtet, so sind die Ausgaben im gleichen Zeitraum mit 1.6% pro Jahr und entsprechenden Ausgaben von CHF 648 pro versicherte Person im Referenzjahr 2016 etwas weniger stark angestiegen (Tabelle 8.16).

Die Arzneimittelstatistik ermöglicht eine detaillierte Auswertung (Tabelle 5, Tabelle 12). Gemäss diesen Angaben wurden im Jahr 2016 518 707 Packungen mit einem Marktpreis von CHF 25.4 Mio. verkauft. Gegenüber dem Vorjahr wurden 6.0% weniger Packungen gezählt, der Marktpreis lag um 0.4% tiefer. 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 28.5% gehörte mehr als jede vierte Medikamentenpackung der therapeutischen Gruppe der Stoffwechselmedikamente an. Auffallend hoch ist diesbezüglich der Anteil der Stoffwechselmedikamente mit 39.9% am Gesamtumsatz zu Marktpreisen bzw. 42.2% 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 2016 ausgewiesene Generikaanteil von 13.4% (Werkpreise) ist der höchste Wert seit Beginn der Zeitreihe im Jahr 2010 und deckt sich mit dem in der Schweiz gemessenen Wert. Die 13.4% entsprechen einem Drittel des laut Amt für Gesundheit maximal möglichen Generikaanteils von 39.4% (Basis: all jene Medikamente, für die ein Generikum existiert, 2015: 40.2%).

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.liv.li](http://www.as.liv.li)). Die Listen der Vorjahre 2009 bis 2013 sind in der gedruckten Publikation der Krankenkassenstatistik 2013 veröffentlicht worden.

#### **Weniger Prämien, höhere Kostenbeteiligung**

Mit CHF 128.4 Mio. fällt das Prämien Soll ein erstes Mal im Vorjahresvergleich tiefer aus. Die Differenz von 6.5% bzw. CHF 8.9 Mio. bedeutet, dass pro versicherte Person mit CHF 3 229 insgesamt CHF 251 weniger beglichen werden mussten als noch im Vorjahr. Es ist allerdings anzumerken, dass von tieferen Prämien nicht nur die Versicherten profitieren, sondern ein Teil der Reduktion auch auf die Beiträge der Arbeitgeberinnen entfällt.

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. Dies führte zu einer deutlichen Erhöhung der Kostenbeteiligung von 79.8%, respektive von CHF 10.7 Mio. auf CHF 19.2 Mio. Pro versicherte Person lag der Betrag im Berichtsjahr mit CHF 483 um CHF 212 höher als im Vorjahr.

Infolgedessen fallen die durchschnittlichen Ausgaben gegenüber 2016 pro Person um CHF 39 tiefer aus. Grafik 1 auf S. 8 gibt einen Überblick über die Entwicklung der Situation der Versicherten in den letzten zehn Jahren.

#### **85% der Versicherten bezogen Leistungen**

Im Vergleich zum Vorjahr mit 85.6% hat sich der Anteil der Personen, die über die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abgedeckte Leistungen beziehen, mit 85.1% wenig verändert. Der Anteil der Personen, die keine Leistungen beziehen, zeigt sich in der zehnjährigen Betrachtung seit 2008 von 13.1% auf 14.9% im Berichtsjahr fast kontinuierlich steigend. Insgesamt wurden 2017 Leistungen von CHF 171.9 Mio. über die OKP beglichen. Daraus resultiert ein durchschnittlicher Betrag von CHF 4 325 pro Person, welcher 0.3% über dem Vorjahreswert liegt. Insofern hat die höhere Kostenbeteiligung 2017 nicht dazu geführt, dass sich die Gruppe der Versicherten ohne Leistungsbezug auffallend vergrössert hätte oder dass die durchschnittlichen Leistungen pro versicherte Person zurückgegangen wären.

Die Höhe der Bruttoleistungen pro versicherte Person und Monat variiert nach Geschlecht und Alter (Tabelle 8.27). Frauen beanspruchten im Durchschnitt mit CHF 462 pro Monat 29.2% mehr Leistungen als Männer. Diese Differenz ist mit unterschiedlichen Ausprägungen bis etwa zum 65. Lebensjahr zu beobachten. Mit dem Eintritt ins Rentenalter bis zum 80. Lebensjahr waren dann die Männer auf mehr medizinische Leistungen angewiesen als die Frauen. Im hohen Alter ab 81 Jahren kippte das Verhältnis erneut und es waren die Frauen, die mehr medizinische Versorgung benötigten. Erwartungsgemäss lassen sich bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter zunehmende Kosten beobachten.

**Gesamtergebnis von CHF 9 Mio.**

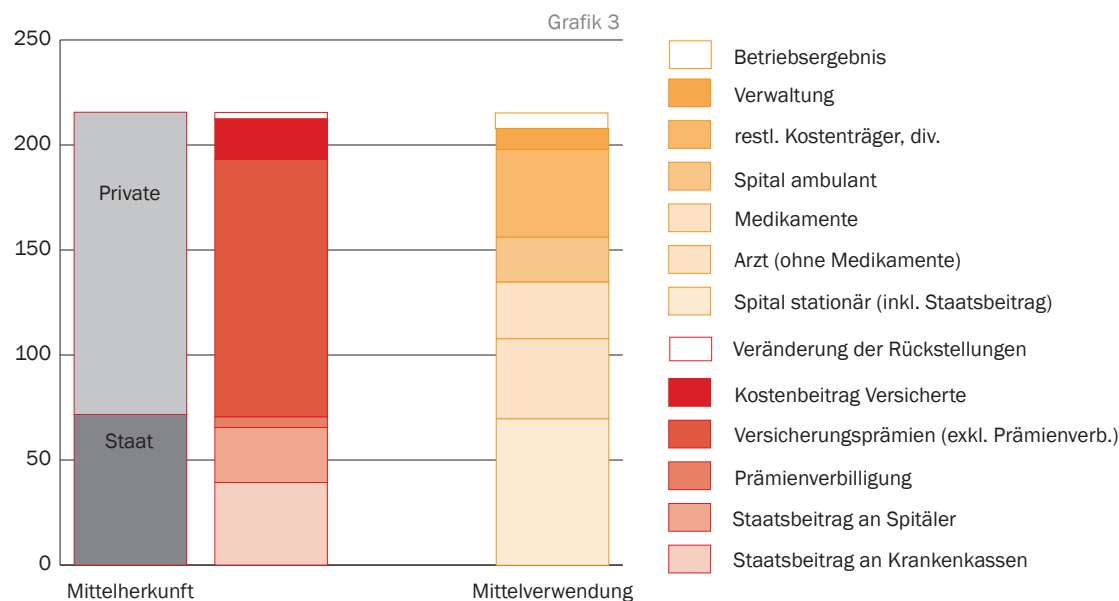
Das für 2017 ausgewiesene Gesamtergebnis von CHF 9.3 Mio. liegt zwar 9.3% unter dem vorjährigen Betrag von CHF 10.3 Mio., doch in der zehnjährigen Zeitreihe reihen sich die letzten beiden Jahre nach 2012 mit CHF 14.3 Mio. und 2010 mit CHF 13.3 Mio. im vorderen Drittel ein. Auffallend ist das um 6.5% tiefere Prämiensoll von CHF 128.4 Mio. sowie die um 79.8% höhere Kostenbeteiligung von CHF 19.2 Mio. In absoluten Beträgen gleichen sich der Rückgang des Prämiensolls um CHF 8.9 Mio. und die Erhöhung der Kostenbeteiligung um CHF 8.5 Mio. fast aus und sind für das Gesamtergebnis praktisch indifferent. Daneben haben auch die mit 1.1% auf CHF 171.9 Mio. nur leicht angestiegenen Bruttoleistungen wenig Effekt. Folglich lässt sich das tiefere Gesamtergebnis einerseits durch den um 7.3% höheren Betriebsaufwand von CHF 9.9 Mio. sowie die um 6.4% tieferen Staatsbeiträge von CHF 39.3 Mio. begründen.

Die von der OKP angelegten Reserven haben sich 2017 gegenüber dem Vorjahr um 15.3% auf CHF 76.3 Mio. erhöht. 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 2017 wurde die OKP zu 66.8% durch Private und zu 33.2% 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 2017**



### 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 2017 beglich die Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG) insgesamt Krankengeld für Arbeitsausfälle an 210 485 Tagen. Der Wert ist gegenüber dem Vorjahr um 0.5% tiefer und bewegt sich im Bereich des fünfjährigen Mittelwerts von 2012 bis 2016 von 206 925 Taggeldern. Insgesamt wurden 2017 von der OKG CHF 27.5 Mio. für Taggelder ausbezahlt, wobei der Betrag gegenüber 2016 mit einer Zunahme von 3.2% etwas stärker angestiegen ist als die Anzahl ausbezahlter 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 2017 mit CHF 4.6 Mio. das vierte Mal in Folge ein Plus und gleichzeitig auch das beste Ergebnis seit 2008 erzielt (2016: CHF 3.4 Mio.). Begründen lässt sich dies mit dem Versicherungsertrag von CHF 35.1 Mio., der gegenüber dem bisherigen Höchstwert von 2016 um 6.9% höher ausfällt.

### 3.3 Freiwillige Versicherungen (FV)

Im zehnjährigen Vergleich seit 2008 realisierten die Freiwilligen Versicherungen (FV) mit dem Gesamtergebnis von CHF 6.1 Mio. den positivsten Jahresabschluss, wobei dieser um 52.6% höher ausfällt als der bisherige Höchstwert aus dem Vorjahr. Insgesamt verbessert sich das Gesamtergebnis der FV seit 2013 mit CHF 0.9 Mio. kontinuierlich. Im Berichtsjahr waren die bislang höchsten Versicherungserträge von CHF 52.5 Mio. (2016: CHF 50.0 Mio.) massgebend. Sie vermögen den ebenfalls verhältnismässig hohen Versicherungs- und Betriebsaufwand von CHF 46.9 Mio. zu kompensieren (Mittelwert seit 2008: CHF 43.3 Mio.).

### 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).

Basierend auf den im jeweiligen Kapitel erwähnten positiven Jahresabschlüssen der einzelnen Versicherungszweige fällt auch das Gesamtergebnis 2017 für das Gesamtgeschäft der Krankenversicherer mit CHF 20.0 Mio. entsprechend aus und stellt den Höchstwert in der zehnjährigen Betrachtung dar.

Der Versicherungsertrag liegt zwar mit CHF 254.8 Mio. um 2.6% unter dem des Vorjahres. Zudem fallen die Staatsbeiträge mit CHF 39.3 Mio. gegenüber dem Vorjahr um 6.4% tiefer aus. Ausschlaggebend für das Gesamtergebnis sind die bei der OKG um 6.5% sowie bei der FV um 4.8% höheren Prämieinnahmen, die in Summe CHF 4.6 Mio. mehr generierten. Lediglich ergänzend ist hingegen das bei der OKP um CHF 8.9 Mio. tiefere Prämien Soll von CHF 128.4 Mio. zu sehen, das durch die um CHF 8.5 Mio. höhere Kostenbeteiligung von CHF 19.2 Mio. fast ausgeglichen wurde.

Per 31. Dezember 2017 beliefen sich die Reserven aller Versicherungszweige auf CHF 123.0 Mio. Im Vergleich zum Vorjahr konnten alle Versicherungszweige ihre Reserven mit Zunahmen zwischen 15.3% und 70.1% deutlich ausbauen. Im Durchschnitt steigen die Reserven seit 2008 mit CHF 44.9 Mio. um 11.9% pro Jahr an.

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

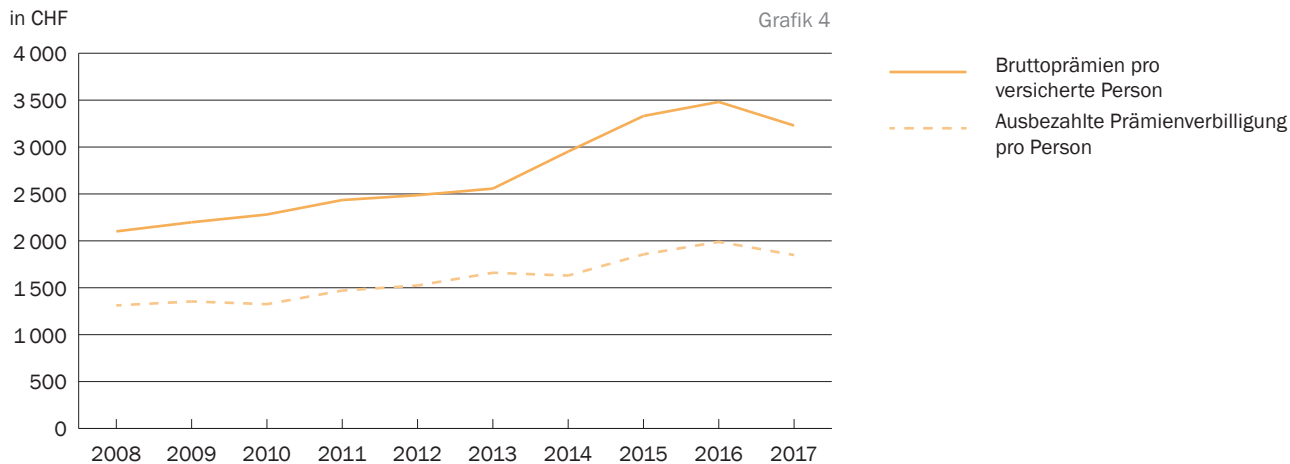
Den prozentual grössten Anstieg verzeichnet die Obligatorische Krankengeldversicherung mit einem Plus von 70.1% bzw. CHF 5.4 Mio. auf CHF 13.2 Mio. Dies ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass die Situation beim Taggeld in den früheren Jahren problematisch war und 2017 nun eine weitere Aufstockung der Reserven erfolgen konnte. Möglich wurde dies durch das um 6.5% höhere Prämien Soll von CHF 35.4 Mio., welches gemäss Angaben des Amtes für Gesundheit auch ein Ergebnis regelmässig neu ausgehandelter Prämien in Kollektivverträgen ist.



### 3.5 Prämienverbilligungen

Im Berichtsjahr 2017 wurden mit 2 788 Beziehenden 60 Personen weniger gezählt als im Vorjahr. Der Rückgang der Beziehenden war mit 2.1% etwas weniger ausgeprägt als der um 9.0% tiefere Gesamtbetrag von CHF 5.2 Mio. In der Folge sank der durchschnittlich aufgewendete Betrag pro beziehende Person um 7.1% von CHF 1 990 auf CHF 1 849. Grafik 4 illustriert die Entwicklung der ausbezahlten Prämienverbilligung sowie die Bruttoprämien pro Person in den letzten zehn Jahren. Neben der bis 2016 steigenden Tendenz lässt sich die Korrelation zwischen den zwei Grössen beobachten: steigen die in Rechnung gestellten Bruttoprämien der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung an, so wirkt sich das auch direkt auf die ausbezahlten Prämienverbilligungen aus. Das Berichtsjahr 2017 illustriert den aktuell umgekehrten Fall, in dem die Bruttoprämien und somit auch die Beiträge für Prämienverbilligung gesenkt wurden.

**Bruttoprämien der OKP und ausbezahlte Prämienverbilligung pro Person seit 2008**



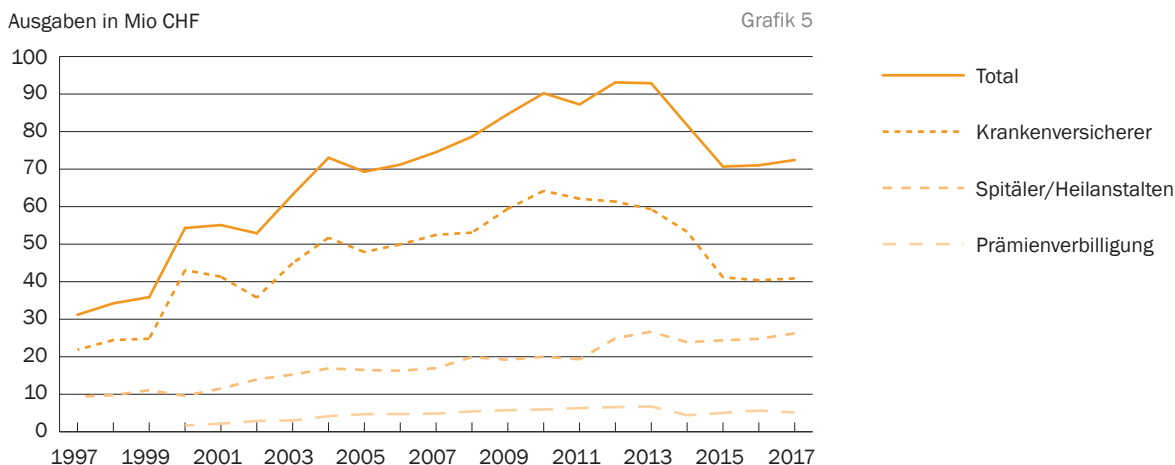


### 3.6 Staatsbeiträge

Nachdem die Summe der ausbezahlten Staatsbeiträge von 2012 mit CHF 93.1 Mio. bis 2015 mit CHF 70.7 Mio. sukzessive gekürzt wurde, sind die Gesamtausgaben für Staatsbeiträge nach 2016 im Jahr 2017 ein weiteres Mal leicht angestiegen. Insgesamt wurden im Berichtsjahr 2017 mit CHF 72.4 Mio. 2.0% mehr ausgegeben als im Vorjahr. Während der Krankenkassenverband gegenüber 2016 unverändert mit CHF 180 000 unterstützt wurde und sich der Betrag für Prämienverbilligungen um 9.1% auf CHF 5.1 Mio. reduzierte, erhielten die Spitäler mit CHF 26.2 Mio. um 5.8% und die Krankenversicherer mit CHF 40.9 Mio. um 1.2% mehr staatliche Subventionen.

Von der Gesamtsumme der Staatsbeiträge von CHF 72.4 Mio. flossen 56.4% an die Versicherer der Obligatorischen Krankenpflege, weitere 36.2% wurden an verschiedene Spitäler überwiesen, 7.1% 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



#### 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](http://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

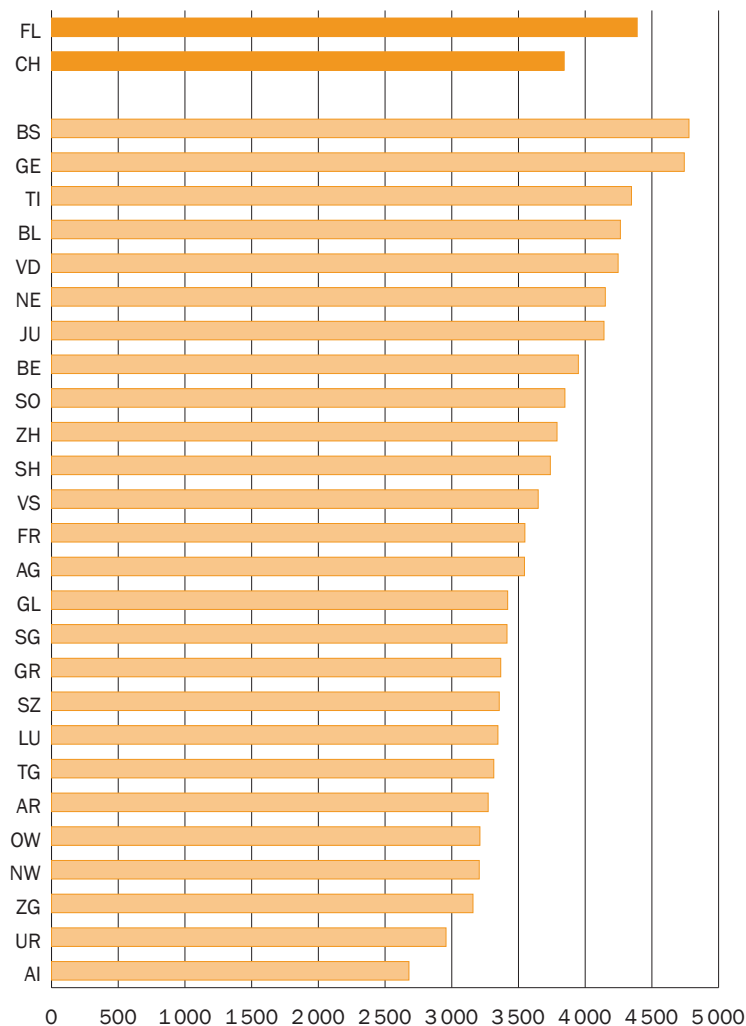
Rechnungsstellung der Leistungserbringenden an die Versicherten. Dabei werden lediglich die von den Versicherten bezahlten und zur Rückvergütung eingereichten Rechnungen von den Versicherern erfasst. Nicht eingereichte Rechnungen für Leistungen bleiben unberücksichtigt.

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

#### Bruttokosten (OKP) pro versicherte Person 2017

in CHF

Grafik 6



#### 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 2017 einen Anteil von 95.9% aller in Liechtenstein registrierten Versicherten stellen. Auch die Schweizer Vergleichsdaten beinhalten jeweils nur die Versicherten des betreffenden Wohnkantons.

ausfallen, 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 mit einem Mehr von 14.2% für Liechtenstein berechnet. Allerdings hat sich die Differenz im Vorjahresvergleich um 2.7 Prozentpunkte verringert, da sich die durchschnittlichen Ausgaben pro versicherte Person in Liechtenstein um 0.2% reduzierten während für die Schweiz eine Erhöhung um 2.1% berechnet wird.

Ergänzend dazu schlüsselt die Tabelle B diese Ausgaben nach Kategorie der Leistungserbringenden auf.

In Bezug auf die Ärztinnen wurden in Liechtenstein mit CHF 1 472 pro versicherte Person 25.4% 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 906 liegen um 4.6% über dem Betrag der Schweiz. Bei den ärztlichen Praxislabors und Arzneimitteln ist der Unterschied mit 34.4% und 97.0% 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 114, bzw. es wird eine Differenz von 65.7% (2016: 83.9%) ausgewiesen. Dieser relativ 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 mit durchschnittlichen CHF 696 pro versicherte Person in Liechtenstein und der Schweiz insgesamt gleich viel für über Ärztinnen und Apotheken bezogene Arzneimittel ausgegeben wird.

## Bruttoleistungen der OKP pro versicherte Person nach Kategorie

Tabelle B

	LI		CH	
	2017	2016	2017	2016
<b>Total in CHF</b>	<b>4 390</b>	<b>4 400</b>	<b>3 843</b>	<b>3 763</b>
Ärzte	1 472	1 495	1 174	1 134
Ärzte Behandlungen (ohne Labor)	906	911	865	840
Ärzte Arzneimittel	477	496	242	230
Ärzte Laboranalysen	89	89	66	63
Apotheken	219	203	454	445
Spitäler ambulant	565	540	735	703
Spitäler stationär	1 142	1 187	797	820
Pflegeheime	258	242	218	217
SPITEX-Organisationen	61	60	104	98
Laboratorien	198	217	107	103
Physiotherapeuten	178	184	119	112
Übrige	297	271	135	132

### 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 2017 einen Anteil von 95.9% 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.

Im Weiteren fallen die abgerechneten Leistungen der Physiotherapeutinnen in Liechtenstein mit im Jahr 2017 durchschnittlichen CHF 178 um 50.2% höher aus als in der Schweiz. Im Vergleich zum 2016 berechneten Unterschied von 64.0% zur Schweiz, lässt sich ein Teil der Annäherung mit der Senkung des Taxpunktwertes per 1. Januar 2017 von CHF 1.10 auf CHF 1.05 erklären. Ein weiterer Teil des Unterschieds ist mit den Masseurinnen zu begründen, denen 2017 Leistungen im Umfang von CHF 768 847 (vgl. Tabelle 1.10, Fussnote) durch die Obligatorische Krankenpflegeversicherung vergütet wurde. In der Schweiz hingegen sind die von Masseurinnen erbrachten Bruttoleistungen grundsätzlich von der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausgenommen. Allerdings beträgt der mittlere Betrag pro versicherte Person für Leistungen der Masseurinnen in Liechtenstein CHF 19, wodurch eine Differenz von CHF 40 respektive 33.9% gegenüber dem schweizerischen Wert für Physiotherapeutinnen offen bleibt. Ergänzend dazu lässt sich der Gesundheitsbefragung 2012 entnehmen, dass die Versicherten in Liechtenstein mit einem Anteil von 20.0% (vgl. Liechtensteinische

Gesundheitsbefragung 2012, S. 70) und der Schweiz<sup>1</sup> mit einem Anteil von 17.9% ähnlich häufig eine Physiotherapeutin innerhalb eines Jahres aufsuchen.

Ebenfalls deutlich höher waren die Ausgaben für stationäre Spitalleistungen, die für Liechtenstein mit CHF 1 142 und für die Schweiz mit CHF 797 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 ebenfalls bei den Ausgaben für Spitex-Organisationen, deren Differenz mit durchschnittlichen CHF 61 in Liechtenstein und CHF 104 in der Schweiz auffallend ist, begrenzt.

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

---

<sup>1</sup> Schweiz, Link: <http://www.portal-stat.admin.ch/sgeb2012/files/de/02f.xml>

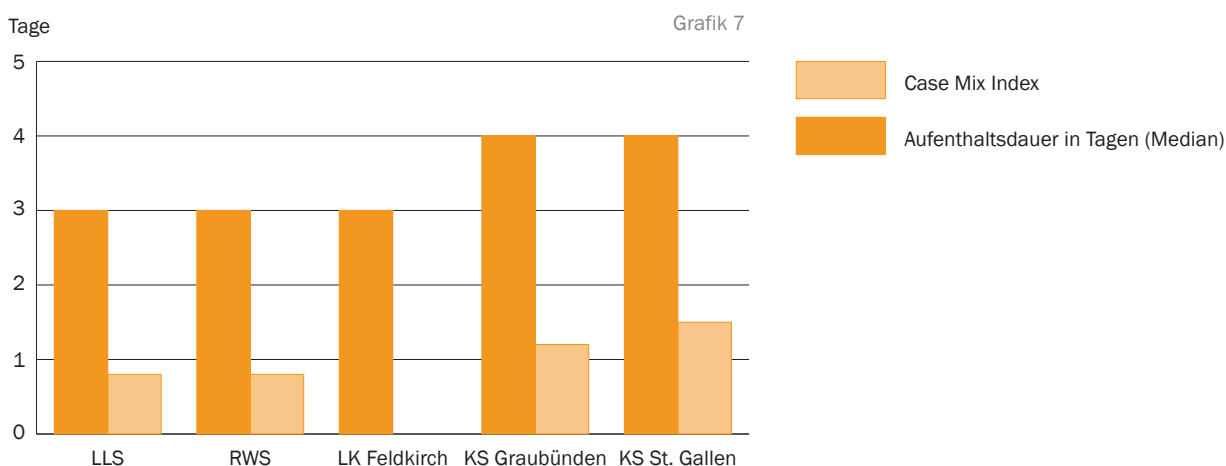
Da sich die Vertrauensintervalle mit  $\pm 3.0$  für Liechtenstein und  $\pm 0.7$  für die Schweiz überschneiden, ist der Unterschied als nicht signifikant zu werten.

## 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. Der Median sagt aus, nach wie vielen Tagen mindestens die Hälfte der Patientinnen 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 liegt der Median bei vier Tagen. Mit einem Median von drei Tagen blieben die Patientinnen etwas weniger lang in den Spitälern der Spitalregion Rheintal, Werdenberg und Sarganserland, im Landeskrankenhaus Feldkirch sowie im Liechtensteinischen Landesspital. Anhand des Case Mix Index, der mit zunehmendem Schweregrad der Patientinnen steigt, wird die Korrelation mit der Aufenthaltsdauer ersichtlich. So werden schwerere Fälle häufiger in Kantonsspitälern behandelt, was auch zu einer höheren Aufenthaltsdauer führt.

### Median der Aufenthaltsdauer und Case Mix Index in Spitälern 2017



#### 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 Case Mix Index, d.h. den durchschnittlichen Schweregrad der Fälle eines Spitals.

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

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

LK Feldkirch = Landeskrankenhaus Feldkirch, KS = Kantonsspital

### 4.3 Krankheitsfälle pro 1 000 Einwohnerinnen

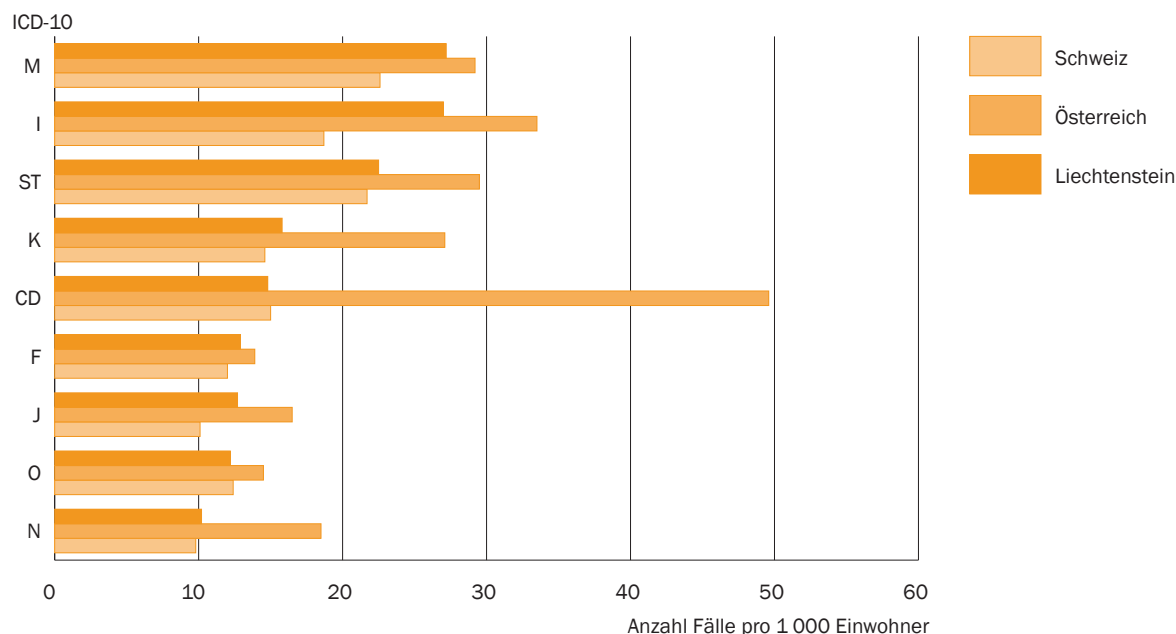
Die Grafik 8 stellt die Anzahl der diagnostizierten Krankheitsfälle bei stationär behandelten Patientinnen in Spitälern nach ICD-10-Klassifikation dar. Ausgewählt wurden die zehn für in Liechtenstein wohnhafte Personen am häufigsten gestellten Diagnosegruppen sowie die entsprechenden Vergleichswerte aus der Schweiz und Österreich. Da für die Schweiz und Österreich lediglich Informationen für das Jahr 2016 vorliegen, wurde die Grafik für das Jahr 2016 erstellt.

In Bezug auf die Anzahl der Diagnosen ist die Situation in Liechtenstein und der Schweiz relativ ähnlich, einzig bei den Kreislauferkrankungen (I) hat Liechtenstein mit

27.0 Fällen pro 1 000 Einwohnerinnen und einer Differenz von 44.3% deutlich mehr Fälle als die Schweiz. Die weiteren aufgeführten Kategorien in der Grafik differieren um weniger als 30%. Österreich hingegen verzeichnet meist auffallend mehr Diagnosen. 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 Krankenhäusern gestellte Diagnosen nach ICD-10 Klassifizierung in Liechtenstein, Schweiz und Österreich  
Anzahl Fälle pro 1 000 Einwohner 2016**

Grafik 8



## Stationäre Krankheitsfälle pro 1 000 Einwohner in Liechtenstein, der Schweiz und in Österreich 2016

Tabelle D

Code	ICD-Klassifikation	LI	CH	AT
AB	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	4.2	4.2	6.7
CD	Neubildungen	14.8	15.0	49.6
D	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	1.0	0.7	2.7
E	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	3.1	2.7	6.4
F	Psychische und Verhaltensstörungen	12.9	12.0	13.9
G	Krankheiten des Nervensystems	4.2	4.5	13.3
H	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	0.9	1.3	24.1
HH	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	1.0	1.3	2.8
I	Krankheiten des Kreislaufsystems	27.0	18.7	33.5
J	Krankheiten des Atmungssystems	12.7	10.1	16.5
K	Krankheiten des Verdauungssystems	15.8	14.6	27.1
L	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	2.5	2.0	4.0
M	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	27.2	22.6	29.2
N	Krankheiten des Urogenitalsystems	10.2	9.8	18.5
O	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	12.2	12.4	14.5
P	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	4.3	3.7	1.5
Q	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	1.1	1.2	2.0
R	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	4.3	5.1	11.9
ST	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen	22.5	21.7	29.5
Z	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	6.4	8.3	1.7

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 2017

Tabelle 1.1

		Personen	Anteil in % der Versicherten
Versicherer der Obligatorischen Krankenpflege	Anzahl	3	
Versichertenbestand am 31.12.2017	Anzahl	39 746	100.0
Erwachsene	Anzahl	31 404	79.0
Frauen	Anzahl	15 632	39.3
Männer	Anzahl	15 772	39.7
Jugendliche	Anzahl	1 756	4.4
Kinder	Anzahl	6 586	16.6
		Betrag	Anteil in % der Bruttoleistungen
Prämien Soll	CHF	128 355 832	74.7
pro versicherte Person, ohne Kinder	CHF	3 871	
pro versicherte Person	CHF	3 229	
Bruttoleistungen der Versicherer	CHF	171 919 012	100.0
pro versicherte Person	CHF	4 325	
Kostenbeteiligung der Versicherten	CHF	19 207 280	11.2
pro versicherte Person, ohne Kinder u. Jugendliche	CHF	612	
pro versicherte Person	CHF	483	
Nettoleistungen der Versicherer	CHF	152 711 731	88.8
pro versicherte Person	CHF	3 842	
Betriebsaufwand	CHF	9 895 938	5.8
pro versicherte Person	CHF	249	
Gesamtergebnis vor Staatsbeiträgen	CHF	-29 954 820	-17.4
pro versicherte Person	CHF	-754	
Staatsbeiträge	CHF	39 264 048	22.8
pro versicherte Person	CHF	988	
Gesamtergebnis nach Staatsbeiträgen	CHF	9 309 228	5.4
pro versicherte Person	CHF	234	

### 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 31.12.2017 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 31.12.2017 nach Wohnsitz und Versicherungsart

Tabelle 1.3

Wohnsitz/ Versicherungsart	Total	Anteil in %	Frauen	Männer	Jugendliche	Kinder
<b>Gesamt</b>	<b>39 746</b>	<b>100.0</b>	<b>15 632</b>	<b>15 772</b>	<b>1 756</b>	<b>6 586</b>
davon mit erweiterter OKP	10 642	26.8	4 866	3 844	412	1 520
Liechtenstein	38 122	95.9	15 258	14 731	1 727	6 406
Ausland	1 624	4.1	374	1 041	29	180
davon Schweiz	79	0.2	31	33	5	10
davon Österreich	379	1.0	130	202	6	41
davon Andere	1 166	2.9	213	806	18	129
Ordentliche Jahresfranchise	35 818	90.1	14 093	13 383	1 756	6 586
Wählbare Jahresfranchise	3 928	9.9	1 539	2 389	-	-
davon CHF 1 500	2 152	5.4	821	1 331	-	-
davon CHF 2 500	431	1.1	180	251	-	-
davon CHF 4 000	1 345	3.4	538	807	-	-

## Anzahl Konsultationen 2017

Tabelle 1.4

	Total	Frauen	Männer	Jugendliche	Kinder
<b>Gesamt</b>	<b>358 207</b>	<b>179 456</b>	<b>133 961</b>	<b>11 469</b>	<b>33 321</b>
Ambulante Spitalkonsultationen	55 332	29 566	19 232	1 473	5 061
Ambulante Arztkonsultationen	302 875	149 890	114 729	9 996	28 260
Anzahl Konsultationen pro Versicherten	9.0	11.5	8.5	6.5	5.1

## 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.

Total: Anmerkungen zur Datenqualität sind im Kapitel 2.2.1 Datenqualität der verwendeten Datenquellen, letzter Abschnitt zu finden.

## Betriebsrechnung 2017

Tabelle 1.5

Kontenbezeichnung	Konto	in CHF
<b>Ertrag</b>		
Prämiensoll	60	128 355 832
Erlösminderungen für Prämien	64	-470 938
Andere Prämienanteile	65	-40 963
Bruttoprämien	= 60 bis 65	127 843 932
Prämienanteile der Rückversicherer	66	-50 242
Versicherungsprämien	= 60 bis 66	127 793 690
Staatsbeiträge	67	39 264 048
Sonstige Betriebserträge	69	1 959
Versicherungsertrag	= 6	167 059 697
<b>Aufwand</b>		
Bruttoleistungen	300	-171 919 012
Kostenbeteiligung der Versicherten	302	19 207 280
Nettoleistungen	= 30 bis 33	-152 711 731
Veränderung der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	35	1 812 349
Nettoleistungen nach Rückstellungen	= 30 bis 35	-150 899 382
Leistungsanteile der Rückversicherer	36	99 612
Risikoausgleich	37	1 401 143
Veränderung der gesetzlichen Mindestreserven	38	-248 300
Versicherungsaufwand	= 3	-149 646 927
Personalaufwand inkl. Sozialleistungen	400	-5 985 915
Verwaltungsräumlichkeiten, Unterhalt, usw.	410	-599 183
EDV-Kosten	420	-708 681
Versicherungsprämien und Verbandsbeiträge	430	-80 913
Übriger Verwaltungsaufwand	440	-1 701 844
Marketing und Werbung inkl. Provisionen	450	-657 107
Erhaltene Verwaltungsentschädigung	460	167 366
Verwaltungsaufwand	= 40 bis 46	-9 566 277
Sonstige Aufwendungen für Leistungen	47	-303 972
Abschreibungen auf Anlagevermögen	48	-24 121
Sonstige Betriebsaufwendungen	49	-1 568
Betriebsaufwand	= 4	-9 895 938
Versicherungs- und Betriebsaufwand	= 3+4	-159 542 865
<b>Betriebsergebnis</b>	<b>= 6-3-4</b>	<b>7 516 833</b>
Neutraler Aufwand und Ertrag	7	1 792 395
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>= 6-3-4+7</b>	<b>9 309 228</b>
Reserven	CHF	76 285 624
Rückstellungen	CHF	49 426 037

## Bruttoprämien nach Versicherungsform und Personengruppe 2017

Tabelle 1.6

	Total	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchise
in CHF			
<b>Gesamt</b>	<b>128 355 832</b>	<b>116 601 776</b>	<b>11 754 056</b>
Erwachsene	124 590 080	112 836 024	11 754 056
Frauen	62 974 618	58 370 914	4 603 704
Männer	61 615 462	54 465 110	7 150 351
Jugendliche	3 594 206	3 594 206	-
Kind	171 546	171 546	-
Pro prämienpflichtige Person	3 871	3 989	2 992
Erwachsene(r)	3 967	4 107	2 992
Frau	4 029	4 142	2 991
Mann	3 907	4 070	2 993
Jugendliche(r)	2 047	2 047	-
Kind	26	26	-

## Bruttoleistungen nach Versicherungsform und Personengruppe 2017

Tabelle 1.7

	Total	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchise
in CHF			
<b>Gesamt</b>	<b>171 919 012</b>	<b>167 041 094</b>	<b>4 877 918</b>
Erwachsene	159 341 210	154 465 600	4 875 610
Frauen	89 351 937	86 985 748	2 366 188
Männer	69 989 274	67 479 852	2 509 422
Jugendliche	3 866 602	3 864 295	2 308
Kind	8 711 199	8 711 199	-
Pro versicherte Person	4 325	4 664	1 242
Erwachsene(r)	5 074	5 622	1 241
Frau	5 716	6 172	1 537
Mann	4 438	5 042	1 050
Jugendliche(r)	2 202	2 201	-
Kind	1 323	1 323	-

### 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 2017

Tabelle 1.8

	Total	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchise
in CHF			
<b>Gesamt</b>	<b>19 207 280</b>	<b>17 031 088</b>	<b>2 176 192</b>
Erwachsene	19 205 825	17 031 088	2 174 737
Jugendliche	1 456	-	1 456
Kinder	-	-	-
Pro versicherte Person	483	475	554
Erwachsene(r)	612	620	554
Jugendliche(r)	1	-	-
Kind	-	-	-

## Nettoleistungen nach Versicherungsform und Personengruppe 2017

Tabelle 1.9

	Total	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchise
in CHF			
<b>Gesamt</b>	<b>152 711 731</b>	<b>150 010 006</b>	<b>2 701 726</b>
Erwachsene	140 135 385	137 434 512	2 700 874
Jugendliche	3 865 147	3 864 295	852
Kinder	8 711 199	8 711 199	-
Pro versicherte Person	3 842	4 188	688
Erwachsene(r)	4 462	5 002	688
Jugendliche(r)	2 201	2 201	-
Kind	1 323	1 323	-

### 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 2017**

Tabelle 1.10

Kategorie	Total	Anteil am Gesamttotal	Pro versicherte Person
	in CHF	in %	in CHF
<b>Gesamt</b>	<b>171 919 012</b>	<b>100.0</b>	<b>4 325</b>
Stationäre Spitalkosten	43 591 656	25.4	1 097
Ambulante Spitalkosten	21 401 917	12.4	538
Ambulante Arztkosten (ohne Arzneimittel und Arztlabor)	34 728 768	20.2	874
Arzneimittel Arzt	18 491 256	10.8	465
Arztlabor	3 402 716	2.0	86
Physiotherapeuten	6 879 951	4.0	173
Apotheken	8 515 076	5.0	214
Chiropraktoren	1 646 245	1.0	41
Abgabestellen MiGeL	1 201 506	0.7	30
Ergotherapeuten	679 786	0.4	17
Zahnärzte	360 187	0.2	9
Hebammen	275 295	0.2	7
Übrige Rechnungsstellende	30 744 652	17.9	774

**Erläuterung zur Tabelle:**

Physiotherapeuten: In dieser Position sind auch die Kosten von medizinischen Masseuren im Umfang von CHF 768 847 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 Leistungserbringern oder einem Leistungserbringer, 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 2017

Tabelle 1.11

Kategorie	Total	Frauen	Männer	Jugendliche	Kinder
	in CHF				
<b>Gesamt</b>	<b>171 919 012</b>	<b>89 351 937</b>	<b>69 989 274</b>	<b>3 866 602</b>	<b>8 711 199</b>
Stationäre Spitalkosten	43 591 656	22 289 689	18 811 464	990 765	1 499 738
Ambulante Spitalkosten	21 401 917	11 193 639	8 669 000	492 048	1 047 230
Ambulante Arztkosten (ohne Arzneimittel und Arztlabor)	34 728 768	17 315 814	13 475 849	935 841	3 001 265
Arzneimittel Arzt	18 491 256	9 216 268	8 140 321	290 564	844 103
Arztlabor	3 402 716	1 834 263	1 287 968	114 929	165 556
Physiotherapeuten	6 879 951	4 113 799	2 404 681	144 092	217 379
Apotheken	8 515 076	4 252 629	3 977 299	110 215	174 934
Chiropraktoren	1 646 245	845 191	586 052	65 895	149 107
Abgabestellen MiGeL	1 201 506	456 339	629 988	28 486	86 693
Ergotherapeuten	679 786	282 943	172 584	8 524	215 736
Zahnärzte	360 187	90 098	156 185	31 160	82 743
Hebammen	275 295	273 775	-	1 520	-
Übrige Rechnungsstellende	30 744 652	17 187 490	11 677 883	652 564	1 226 715

## Bruttoleistungen nach Kategorie und Personengruppe, pro versicherte Person 2017

Tabelle 1.12

Kategorie	Total	Frauen	Männer	Jugendliche	Kinder
	in CHF				
<b>Gesamt</b>	<b>4 325</b>	<b>5 716</b>	<b>4 438</b>	<b>2 202</b>	<b>1 323</b>
Stationäre Spitalkosten	1 097	1 426	1 193	564	228
Ambulante Spitalkosten	538	716	550	280	159
Ambulante Arztkosten (ohne Arzneimittel und Arztlabor)	874	1 108	854	533	456
Arzneimittel Arzt	465	590	516	165	128
Arztlabor	86	117	82	65	25
Physiotherapeuten	173	263	152	82	33
Apotheken	214	272	252	63	27
Chiropraktoren	41	54	37	38	23
Abgabestellen MiGeL	30	29	40	16	13
Ergotherapeuten	17	18	11	5	33
Zahnärzte	9	6	10	18	13
Hebammen	7	18	-	1	-
Übrige Rechnungsstellende	774	1 100	740	372	186



## Kennwerte zu den Leistungserbringenden nach Kategorie 2017

Tabelle 1.13

	Anzahl	Bruttoleistungen	Arithmetisches Mittel	1. Quartil	Median	3. Quartil
		in CHF				
Spitäler	167	65 979 837	395 089	1 154	9 146	57 532
davon mit OKP-Vertrag	25	59 021 598	2 360 864	233 072	863 570	2 112 476
Ärzte	1 501	56 940 933	37 935	213	587	2 276
davon mit OKP-Vertrag	80	48 356 046	604 451	263 830	544 416	832 327
Behandlungen	1 464	35 015 583	23 918	189	505	1 740
davon mit OKP-Vertrag	80	28 679 321	358 492	174 405	284 921	439 294
Arzneimittel	792	18 488 163	23 344	34	139	893
davon mit OKP-Vertrag	76	16 781 946	220 815	41 569	150 083	296 757
Praxislabors	555	3 437 188	6 193	39	102	351
davon mit OKP-Vertrag	56	2 894 778	51 692	8 949	39 019	71 175
Physiotherapeuten	192	6 869 329	35 778	479	1 346	32 656
davon mit OKP-Vertrag	51	6 031 456	118 264	35 639	64 666	158 153
Apotheken	331	8 515 833	25 728	54	128	457
<b>Chiropraktoren</b>	<b>36</b>	<b>1 646 245</b>	<b>45 729</b>	<b>203</b>	<b>536</b>	<b>1 747</b>
Abgabestellen MiGeL	40	1 201 004	30 025	868	4 727	23 977
Ergotherapeuten	21	680 896	32 424	899	3 714	30 364
Zahnärzte	64	360 187	5 628	319	1 221	4 869
Hebammen	30	274 937	9 165	488	1 774	11 951
Übrige Rechnungsstellende	208	29 552 610	142 080	500	1 588	20 384

### Lesebeispiel:

Im Jahr 2017 haben 36 Chiropraktoren insgesamt CHF 1 646 245 an Bruttoleistungen abgerechnet. Im Durchschnitt rechnete jeder Chiropraktor CHF 45 729 an Bruttoleistungen ab. 25% (1. Quartil) der Chiropraktoren rechneten weniger als CHF 203 und 25% (3. Quartil) der Chiropraktoren rechneten mehr als CHF 1 747 ab. Je die Hälfte der Chiropraktoren rechnete mehr bzw. weniger als CHF 536 ab (Median). Ergänzend zu dieser Tabelle sind die Tabellen 1.15 und 1.16 zu sehen, in denen die Bruttoleistungen der einzelnen Leistungserbringer 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 2017

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
<b>Total</b>	<b>2 590</b>	<b>1 096</b>	<b>581</b>	<b>456</b>	<b>248</b>	<b>190</b>	<b>78</b>	<b>35</b>
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	5	*	*	*
Abgabestelle MiGeL	40	28	18	13	5	*	*	*
Ergotherapeuten	21	14	9	7	5	*	*	*
Zahnärzte	64	34	16	10	*	*	*	*
Hebammen	30	17	10	9	*	*	*	*
Übrige Rechnungsstellende	208	126	81	66	40	33	11	8

**Lesebeispiel:**

45 Ärzte rechneten im Jahr 2017 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 2017 (Teil 1)

Tabelle 1.15 (Seite 1)

Rang	Spitäler in CHF	Ärzte			Physiotherapeuten		Apotheken	
		Total	Behandlung	Arzneimittel	Praxislabor			
1	*	*	*	*	*	*	*	*
2	*	*	*	*	*	*	*	*
3	*	*	*	*	*	*	*	*
4	*	*	*	*	*	*	*	*
5	*	*	*	*	*	*	*	*
6	2 388 400	1 268 900	877 900	296 300	94 670	315 800	180 800	
7	2 225 900	1 183 100	*	*	*	287 100	171 000	
8	2 112 500	1 169 600	771 800	272 000	125 900	276 300	106 860	
9	2 107 600	1 141 000	440 600	540 200	160 200	256 700	60 000	
10	1 387 600	1 136 700	819 800	297 200	19 650	227 200	46 910	
11	1 084 000	1 122 500	557 700	564 800	-	198 400	43 430	
12	982 700	1 011 600	427 000	509 500	75 160	192 100	37 910	
13	960 100	1 004 100	390 600	525 400	88 020	163 700	32 650	
14	872 800	945 400	354 500	500 300	90 570	158 200	28 090	
15	863 600	934 200	*	*	*	151 100	27 880	
16	738 100	932 600	705 700	223 000	3 889	139 700	26 930	
17	714 500	892 100	495 400	396 700	-	137 600	24 480	
18	541 600	862 300	417 300	366 000	79 000	136 300	16 670	
19	487 100	857 600	301 900	475 500	80 160	134 400	15 640	
20	469 200	847 200	627 300	189 700	30 150	131 700	13 750	
21	355 800	838 000	639 600	193 400	4 967	100 830	10 590	
22	309 700	837 600	*	*	*	91 470	9 220	
23	233 100	827 000	329 200	445 700	52 140	90 920	8 645	
24	220 000	825 700	599 300	205 400	21 020	89 710	8 593	
25	191 700	815 900	*	*	*	74 700	8 544	
26	158 600	779 300	*	*	*	71 690	7 972	
27	153 100	749 900	402 300	334 600	13 040	68 640	6 167	
28	151 100	740 300	437 900	264 800	37 560	64 670	5 869	
29	144 700	740 100	267 100	405 800	67 190	63 710	5 534	
30	138 500	732 300	271 700	371 800	88 750	60 840	5 476	
31	129 800	682 700	608 900	73 840	-	58 510	5 146	
32	126 200	675 300	323 000	266 900	85 360	58 120	5 143	
33	116 800	667 100	362 500	252 100	52 420	52 590	4 855	
34	95 400	658 300	400 900	152 100	105 360	52 120	4 523	
35	87 800	650 700	315 800	279 200	55 680	51 370	4 038	
36	85 370	637 600	372 600	265 000	-	51 270	3 907	
37	80 300	615 700	494 900	120 800	-	50 420	3 833	
38	78 860	601 800	281 300	260 300	60 190	48 030	3 381	
39	77 570	590 900	236 500	224 700	129 700	47 930	3 336	
40	64 700	553 200	448 000	69 380	35 770	47 420	3 151	
41	58 800	549 200	224 200	282 300	42 760	44 290	3 092	
42	57 530	545 100	321 300	223 800	-	36 820	2 977	
43	54 960	543 800	445 000	59 590	39 230	36 650	2 881	
44	41 800	541 800	207 800	288 900	45 030	36 160	2 408	
45	38 580	534 600	392 700	141 200	704	35 640	2 038	
46	35 970	499 500	429 900	69 600	-	34 950	1 950	
47	33 450	431 900	363 700	68 270	-	33 540	1 893	
48	33 350	380 500	182 200	148 100	50 210	33 390	1 851	
49	32 240	377 800	*	*	*	31 920	1 789	
50	32 150	376 700	376 400	226	-	25 530	1 723	

Tabelle 1.15 (Seite 2)

Rang	in CHF	Spitäler		Ärzte		Physiotherapeuten		Apotheken
		Total	Behandlung	Arzneimittel	Praxislabor			
51	30 950	365 500	257 700	98 340	9 472	21 680	1 597	
52	30 060	358 400	157 000	162 600	38 810	21 660	1 526	
53	29 430	357 100	305 000	52 160	-	20 010	1 489	
54	27 340	354 300	260 600	43 460	50 210	17 170	1 419	
55	26 880	341 000	321 000	20 060	-	16 560	1 309	
56	26 030	331 400	288 500	41 700	1 171	15 910	1 275	
57	25 580	323 400	254 800	65 520	3 099	13 500	1 214	
58	24 410	310 500	277 000	33 240	239	12 290	1 212	
59	24 310	306 500	192 800	69 420	44 230	11 030	1 089	
60	23 260	281 600	153 100	102 380	26 130	10 530	1 083	
61	21 230	276 800	144 200	127 500	5 109	9 502	1 022	
62	20 270	274 600	222 800	23 110	28 680	8 235	989	
63	19 620	265 600	221 500	44 130	-	7 080	982	
64	17 810	262 100	244 900	17 190	-	6 601	980	
65	16 620	259 700	226 200	33 480	-	4 754	882	
66	16 040	253 200	195 400	50 380	7 440	4 489	867	
67	14 690	234 900	*	*	*	4 423	837	
68	14 010	224 400	212 400	12 030	-	4 337	798	
69	13 990	219 500	166 600	12 830	40 030	3 916	784	
70	13 960	217 000	94 940	122 100	13	3 740	707	
71	13 440	208 400	196 100	12 140	229	3 643	671	
72	13 130	205 500	203 800	1 699	-	3 366	664	
73	12 990	166 800	127 200	20 140	19 440	3 024	612	
74	12 260	164 500	164 500	15	-	2 828	557	
75	12 020	159 600	159 600	-	-	2 744	533	
76	11 930	151 500	151 500	-	-	2 384	508	
77	11 660	150 700	90 170	41 440	19 100	2 144	504	
78	11 450	142 100	71 430	69 860	816	1 966	490	
79	11 290	140 600	140 600	-	-	1 922	479	
80	11 140	137 200	137 200	-	-	1 915	477	
81	10 550	131 800	*	*	*	1 826	464	
82	10 470	124 200	124 200	-	-	1 790	463	
83	9 453	122 400	73 660	48 380	385	1 788	457	
84	9 146	111 800	40 140	64 150	7 460	1 787	455	
85	9 030	101 360	96 460	4 900	-	1 741	449	
86	8 910	96 120	7 296	87 140	1 688	1 673	444	
87	8 334	88 750	88 600	144	-	1 666	436	
88	7 728	88 550	65 550	5 762	17 230	1 599	434	
89	7 479	85 620	73 110	12 510	-	1 502	391	
90	7 415	83 560	82 680	881	-	1 501	391	
91	7 172	79 470	74 730	380	4 360	1 498	387	
92	6 755	73 890	20 740	50 840	2 306	1 497	385	
93	6 343	71 630	43 750	27 880	-	1 429	384	
94	6 266	69 090	69 090	-	-	1 411	380	
95	5 796	68 280	47 070	21 150	57	1 406	360	
96	5 677	66 750	17 950	46 920	1 885	1 373	357	
97	5 602	59 640	20 520	-	39 110	1 320	357	
98	5 474	59 490	52 870	6 512	102	1 303	351	
99	5 166	54 080	38 040	11 930	4 114	1 294	344	
100	4 600	53 930	52 590	1 328	15	1 294	342	
101	4 377	51 860	18 910	30 960	1 988	1 294	341	
102	3 707	45 840	40 240	5 599	-	1 291	331	
103	3 392	45 810	12 390	29 400	4 019	1 275	330	
104	3 202	42 810	24 880	13 740	4 187	1 260	326	
105	3 190	41 160	39 270	-	1 884	1 218	323	

Tabelle 1.15 (Seite 3)

Rang	Spitäler in CHF	Ärzte		Physiotherapeuten		Apotheken	
		Total	Behandlung	Arzneimittel	Praxislabor		
106	2988	40460	24370	8060	8036	1166	308
107	2918	39420	33940	5311	169	1165	306
108	2724	38830	6625	31670	532	1107	299
109	2361	37010	36110	895	-	1012	297
110	2317	36130	27100	8886	143	958	296
111	2210	35820	35610	212	-	932	286
112	2183	33430	29370	4034	30	915	284
113	2141	33260	21730	11300	238	889	284
114	2123	32920	25000	7764	152	877	281
115	1864	32750	2540	29550	656	870	275
116	1835	32030	30590	1438	-	857	267
117	1762	31940	31520	419	-	844	265
118	1758	31580	11390	18250	1933	835	252
119	1755	29420	27960	1452	-	815	251
120	1755	28800	28450	347	-	809	245
121	1748	27490	27490	-	-	781	244
122	1602	26660	1907	24420	331	753	241
123	1513	26470	25060	1410	-	745	240
124	1358	26390	26390	-	-	706	236
125	1259	26380	5907	213	20260	692	232
126	1154	25280	25190	94	-	674	232
127	1101	24980	10740	12800	1441	674	225
128	1071	24820	23930	891	-	659	225
129	952	24020	23030	989	-	649	224
130	950	23860	4545	18870	450	645	219
131	943	23450	20070	3377	-	603	212
132	939	23320	3905	18190	1233	576	208
133	922	22610	19160	3446	-	507	196
134	859	22590	21310	1278	-	506	187
135	765	21790	21590	201	-	506	186
136	688	21560	10780	9073	1707	506	185
137	679	21260	15680	4775	806	506	183
138	678	21150	4982	-	16170	506	182
139	677	20390	3727	15180	1482	506	180
140	587	20200	20200	-	-	502	176
141	571	19820	18370	1417	31	501	176
142	517	19560	15760	2169	1626	480	173
143	512	18240	18240	-	-	480	169
144	509	17920	11340	6575	-	479	165
145	507	17320	17020	299	-	479	164
146	500	17070	16880	194	-	479	163
147	410	16860	9547	5352	1964	479	162
148	370	16670	756	15830	85	475	161
149	350	16640	16640	-	-	470	149
150	342	16280	8622	3886	3774	470	149
151	333	16160	11810	2304	2038	456	146
152	332	15990	15060	929	-	454	145
153	287	15550	15550	-	-	453	145
154	246	15550	9484	4405	1658	451	144
155	234	15370	9180	-	6193	451	144
156	220	14990	14590	241	159	447	142
157	155	14830	6605	7860	360	447	141
158	153	14390	5814	8573	-	447	139
159	143	14240	5787	6922	1527	447	135
160	134	14050	11730	2321	-	433	135

Tabelle 1.15 (Seite 4)

Rang	Spitäler	Ärzte		Physiotherapeuten		Apotheken	
		Total	Behandlung	Arzneimittel	Praxislabor		
	in CHF						
161	133	13 870	11 960	1 911	-	429	134
162	127	13 540	12 850	693	-	429	132
163	*	13 540	8 894	2 793	1 855	423	131
164	*	13 450	3 633	9 320	497	423	130
165	*	13 400	13 400	-	-	420	130
166	*	12 880	7 711	4 911	256	401	128
167	*	12 780	11 980	806	-	400	127
168		12 610	11 420	1 131	62	400	126
169		12 400	11 120	1 257	24	400	125
170		12 230	12 110	125	-	385	124
171		11 990	1 390	10 450	151	336	120
172		11 960	11 430	524	12	331	118
173		11 510	8 137	151	3 221	330	117
174		11 210	11 210	-	-	321	113
175		11 130	11 030	-	106	311	113
176		10 940	10 940	-	-	293	112
177		10 910	10 110	799	-	290	111
178		10 500	2 982	6 225	1 289	272	106
179		10 350	10 350	-	-	261	103
180		10 320	9 952	371	-	237	102
181		10 130	10 130	-	-	223	101
1472		30	30	-	-		
1473		30	-	30	-		
1474		30	30	-	-		
1475		29	29	-	-		
1476		25	-	25	-		
1477		24	24	-	-		
1478		23	-	23	-		
1479		22	22	-	-		
1480		22	-	22	-		
1481		21	-	21	-		
1482		20	-	-	20		
1483		19	-	19	-		
1484		18	-	18	-		
1485		17	17	-	-		
1486		16	-	16	-		
1487		16	16	-	-		
1488		16	16	-	-		
1489		16	16	-	-		
1490		16	16	-	-		
1491		16	16	-	-		
1492		15	15	-	-		
1493		15	-	15	-		
1494		15	15	-	-		
1495		15	15	-	-		
1496		15	15	-	-		
1497		*	*	*	*		
1498		*	*	*	*		
1499		*	*	*	*		
1500		*	*	*	*		
1501		*	*	*	*		

## Bruttoleistungen der einzelnen Leistungserbringenden nach Kategorie 2017 (Teil 2)

Tabelle 1.16

Rang	Chiropraktoren in CHF	Abgabestelle MiGeL	Ergotherapeuten	Zahnärzte	Hebammen
1	*	*	*	*	*
2	*	*	*	*	*
3	*	*	*	*	*
4	*	*	*	*	*
5	*	*	*	*	*
6	31 390	46 150	30 360	14 910	18 660
7	14 950	41 900	11 050	13 920	16 720
8	2 486	34 820	6 900	13 770	11 950
9	2 235	31 170	5 213	10 750	11 000
10	1 260	25 670	4 805	10 170	5 972
11	1 229	22 280	3 714	9 793	4 196
12	1 129	12 820	2 898	8 599	3 957
13	1 022	10 880	2 001	7 518	3 865
14	799	8 101	1 036	6 783	3 694
15	758	6 062	966	5 846	2 120
16	720	6 005	899	5 014	1 428
17	614	5 269	*	4 725	1 168
18	566	5 113	*	4 555	972
19	506	4 852	*	4 428	938
20	366	4 788	*	3 811	933
21	336	4 666	*	3 384	933
22	309	2 712		2 973	494
23	290	2 288		2 724	488
24	288	1 437		2 457	430
25	285	1 347		2 238	300
26	240	1 182		1 651	*
27	214	1 164		1 593	*
28	193	1 057		1 558	*
29	181	888		1 465	*
30	175	878		1 454	*
31	132	858		1 451	
32	*	818		1 229	
33	*	402		1 213	
34	*	350		1 025	
35	*	274		976	
36	*	*		970	
37		*		854	
38		*		592	
39		*		551	
40		*		524	
56				143	
57				122	
58				115	
59				112	
60				*	
61				*	
62				*	
63				*	
64				*	

## Kennwerte zu den Ärzten nach Fachgruppe 2017

Tabelle 1.17

	Anzahl	Bruttoleistungen in CHF	Arithmetisches Mittel	1. Quartil	Median	3. Quartil
Allgemeine und Innere Medizin	422	25 730 862	60 974	149	430	1 840
davon mit OKP-Vertrag	31	23 855 051	769 518	380 497	732 272	862 285
Behandlungen	405	12 426 265	30 682	117	308	1 066
davon mit OKP-Vertrag	31	11 245 151	362 747	207 831	301 890	402 272
Arzneimittel	286	10 844 124	37 917	30	135	1 132
davon mit OKP-Vertrag	31	10 323 245	333 008	189 683	282 257	500 326
Praxislabors	247	2 460 472	9 961	49	110	312
davon mit OKP-Vertrag	30	2 286 655	76 222	38 808	54 050	88 018
Kinder- und Jugendmedizin	37	2 894 711	78 235	109	443	933
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	36	2 116 131	58 781	89	288	620
Arzneimittel	25	778 581	31 143	17	55	865
Psychiatrie und Psychotherapie	105	3 830 145	36 478	982	2 290	7 448
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	104	2 828 354	27 196	950	2 283	6 682
Arzneimittel	30	1 001 791	33 393	227	705	2 321
<b>Gynäkologie und Geburtshilfe</b>	<b>130</b>	<b>2 170 720</b>	<b>16 698</b>	<b>203</b>	<b>410</b>	<b>1 393</b>
Behandlungen	126	1 729 163	13 724	180	360	1 212
Arzneimittel	64	224 937	3 515	39	117	386
Praxislabors	97	216 620	2 233	30	66	143
Orthopädische Chirurgie	74	1 511 098	20 420	235	594	1 569
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	74	1 188 084	16 055	235	589	1 513
Arzneimittel	33	323 013	9 788	30	88	404
Radiologie	45	257 967	5 733	440	1 159	3 488
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	45	235 785	5 240	437	1 071	3 113
Arzneimittel	24	22 182	924	108	340	1 060
Übrige Rechnungsstellende	688	20 545 430	29 863	221	614	2 267

### Lesebeispiel:

130 Gynäkologen haben insgesamt CHF 2 170 720 an Bruttoleistungen abgerechnet. Im Durchschnitt rechnete jeder Gynäkologe CHF 16 698 ab. 25% (1. Quartil) der Gynäkologen rechneten weniger als CHF 203 und 25% (3. Quartil) der Gynäkologen rechneten mehr als CHF 1 393 ab. Je die Hälfte der Gynäkologen rechnete mehr bzw. weniger als CHF 410 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 2017

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
<b>Total</b>	<b>1 501</b>	<b>566</b>	<b>245</b>	<b>181</b>	<b>101</b>	<b>85</b>	<b>45</b>	<b>13</b>
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	5	*	*
Orthopädische Chirurgie	74	27	8	5	*	*	*	*
Radiologie	45	24	9	7	*	*	*	*
Übrige Rechnungsstellende	688	254	115	87	41	31	12	6

**Lesebeispiel:**

24 Ärzte der Allgemeinen und Inneren Medizin rechneten im Jahr 2017 Bruttoleistungen von mehr als CHF 500 000 gegenüber den Krankenkassen ab.

**Erläuterung zur Tabelle:**

BL > CHF 0: Die Anzahl Leistungserbringenden, 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 2017 (Teil 1)

Tabelle 1.19 (Seite 1)

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	1 011 600	427 000	509 500	75 160	21 260	16 490	4 775	259 700	226 200	33 480	
7	1 004 100	390 600	525 400	88 020	18 240	18 240	-	164 500	164 500	15	
8	945 400	354 500	500 300	90 570	2 018	2 019	-	151 500	151 500	-	
9	862 300	417 300	366 000	79 000	943	301	642	137 200	137 200	-	
10	857 600	301 900	475 500	80 160	933	570	364	69 090	69 090	-	
11	847 200	627 300	189 700	30 150	876	555	321	28 800	28 450	347	
12	837 600	*	*	*	865	-	865	23 450	20 070	3 377	
13	827 000	329 200	445 700	52 140	753	530	222	17 320	17 020	299	
14	815 900	*	*	*	690	607	82	16 640	16 640	-	
15	749 900	402 300	334 600	13 040	632	632	-	15 550	15 550	-	
16	740 100	267 100	405 800	67 190	570	530	40	14 050	11 730	2 321	
17	732 300	271 700	371 800	88 750	535	528	8	13 870	11 960	1 911	
18	675 300	323 000	266 900	85 360	490	490	-	10 350	10 350	-	
19	667 100	362 500	252 100	52 420	443	389	55	10 130	10 130	-	
20	650 700	315 800	279 200	55 680	276	276	-	9 749	8 446	1 303	
21	601 800	281 300	260 300	60 190	273	274	-	8 842	8 017	825	
22	590 900	236 500	224 700	129 700	212	194	17	8 713	8 622	92	
23	549 200	224 200	282 300	42 760	204	188	15	8 486	8 234	253	
24	541 800	207 800	288 900	45 030	203	194	9	8 302	6 738	1 564	
25	380 500	182 200	148 100	50 210	144	94	50	7 624	7 624	-	
26	377 800	*	*	*	139	88	51	7 480	7 480	-	
27	376 700	*	*	*	118	81	37	7 448	5 788	1 659	
28	358 400	157 000	162 600	38 810	109	109	-	7 253	5 704	1 549	
29	331 400	288 500	41 700	1 171	104	104	-	6 627	6 627	-	
30	306 500	192 800	69 420	44 230	97	89	8	6 156	6 156	-	
31	281 600	153 100	102 400	26 130	97	86	11	5 708	5 708	-	
32	150 700	90 170	41 440	19 100	88	58	30	5 101	5 101	-	
33	68 280	47 070	21 150	57	*	*	*	4 880	4 880	-	
34	51 860	18 910	30 960	1 988	*	*	*	4 438	4 438	-	
35	31 580	11 390	18 250	1 933	*	*	*	4 226	4 226	-	
36	26 660	1 907	24 420	331	*	*	*	4 019	4 019	-	
37	24 980	10 740	12 800	1 441	*	*	*	3 731	3 731	-	
38	22 590	21 310	1 278	-				3 631	3 631	-	
39	21 560	10 780	9 073	1 707				3 569	3 569	-	
40	20 390	3 727	15 180	1 482				3 429	2 844	586	
41	16 280	8 622	3 886	3 774				3 167	3 167	-	
42	14 240	5 787	6 922	1 527				3 040	2 813	227	
43	11 510	8 137	151	3 221				3 016	3 016	-	
44	11 130	11 030	-	106				2 927	2 927	-	
45	10 940	10 940	-	-				2 888	2 888	-	
46	10 500	2 982	6 225	1 289				2 817	1 970	847	
47	9 479	3 666	5 018	795				2 759	2 759	-	
48	9 304	9 304	-	-				2 696	2 696	-	
49	8 568	6 808	831	930				2 484	2 484	-	
50	8 566	4 341	3 384	841				2 453	2 453	-	
51	8 415	8 415	-	-				2 452	2 452	-	
52	7 564	7 170	195	199				2 291	2 291	-	
53	7 219	2 725	4 184	310				2 290	2 290	-	

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									
54	6 802	5 105	1 697	-				2 276	2 276	-
55	6 531	5 201	4 29	901				2 231	2 231	-
56	6 411	4 782	917	713				2 204	2 204	-
57	5 952	4 877	363	712				2 193	2 193	-
58	5 866	2 187	3 396	283				2 001	2 001	-
59	5 615	3 505	1 595	515				1 963	1 963	-
60	5 502	3 615	1 395	492				1 624	1 577	48
61	5 457	5 457	-	-				1 607	1 483	124
62	5 353	1 725	3 278	351				1 607	1 607	-
63	4 973	1 739	2 825	409				1 534	1 534	-
64	4 707	1 521	3 155	31				1 495	1 234	261
65	4 660	3 285	543	833				1 483	1 483	-
66	4 655	3 071	1 165	419				1 483	1 483	-
67	4 606	1 066	3 325	214				1 469	1 469	-
68	4 522	4 272	180	71				1 456	1 456	-
69	4 508	1 948	2 509	51				1 438	1 438	-
70	4 168	3 011	961	196				1 428	1 428	-
71	3 997	2 002	1 884	110				1 426	1 426	-
72	3 951	1 311	2 243	396				1 368	1 368	-
73	3 941	1 732	1 903	306				1 248	1 248	-
74	3 751	189	3 414	148				1 176	1 176	-
75	3 742	2 904	818	20				1 148	1 148	-
76	3 204	1 403	1 501	299				1 105	699	406
77	2 964	1 215	1 214	535				1 101	1 101	-
78	2 862	2 862	-	-				1 005	1 005	-
79	2 773	1 248	1 243	282				982	982	-
80	2 710	1 037	1 377	297				918	918	-
81	2 689	1 062	1 455	171				878	878	-
82	2 656	1 587	830	238				845	845	-
83	2 577	1 092	1 135	351				818	818	-
84	2 558	2 318	240	-				757	757	-
85	2 506	2 151	304	50				748	748	-
86	2 478	2 420	58	-				696	696	-
87	2 455	1 210	1 245	-				676	544	131
88	2 451	1 927	329	194				638	638	-
89	2 446	1 587	860	-				622	622	-
90	2 390	645	1 659	85				418	418	-
91	2 334	2 203	-	130				414	351	63
92	2 332	279	2 048	5				401	401	-
93	2 236	425	1 506	304				335	335	-
94	2 197	1 480	654	63				335	335	-
95	2 118	1 106	1 012	-				318	166	152
96	2 113	2 082	31	-				309	309	-
97	2 066	742	1 293	31				294	294	-
98	2 031	1 649	65	317				283	283	-
99	2 016	814	1 044	158				233	-	233
100	2 002	481	1 497	24				223	223	-
101	1 987	1 552	170	265				*	*	*
102	1 967	1 442	526	-				*	*	*
103	1 921	972	658	291				*	*	*
104	1 885	1 479	134	271				*	*	*
105	1 877	1 162	403	312				*	*	*
106	1 840	1 220	415	205						
107	1 773	1 221	507	45						
108	1 634	444	1 023	168						

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									
109	1570	993	235	342						
110	1540	1325	183	31						
111	1517	178	1132	207						
112	1508	1419	88	-						
113	1503	1041	33	429						
114	1430	924	477	28						
115	1429	729	621	79						
116	1426	1426	-	-						
117	1411	991	230	189						
118	1297	879	359	59						
119	1267	583	488	197						
120	1256	1201	55	-						
121	1215	725	310	180						
122	1214	1214	-	-						
123	1174	1006	116	53						
124	1112	148	964	-						
125	1099	882	109	108						
126	1098	542	373	183						
127	1053	961	37	55						
128	1052	1052	-	-						
129	1050	285	766	-						
130	1046	789	118	140						
131	1012	611	189	211						
393	57	48	9	-						
394	57	45	12	-						
395	54	45	9	-						
396	50	44	6	-						
397	48	48	-	-						
398	47	47	-	-						
399	47	47	-	-						
400	44	-	44	-						
401	39	-	39	-						
402	37	-	37	-						
403	33	33	-	-						
404	33	33	-	-						
405	32	32	-	-						
406	30	30	-	-						
407	30	30	-	-						
408	30	-	30	-						
409	30	30	-	-						
410	29	29	-	-						
411	23	-	23	-						
412	19	-	19	-						
413	17	17	-	-						
414	16	16	-	-						
415	15	-	15	-						
416	15	15	-	-						
417	15	15	-	-						
418	*	*	*	*						
419	*	*	*	*						
420	*	*	*	*						
421	*	*	*	*						
422	*	*	*	*						

## Bruttoleistungen der einzelnen Ärzte nach Fachgruppe 2017 (Teil 2)

Tabelle 1.20 (Seite 1)

Rang	Gynäkologie und Geburtshilfe				Orthopädische Chirurgie			Radiologie		
	Total	Behand.	Arzneim.	Praxislabor	Total	Behand.	Arzneim.	Total	Behand.	Arzneim.
	in CHF									
1	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
2	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
3	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
4	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
5	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
6	88 550	65 550	5 762	17 230	9 958	9 554	404	12 610	11 480	1 131
7	79 470	74 730	380	4 360	6 418	5 624	794	12 400	11 140	1 257
8	20 200	20 200	-	-	5 443	5 329	113	7 138	6 388	750
9	19 560	15 760	2 169	1 626	3 768	3 159	610	6 566	6 387	179
10	11 210	11 210	-	-	2 851	2 806	45	4 595	4 185	410
11	9 887	8 151	1 736	-	2 656	2 132	524	4 456	3 923	533
12	6 213	6 213	-	-	2 205	1 680	526	3 488	3 113	374
13	4 773	4 438	16	319	1 954	1 952	2	3 028	2 722	306
14	4 392	3 211	528	653	1 752	1 657	94	2 880	2 768	113
15	3 848	2 712	845	291	1 687	1 687	-	2 848	2 296	553
16	3 723	3 375	284	64	1 674	1 651	23	2 615	2 529	86
17	3 650	2 760	335	555	1 627	1 609	19	2 173	1 897	276
18	3 617	3 153	14	450	1 601	1 513	88	1 837	1 751	86
19	3 337	2 710	207	420	1 569	1 569	-	1 561	1 560	1
20	3 218	2 873	132	213	1 494	1 479	15	1 270	1 270	-
21	3 213	2 727	315	171	1 269	721	548	1 206	1 206	-
22	3 023	2 220	786	16	1 263	1 178	86	1 183	1 071	113
23	2 860	2 148	393	319	1 234	1 192	42	1 159	1 021	138
24	2 819	2 766	54	-	1 210	1 210	-	1 086	1 086	-
25	2 393	1 593	451	349	1 185	1 151	34	968	881	88
26	2 208	1 283	812	114	1 158	992	166	759	759	-
27	1 917	1 552	165	200	1 099	1 099	-	701	682	19
28	1 904	1 799	-	105	931	879	52	536	536	-
29	1 844	1 323	159	362	921	920	1	516	413	103
30	1 758	1 706	-	52	901	860	42	505	505	-
31	1 417	1 161	54	202	863	769	94	505	505	-
32	1 396	1 234	84	78	845	845	-	463	463	-
33	1 393	895	428	69	834	826	9	446	446	-
34	1 374	984	217	174	783	783	-	440	440	-
35	1 363	810	412	141	767	767	-	437	437	-
36	1 264	1 212	-	52	678	678	-	431	431	-
37	1 257	1 113	50	93	612	603	9	403	403	-
38	1 240	831	192	217	576	576	-	389	389	-
39	1 217	1 115	-	102	565	565	-	377	377	-
40	1 207	817	369	21	488	447	41	344	344	-
41	1 113	1 039	-	74	476	476	-	*	*	*
42	1 088	973	36	79	407	407	-	*	*	*
43	1 028	842	81	106	391	273	118	*	*	*
44	1 024	681	322	21	381	381	-	*	*	*
45	950	661	62	227	370	370	-	*	*	*
46	855	688	87	79	349	349	-			
47	826	660	113	53	338	338	-			
48	723	642	-	81	290	290	-			
49	721	721	-	-	280	280	-			
50	703	560	-	143	278	278	-			
51	680	627	36	16	275	275	-			
52	669	558	18	93	263	263	-			
53	621	403	138	80	251	251	-			
54	563	478	-	85	248	248	-			
55	557	476	-	82	242	242	-			

Tabelle 1.20 (Seite 2)

Rang	Gynäkologie und Geburtshilfe				Orthopädische Chirurgie			Radiologie		
	Total	Behand.	Arzneim.	Praxislabor	Total	Behand.	Arzneim.	Total	Behand.	Arzneim.
	in CHF									
56	553	298	208	47	235	235	-			
57	547	512	-	35	232	232	-			
58	527	312	121	94	225	225	-			
59	524	524	-	-	216	216	-			
60	513	513	-	-	215	215	-			
61	498	438	-	60	212	212	-			
62	474	461	13	-	204	204	-			
63	461	351	44	66	203	203	-			
64	426	312	29	85	180	180	-			
65	416	380	-	36	176	176	-			
66	404	353	34	17	176	176	-			
67	384	308	-	76	173	173	-			
68	383	367	-	16	165	165	-			
69	378	290	43	45	144	144	-			
70	377	374	3	-	*	*	*			
71	370	324	-	46	*	*	*			
72	369	146	145	78	*	*	*			
73	362	324	-	39	*	*	*			
74	357	240	42	75	*	*	*			
101	194	148	-	46						
102	190	187	-	3						
103	182	116	61	5						
104	180	180	-	-						
105	180	145	-	35						
106	172	172	-	-						
107	165	130	26	9						
108	163	163	-	-						
109	154	154	-	-						
110	152	129	-	22						
111	150	98	-	52						
112	146	141	-	5						
113	143	138	-	5						
114	141	111	-	30						
115	141	141	-	-						
116	136	128	-	9						
117	130	130	-	-						
118	119	119	-	-						
119	97	-	97	-						
120	94	-	94	-						
121	89	89	-	-						
122	81	81	-	-						
123	77	15	23	38						
124	66	66	-	-						
125	63	63	-	-						
126	*	*	*	*						
127	*	*	*	*						
128	*	*	*	*						
129	*	*	*	*						
130	*	*	*	*						

**Erläuterung zur Tabelle:**

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

## Leistungen und Staatsbeiträge nach Altersgruppe und Geschlecht 2017

Tabelle 1.21

Altersgruppe	Geschlecht	Versicherte	Brutto-	Kosten-	Netto-	Nettoleistungen	Staatsbeiträge	Staatsbeiträge
		Monate	leistungen	beteiligung	leistungen	pro vers. Monat	pro vers. Monat	
		in CHF						
<b>Alle</b>	<b>M+F</b>	<b>475 644</b>	<b>171 911 856</b>	<b>19 264 251</b>	<b>152 777 128</b>	<b>321</b>	<b>40 723 509</b>	<b>86</b>
0 - 16	M+F	77 127	8 581 676	-	8 711 199	113	7 723 509	100
Total 17+	M+F	398 518	163 330 180	19 264 251	144 065 928	362	33 000 000	83
	M	199 947	71 551 049	8 842 651	62 708 398	314	14 388 368	72
	F	198 571	91 779 131	10 421 600	81 357 530	410	18 611 632	94
17 - 25	M+F	48 833	8 900 988	1 170 689	7 730 299	158	1 237 656	25
	M	24 590	3 781 403	507 953	3 273 449	133	551 311	22
	F	24 243	5 119 585	662 736	4 456 850	184	686 346	28
26 - 30	M+F	29 468	6 324 613	1 266 608	5 058 004	172	969 308	33
	M	15 491	2 685 893	556 767	2 129 125	137	460 528	30
	F	13 977	3 638 720	709 841	2 928 879	210	508 780	36
31 - 35	M+F	30 136	6 995 103	1 302 563	5 692 540	189	1 074 658	36
	M	15 505	2 546 391	538 713	2 007 678	129	434 976	28
	F	14 631	4 448 712	763 850	3 684 862	252	639 682	44
36 - 40	M+F	31 908	7 932 065	1 450 011	6 482 054	203	1 299 408	41
	M	16 781	3 111 783	648 513	2 463 269	147	510 701	30
	F	15 127	4 820 282	801 497	4 018 785	266	788 707	52
41 - 45	M+F	34 869	8 677 148	1 683 766	6 993 381	201	1 372 232	39
	M	17 731	3 442 508	719 031	2 723 477	154	510 558	29
	F	17 138	5 234 640	964 736	4 269 904	249	861 674	50
46 - 50	M+F	41 018	11 359 693	2 033 539	9 326 154	227	1 879 853	46
	M	21 144	4 855 340	910 523	3 944 817	187	787 150	37
	F	19 874	6 504 353	1 123 016	5 381 337	271	1 092 702	55
51 - 55	M+F	40 147	14 632 827	2 161 827	12 471 000	311	2 778 909	69
	M	20 438	6 262 128	1 017 056	5 245 072	257	1 110 365	54
	F	19 709	8 370 699	1 144 772	7 225 928	367	1 668 544	85
56 - 60	M+F	36 458	15 022 583	2 079 032	12 943 552	355	2 824 456	77
	M	18 386	7 146 479	1 018 615	6 127 864	333	1 326 338	72
	F	18 072	7 876 105	1 060 417	6 815 688	377	1 498 118	83
61 - 65	M+F	29 622	15 611 508	1 751 762	13 859 746	468	3 209 257	108
	M	14 841	7 646 154	908 742	6 737 413	454	1 551 072	105
	F	14 781	7 965 354	843 020	7 122 334	482	1 658 184	112
66 - 70	M+F	25 738	17 499 080	1 319 562	16 179 518	629	3 925 618	153
	M	13 088	9 278 281	683 658	8 594 622	657	2 120 963	162
	F	12 650	8 220 799	635 903	7 584 896	600	1 804 655	143
71 - 75	M+F	20 844	15 153 753	1 152 123	14 001 630	672	3 332 089	160
	M	10 175	7 827 631	575 809	7 251 822	713	1 759 259	173
	F	10 669	7 326 121	576 314	6 749 808	633	1 572 830	147
76 - 80	M+F	14 272	13 146 297	871 687	12 274 610	860	3 107 604	218
	M	6 409	6 280 785	399 948	5 880 837	918	1 533 114	239
	F	7 863	6 865 512	471 739	6 393 773	813	1 574 490	200
81 - 85	M+F	8 494	10 136 121	540 639	9 595 482	1 130	2 617 809	308
	M	3 334	3 665 243	208 508	3 456 735	1 037	924 441	277
	F	5 160	6 470 878	332 131	6 138 747	1 190	1 693 368	328
86 - 90	M+F	4 402	6 812 854	306 458	6 506 396	1 478	1 876 515	426
	M	1 522	2 038 436	106 299	1 932 138	1 269	532 679	350
	F	2 880	4 774 417	200 159	4 574 258	1 588	1 343 836	467
91 +	M+F	2 309	5 125 547	173 986	4 951 562	2 144	1 494 628	647
	M	512	982 595	42 516	940 080	1 836	274 913	537
	F	1 797	4 142 952	131 470	4 011 482	2 232	1 219 715	679

## Erläuterung zur Tabelle:

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

## Anteil der Leistungen und der Staatsbeiträge nach Altersgruppe und Geschlecht 2017

Tabelle 1.22

Altersgruppe	Geschlecht	Versicherte Monate	Bruttoleistungen	Kostenbeteiligung	Nettoleistungen	Staatsbeiträge
		in %				
<b>Alle</b>	<b>M+F</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
0 - 16	M+F	16.2	5.1	-	5.7	19.0
Total 17+	M+F	83.8	95.0	100.0	94.3	81.0
	M	42.0	41.6	45.9	41.0	35.3
	F	41.7	53.4	54.1	53.3	45.7
17 - 25	M+F	10.3	5.2	6.1	5.1	3.0
	M	5.2	2.2	2.6	2.1	1.4
	F	5.1	3.0	3.4	2.9	1.7
26 - 30	M+F	6.2	3.7	6.6	3.3	2.4
	M	3.3	1.6	2.9	1.4	1.1
	F	2.9	2.1	3.7	1.9	1.2
31 - 35	M+F	6.3	4.1	6.8	3.7	2.6
	M	3.3	1.5	2.8	1.3	1.1
	F	3.1	2.6	4.0	2.4	1.6
36 - 40	M+F	6.7	4.6	7.5	4.2	3.2
	M	3.5	1.8	3.4	1.6	1.3
	F	3.2	2.8	4.2	2.6	1.9
41 - 45	M+F	7.3	5.0	8.7	4.6	3.4
	M	3.7	2.0	3.7	1.8	1.3
	F	3.6	3.0	5.0	2.8	2.1
46 - 50	M+F	8.6	6.6	10.6	6.1	4.6
	M	4.4	2.8	4.7	2.6	1.9
	F	4.2	3.8	5.8	3.5	2.7
51 - 55	M+F	8.4	8.5	11.2	8.2	6.8
	M	4.3	3.6	5.3	3.4	2.7
	F	4.1	4.9	5.9	4.7	4.1
56 - 60	M+F	7.7	8.7	10.8	8.5	6.9
	M	3.9	4.2	5.3	4.0	3.3
	F	3.8	4.6	5.5	4.5	3.7
61 - 65	M+F	6.2	9.1	9.1	9.1	7.9
	M	3.1	4.4	4.7	4.4	3.8
	F	3.1	4.6	4.4	4.7	4.1
66 - 70	M+F	5.4	10.2	6.8	10.6	9.6
	M	2.8	5.4	3.5	5.6	5.2
	F	2.7	4.8	3.3	5.0	4.4
71 - 75	M+F	4.4	8.8	6.0	9.2	8.2
	M	2.1	4.6	3.0	4.7	4.3
	F	2.2	4.3	3.0	4.4	3.9
76 - 80	M+F	3.0	7.6	4.5	8.0	7.6
	M	1.3	3.7	2.1	3.8	3.8
	F	1.7	4.0	2.4	4.2	3.9
81 - 85	M+F	1.8	5.9	2.8	6.3	6.4
	M	0.7	2.1	1.1	2.3	2.3
	F	1.1	3.8	1.7	4.0	4.2
86 - 90	M+F	0.9	4.0	1.6	4.3	4.6
	M	0.3	1.2	0.6	1.3	1.3
	F	0.6	2.8	1.0	3.0	3.3
91 +	M+F	0.5	3.0	0.9	3.2	3.7
	M	0.1	0.6	0.2	0.6	0.7
	F	0.4	2.4	0.7	2.6	3.0



## Leistungsbezüger und Bruttoleistungen pro Leistungsbezüger nach Altersgruppe, Geschlecht und Bruttokostengruppe 2017

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	
<b>Alle</b>	<b>M+F</b>	<b>42 454</b>	<b>38 646</b>	<b>3 367</b>	<b>441</b>	<b>4 049</b>	<b>1 764</b>	<b>20 510</b>	<b>78 650</b>
0 - 16	M+F	7 006	6 950	51	5	1 225	1 034	16 043	114 870
Total 17+	M+F	35 448	31 696	3 316	436	4 608	1 924	20 578	78 235
	M	17 951	16 307	1 454	190	3 986	1 636	20 487	79 367
	F	17 497	15 389	1 862	246	5 245	2 229	20 650	77 360
17 - 25	M+F	4 438	4 304	116	18	2 006	1 209	17 606	92 004
	M	2 243	2 180	54	9	1 686	946	17 247	87 521
	F	2 195	2 124	62	9	2 332	1 478	17 919	96 488
26 - 30	M+F	2 790	2 677	101	12	2 267	1 300	18 086	84 917
	M	1 478	1 433	39	6	1 817	912	19 795	101 090
	F	1 312	1 244	62	6	2 773	1 746	17 011	68 743
31 - 35	M+F	2 817	2 676	131	10	2 483	1 426	17 515	88 376
	M	1 472	1 427	39	6	1 730	837	20 466	92 231
	F	1 345	1 249	92	4	3 308	2 099	16 264	82 594
36 - 40	M+F	2 902	2 738	148	16	2 733	1 446	18 540	76 773
	M	1 540	1 483	50	7	2 021	1 029	20 535	79 878
	F	1 362	1 255	98	9	3 539	1 939	17 522	74 358
41 - 45	M+F	3 122	2 952	154	16	2 779	1 529	19 417	73 322
	M	1 612	1 547	62	3	2 136	1 240	20 681	80 472
	F	1 510	1 405	92	13	3 467	1 847	18 565	71 672
46 - 50	M+F	3 619	3 381	214	24	3 139	1 633	18 976	74 041
	M	1 892	1 786	97	9	2 566	1 323	19 097	71 030
	F	1 727	1 595	117	15	3 766	1 980	18 876	75 847
51 - 55	M+F	3 509	3 190	286	33	4 170	1 887	18 762	98 375
	M	1 799	1 670	117	12	3 481	1 732	18 065	104 686
	F	1 710	1 520	169	21	4 895	2 058	19 244	94 768
56 - 60	M+F	3 131	2 778	317	36	4 798	2 235	19 282	75 043
	M	1 588	1 424	146	18	4 500	2 124	19 897	67 640
	F	1 543	1 354	171	18	5 104	2 352	18 756	82 445
61 - 65	M+F	2 541	2 191	309	41	6 144	2 658	19 917	88 638
	M	1 276	1 101	155	20	5 992	2 637	19 738	84 188
	F	1 265	1 090	154	21	6 297	2 679	20 096	92 876
66 - 70	M+F	2 198	1 779	363	56	7 961	2 953	20 595	85 182
	M	1 125	897	192	36	8 247	2 903	20 374	76 730
	F	1 073	882	171	20	7 662	3 003	20 843	100 396
71 - 75	M+F	1 777	1 378	351	48	8 528	3 410	19 889	72 379
	M	872	662	186	24	8 977	3 442	19 608	79 252
	F	905	716	165	24	8 095	3 380	20 207	65 505
76 - 80	M+F	1 227	872	315	40	10 714	3 863	21 943	71 651
	M	560	398	140	22	11 216	3 731	23 083	71 098
	F	667	474	175	18	10 293	3 973	21 031	72 328
81 - 85	M+F	744	469	239	36	13 624	4 044	23 308	74 131
	M	297	197	87	13	12 341	3 829	22 387	74 097
	F	447	272	152	23	14 476	4 200	23 836	74 150
86 - 90	M+F	400	216	151	33	17 032	3 907	25 954	62 121
	M	140	78	57	5	14 560	3 891	24 418	68 618
	F	260	138	94	28	18 363	3 915	26 885	60 961
91 +	M+F	233	95	121	17	21 998	3 957	31 305	56 574
	M	57	24	33	-	17 239	2 722	27 796	-
	F	176	71	88	17	23 540	4 375	32 620	56 574

## Versicherte nach Bruttokostenstufe 2017

Tabelle 1.24

Bruttokostenstufe	Versicherte	Gesamt	Durchschnittliche	Anteil Versicherte	Anteil
		Bruttokosten	Bruttokosten pro		Bruttokosten
		in CHF	in CHF	in %	in %
<b>Alle</b>	<b>42 454</b>	<b>171 911 856</b>	<b>4 049</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
CHF 0	6 330	-156 462	-25	14.9	-0.1
CHF 1 - 1 000	14 455	5 864 744	406	34.0	3.4
CHF 1 001 - 2 000	6 043	8 784 496	1 454	14.2	5.1
CHF 2 001 - 3 000	3 600	8 877 083	2 466	8.5	5.2
CHF 3 001 - 4 000	2 387	8 280 694	3 469	5.6	4.8
CHF 4 001 - 5 000	1 716	7 671 574	4 471	4.0	4.5
CHF 5 001 - 6 000	1 280	7 015 600	5 481	3.0	4.1
CHF 6 001 - 7 000	981	6 365 139	6 488	2.3	3.7
CHF 7 001 - 8 000	763	5 708 728	7 482	1.8	3.3
CHF 8 001 - 9 000	600	5 097 295	8 495	1.4	3.0
CHF 9 001 - 10 000	491	4 662 383	9 496	1.2	2.7
CHF 10 001 - 15 000	1 359	16 512 663	12 151	3.2	9.6
CHF 15 001 - 20 000	702	12 121 642	17 267	1.7	7.1
CHF 20 001 - 25 000	422	9 429 173	22 344	1.0	5.5
CHF 25 001 - 30 000	303	8 286 178	27 347	0.7	4.8
CHF 30 001 - 35 000	175	5 695 655	32 547	0.4	3.3
CHF 35 001 - 40 000	152	5 708 499	37 556	0.4	3.3
CHF 40 001 - 45 000	140	5 936 802	42 406	0.3	3.5
CHF 45 001 - 50 000	114	5 365 335	47 064	0.3	3.1
CHF 50 001 - 60 000	166	9 025 333	54 369	0.4	5.2
CHF 60 001 - 70 000	86	5 546 914	64 499	0.2	3.2
CHF 70 001 - 80 000	55	4 091 312	74 387	0.1	2.4
CHF 80 001 - 90 000	32	2 711 903	84 747	0.1	1.6
CHF 90 001 - 100 000	21	1 965 672	93 603	0.0	1.1
CHF 100 000+	81	11 343 503	140 043	0.2	6.6

### 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 2017

Tabelle 2.1

Kontenbezeichnung	Konto	in CHF		
		Total	Einzelversicherung	Kollektivversicherung
<b>Ertrag</b>				
Prämiensoll	61	35 404 163	182 372	35 221 790
Erlösminderungen für Prämien	64	-97 008	-959	-96 049
Andere Prämienanteile	65	-12 120	-210	-11 911
Bruttoprämien	= 61 bis 65	35 295 034	181 203	35 113 831
Prämienanteile der Rückversicherer	66	-147 173	-2 547	-144 625
Versicherungsprämien	= 61 bis 66	35 147 861	178 656	34 969 205
Staatsbeiträge	67	-	-	-
Sonstige Betriebserträge	69	59	0	59
Versicherungsertrag	= 6	35 147 921	178 656	34 969 264
<b>Aufwand</b>				
Nettoleistungen	31	-27 545 320	-443 968	-27 101 353
Veränderung der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	35	-435 526	-6 300	-429 225
Nettoleistungen nach Rückstellungen	= 31 bis 35	-27 980 846	-450 268	-27 530 578
Leistungsanteile der Rückversicherer	36	-	-	-
Veränderung der gesetzlichen Mindestreserven	38	-	-	-
Versicherungsaufwand	= 3	-27 980 846	-450 268	-27 530 578
Personalaufwand inkl. Sozialleistungen	400	-1 011 035	-4 562	-1 006 473
Verwaltungsräumlichkeiten, Unterhalt, usw.	410	-115 255	-709	-114 546
EDV-Kosten	420	-161 801	-872	-160 929
Versicherungsprämien und Verbandsbeiträge	430	-23 134	-272	-22 861
Übriger Verwaltungsaufwand	440	-584 572	-7 152	-577 420
Marketing und Werbung inkl. Provisionen	450	-1 039 538	-1 944	-1 037 594
Erhaltene Verwaltungsentschädigung	460	90 638	575	90 063
Verwaltungsaufwand	= 40 bis 46	-2 844 696	-14 936	-2 829 760
Sonstige Aufwendungen für Leistungen	47	-121 969	-1 381	-120 588
Abschreibungen auf Anlagevermögen	48	-13 191	-127	-13 063
Sonstige Betriebsaufwendungen	49	-1 516	-7	-1 509
Betriebsaufwand	= 4	-2 981 371	-16 451	-2 964 920
Versicherungs- und Betriebsaufwand	= 3+4	-30 962 217	-466 719	-30 495 498
<b>Betriebsergebnis</b>	<b>6-3-4</b>	<b>4 185 703</b>	<b>-288 062</b>	<b>4 473 766</b>
Neutraler Aufwand und Ertrag	7	437 661	772	436 890
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>= 6-3-4+7</b>	<b>4 623 365</b>	<b>-287 291</b>	<b>4 910 656</b>
Reserven	CHF	13 187 655		
Rückstellungen	CHF	5 159 773		

## Prämien und Nettoleistungen nach Geschlecht 2017

Tabelle 2.2

	Total	Einzelversicherung	Kollektivversicherung
	in CHF		
<b>Prämiensoll</b>			
<b>Gesamt</b>	<b>35 404 163</b>	<b>182 372</b>	<b>35 221 790</b>
Frauen	10 039 914	98 763	9 941 151
Männer	25 364 249	83 609	25 280 639
<b>Nettoleistungen</b>			
<b>Gesamt</b>	<b>27 545 320</b>	<b>443 968</b>	<b>27 101 353</b>
Frauen	12 374 142	229 442	12 144 700
davon Mutterschaft	4 753 744	41 654	4 712 091
Männer	15 171 178	214 526	14 956 652

## Ausbezahlte Taggelder 2017

Tabelle 2.3

Wartezeit	Anzahl	Betrag in CHF
<b>Gesamt</b>	<b>210 485</b>	<b>27 545 320</b>
0 oder 1 Tag	18 405	4 124 200
2 bis 30 Tage	125 531	14 183 548
31 bis 60 Tage	28 083	4 405 537
61 bis 90 Tage	30 447	3 755 382
91 bis 180 Tage	3 751	494 883
181 bis 360 Tage	4 269	581 770

### 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 2017

Tabelle 3.1

Kontobezeichnung	Konto	in CHF		
		Total	Einzelversicherung	Kollektivversicherung
<b>Ertrag</b>				
Prämiensoll	63	52 922 614	11 730 957	41 191 657
Erlösminderungen für Prämien	64	-155 480	-43 465	-112 015
Andere Prämienanteile	65	-13 531	-6 283	-7 247
Bruttoprämien	= 63 bis 65	52 753 603	11 681 208	41 072 395
Prämienanteile der Rückversicherer	66	-211 394	-42 252	-169 142
Versicherungsprämien	= 63 bis 66	52 542 209	11 638 956	40 903 253
Staatsbeiträge	67	-	-	-
Sonstige Betriebserträge	69	477	250	227
Versicherungsertrag	= 6	52 542 685	11 639 206	40 903 480
<b>Aufwand</b>				
Bruttoleistungen	331	-36 680 087	-8 672 599	-28 007 489
Kostenbeteiligung der Versicherten	332	140 139	43 113	97 026
Nettoleistungen	= 33	-36 539 948	-8 629 486	-27 910 462
Veränderungen der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	35	-1 062 127	-459 715	-602 412
Nettoleistungen nach Rückstellungen	= 33 bis 35	-37 602 075	-9 089 201	-28 512 874
Leistungsanteile der Rückversicherer	36	189 099	69 224	119 875
Veränderung der gesetzlichen Mindestreserven	38	-	-	-
Versicherungsaufwand	= 3	-37 412 976	-9 019 977	-28 392 999
Personalaufwand inkl. Sozialleistungen	400	-6 189 623	-1 052 430	-5 137 193
Verwaltungsräumlichkeiten, Unterhalt, usw.	410	-596 912	-113 488	-483 424
EDV-Kosten	420	-664 950	-109 455	-555 494
Versicherungsprämien und Verbandsbeiträge	430	-68 393	-18 412	-49 981
Übriger Verwaltungsaufwand	440	-1 300 933	-377 475	-923 458
Marketing und Werbung inkl. Provisionen	450	-644 283	-186 823	-457 460
Erhaltene Verwaltungsentschädigung	460	72 557	31 680	40 878
Verwaltungsaufwand	= 40 bis 46	-9 392 537	-1 826 403	-7 566 133
Sonstige Aufwendungen für Leistungen	47	-127 839	-52 567	-75 272
Abschreibungen auf Anlagevermögen	54	-10 246	-5 307	-4 939
Sonstige Betriebsaufwendungen	49	-552	-289	-263
Betriebsaufwand	= 4	-9 531 174	-1 884 566	-7 646 608
Versicherungs- und Betriebsaufwand	= 3+4	-46 944 150	-10 904 544	-36 039 607
<b>Betriebsergebnis</b>	<b>6-3-4</b>	<b>5 598 535</b>	<b>734 662</b>	<b>4 863 873</b>
Neutraler Aufwand und Ertrag	7	504 043	67 044	436 999
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>= 6-3-4+7</b>	<b>6 102 578</b>	<b>801 706</b>	<b>5 300 872</b>
Reserven	CHF	33 527 249		
Rückstellungen	CHF	13 589 273		



## Prämien und Bruttoleistungen nach Geschlecht 2017

Tabelle 3.2

	Total	Einzelversicherung	Kollektivversicherung
	in CHF		
<b>Prämiensoll</b>			
<b>Gesamt</b>	<b>52 922 614</b>	<b>11 730 957</b>	<b>41 191 657</b>
Frauen	28 149 496	6 811 870	21 337 626
Männer	24 773 118	4 919 087	19 854 031
<b>Bruttoleistungen</b>			
<b>Gesamt</b>	<b>36 680 087</b>	<b>8 672 599</b>	<b>28 007 489</b>
Frauen	20 090 690	5 928 003	14 162 688
davon Mutterschaft	764 844	204 654	560 191
Männer	16 589 397	2 744 596	13 844 801



## 4 Gesamtgeschäft der Versicherer

## Betriebsrechnung 2017

Tabelle 4.1

Kontobezeichnung	Konto	CHF	Anteil in %
<b>Ertrag</b>			
Prämien Obligatorische Krankenpflegeversicherung	60	128 355 832	50.4
Prämien Obligatorische Krankengeldversicherung	61	35 404 163	13.9
Prämien Freiwillige Versicherungen	63	52 922 614	20.8
Prämiensoll	= 60 bis 63	216 682 609	85.1
Erlösminderung auf Prämien	64	-723 426	-0.3
Andere Prämienanteile	65	-66 615	-0.0
Bruttoprämien	= 60 bis 65	215 892 568	84.7
Prämienanteile der Rückversicherer	66	-408 809	-0.2
Eigene Versicherungsprämien	= 60 bis 66	215 483 759	84.6
Staatsbeiträge	67	39 264 048	15.4
Sonstige Betriebserträge	69	2 496	0.0
Versicherungsertrag	= 6	254 750 302	100.0
<b>Aufwand</b>			
Obligatorische Krankenpflegeversicherung	300	-171 919 012	72.4
Kostenbeteiligung der oblig. Krankenpflegeversicherung	302	19 207 280	-8.1
Obligatorische Krankengeldversicherung	31	-27 545 320	11.6
Freiwillige Versicherungen	331	-36 680 087	15.4
Kostenbeteiligung der freiwilligen Versicherungen	332	140 139	-0.1
Nettoleistungen	= 30 bis 33	-216 797 000	91.3
Veränderung der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	35	314 697	-0.1
Nettoleistungen nach Rückstellungen	= 30 bis 35	-216 482 303	91.2
Leistungsanteile der Rückversicherer	36	288 711	-0.1
Risikoausgleich	37	1 401 143	-0.6
Veränderung der gesetzlichen Mindestreserven	38	-248 300	0.1
Versicherungsaufwand	= 3	-215 040 749	90.6
Personalaufwand inkl. Sozialleistungen	400	-13 186 573	5.6
Verwaltungsräumlichkeiten, Unterhalt, usw.	410	-1 311 350	0.6
EDV-Kosten	420	-1 535 432	0.6
Versicherungsprämien und Verbandsbeiträge	430	-172 440	0.1
Übriger Verwaltungsaufwand	440	-3 587 348	1.5
Marketing und Werbung inkl. Provisionen	450	-2 340 929	1.0
Erhaltene Verwaltungsentschädigung	460	330 562	-0.1
Verwaltungsaufwand	= 40 bis 46	-21 803 510	9.2
Sonstige Aufwendungen für Leistungen	47	-553 779	0.2
Abschreibungen auf Anlagevermögen	48	-47 557	0.0
Sonstige Betriebsaufwendungen	49	-3 636	0.0
Betriebsaufwand	= 4	-22 408 483	9.4
Versicherungs- und Betriebsaufwand	= 3+4	-237 449 232	100.0
Neutraler Aufwand und Ertrag	7	2 734 099	
Versicherungsertrag	CHF	254 750 302	
Versicherungs- und Betriebsaufwand	CHF	-237 449 232	
Neutraler Aufwand und Ertrag	CHF	2 734 099	
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>CHF</b>	<b>20 035 169</b>	

**Reserven und Rückstellungen der Krankenkassen per 31.12.2017**

Tabelle 4.2

	<b>CHF</b>
Reserven	122 954 151
Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)	76 285 624
Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG)	13 187 655
Freiwillige Versicherungen (FV)	33 527 249
Übriges Eigenkapital	-46 376
Versicherungstechnische Rückstellungen	84 806 363
Ordentliche oblig. Krankenpflegeversicherung	49 426 037
Oblig. Krankengeldversicherung	5 159 773
Freiwillige Versicherungen	13 589 273
Rückstellungen für Überschussbeteiligungen	1 700 000
Risikoausgleich	2 500 000
Fonds	12 431 280



## 5 Arzneimittel

## Kassenpflichtige Arzneimittel nach therapeutischen Gruppen 2016

Tabelle 5

	Anzahl Packungen	Anteil in %	Umsatz in CHF zu Marktpreisen	Anteil in % (Marktpreise)	Umsatz in CHF zu Werkpreisen	Anteil in % (Werkpreise)
<b>Gesamt</b>	<b>518 707</b>	<b>100.0</b>	<b>25 431 986</b>	<b>100.0</b>	<b>17 513 434</b>	<b>100.0</b>
Stoffwechsel	147 694	28.5	10 151 933	39.9	7 395 987	42.2
Nervensystem	94 646	18.2	3 953 916	15.5	2 698 294	15.4
Gastroenterologica	44 646	8.6	1 286 494	5.1	726 867	4.2
Herz und Kreislauf	46 882	9.0	2 313 223	9.1	1 454 269	8.3
Dermatologica	36 439	7.0	699 562	2.8	379 365	2.2
Infektionskrankheiten	31 113	6.0	2 166 641	8.5	1 473 679	8.4
Lunge und Atmung	30 981	6.0	892 387	3.5	581 907	3.3
Oto-Rhinolaryngologica	25 159	4.9	278 627	1.1	142 925	0.8
Ophtalmologica	21 479	4.1	1 056 931	4.2	814 281	4.6
Blut	20 294	3.9	1 566 421	6.2	1 178 937	6.7
Nieren und Wasserhaushalt	11 141	2.1	548 749	2.2	335 187	1.9
Diagnostica	3 742	0.7	325 195	1.3	236 876	1.4
Gynaecologica	4 083	0.8	126 730	0.5	64 420	0.4
Antidota	404	0.1	55 787	0.2	29 454	0.2
Radio-Nuklide	4	0.0	9 315	0.0	937	0.0
Kationenaustauscher	1	0.0	75	0.0	51	0.0

**Erläuterung zur Tabelle:**

Aufgrund zusätzlicher Prüfungen der Datenqualität können für 2017 keine Werte publiziert werden.

Umsatz zu Marktpreisen: Die Differenz zu den Angaben der Versicherer (Tabelle 1.10) ergibt sich einerseits dadurch, dass bei den Arzneimitteln in der Tabelle 5 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 2017

Tabelle 6.1

Altersgruppe	Total	Frauen	Männer	Anteil am Gesamttotal	Anteil in der Bevölkerung (17 Jahre und älter)
	Anzahl (N)			in %	in %
<b>Gesamt</b>	<b>2 788</b>	<b>1 615</b>	<b>1 173</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
Anteil in %		58%	42%		
17 - 25 Jahre	335	147	188	12.0	12.4
26 - 65 Jahre	1 489	790	699	53.4	68.0
65+ Jahre	964	678	286	34.6	19.6

## Anzahl Bezüger nach Zivilstand, Fördersatz und Geschlecht 2017

Tabelle 6.2

Total Bezüger	Alleinstehend/Alleinerziehend				Verheiratet			
	Fördersatz							
	60%		40%		60%		40%	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
2 788	669	619	635	235	155	154	156	165
100.0%	24.0%	22.2%	22.8%	8.4%	5.6%	5.5%	5.6%	5.9%

## Erläuterung zur Tabelle:

Fördersatz: 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 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.

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.

## Ausbezahlte Subventionen nach Zivilstand und Geschlecht 2017

Tabelle 6.3

Gesamt	Alleinstehend/Alleinerziehend			Verheiratet		
	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer
in CHF						
5 156 147	2 989 416	2 166 730	4 011 050	2 413 990	1 597 060	1 145 097
100.0%	58.0%	42.0%	77.8%	46.8%	31.0%	22.2%
						575 426
						569 671
						11.2%
						11.0%

## Ausbezahlte Subventionen nach Altersgruppe, Zivilstand und Geschlecht 2017

Tabelle 6.4

	Total	Frauen	Männer	Ø Total	Ø Frauen	Ø Männer
	in CHF			in CHF pro Person		
<b>Total - ausbezahlte Subventionen</b>	<b>5 156 147</b>	<b>2 989 416</b>	<b>2 166 730</b>	<b>1 849</b>	<b>1 851</b>	<b>1 847</b>
17 - 25 Jahre	497 850	218 522	279 328	1 486	1 487	1 486
26 - 65 Jahre	2 817 559	1 489 079	1 328 480	1 892	1 885	1 901
Über 65 Jahre	1 840 738	1 281 815	558 923	1 909	1 891	1 954
Alleinstehend / Alleinerziehend	4 011 050	2 413 990	1 597 060	1 859	1 851	1 870
Verheiratet	1 145 097	575 426	569 671	1 818	1 850	1 786

## Ausbezahlte Subventionen, Anzahl Bezüger und Bezügerquote nach Wohnort 2017

Tabelle 6.5

Wohnort	Total ausbezahlte Subventionen	Anteil am Total	Bezüger			Bezügerquote in %		
	in CHF	in %	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer
<b>Gesamt</b>	<b>5 156 147</b>	<b>100.0</b>	<b>2 788</b>	<b>1 615</b>	<b>1 173</b>	<b>8.7</b>	<b>9.9</b>	<b>7.4</b>
Oberland	3 313 088	64.2	1 779	1 039	740	8.6	9.8	7.3
Vaduz	899 073	17.4	465	287	178	9.7	11.5	7.7
Triesen	698 448	13.5	374	203	171	8.6	9.0	8.1
Balzers	507 322	9.8	275	169	106	7.3	8.7	5.7
Triesenberg	317 895	6.2	174	102	72	7.7	9.2	6.2
Schaan	849 369	16.5	468	266	202	9.1	10.1	8.0
Planken	40 981	0.8	23	12	11	6.3	6.5	6.0
Unterland	1 743 745	33.7	939	543	396	8.3	9.5	7.0
Eschen	646 353	12.5	344	201	143	9.3	10.9	7.8
Mauren	553 583	10.6	302	169	133	8.4	9.3	7.5
Gamprin	195 469	3.8	103	57	46	7.6	8.4	6.8
Ruggell	168 325	3.8	94	56	38	5.2	6.0	4.3
Schellenberg	180 015	3.5	96	60	36	10.5	12.9	8.1
Ausland	59 990	1.3	45	16	29	*	*	*
Unbekannt	39 324	0.8	25	17	8	*	*	*

## 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 2017

Tabelle 7.1

	Betrag CHF	Anteil in %
<b>Gesamt</b>	<b>72 436 443</b>	<b>100.0</b>
Staatsbeiträge an Krankenkassen	40 874 282	56.4
Staatsbeiträge an Spitäler	26 234 248	36.2
Prämienverbilligung gemäss Landesrechnung	5 147 913	7.1
Krankenkassenverband, Landesbeitrag	180 000	0.2

### Erläuterung zur Tabelle:

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

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

## Staatsbeiträge an verschiedene Spitäler 2017

Tabelle 7.2

Spital / Heilanstalt	Betrag CHF	Anteil in %
<b>Gesamt</b>	<b>26 234 248</b>	<b>100.0</b>
Liechtensteinisches Landesspital Vaduz	8 278 773	31.6
Beiträge an Spitäler in der Schweiz	17 287 809	65.9
Beiträge an Spitäler in Vorarlberg	667 665	2.5

## Zeitreihen

### 8 Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

## Versicherer und Versicherte seit 2008

Tabelle 8.1

	Versicherer der obligatorischen Krankenpflege	Versicherten- bestand am 31.12.	Erwachsene			Jugendliche	Kinder
			Gesamt	Frauen	Männer		
2008	4	36 014	27 427	13 922	13 505	1 773	6 814
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

## Anzahl Versicherer nach Versichertenbestand seit 2008

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
2008	4	1	-	1	-	1	1
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



## Zusammenfassung der Betriebsrechnungen seit 2008

Tabelle 8.3

	Prämiensoll	Bruttoleistungen	Kostenbeteiligung	Nettoleistungen	Betriebsaufwand	Gesamtergebnis vor Staatsbeiträgen	Staatsbeiträge	Gesamtergebnis nach Staatsbeiträgen
in CHF								
2008	75 659 210	130 780 655	9 060 586	121 720 069	7 196 681	-55 625 374	54 131 220	-1 494 154
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

## Zusammenfassung der Betriebsrechnungen pro versicherte Person seit 2008

Tabelle 8.4

	Prämiensoll	Bruttoleistungen	Kostenbeteiligung	Nettoleistungen	Betriebsaufwand	Gesamtergebnis vor Staatsbeiträgen	Staatsbeiträge	Gesamtergebnis nach Staatsbeiträgen
in CHF								
2008	2 101	3 631	252	3 380	200	-1 545	1 503	-41
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

## 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 2013

Tabelle 8.5

		2013	2014	2015	2016	2017
Kontenbezeichnung	Konto					
Prämiensoll	60	97 164 302	114 437 483	130 396 838	137 296 401	128 355 832
Erlösminderungen für Prämien	64	-340 180	-543 657	-880 728	-556 125	-470 938
Andere Prämienanteile	65	-	-290	-	-20 869	-40 963
Bruttoprämien	= 60 bis 65	96 824 122	113 893 536	129 516 110	136 719 407	127 843 932
Prämienanteile der Rückversicherer	66	-22 880	-36 336	-40 849	-13 670	-50 242
Versicherungsprämien	= 60 bis 66	96 801 242	113 857 200	129 475 261	136 705 737	127 793 690
Staatsbeiträge	67	60 723 480	49 490 955	39 679 595	41 955 551	39 264 048
Sonstige Betriebserträge	69	533	247	920	1 788	1 959
Versicherungsertrag	= 6	157 525 255	163 348 402	169 155 777	178 663 075	167 059 697
Bruttoleistungen	300	-164 063 245	-166 225 895	-167 317 275	-170 108 927	-171 919 012
Kostenbeteiligung der Versicherten	302	10 349 301	10 440 953	10 636 290	10 679 956	19 207 280
Nettoleistungen	= 30 bis 33	-153 713 944	-155 784 942	-156 680 985	-159 428 970	-152 711 731
Veränderung der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	35	-4 917 657	692 901	-3 400 979	-424 307	1 812 349
Nettoleistungen nach Rückstellungen	= 30 bis 35	-158 631 601	-155 092 041	-160 081 964	-159 853 277	-150 899 382
Leistungsanteile der Rückversicherer	36	-	-	-	-	99 612
Risikoausgleich	37	244 599	-251 371	-1 945	-100 679	1 401 143
Veränderung der gesetzlichen Mindestreserven	38	-130 800	-2 237 800	-	-462 299	-248 300
Versicherungsaufwand	= 3	-158 517 802	-157 581 212	-160 083 909	-160 416 255	-149 646 927
Verwaltungsaufwand	= 40 bis 46	-8 370 943	-8 429 321	-8 460 580	-8 937 173	-9 566 277
Sonstige Aufwendungen	= 47 bis 49	-174 695	-245 228	-164 124	-288 047	-329 661
Betriebsaufwand	= 4	-8 545 638	-8 674 549	-8 624 704	-9 225 220	-9 895 938
Versicherungs- und Betriebsaufwand	= 3+4	-167 063 440	-166 255 761	-168 708 613	-169 641 476	-159 542 865
<b>Betriebsergebnis</b>	<b>= 6-3-4</b>	<b>-9 538 185</b>	<b>-2 907 359</b>	<b>447 164</b>	<b>9 021 600</b>	<b>7 516 833</b>
Neutraler Aufwand und Ertrag	7	827 058	5 186 681	-48 561	1 243 064	1 792 395
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>= 6-3-4+7</b>	<b>-8 711 127</b>	<b>2 279 321</b>	<b>398 603</b>	<b>10 264 664</b>	<b>9 309 228</b>
Reserven		44 887 340	53 404 259	54 908 259	66 174 120	76 285 624
Rückstellungen		48 040 194	49 347 293	50 814 079	51 238 386	49 426 037

## Veränderung von ausgewählten Aufwand- und Ertragspositionen seit 2013

Tabelle 8.6

Kontenbezeichnung	Konto	Jährliche Veränderung					
		2013	2014	2015	2016	2017	seit 2013
Prämiensoll	60	3.9	17.8	13.9	5.3	-6.5	7.2
Bruttoprämien	= 60 bis 65	3.8	17.6	13.7	5.6	-6.5	7.2
Staatsbeiträge	67	-3.3	-18.5	-19.8	5.7	-6.4	-10.3
Versicherungsertrag	= 6	0.9	3.7	3.6	5.6	-6.5	1.5
Bruttoleistungen	300	14.5	1.3	0.7	1.7	1.1	1.2
Kostenbeteiligung der Versicherten	302	6.1	0.9	1.9	0.4	79.8	16.7
Nettoleistungen	= 30 bis 33	15.1	1.3	0.6	1.8	-4.2	-0.2
Nettoleistungen nach Rückstellungen	= 30 bis 35	17.4	-2.2	3.2	-0.1	-5.6	-1.2
Versicherungsaufwand	= 3	16.7	-0.6	1.6	0.2	-6.7	-1.4
Betriebsaufwand	= 4	14.8	1.5	-0.6	7.0	7.3	3.7
Versicherungs- und Betriebsaufwand	= 3+4	16.6	-0.5	1.5	0.6	-6.0	-1.1
Reserven		-16.6	19.0	2.8	20.5	15.3	14.2

## Bruttoprämien nach Personengruppe seit 2008

Tabelle 8.7

	Gesamt	Erwachsene		Jugendliche	Kinder	
		Gesamt	Frauen			Männer
	in CHF					
2008	75 659 210	73 256 874	37 659 203	35 597 671	2 402 337	-
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
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	-6.5	-6.6	-6.4	-6.7	-5.5	8.1
Ø jährliche Veränderung seit 2008 in %	6.0	6.1	5.9	6.3	4.6	*

## Bruttoleistungen nach Personengruppe seit 2008

Tabelle 8.8

	Gesamt	Erwachsene		Jugendliche	Kinder	
		Gesamt	Frauen			Männer
	in CHF					
2008	130 780 655	118 901 449	68 033 200	50 868 250	3 049 869	8 829 337
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
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	1.1	1.3	2.2	0.2	-6.5	-0.3
Ø jährliche Veränderung seit 2008 in %	3.1	3.3	3.1	3.6	2.7	-0.1

## Kostenbeteiligung nach Personengruppe seit 2008

Tabelle 8.9

	Gesamt	Erwachsene	Jugendliche	Kinder
	in CHF			
2008	9 060 586	9 059 313	1 603	-330
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	-
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	79.8	80.2	-93.2	*
Ø jährliche Veränderung seit 2008 in %	8.7	8.7	-1.1	*

### 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 2008

Tabelle 8.10

	Gesamt	Erwachsene	Jugendliche	Kinder
	in CHF			
2008	121 720 070	109 842 136	3 048 266	8 829 667
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
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	-4.2	-4.4	-6.1	-0.3
Ø jährliche Veränderung seit 2008 in %	2.6	2.7	2.7	-0.1

## Bruttoprämien pro prämienspflichtige Person nach Personengruppe seit 2008

Tabelle 8.11

	Gesamt	Erwachsene			Jugendliche	Kinder
		Gesamt	Frauen	Männer		
	in CHF					
2008	2 591	2 671	2 705	2 636	1 355	-
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
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	-7.6	-7.7	-7.7	-7.7	-6.3	9.6
Ø jährliche Veränderung seit 2008 in %	4.6	4.5	4.5	4.5	4.7	*

## Bruttoleistungen pro versicherte Person nach Personengruppe seit 2008

Tabelle 8.12

	Gesamt	Erwachsene			Jugendliche	Kinder
		Gesamt	Frauen	Männer		
	in CHF					
2008	3 631	4 335	4 887	3 767	1 720	1 296
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
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	0.3	0.1	0.8	-0.8	-7.3	1.1
Ø jährliche Veränderung seit 2008 in %	2.0	1.8	1.8	1.8	2.8	0.2

## Kostenbeteiligung pro versicherte Person nach Personengruppe seit 2008

Tabelle 8.13

	Alle	Erwachsene	Jugendliche	Kind
	in CHF			
2008	252	330	1	0
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	-
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	78.5	78.0	*	*
Ø jährliche Veränderung seit 2008 in %	7.5	7.1	-1.0	*

### 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 2008

Tabelle 8.14

	Alle	Erwachsene	Jugendliche	Kind
	in CHF			
2008	3 380	4 005	1 719	1 296
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
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	-4.9	-5.5	-6.9	1.1
Ø jährliche Veränderung seit 2008 in %	1.4	1.2	2.8	0.2

## Bruttoleistungen nach Kategorie seit 2008

Tabelle 8.15

	Gesamt	Spitalkosten	Ambulante Arztkosten ohne Arzneimittel	Arzneimittel- kosten	Physio- therapeuten	Chiro- praktoren	Abgabestelle MiGel	Spitex/ Familienhilfe/ Pflege	Andere
in CHF									
2008	130 780 654	44 372 412	32 420 977	22 199 680	6 201 310	924 704	921 070	2 886 714	20 853 789
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
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	1.1	-0.6	0.4	0.4	-2.6	2.2	7.8	*	6.7
Ø jährliche Veränderung seit 2008 in %	3.1	4.3	1.8	2.2	1.2	6.6	3.0	*	4.9

### 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 2008

Tabelle 8.16

		Ambulante					Chiro- praktoren	Abgabestelle MiGel	Spitex/ Familienhilfe/ Pflege	Andere
		Gesamt	Spital- kosten	Arztkosten (ohne Arzneimittel)	Arzneimittel- kosten	Physio- therapeuten				
2008	Pro vers. Person CHF	3 631	1 232	900	616	172	26	26	80	579
	Anteil in %	100.0	33.9	24.8	17.0	4.7	0.7	0.7	2.2	15.9
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
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %		0.3	-1.3	-0.4	-0.4	-3.3	1.4	7.0	*	5.8
Ø jährliche Veränderung seit 2008 in %		2.0	3.2	0.7	1.1	0.1	5.5	1.9	*	3.8

## 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

### 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.

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 2013

Tabelle 8.18

Kategorie	Kennwert	2013	2014	2015	2016	2017	
Spitäler	N	156	150	161	171	167	
	BL	60 507 112	61 380 914	61 943 996	66 128 607	65 979 837	
	AM	387 866	409 206	384 745	386 717	395 089	
	davon mit OKP-Vertrag	N	25	24	26	25	25
	BL	55 399 173	56 187 269	57 626 535	61 801 519	59 021 598	
	AM	2 215 967	2 341 136	2 216 405	2 472 061	2 360 864	
Ärzte	N	1 357	1 460	1 401	1 463	1 501	
	BL	59 582 907	58 284 050	56 478 038	57 381 145	56 940 933	
	AM	43 908	39 921	40 313	39 222	37 935	
	davon mit OKP-Vertrag	N	77	75	78	80	80
	BL	52 890 396	50 991 107	48 384 558	49 333 254	48 356 046	
	AM	686 888	679 881	620 315	616 666	604 451	
Behandlungen	N	1 342	1 423	1 356	1 422	1 464	
	BL	40 560 369	39 714 976	34 468 578	34 912 215	35 015 583	
	AM	30 224	27 909	25 419	24 551	23 918	
	davon mit OKP-Vertrag	N	77	75	78	80	80
	BL	35 875 641	33 975 123	28 567 517	28 965 595	28 679 321	
	AM	465 917	453 002	366 250	362 070	358 492	
Arzneimittel	N	734	778	759	809	792	
	BL	19 022 538	18 569 073	18 529 335	19 065 477	18 488 163	
	AM	25 916	23 868	24 413	23 567	23 344	
	davon mit OKP-Vertrag	N	72	71	74	74	76
	BL	17 014 755	17 015 984	16 971 983	17 511 223	16 781 946	
	AM	236 316	239 662	229 351	236 638	220 815	
Praxislabors	N	*	*	519	548	555	
	BL	*	*	3 480 126	3 403 453	3 437 188	
	AM	*	*	6 705	6 211	6 193	
	davon mit OKP-Vertrag	N	*	*	56	60	56
	BL	*	*	2 845 058	2 856 435	2 894 778	
	AM	*	*	50 805	47 607	51 692	
Physiotherapeuten	N	153	152	170	171	192	
	BL	7 649 993	7 722 750	7 796 821	7 053 915	6 869 329	
	AM	50 000	50 808	45 864	41 251	35 778	
	davon mit OKP-Vertrag	N	51	51	54	55	51
	BL	7 510 223	7 491 025	7 368 618	6 729 496	6 031 456	
	AM	147 259	146 883	136 456	122 354	118 264	
Apotheken	N	298	322	322	325	331	
	BL	5 772 395	6 473 080	7 543 871	7 824 317	8 515 833	
	AM	19 370	20 103	23 428	24 075	25 728	
Chiropraktoren	N	34	30	24	31	36	
	BL	1 965 266	1 946 314	1 862 142	1 610 513	1 646 245	
	AM	57 802	64 877	77 589	51 952	45 729	
Abgabestellen MiGeL	N	36	33	31	36	40	
	BL	896 891	874 386	962 049	1 113 771	1 201 004	
	AM	24 914	26 497	31 034	30 938	30 025	
Ergotherapeuten	N	20	20	17	22	21	
	BL	556 611	589 014	623 418	620 531	680 896	
	AM	27 831	29 451	36 672	28 206	32 424	

Kategorie	Kennwert	2013	2014	2015	2016	2017
Zahnärzte	N	49	54	56	60	64
	BL	232 063	225 657	257 776	300 515	360 187
	AM	4 736	4 179	4 603	5 009	5 628
Hebammen	N	19	27	24	21	30
	BL	140 188	135 256	152 303	244 879	274 937
	AM	7 378	5 009	6 346	11 661	9 165
Übrige Rechnungsstellende	N	217	206	207	207	208
	BL	26 766 989	28 568 922	29 669 657	28 235 322	29 552 610
	AM	123 350	138 684	143 332	136 403	142 080

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

Spitäler mit OKP-Vertrag: Rückwirkend wurden Fusionen von Spitälern für die Jahre 2012-2016 erfasst. Die Kennwerte wurden entsprechend angepasst und differieren deshalb zu früheren Publikationen.

## Verteilung der Bruttoleistungen nach Kategorien der Leistungserbringenden seit 2013

Tabelle 8.19

		2013	2014	2015	2016	2017
<b>Kategorie</b>	<b>Kennwert</b>					
Spitäler	Q1	762	1 720	1 235	960	1 154
	Md	7 750	9 653	12 445	7 216	9 146
	Q3	49 687	63 680	57 002	62 667	57 532
davon mit OKP-Vertrag	Q1	149 188	171 450	169 999	248 897	233 072
	Md	651 591	590 517	670 778	862 479	863 570
	Q3	1 981 676	2 732 055	2 053 280	2 398 613	2 112 476
Ärzte	Q1	160	204	234	222	213
	Md	441	575	622	625	587
	Q3	1 580	1 908	2 286	2 133	2 276
davon mit OKP-Vertrag	Q1	225 817	238 408	210 370	223 400	263 830
	Md	560 020	567 907	517 481	535 570	544 416
	Q3	951 925	920 890	839 064	840 176	832 327
Behandlungen	Q1	135	192	208	189	189
	Md	369	535	531	511	505
	Q3	1 298	1 714	1 878	1 730	1 740
davon mit OKP-Vertrag	Q1	210 665	198 727	153 808	158 998	174 405
	Md	385 435	355 952	306 166	296 054	284 921
	Q3	585 105	568 423	470 683	470 167	439 294
Arzneimittel	Q1	41	35	41	39	34
	Md	138	121	150	150	139
	Q3	824	819	938	870	893
davon mit OKP-Vertrag	Q1	25 804	24 117	21 026	32 116	41 569
	Md	174 130	192 042	155 037	167 355	150 083
	Q3	324 983	357 394	308 627	333 453	296 757
Praxislabors	Q1	*	*	35	35	39
	Md	*	*	99	107	102
	Q3	*	*	425	420	351
davon mit OKP-Vertrag	Q1	*	*	5 966	4 077	8 949
	Md	*	*	23 050	24 402	39 019
	Q3	*	*	70 534	66 085	71 175
Physiotherapeuten	Q1	400	433	516	506	479
	Md	1 154	1 742	1 729	1 752	1 346
	Q3	33 748	40 242	38 924	31 892	32 656
davon mit OKP-Vertrag	Q1	33 748	39 690	38 924	31 892	35 639
	Md	81 559	86 902	75 138	86 288	64 666
	Q3	214 082	199 897	192 008	160 057	158 153
Apotheken	Q1	57	52	42	47	54
	Md	142	131	119	126	128
	Q3	651	568	474	532	457
Chiropraktoren	Q1	211	178	359	205	203
	Md	393	426	492	437	536
	Q3	2 107	1 388	16 185	1 524	1 747
Abgabestellen MiGeL	Q1	554	808	924	838	868
	Md	1 720	2 834	3 158	3 647	4 727
	Q3	14 053	13 757	16 129	22 618	23 977
Ergotherapeuten	Q1	2 104	1 388	3 459	1 254	899
	Md	6 911	6 404	11 609	2 445	3 714
	Q3	34 220	46 149	33 188	18 984	30 364
Zahnärzte	Q1	362	329	571	235	319
	Md	1 139	1 331	1 270	699	1 221
	Q3	5 493	3 399	5 129	3 542	4 869
Hebammen	Q1	221	395	421	1 516	488
	Md	1 847	532	1 510	4 133	1 774
	Q3	11 735	6 640	5 990	14 603	11 951
Übrige Rechnungsstellende	Q1	362	425	368	500	500
	Md	1 607	2 076	1 854	1 883	1 588
	Q3	18 711	18 765	21 370	21 921	20 384

**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. Spitäler mit OKP-Vertrag: Rückwirkend wurden Fusionen von Spitälern für die Jahre 2012-2016 erfasst. Die Kennwerte wurden entsprechend angepasst und differieren deshalb zu früheren Publikationen.

## Anzahl Leistungserbringende nach Kategorien mit Grössenklasse der Bruttoleistungen seit 2013

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
<b>2013 Total</b>	<b>2 339</b>	<b>892</b>	<b>485</b>	<b>389</b>	<b>223</b>	<b>174</b>	<b>83</b>	<b>39</b>
Spitäler	156	113	88	73	39	30	16	11
Ärzte	1 357	426	188	145	90	80	49	18
Physiotherapeuten	153	81	58	50	33	19	*	*
Apotheken	298	59	19	16	8	*	*	*
Chiropraktoren	34	10	7	7	*	*	*	*
Abgabestelle MiGeL	36	22	12	10	*	*	*	*
Ergotherapeuten	20	16	11	8	*	*	*	*
Zahnärzte	49	28	13	*	*	*	*	*
Hebammen	19	10	6	*	*	*	*	*
Übrige Rechnungsstellende	217	127	83	67	40	32	10	7
<b>2014 Total</b>	<b>2 454</b>	<b>1 023</b>	<b>529</b>	<b>406</b>	<b>224</b>	<b>176</b>	<b>74</b>	<b>35</b>
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
<b>2015 Total</b>	<b>2 413</b>	<b>1 043</b>	<b>552</b>	<b>438</b>	<b>236</b>	<b>179</b>	<b>75</b>	<b>34</b>
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
<b>2016 Total</b>	<b>2 507</b>	<b>1 053</b>	<b>540</b>	<b>438</b>	<b>249</b>	<b>184</b>	<b>75</b>	<b>38</b>
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

	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
<b>2017 Total</b>	<b>2 590</b>	<b>1 096</b>	<b>581</b>	<b>456</b>	<b>248</b>	<b>190</b>	<b>78</b>	<b>35</b>
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	-	-
<b>Apotheken</b>	<b>331</b>	<b>61</b>	<b>32</b>	<b>21</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	*	*
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

**Lesebeispiel:**

8 Apotheken rechneten im Jahr 2017 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 2013

Tabelle 8.21

Fachgruppe	Kennwert	2013	2014	2015	2016	2017
Allgemeine und Innere Medizin	N	413	455	426	457	422
	BL	29 541 333	27 700 732	27 295 073	26 286 465	25 730 862
	AM	71 529	60 881	64 073	57 520	60 974
davon mit OKP-Vertrag	N	31	28	30	30	31
	BL	27 864 741	26 028 424	25 106 816	24 355 001	23 855 051
	AM	898 863	929 587	836 894	811 833	769 518
Behandlungen	N	406	435	405	438	405
	BL	17 571 523	16 249 633	13 160 962	12 473 155	12 426 265
	AM	43 280	37 355	32 496	28 478	30 682
davon mit OKP-Vertrag	N	31	28	30	30	31
	BL	16 489 218	15 059 434	11 801 471	11 286 837	11 245 151
	AM	531 910	537 837	393 382	376 228	362 747
Arzneimittel	N	280	309	308	310	286
	BL	11 969 810	11 451 099	11 624 614	11 351 226	10 844 124
	AM	42 749	37 059	37 742	36 617	37 917
davon mit OKP-Vertrag	N	30	28	30	29	31
	BL	11 375 523	10 968 990	11 013 613	10 787 855	10 323 245
	AM	379 184	391 750	367 120	371 995	333 008
Praxislabors	N	*	*	237	236	247
	BL	*	*	2 509 497	2 462 083	2 460 472
	AM	*	*	10 589	10 433	9 961
davon mit OKP-Vertrag	N	*	*	30	29	30
	BL	*	*	2 291 732	2 280 309	2 286 655
	AM	*	*	76 391	78 631	76 222
Kinder- und Jugendmedizin	N	41	34	35	37	37
	BL	4 276 077	3 630 076	3 140 770	3 370 299	2 894 711
	AM	104 295	106 767	89 736	91 089	78 235
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	BL	3 177 527	2 619 120	2 202 608	2 324 755	2 116 131
Arzneimittel	BL	1 098 551	1 010 956	938 162	1 045 544	778 581
Psychiatrie und Psychotherapie	N	92	98	98	85	105
	BL	3 727 088	3 883 120	3 543 520	3 585 154	3 830 145
	AM	40 512	39 624	36 158	42 178	36 478
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	BL	2 730 659	2 910 356	2 645 480	2 623 123	2 828 354
Arzneimittel	BL	996 430	972 764	898 040	962 031	1 001 791
Gynäkologie und Geburtshilfe	N	111	129	114	122	130
	BL	2 325 518	2 429 541	2 209 612	2 257 548	2 170 720
	AM	20 951	18 834	19 383	18 504	16 698
Behandlungen	BL	1 990 326	2 111 771	1 772 895	1 806 470	1 729 163
Arzneimittel	BL	335 192	317 770	289 543	309 539	224 937
Praxislabors	BL	*	*	147 174	141 539	216 620
Orthopädische Chirurgie	N	58	61	68	68	74
	BL	1 605 397	1 547 110	1 396 469	1 515 414	1 511 098
	AM	27 679	25 362	20 536	22 285	20 420
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	BL	1 176 409	1 124 062	1 028 581	1 140 924	1 188 084
Arzneimittel	BL	428 988	423 048	367 888	374 490	323 013
Chirurgie	N	45	42	*	*	*
	BL	1 436 296	1 302 633	*	*	*
	AM	31 918	31 015	*	*	*
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	BL	1 326 139	1 190 360	*	*	*
Arzneimittel	BL	110 157	112 273	*	*	*

Fachgruppe	Kennwert	2013	2014	2015	2016	2017
Radiologie	N	37	42	40	38	45
	BL	124 210	207 311	224 629	271 646	257 967
	AM	3 357	4 936	5 616	7 149	5 733
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	BL	114 478	190 241	203 150	247 422	235 785
Arzneimittel	BL	9 732	17 070	21 479	24 224	22 182
Neurochirurgie	N	*	*	*	15	*
	BL	*	*	*	204 949	*
	AM	*	*	*	13 663	*
Übrige Rechnungsstellende	N	560	599	620	641	688
	BL	16 546 987	17 583 527	18 667 966	19 889 671	20 545 430
	AM	29 548	29 355	30 110	31 029	29 863

**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 2013

Tabelle 8.22

Fachgruppe	Kennwert (in CHF)	2013	2014	2015	2016	2017
Allgemeine und Innere Medizin	Q1	123	155	154	172	149
	Md	329	388	503	422	430
	Q3	1 007	1 369	1 482	1 378	1 840
davon mit OKP-Vertrag	Q1	509 385	532 678	441 243	532 571	380 497
	Md	770 598	765 810	698 502	711 775	732 272
	Q3	1 192 720	1 160 484	1 115 952	1 053 723	862 285
Behandlungen	Q1	80	147	137	112	117
	Md	264	365	351	291	308
	Q3	741	986	904	855	1 066
davon mit OKP-Vertrag	Q1	290 241	304 544	203 573	222 063	207 831
	Md	430 755	459 493	310 835	316 102	301 890
	Q3	674 198	634 862	473 285	467 483	402 272
Arzneimittel	Q1	39	32	35	33	30
	Md	131	112	125	121	135
	Q3	829	686	854	856	1 132
davon mit OKP-Vertrag	Q1	215 657	199 030	158 096	210 169	189 683
	Md	300 228	290 225	299 130	307 874	282 257
	Q3	518 522	565 161	584 836	567 642	500 326
Praxislabors	Q1	*	*	39	37	49
	Md	*	*	106	106	110
	Q3	*	*	334	380	312
davon mit OKP-Vertrag	Q1	*	*	12 003	26 581	38 808
	Md	*	*	59 795	49 789	54 050
	Q3	*	*	95 484	88 373	88 018
Kinder- und Jugendmedizin	Q1	88	135	130	121	109
	Md	250	525	401	208	443
	Q3	657	1 519	2 487	3 850	933
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	Md	165	525	406	254	288
Arzneimittel	Md	123	470	208	153	55
Psychiatrie und Psychotherapie	Q1	446	610	803	1 101	982
	Md	1 590	1 911	2 364	3 322	2 290
	Q3	3 856	5 502	5 646	10 874	7 448
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	Md	1 455	1 896	2 408	3 158	2 283
Arzneimittel	Md	417	742	782	1 229	705
Gynäkologie und Geburtshilfe	Q1	129	174	224	218	203
	Md	275	325	383	437	410
	Q3	742	1 465	1 532	1 206	1 393
Behandlungen	Md	249	355	345	354	360
Arzneimittel	Md	245	76	98	137	117
Praxislabors	Md	*	*	61	66	66
Orthopädische Chirurgie	Q1	198	212	220	254	235
	Md	550	395	499	683	594
	Q3	910	1 234	1 193	1 442	1 569
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	Md	500	319	499	691	589
Arzneimittel	Md	82	95	93	122	88
Chirurgie	Q1	119	185	*	*	*
	Md	380	456	*	*	*
	Q3	667	1 000	*	*	*
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	Md	386	423	*	*	*
Arzneimittel	Md	100	100	*	*	*

Fachgruppe	Kennwert (in CHF)	2013	2014	2015	2016	2017
Radiologie	Q1	428	443	440	398	440
	Md	816	945	876	1 190	1 159
	Q3	3 688	2 892	3 410	4 228	3 488
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	Md	681	881	819	1 133	1 071
Arzneimittel	Md	190	178	482	250	340
Neurochirurgie	Q1	*	*	*	235	*
	Md	*	*	*	999	*
	Q3	*	*	*	4 588	*
Übrige Rechnungsstellende	Q1	178	251	252	270	221
	Md	468	695	705	684	614
	Q3	1 923	2 387	2 688	2 126	2 267

**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 (C Methodik und Qualität, 1.5 Datenaufbereitung, Absatz C).

## Anzahl Ärzte nach Fachgruppen mit Grössenklasse der Bruttoleistungen seit 2013

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
<b>2013 Total</b>	<b>1 357</b>	<b>426</b>	<b>188</b>	<b>145</b>	<b>90</b>	<b>80</b>	<b>49</b>	<b>18</b>
Allgemeine und Innere Medizin	413	104	51	42	33	31	25	12
Kinder- und Jugendmedizin	41	10	8	7	*	*	*	*
Psychiatrie und Psychotherapie	92	53	21	12	8	8	*	*
Gynäkologie und Geburtshilfe	111	24	10	9	7	6	*	*
Orthopädische Chirurgie	58	14	6	*	*	*	*	*
Chirurgie	45	9	*	*	*	*	*	*
Radiologie	37	17	9	*	*	*	*	*
Übrige Rechnungsstellende	560	195	78	61	31	24	11	*
<b>2014 Total</b>	<b>1 460</b>	<b>540</b>	<b>219</b>	<b>163</b>	<b>93</b>	<b>79</b>	<b>43</b>	<b>15</b>
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	*
<b>2015 Total</b>	<b>1 401</b>	<b>552</b>	<b>229</b>	<b>171</b>	<b>95</b>	<b>80</b>	<b>42</b>	<b>14</b>
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	*
<b>2016 Total</b>	<b>1 463</b>	<b>549</b>	<b>232</b>	<b>176</b>	<b>100</b>	<b>80</b>	<b>44</b>	<b>15</b>
<b>Allgemeine und Innere Medizin</b>	<b>457</b>	<b>134</b>	<b>53</b>	<b>43</b>	<b>33</b>	<b>30</b>	<b>24</b>	<b>9</b>
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
<b>2017 Total</b>	<b>1 501</b>	<b>566</b>	<b>245</b>	<b>181</b>	<b>101</b>	<b>85</b>	<b>45</b>	<b>13</b>
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

## Erläuterung zur Tabelle:

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

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

## Bruttoleistungen und Staatsbeiträge für Spitäler seit 2008

Tabelle 8.24

	Total	Beiträge der OKP		Staatsbeiträge
		ambulant	stationär	
	in CHF			
2008	61 738 266	12 831 760	28 994 191	19 912 315
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

### 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 nach Aufenthaltsart und Spitaltyp seit 2008

Tabelle 8.25

	Aufenthaltsart			Spitaltyp			
	Total	ambulant	stationär	Grundversorgung	Psychiatrie	Rehabilitation	andere Spezialkliniken
2008	386	*	*	363	4	11	7
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

### 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 seit 2008

Tabelle 8.26

	Total	ambulant	stationär
	in CHF		
2008	3 340	965	9 430
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

### 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 2015

Tabelle 8.27

	Alle Versicherten			Frauen (ab 17 Jahren)			Männer (ab 17 Jahren)		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
<b>Altersgruppe</b>									
ab 17 Jahren	407	411	410	459	460	462	355	362	358
<b>alle Altersgruppen</b>	<b>358</b>	<b>361</b>	<b>361</b>						
0 - 16	109	111	111	*	*	*	*	*	*
17 - 25	173	189	182	202	230	211	144	149	154
26 - 30	201	214	215	254	243	260	152	186	173
31 - 35	233	235	232	328	320	304	148	158	164
36 - 40	248	247	249	327	321	319	173	180	185
41 - 45	245	238	249	292	304	305	202	174	194
46 - 50	288	275	277	331	319	327	245	234	230
51 - 55	369	358	364	440	398	425	300	319	306
56 - 60	447	440	412	459	457	436	434	424	389
61 - 65	509	509	527	491	510	539	526	507	515
66 - 70	672	674	680	616	627	650	727	719	709
71 - 75	826	772	727	788	754	687	869	791	769
76 - 80	920	989	921	933	907	873	905	1 085	980
81 - 85	1 263	1 227	1 193	1 286	1 294	1 254	1 227	1 121	1 099
86 - 90	1 422	1 527	1 548	1 478	1 593	1 658	1 305	1 395	1 339
91+	2 241	2 256	2 220	2 295	2 284	2 305	2 052	2 162	1 919

## Kostenbeteiligung pro versicherte Person pro Versicherungsmonat seit 2015

Tabelle 8.28

	Alle Versicherten			Frauen (ab 17 Jahren)			Männer (ab 17 Jahren)		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
<b>Altersgruppe</b>									
<b>Gesamt</b>	<b>23</b>	<b>23</b>	<b>41</b>	<b>30</b>	<b>29</b>	<b>52</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>44</b>
0 - 16	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17 - 25	14	15	24	17	17	27	12	13	21
26 - 30	26	26	43	30	31	51	22	22	36
31 - 35	28	27	43	34	33	52	22	22	35
36 - 40	29	28	45	33	32	53	26	25	39
41 - 45	28	28	48	32	32	56	25	25	41
46 - 50	31	29	50	34	32	57	28	27	43
51 - 55	31	31	54	34	34	58	28	29	50
56 - 60	33	33	57	34	34	59	32	32	55
61 - 65	33	33	59	33	32	57	34	33	61
66 - 70	24	24	51	23	24	50	25	25	52
71 - 75	26	25	55	26	25	54	27	26	57
76 - 80	27	27	61	27	27	60	27	28	62
81 - 85	30	28	64	29	29	64	32	28	63
86 - 90	31	31	70	30	30	69	32	34	70
91+	33	33	75	32	32	73	37	38	83

### 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 2008

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							
2008	23 649 604	-17 146 422	-2 281 352	-19 427 773	4 221 830	-603 063	3 618 767
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
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	6.9	4.6	2.7	4.4	30.8	92.6	34.9
Ø jährliche Veränderung seit 2008 in %	4.5	5.6	3.0	5.3	-0.1	*	2.8

## Prämien und Nettoleistungen der OKG nach Geschlecht seit 2008

Tabelle 9.2

	Prämien			Nettoleistungen			
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	davon Mutterschaft	Männer
in CHF							
2008	23 616 687	7 590 056	16 026 631	17 701 111	7 676 426	2 747 271	10 024 684
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
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	6.5	-0.4	9.5	3.2	-9.2	-5.5	16.0
Ø jährliche Veränderung seit 2008 in %	4.6	3.2	5.2	5.0	5.4	6.3	4.7



## Anzahl ausbezahlte Taggelder der OKG seit 2008

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
2008	154 356	19 272	95 964	16 580	14 359	8 108	73
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
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	-0.5	14.2	1.5	-3.6	-8.8	-17.7	-10.0
Ø jährliche Veränderung seit 2008 in %	3.5	-0.5	3.0	6.0	8.7	-8.2	57.2

## Ausbezahlte Taggelder der OKG seit 2008

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							
2008	17 701 110	1 876 581	10 442 312	2 202 700	2 070 583	1 100 175	8 760
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
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	3.2	53.1	-0.6	9.7	-0.7	0.2	-60.0
Ø jährliche Veränderung seit 2008 in %	5.0	9.1	3.5	8.0	6.8	-8.5	59.4



## 10 Freiwillige Versicherungen (FV)

## Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen der Freiwilligen Versicherungen seit 2008

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							
2008	35 396 842	-26 940 438	-7 544 242	-34 484 681	912 161	-1 062 004	-149 842
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
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	5.1	0.8	3.4	1.3	53.1	48.2	52.6
Ø jährliche Veränderung seit 2008 in %	4.5	3.7	2.6	3.5	22.3	*	*

## Prämien und Bruttoleistungen der Freiwilligen Versicherungen nach Geschlecht seit 2008

Tabelle 10.2

	Prämien			Bruttoleistungen			
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	davon Mutter- schaft	Männer
in CHF							
2008	35 648 138	17 031 712	18 616 426	29 090 395	16 620 484	903 786	12 469 911
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
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	4.8	5.0	4.6	-3.2	-4.0	-11.7	-2.2
Ø jährliche Veränderung seit 2008 in %	4.5	5.7	3.2	2.6	2.1	-1.8	3.2

## 11 Gesamtgeschäft der Krankenversicherer

## Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen 2008 - 2012 (Teil 1)

Tabelle 11.1a

		2008	2009	2010	2011	2012
<b>Kontobezeichnung</b>	<b>Konto</b>					
<b>Ertrag</b>						
Prämien Obligatorische Krankenpflegeversicherung	60	75 659 210	79 878 008	83 487 554	90 058 786	93 498 156
Prämien Obligatorische Krankengeldversicherung	61	23 616 686	23 361 553	23 055 577	23 443 319	25 887 184
Prämien freiwillige Versicherungen	63	35 648 138	36 328 105	40 584 401	43 520 901	46 008 346
Prämien soll	= 60 bis 63	134 924 034	139 567 667	147 127 532	157 023 007	165 393 686
Erlösminderung auf Prämien	64	128 090	-371 088	-269 497	-350 160	-215 632
Andere Prämienanteile	65	-29 310	-38 686	-394 081	118 427	-34 818
Bruttoprämien	= 60 bis 65	135 022 815	139 157 893	146 463 954	156 791 274	165 143 236
Prämienanteile der Rückversicherer	66	-264 586	-220 417	-421 429	-466 252	-260 820
Eigene Versicherungsprämien	= 60 bis 66	134 758 229	138 937 476	146 042 525	156 325 022	164 882 416
Staatsbeiträge	67	54 131 220	59 030 287	64 914 687	61 131 675	62 819 695
Sonstige Betriebserträge	69	3 729	-1 389	4 903 319	9 005	233
<b>Versicherungsertrag</b>	<b>= 6</b>	<b>188 893 178</b>	<b>197 966 374</b>	<b>215 860 531</b>	<b>217 465 702</b>	<b>227 702 344</b>
<b>Aufwand</b>						
Obligatorischen Krankenpflegeversicherung	300	-130 780 655	-135 556 263	-137 542 777	-143 240 061	-143 289 471
Kostenbeteiligung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung	302	9 060 586	9 164 047	9 351 883	9 596 018	9 751 259
Obligatorische Krankengeldversicherung	31	-17 701 110	-19 593 786	-20 614 360	-21 481 910	-24 630 425
Freiwillige Versicherungen	331	-29 090 394	-31 390 931	-32 104 940	-32 270 946	-31 930 871
Kostenbeteiligung der freiwilligen Versicherungen	332	71 001	94 368	86 657	93 566	107 274
Nettoleistungen	= 30 bis 33	-168 440 572	-177 282 565	-180 823 536	-187 303 332	-189 992 234
Veränderung der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	35	2 574 831	1 783 831	-3 383 794	-8 150 070	-3 195 712
Nettoleistungen nach Rückstellungen	= 30 bis 35	-165 865 741	-175 498 734	-184 207 330	-195 453 402	-193 187 946
Leistungsanteile der Rückversicherer	36	166 692	74 571	312 542	269 662	93 309
Risikoausgleich	37	493 588	-88 558	-103 374	124 058	-25 881
Veränderung der gesetzlichen Mindestreserven	38	-1 019 400	-3 358 200	-181 400	-	-750 300
<b>Versicherungsaufwand</b>	<b>= 3</b>	<b>-166 224 861</b>	<b>-178 870 920</b>	<b>-184 179 563</b>	<b>-195 059 682</b>	<b>-193 870 818</b>
Personalaufwand inkl. Sozialleistungen	400	-3 225 762	-3 753 061	-3 531 428	-3 803 774	-3 713 965
Verwaltungsräumlichkeiten, Unterhalt, Reparaturen sowie Ersatz von Betriebseinrichtungen	410	-355 294	-339 711	-313 927	-324 407	-328 267
EDV-Kosten	420	-1 301 890	-1 264 857	-1 208 562	-1 174 708	-1 189 471
Versicherungsprämien und Verbandsbeiträge	430	-88 983	-120 300	-122 084	-126 434	-124 404
Übriger Verwaltungsaufwand	440	-10 600 568	-12 555 856	-12 681 473	-12 809 626	-13 085 139
Marketing und Werbung inkl. Provisionen	450	-442 867	-382 100	-288 861	-237 595	-344 931
Erhaltene Verwaltungsentschädigung	460	-23 079	58 104	49 764	54 566	53 103
Verwaltungsaufwand	= 40 bis 46	-16 038 442	-18 357 780	-18 096 570	-18 421 978	-18 733 073
Sonstige Aufwendungen für Leistungen	47	-160 726	-232 459	-225 533	-229 896	-394 041
Abschreibungen auf Anlagevermögen	48	-779 107	-319 295	-357 680	-649 086	-590 646
Sonstige Betriebsaufwendungen	49	-48 044	-34 785	-2 400 000	-	-
<b>Betriebsaufwand</b>	<b>= 4</b>	<b>-17 026 318</b>	<b>-18 944 319</b>	<b>-21 079 783</b>	<b>-19 300 960</b>	<b>-19 717 760</b>
<b>Versicherungs- und Betriebsaufwand</b>	<b>= 3+4</b>	<b>-183 251 179</b>	<b>-197 815 239</b>	<b>-205 259 346</b>	<b>-214 360 642</b>	<b>-213 588 578</b>
<b>Betriebsergebnis</b>	<b>=6-3-4</b>	<b>5 641 999</b>	<b>151 135</b>	<b>10 601 186</b>	<b>3 105 060</b>	<b>14 113 765</b>
Neutraler Aufwand und Ertrag	7	-3 667 228	5 018 177	1 753 367	-2 484 074	2 337 985
<b>Gesamtergebnis</b>		<b>1 974 771</b>	<b>5 169 312</b>	<b>12 354 553</b>	<b>620 987</b>	<b>16 451 750</b>

## Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen 2013 - 2017 (Teil 2)

Tabelle 11.1b

		2013	2014	2015	2016	2017
<b>Kontobezeichnung</b>	<b>Konto</b>					
<b>Ertrag</b>						
Prämien Obligatorische Krankenpflegeversicherung	60	97 164 302	114 437 483	130 396 838	137 296 401	128 355 832
Prämien Obligatorische Krankengeldversicherung	61	26 374 025	28 149 936	29 343 373	33 242 616	35 404 163
Prämien freiwillige Versicherungen	63	48 657 720	46 625 078	47 906 780	50 486 783	52 922 614
Prämiensoll	= 60 bis 63	172 196 047	189 212 497	207 646 991	221 025 799	216 682 609
Erlösminderung auf Prämien	64	-619 724	-807 276	-1 330 015	-839 922	-723 426
Andere Prämienanteile	65	-65 111	-157 984	-96 934	-31 720	-66 615
Bruttoprämien	= 60 bis 65	171 511 212	188 247 237	206 220 042	220 154 158	215 892 568
Prämienanteile der Rückversicherer	66	-335 203	-426 433	-400 595	-594 474	-408 809
Eigene Versicherungsprämien	= 60 bis 66	171 176 008	187 820 804	205 819 447	219 559 684	215 483 759
Staatsbeiträge	67	60 723 480	49 490 955	39 679 595	41 955 551	39 264 048
Sonstige Betriebserträge	69	1 844	488	1 796	2 817	2 496
<b>Versicherungsertrag</b>	<b>= 6</b>	<b>231 901 332</b>	<b>237 312 247</b>	<b>245 500 838</b>	<b>261 518 052</b>	<b>254 750 302</b>
<b>Aufwand</b>						
Obligatorischen Krankenpflegeversicherung	300	-164 063 245	-166 225 895	-167 317 275	-170 108 927	-171 919 012
Kostenbeteiligung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung	302	10 349 301	10 440 953	10 636 290	10 679 956	19 207 280
Obligatorische Krankengeldversicherung	31	-25 904 044	-25 321 541	-24 209 174	-26 702 511	-27 545 320
Freiwillige Versicherungen	331	-36 846 226	-36 272 441	-36 106 252	-37 895 839	-36 680 087
Kostenbeteiligung der freiwilligen Versicherungen	332	93 184	111 219	118 221	124 027	140 139
Nettoleistungen	= 30 bis 33	-216 371 030	-217 267 705	-216 878 190	-223 903 294	-216 797 000
Veränderung der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	35	-6 854 790	37 125	-3 577 393	-203 279	314 697
Nettoleistungen nach Rückstellungen	= 30 bis 35	-223 225 820	-217 230 580	-220 455 582	-224 106 573	-216 482 303
Leistungsanteile der Rückversicherer	36	204 281	161 826	258 280	442 032	288 711
Risikoausgleich	37	244 599	-251 371	-1 945	-100 679	1 401 143
Veränderung der gesetzlichen Mindestreserven	38	-130 800	-2 237 800	-	-526 099	-248 300
<b>Versicherungsaufwand</b>	<b>= 3</b>	<b>-222 907 739</b>	<b>-219 557 925</b>	<b>-220 199 247</b>	<b>-224 291 319</b>	<b>-215 040 749</b>
Personalaufwand inkl. Sozialleistungen	400	-12 910 936	-11 499 588	-11 684 782	-12 534 395	-13 186 573
Verwaltungsräumlichkeiten, Unterhalt, Reparaturen sowie Ersatz von Betriebseinrichtungen	410	-1 066 679	-1 218 736	-1 043 971	-1 309 834	-1 311 350
EDV-Kosten	420	-1 123 106	-1 135 330	-1 139 419	-1 256 987	-1 535 432
Versicherungsprämien und Verbandsbeiträge	430	-86 685	-183 976	-182 299	-186 240	-172 440
Übriger Verwaltungsaufwand	440	-3 787 485	-3 723 487	-3 561 888	-3 421 635	-3 587 348
Marketing und Werbung inkl. Provisionen	450	-1 898 195	-1 761 193	-2 096 243	-2 444 470	-2 340 929
Erhaltene Verwaltungsentschädigung	460	105 108	118 670	157 290	310 988	330 562
Verwaltungsaufwand	= 40 bis 46	-20 767 978	-19 403 640	-19 551 312	-20 842 574	-21 803 510
Sonstige Aufwendungen für Leistungen	47	-445 327	-410 874	-243 611	-472 713	-553 779
Abschreibungen auf Anlagevermögen	48	-35 469	-30 513	-27 397	-31 166	-47 557
Sonstige Betriebsaufwendungen	49	-	-	-	-	-3 636
<b>Betriebsaufwand</b>	<b>= 4</b>	<b>-21 248 774</b>	<b>-19 845 028</b>	<b>-19 822 319</b>	<b>-21 346 454</b>	<b>-22 408 483</b>
<b>Versicherungs- und Betriebsaufwand</b>	<b>= 3+4</b>	<b>-244 156 513</b>	<b>-239 402 953</b>	<b>-240 021 566</b>	<b>-245 637 772</b>	<b>-237 449 232</b>
<b>Betriebsergebnis</b>	<b>=6-3-4</b>	<b>-12 255 181</b>	<b>-2 090 705</b>	<b>5 479 272</b>	<b>15 880 280</b>	<b>17 301 070</b>
Neutraler Aufwand und Ertrag	7	1 268 877	7 635 055	-93 689	1 810 336	2 734 099
<b>Gesamtergebnis</b>		<b>-10 986 304</b>	<b>5 544 350</b>	<b>5 385 583</b>	<b>17 690 616</b>	<b>20 035 169</b>

## Reserven der Krankenkassen per 31. Dezember seit 2008

Tabelle 11.2

	Total	OKP	OKG	FV	Übriges Eigenkapital und nicht verteilte Gewinne
	in CHF				
2008	44 868 917	14 870 030	5 705 411	19 481 703	4 811 773
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
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	19.8	15.3	70.1	21.1	*
Ø jährliche Veränderung seit 2008 in %	11.9	19.9	9.8	6.2	*

**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 2008

Tabelle 11.3

	Versicherungstechnische Rückstellungen				Rückstellungen für Überschuss- beteiligungen	Risikoausgleich	Fonds
	Versicherungs- technische Rückstellungen	Ordentliche OKP	OKG	FV			
in CHF							
2008	57 151 893	37 192 512	2 213 663	10 295 718	-	3 300 000	4 150 000
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
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	-2.2	-3.5	16.6	3.1	-60.5	0.0	12.0
Ø jährliche Veränderung seit 2008 in %	4.5	3.2	9.9	3.1	*	-3.0	13.0



## 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	*	*	*	*	*	*

### Erläuterung zur Tabelle:

Aufgrund zusätzlicher Prüfungen der Datenqualität können für 2017 keine Werte publiziert werden.

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 2008

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
2008	4 131	2 559	1 572	330	150	180	1 839	1 131	708	1 962	1 278	684
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
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	-2.1	-2.5	-1.5	-1.8	-14.5	11.2	-4.2	-4.6	-3.9	1.3	3.2	-3.1
Ø jährliche Veränderung seit 2008 in %	-4.3	-5.0	-3.2	0.2	-0.2	0.5	-2.3	-3.9	-0.1	-7.6	-6.8	-9.2

## 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 Subventionen nach Altersgruppe und Geschlecht seit 2008

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											
2008	5 422	3 448	1 974	253	130	123	2 177	1 340	837	2 992	1 978	1 014
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
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	-9.0	-9.1	-8.9	-12.2	-22.1	-2.4	-10.6	-11.4	-9.7	-5.6	-3.5	-10.1
Ø jährliche Veränderung seit 2008 in %	-0.6	-1.6	1.0	7.8	6.0	9.5	2.9	1.2	5.3	-5.3	-4.7	-6.4

## Ausbezahlte Subventionen pro Bezüger nach Altersgruppe und Geschlecht seit 2008

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											
2008	1 312	1 347	1 256	767	864	686	1 184	1 185	1 182	1 525	1 547	1 483
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
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	-7.1	-6.7	-7.5	-10.6	-8.8	-12.3	-6.7	-7.1	-6.1	-6.8	-6.4	-7.3
Ø jährliche Veränderung seit 2008 in %	3.9	3.6	4.4	7.6	6.2	9.0	5.3	5.3	5.4	2.5	2.3	3.1

## Anzahl alleinstehende und alleinerziehende Bezüger nach Fördersatz und Geschlecht seit 2008

Tabelle 13.4

	Alle Alleinstehenden/ Alleinerziehenden			Fördersatz					
				60%			40%		
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
2008	2 536	1 777	759	1 979	1 384	595	557	393	164
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
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	-2.0	-2.2	-1.7	-1.2	-3.2	1.0	-3.1	-1.1	-8.2
Ø jährliche Veränderung seit 2008 in %	-1.8	-3.4	1.3	-4.7	-7.8	0.4	5.1	5.5	4.1

### Erläuterung zur Tabelle:

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

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

Fördersatz 40%: 40% der Prämienausgaben werden bei Alleinstehenden/ Alleinerziehenden bei einem Einkommen von CHF 30 001 bis CHF 45 000 vergütet.



## Anzahl verheiratete Bezüger nach Fördersatz und Geschlecht seit 2008

Tabelle 13.5

	Fördersatz								
	Alle Verheirateten			60%			40%		
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
2008	1 595	782	813	982	482	500	613	300	313
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
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	-2.5	-4.0	-0.9	-6.6	-4.9	-8.3	1.9	-3.1	7.1
Ø jährliche Veränderung seit 2008 in %	-9.8	-9.7	-9.9	-12.1	-11.8	-12.3	-6.9	-7.0	-6.9

**Erläuterung zur Tabelle:**

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

Fördersatz 60%: 60% der Prämienausgaben werden bei Verheirateten bei einem Einkommen bis CHF42 000 (bis 31.12.2015: CHF 36 000) vergütet.

Fördersatz 40%: 40% der Prämienausgaben werden bei Verheirateten bei einem Einkommen von CHF42 001 bis CHF 57 000 (bis 31.12.2015: CHF 36 001 bis CHF 54 000) vergütet.

## Ausbezahlte Subventionen nach Zivilstand und Geschlecht seit 2008

Tabelle 13.6

	Alle Bezüger			Alleinstehend/ Alleinerziehend			Verheiratet		
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
in CHF									
2008	5 421 666	3 447 551	1 974 115	3 301 384	2 393 619	907 764	2 120 282	1 053 949	1 066 333
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
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	-9.0	-9.1	-8.9	-8.9	-8.8	-9.0	-9.7	-10.5	-8.8
Ø jährliche Veränderung seit 2008 in %	-0.6	-1.6	1.0	2.2	0.1	6.5	-6.6	-6.5	-6.7

## Ausbezahlte Subventionen pro Bezüger nach Zivilstand und Geschlecht seit 2008

Tabelle 13.7

	Alle Bezüger			Alleinstehend/Alleinerziehend			Verheiratet		
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
in CHF									
2008	1 312	1 347	1 256	1 302	1 347	1 196	1 329	1 348	1 312
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
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	-7.1	-6.7	-7.5	-7.0	-6.7	-7.4	-7.4	-6.8	-7.9
Ø jährliche Veränderung seit 2008 in %	3.9	3.6	4.4	4.0	3.6	5.1	3.5	3.6	3.5

## Anzahl Bezüger und Bezügerinnen nach Wohnort seit 2008

Tabelle 13.8.1

	Gesamt	Vaduz	Triesen	Balzers	Triesen- berg	Schaan	Planken	Eschen	Mauren	Gamprin	Ruggell	Schellen- berg	Ausland/ unbekannt
2008	4 131	578	509	440	358	660	28	554	451	144	193	119	97
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

## Anzahl Bezüger nach Wohnort seit 2008 - Frauen

Tabelle 13.8.2

	Gesamt	Vaduz	Triesen	Balzers	Triesen- berg	Schaan	Planken	Eschen	Mauren	Gamprin	Ruggell	Schellen- berg	Ausland/ unbekannt
2008	2 559	373	305	281	227	401	17	337	276	89	125	74	54
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

## Anzahl Bezüger nach Wohnort seit 2008 - Männer

Tabelle 13.8.3

	Gesamt	Vaduz	Triesen	Balzers	Triesen- berg	Schaan	Planken	Eschen	Mauren	Gamprin	Ruggell	Schellen- berg	Ausland/ unbekannt
2008	1 572	205	204	159	131	259	11	217	175	55	68	45	43
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

## Ausbezahlte Subventionen nach Wohnort seit 2008

Tabelle 13.9

	Gesamt	Vaduz	Triesen	Balzers	Triesen- berg	Schaan	Planken	Eschen	Mauren	Gamprin	Ruggell	Schellen- berg	Ausland/ Unbekannt
in Tsd. CHF													
2008	5 422	755	681	590	475	870	42	741	579	189	237	160	103
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
Anteil in % - 2017	100.0	17.4	13.5	9.8	6.2	16.5	0.8	12.5	10.7	3.8	3.3	3.5	1.9

## Bezügerquote nach Wohnort seit 2008

Tabelle 13.10

	Gesamt	Vaduz	Triesen	Balzers	Triesenberg	Schaan	Planken	Eschen	Mauren	Gamprin	Ruggell	Schellenberg
in %												
2008	14.1	13.2	13.1	12.0	16.8	13.7	8.3	16.5	14.5	11.5	12.5	14.5
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



## 14 Staatsbeiträge

## Staatsbeiträge im Krankenversicherungs- und Spitalbereich seit 2008

Tabelle 14.1

	Gesamt	Staatsbeitrag an Krankenversicherer	Staatsbeiträge an Spitäler	Prämienverbilligung	Krankenkassenverband, Landesbeitrag
	in CHF				
2008	78 656 395	53 078 879	19 912 315	5 421 201	244 000
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
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	2.0	1.2	5.8	-9.1	0.0
Ø jährliche Veränderung seit 2008 in %	-0.9	-2.9	3.1	-0.6	-3.3

**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.



## Staatsbeiträge an Spitäler seit 2008

Tabelle 14.2

	Gesamt	Liechtensteinisches Landesspital Vaduz	Beiträge an Spitäler in der Schweiz	Beiträge an Spitäler in Vorarlberg
	in CHF			
2008	19 912 315	7 524 435	10 542 376	1 845 504
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
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	5.8	34.5	-3.3	-10.4
Ø jährliche Veränderung seit 2008 in %	3.1	1.1	5.6	-10.7

**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 Ärztinnen, 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 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 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 Ärztinnen, 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/service/zahlen-fakten/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 eine Leistungserbringende an, die mehr als 50% der Bruttoleistungen dieser Kategorie abrechnet, wird die Kategorie unter „Übrige Rechnungsstellende“ subsumiert.
- 3) Die Tabellen mit Angaben zu Bruttoleistungen einzelner Leistungserbringenden 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 einzelner Leistungserbringenden zu vermeiden.
- 4) Bei den Ärztinnen 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 dazugezählt.
- 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](http://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 enthält einzelne Leistungserbringende und 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

eingeliefert. 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/service/zahlen-fakten/statistiken-zur-krankenversicherung/monitoring-zur-krankenkassenkostenentwicklung.html>

## 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 liefert Liechtenstein Informationen zu folgenden Bereichen an Eurostat:

- 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.

### 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 171 909 012 in den OKP-Betriebsrechnungen wies 2017 eine Differenz von 0.0055% bzw. CHF 9 500 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 wie die Anzahl Konsultationen oder die Anzahl Spittage. Bei diesen Informationen gibt es gewisse Unschärfen, die durch die jeweiligen Auswertungsregeln in den einzelnen Informationssystemen der Kassen begründet sind. Zum Beispiel ergänzt eine Krankenkasse die Anzahl der Konsultationen um Vorsorgeuntersuchungen, wenn am betreffenden Tag nicht bereits eine Tarifposition „Konsultation“ verrechnet wurde.

Die anderen Kassen zählen Vorsorgeuntersuchungen nicht als Konsultation. Die Datenqualität dieser Angaben ist genügend.

**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. So ist die Erfassung der Konsultationen bei den Krankenkassen nicht einheitlich. Zum Beispiel ergänzt eine Krankenkasse die

Anzahl der Konsultationen um Vorsorgeuntersuchungen, wenn am betreffenden Tag nicht bereits eine Tarifposition „Konsultation“ verrechnet wurde. Die anderen Kassen zählen Vorsorgeuntersuchungen nicht eigens, woraus eine geringfügige Untererfassung resultiert. Die Betriebsrechnung ist davon nicht betroffen.

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

Zum Publikationszeitpunkt der vorliegenden Krankenkassenstatistik 2017 waren die Qualitätsprüfungen im Bereich Arzneimittel nach therapeutischen Gruppen noch nicht vollständig abgeschlossen. Aus diesem Grund können keine Werte zum Jahr 2017 im Bereich Arzneimittel nach therapeutischen Gruppen (Tabelle 5, Tabelle 12) veröffentlicht werden.

#### 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 Jahr 2017 erscheint wie im Voraus angekündigt fristgerecht am 9. Juli 2018.

### 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 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:

<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	Schweizerfranken
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
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)
0	Eine Null an Stelle einer anderen Zahl bedeutet eine Grösse, die kleiner ist als die Hälfte der verwendeten Zählleinheit.
-	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

Nach Möglichkeit werden in der vorliegenden Publikation geschlechtsneutrale Bezeichnungen verwendet. Wenn nicht besonders darauf hingewiesen wird, beziehen sich Bezeichnungen mit weiblichen Wortendungen im Textteil auf beide Geschlechter. Dasselbe gilt für die Bezeichnungen mit männlichen Wortendungen im Tabellenteil.

### **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, 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. Nicht als Konsultationen zählen hingegen Besuche der Patientin durch die Ärztin (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 Arbeitnehmende, die in Liechtenstein für 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 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 von einer Ärztin 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-Vertragspartnerinnen**

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 gewährleistet werden kann, wurde per Gesetz (LGBl. 2004 Nr. 169) eine Höchstzahl von OKP-Vertragspartnerinnen pro Fachgruppe definiert.

OKP-Vertragspartnerinnen 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 Herstellerin ein Erfindungspatent oder eine entsprechende Lizenz der Patentinhaberin erhalten hat.

### **Physiotherapeutinnen**

Die Kategorie Physiotherapeutinnen umfasst einzelne Leistungserbringende und Praxisgemeinschaften.

### **Praktizierende Ärztinnen/ Zahnärztinnen**

Praktizierende Ärztinnen/ Zahnärztinnen haben direkten Kontakt zu den Patientinnen als Empfängerinnen 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. Der Anspruch auf Beiträge richtet sich nach dem Einkommen der Versicherten bzw. der Ehegattinnen. Das Einkommen setzt sich zusammen aus dem steuerpflichtigen Erwerb sowie einem Zwanzigstel des Reinvermögens. Bei Ehegattinnen erhöhen sich die Einkommensgrenzen um 20%.

Die Beiträge zur Prämienverbilligung richten sich nach der im Landesdurchschnitt errechneten Prämie der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Sie betragen: a) bei einem Erwerb unter 30 000 Franken: 60% des Prämienanteils der Versicherten; b) bei einem Erwerb von 30 001 bis 45 000 Franken: 40% des Prämienanteils der Versicherten.

### **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 Arbeitgeber und Versicherung (OKG) vereinbarte Zeitspanne, ab der die Versicherung im Krankheitsfalle des Arbeitnehmers die Lohnfortzahlung übernimmt. Während der Wartefrist besteht für den Arbeitgeber 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.