



AMT FÜR STATISTIK  
FÜRSTENTUM LIECHTENSTEIN

# Krankenkassenstatistik 2019



LIECHTENSTEIN

**Herausgeber und Vertrieb** Amt für Statistik  
Äulestrasse 51  
9490 Vaduz  
Liechtenstein  
T +423 236 68 76  
F +423 236 69 36  
[www.as.llv.li](http://www.as.llv.li)

**Auskunft** Franziska Frick T +423 236 64 67  
[info.as@llv.li](mailto:info.as@llv.li)

**Gestaltung** Brigitte Schwarz

**Thema** 7 Soziale Sicherheit und Gesundheit  
**Erscheinungsweise** Jährlich  
**Copyright** 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)	53
3 Freiwillige Versicherungen (FV)	57
4 Gesamtgeschäft der Versicherer	61
5 Arzneimittel	65
6 Prämienverbilligung	67
7 Staatsbeiträge	73
<b>Zeitreihen</b>	
8 Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)	75
9 Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG)	99
10 Freiwillige Versicherungen (FV)	103
11 Gesamtgeschäft der Krankenversicherer	105
12 Arzneimittel	111
13 Prämienverbilligung	113
14 Staatsbeiträge	121
<b>C Methodik und Qualität</b>	
1 Methodik	124
2 Qualität	127
<b>D Glossar</b>	
1 Abkürzungen und Zeichenerklärungen	131
2 Begriffserklärungen	132

## Tabellenverzeichnis

Kostenentwicklung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung seit 2011	9
Bruttoleistungen der OKP pro versicherte Person nach Kategorie	19
In Krankenhäusern gestellte Diagnosen nach ICD-10 Klassifizierung in Liechtenstein, der Schweiz und in Österreich Anzahl Fälle pro 1 000 Einwohner 2018	23
<b>1 Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)</b>	
Zusammenfassung 2019	26
Anzahl Versicherer OKP am 31.12.2019 nach Versichertenbestand	27
Versicherte Personen am 31.12.2019 nach Wohnsitz und Versicherungsart	27
Anzahl Konsultationen 2019	27
Betriebsrechnung 2019	28
Aufsichtsdaten über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) - 2019	29
Bruttoprämien nach Versicherungsform und Personengruppe 2019	30
Bruttoleistungen nach Versicherungsform und Personengruppe 2019	30
Kostenbeteiligung nach Versicherungsform und Personengruppe 2019	31
Nettoleistungen nach Versicherungsform und Personengruppe 2019	31
Bruttoleistungen nach Kategorie, Anteil und pro versicherte Person 2019	32
Bruttoleistungen nach Kategorie und Personengruppe 2019	33
Bruttoleistungen nach Kategorie und Personengruppe, pro versicherte Person 2019	33
Kennwerte zu den Leistungserbringenden nach Kategorie 2019	34
Anzahl Leistungserbringende nach Kategorie mit Grössenklasse der Bruttoleistungen 2019	35
Bruttoleistungen der einzelnen Leistungserbringenden nach Kategorie 2019 (Teil 1)	36
Bruttoleistungen der einzelnen Leistungserbringenden nach Kategorie 2019 (Teil 2)	40
Kennwerte zu den Ärzten nach Fachgruppe 2019	41
Anzahl Ärzte nach Fachgruppen mit Grössenklasse der Bruttoleistungen 2019	42
Bruttoleistungen der einzelnen Ärzte nach Fachgruppe 2019 (Teil 1)	43
Bruttoleistungen der einzelnen Ärzte nach Fachgruppe 2019 (Teil 2)	46
Leistungen und Staatsbeiträge nach Altersgruppe und Geschlecht 2019	48
Anteil der Leistungen und der Staatsbeiträge nach Altersgruppe und Geschlecht 2019	49
Leistungsbezüger und Bruttoleistungen pro Leistungsbezüger nach Altersgruppe, Geschlecht und Bruttokostengruppe 2019	50
Versicherte nach Bruttokostenstufe 2019	51
<b>2 Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG)</b>	
Betriebsrechnung 2019	54
Prämien und Nettoleistungen nach Geschlecht 2019	55
Ausbezahlte Taggelder 2019	55
<b>3 Freiwillige Versicherungen (FV)</b>	
Betriebsrechnung 2019	58
Prämien und Bruttoleistungen nach Geschlecht 2019	59
<b>4 Gesamtgeschäft der Versicherer</b>	
Betriebsrechnung 2019	62
Reserven und Rückstellungen der Krankenkassen per 31.12.2019	63
<b>5 Arzneimittel</b>	
Kassenpflichtige Arzneimittel nach therapeutischen Gruppen 2019	66

6	Prämienverbilligung	
	Anzahl Bezüger nach Altersgruppe und Geschlecht 2019	68
	Anzahl Bezüger nach Zivilstand, Fördersatz und Geschlecht 2019	68
	Total ausbezahlte Pämienverbilligung nach Zivilstand und Geschlecht 2019	69
	Beiträge an Prämien nach Zivilstand und Geschlecht 2019	69
	Beiträge an Kostenbeteiligung nach Zivilstand und Geschlecht 2019	69
	Total ausbezahlte Prämienverbilligung nach Altersgruppe, Zivilstand und Geschlecht 2019	70
	Beiträge an Prämien nach Altersgruppe, Zivilstand und Geschlecht 2019	70
	Beiträge an Kostenbeteiligung nach Altersgruppe, Zivilstand und Geschlecht 2019	70
	Prämienverbilligung, Art des Beitrages, Anzahl Bezüger und Bezügerquote nach Wohnort 2019	71
7	Staatsbeiträge	
	Staatsbeiträge im Krankenversicherungs- und Spitalbereich 2019	74
	Staatsbeiträge an Spitäler 2019	74
Zeitreihen		
8	Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)	
	Versicherer und Versicherte seit 2010	76
	Anzahl Versicherer nach Versichertenbestand seit 2010	76
	Zusammenfassung der Betriebsrechnungen seit 2010	77
	Zusammenfassung der Betriebsrechnungen pro versicherte Person seit 2010	77
	Betriebsrechnungen nach Unterkonti seit 2015	78
	Veränderung von ausgewählten Aufwand- und Ertragspositionen seit 2015	79
	Bruttoprämien nach Personengruppe seit 2010	80
	Bruttoleistungen nach Personengruppe seit 2010	80
	Kostenbeteiligung nach Personengruppe seit 2010	81
	Nettoleistungen nach Personengruppe seit 2010	81
	Bruttoprämien pro prämienspflichtige Person nach Personengruppe seit 2010	82
	Bruttoleistungen pro versicherte Person nach Personengruppe seit 2010	82
	Kostenbeteiligung pro versicherte Person nach Personengruppe seit 2010	83
	Nettoleistungen pro versicherte Person nach Personengruppe seit 2010	83
	Bruttoleistungen nach Kategorie seit 2010	84
	Bruttoleistungen pro versicherte Person nach Kategorie seit 2010	85
	Anzahl der Konsultationen seit 2010	85
	Anzahl Leistungserbringende (N), Bruttoleistungen (BL) und arithmetisches Mittel (AM) nach Kategorie der Leistungserbringenden seit 2015	86
	Verteilung der Bruttoleistungen nach Kategorien der Leistungserbringenden seit 2015	88
	Anzahl Leistungserbringende nach Kategorien mit Grössenklasse der Bruttoleistungen seit 2015	89
	Anzahl Ärzte (N), Bruttoleistungen (BL) und arithmetisches Mittel (AM) nach Fachgruppe seit 2015	91
	Verteilung der Bruttoleistungen nach Fachgruppen der Ärzte seit 2015	93
	Anzahl Ärzte nach Fachgruppen mit Grössenklasse der Bruttoleistungen seit 2015	95
	Bruttoleistungen und Staatsbeiträge für Vertragsspitäler seit 2010	96
	Spitalentlassungen in Vertragsspitalern pro 1 000 Einwohner nach Aufenthaltsart und Spitaltyp seit 2010	97
	Kosten pro Spitalentlassung in Vertragsspitalern seit 2010	97
	Bruttoleistungen pro versicherte Person pro Versicherungsmonat seit 2017	98
	Kostenbeteiligung pro versicherte Person pro Versicherungsmonat seit 2017	98

<b>9</b>	<b>Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG)</b>	
	Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen der OKG seit 2010	100
	Prämien und Nettoleistungen der OKG nach Geschlecht seit 2010	100
	Anzahl ausbezahlte Taggelder der OKG seit 2010	101
	Ausbezahlte Taggelder der OKG seit 2010	101
<b>10</b>	<b>Freiwillige Versicherungen (FV)</b>	
	Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen der Freiwilligen Versicherungen seit 2010	104
	Prämien und Bruttoleistungen der Freiwilligen Versicherungen nach Geschlecht seit 2010	104
<b>11</b>	<b>Gesamtgeschäft der Krankenversicherer</b>	105
	Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen 2010 - 2014 (Teil 1)	106
	Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen 2015 - 2019 (Teil 2)	106
	Reserven der Krankenkassen per 31. Dezember seit 2010	108
	Rückstellungen der Krankenkassen per 31. Dezember seit 2010	109
<b>12</b>	<b>Arzneimittel</b>	
	Arzneimittel und Anteil der Generika seit 2010	112
<b>13</b>	<b>Prämienverbilligung</b>	
	Anzahl Bezüger nach Altersgruppe und Geschlecht seit 2010	114
	Ausbezahlte Prämienverbilligungen nach Altersgruppe und Geschlecht seit 2010	115
	Ausbezahlte Prämienverbilligung pro Bezüger nach Altersgruppe und Geschlecht seit 2010	115
	Anzahl alleinstehende und alleinerziehende Bezüger nach Fördersatz und Geschlecht seit 2010	116
	Anzahl verheiratete Bezüger nach Fördersatz und Geschlecht seit 2010	117
	Ausbezahlte Prämienverbilligung nach Zivilstand und Geschlecht seit 2010	118
	Ausbezahlte Prämienverbilligung pro Bezüger nach Zivilstand und Geschlecht seit 2010	118
	Anzahl Bezüger nach Wohnort seit 2010 - Total	119
	Anzahl Bezüger nach Wohnort seit 2010 - Frauen	119
	Anzahl Bezüger nach Wohnort seit 2010 - Männer	119
	Ausbezahlte Beiträge an Prämienverbilligung nach Wohnort seit 2010	120
	Bezügerquote nach Wohnort seit 2010	120
<b>14</b>	<b>Staatsbeiträge</b>	
	Staatsbeiträge im Krankenversicherungs- und Spitalbereich seit 2010	122
	Staatsbeiträge an Spitäler seit 2010	123

# A Einführung in die Ergebnisse

## 1 Vorwort

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

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

Ein wichtige Änderung im Berichtsjahr ist die seit dem 1. Januar 2019 im Spitalwesen geltende Bestimmung „ambulant vor stationär“, d.h. dass bei verschiedenen Gruppen von Eingriffen (u.a. Krampfaderoperationen, Kniearthroskopien) nur noch die ambulante Durchführung vergütet wird. Ausnahmen sind besondere Umstände, die eine stationäre Durchführung erfordern. Diese Massnahme wurde mit dem Ziel der Entlastung stationärer Kosten getroffen.

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

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

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

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

Vaduz, 17. August 2020

**AMT FÜR STATISTIK  
FÜRSTENTUM LIECHTENSTEIN**

## 2 Hauptergebnisse

### 6% mehr Bruttoleistungen

Die für das Jahr 2019 ausgewiesenen Bruttoleistungen der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung liegen gemäss den Ergebnissen des Amtes für Statistik mit CHF 177.7 Mio. um 5.6% über denen des Vorjahres. Damit liegt das Gesamtwachstum der Kosten einerseits über dem durchschnittlichen Wert der fünf Vorjahre von 0.3% pro Jahr und andererseits über dem von der Regierung festgelegten Kostenziel von 2.0%. Pro versicherte Person wurden im Berichtsjahr mit CHF 4 410 um 4.5% mehr Bruttoleistungen abgerechnet als im Vorjahr.

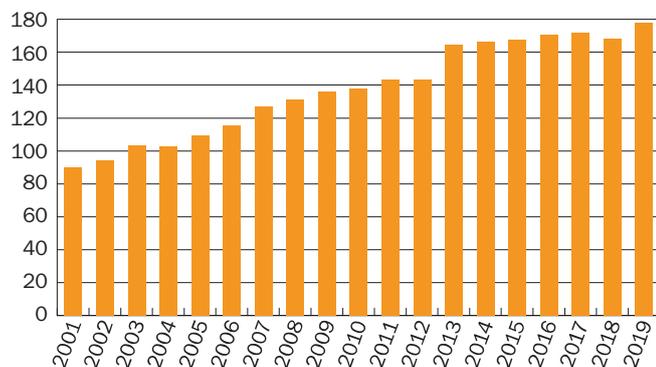
### Zunahme der Spitalleistungen von 9%

Im Vergleich zu 2018 sind die Spitalleistungen mit CHF 67.9 Mio. um 8.8% höher ausgefallen. Für den ambulanten Bereich wird mit CHF 24.0 Mio. ein Anstieg von 15.5% und für den stationären Bereich mit CHF 43.9 Mio. ein Anstieg von 5.5% berechnet. Ein Teil der Zunahme im ambulanten Bereich ist auf die seit 1. Januar 2019 geltende Bestimmung „ambulant vor stationär“ zurückzuführen, aufgrund derer bei verschiedenen Gruppen von Eingriffen nur mehr die ambulante Ausführung vergütet wird. Zudem haben im ambulanten Bereich Grundleistungen, bildgebende Verfahren sowie Aufwendungen für Arzneimittel (insb. für onkologische Behandlungen) höhere Kosten verursacht. Ergänzend dazu sind Abrechnungsverzögerungen im Zusammenhang mit der Einführung einer neuen Software zu erwähnen.

### Bruttoleistungen der OKP seit 2001

in Mio. CHF

Grafik 1



#### Erläuterung zur Grafik:

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

### 4% mehr ambulante Arztkosten

Die ambulanten Arztkosten (Behandlungen und Praxislabor) sind mit CHF 39.6 Mio. um 3.7% höher als 2018. In Relation zur Anzahl der versicherten Personen wird ein Durchschnittsbetrag von CHF 983 für ärztliche Leistungen berechnet. Nachdem diese Ausgaben von 2013 bis 2018 mit durchschnittlich 2.2% pro Jahr rückläufig waren, sind sie 2019 im Vorjahresvergleich mit einer Zunahme von 2.6% erstmals wieder angestiegen.

### Arzneimittelkosten von CHF 27 Mio.

Gegenüber 2018 sind die Ausgaben für Arzneimittel in Arztpraxen und Apotheken um 0.8% auf CHF 27.0 Mio. gestiegen. Zu 66.3% wurden die Arzneimittel direkt in der ärztlichen Praxis und zu 33.7% in den Apotheken bezogen. Pro versicherte Person wurden im Berichtsjahr mit CHF 670 ähnlich viel Arzneimittel abgerechnet wie 2018 mit CHF 671.

### 14% Anteil Generika

Im Jahr 2019 betrug der Anteil der Generika (zum Werkpreis) 14.1% und lag damit 0.5 Prozentpunkte unter dem Vorjahr. Insgesamt ist seit Beginn der Zeitreihe 2010 mit einem Anteil von 8.8% eine steigende Tendenz zu beobachten.

## 3 Analyse der Krankenversicherungen

### 3.1 Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

#### Kontinuierliche Zunahme der Versicherten

Im Berichtsjahr 2019 waren bei den drei aktiven Krankenversicherern in Liechtenstein 40 306 Personen versichert. Die zehnjährige Betrachtung zeigt einen kontinuierlichen Anstieg des Versichertenstamms um durchschnittlich 1.1% pro Jahr. Bei den Versicherungsarten wird über die Jahre eine zunehmende Differenzierung deutlich. Während vor zehn Jahren 95.4% der Versicherten die ordentliche Jahresfranchise wählten, waren es 2019 noch 87.5%. 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, 2019 schlossen 29.2% der Versicherten eine entsprechende Police ab. Mit 33.5% ist der Anteil der Frauen, die die erweiterte OKP wählen, höher als bei den Männern mit 26.3%. Eine mögliche Erklärung dafür findet sich in der Liechtensteinischen Gesundheitsbefragung 2017 (Tabelle 4.5.2), in der 50.5% der Frauen angegeben haben, dass die freie Wahl einer Spezialistin bzw. eines Spezialisten für sie ‚sehr wichtig‘ ist. Bei den Männern hingegen haben dieser Aussage nur 35.5% zugestimmt.

#### 6% höhere Bruttoleistungen

Mit Bruttoleistungen von CHF 177.7 Mio. im Berichtsjahr wird gegenüber 2018 ein markanter Anstieg von 5.6% ausgewiesen. Damit liegt das Gesamtwachstum der Kosten einerseits über dem durchschnittlichen Wert der fünf Vorjahre von 0.3% pro Jahr und andererseits über dem von der Regierung festgelegten Kostenziel von 2.0%. Pro versicherte Person wird im Vorjahresvergleich ein Anstieg

der Bruttoleistungen von 4.5% auf CHF 4 410 berechnet. Nachdem seit 2014 verschiedene Massnahmen zur Eingrenzung der Kosten umgesetzt wurden, ist diese Zunahme auffällig, auch deshalb, weil sie höher ist als in den Jahren 2007 bis 2011 mit durchschnittlich 3.1% pro Jahr.

Bezüglich der Eingrenzung steigender Kosten sind verschiedene Massnahmen zu erwähnen, wobei der Angleichung der liechtensteinischen Tarifstruktur an die schweizerischen Tarife eine wesentliche Rolle zukommt. So wurden seit 2014 folgende Taxpunktwerte gesenkt:

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

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

Ergänzend spielt bei den Spitaliausgaben der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) eine Änderung der Finanzierung eine wesentliche Rolle: Aufgrund des geltenden Kostenteilers beim Liechtensteinischen Landesspital wurden bis 2017 den Krankenversicherern 77% und dem Staat 23% der stationären Leistungen in Rechnung gestellt. Durch die Anpassung des Kostenteilers 2018 auf einen Anteil von 45% OKP und 55% Staat wurden die Krankenversicherer entlastet. Zusätzlich führte

### 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
2018	168.2	-2.1	2.0	-4.1
2019	177.7	5.6	2.0	3.6

im Vorjahr schon die Abwanderung von Patientinnen und Patienten in die neu eröffnete Privatklinik in Liechtenstein oder in ausländische Spitäler zu einer Verschiebung der Spitalfinanzierung zugunsten der OKP, da diese Kostenteiler einen höheren staatlichen Anteil definieren.

Insgesamt entfallen auf die kostenintensiven Kategorien Spital (ambulant und stationär) und Ärzteschaft (Behandlungen und Praxislabor) im Berichtsjahr 60.5% der abgerechneten Bruttoleistungen. Mit einer Zunahme der Spitalleistungen um CHF 5.5 Mio., respektive 8.8% sowie der Arztleistungen (Arztleistungen exkl. Arzneimittel) um CHF 1.4 Mio. bzw. 3.7% tragen diese beiden Kategorien einen wesentlichen Anteil zur Erhöhung der Kosten bei. Die Bruttoleistungen von in Apotheken oder Arztpraxen bezogenen Arzneimitteln verzeichnen mit einem Plus von 0.8% auf CHF 27.0 Mio. einen weniger starken Anstieg, sind aber mit einem Anteil von 15.2% am Total relevant.

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

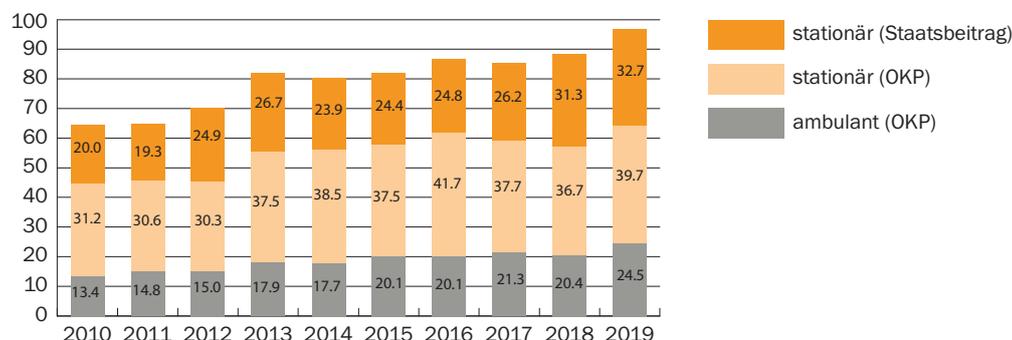
**a) Spitalleistungen: Anstieg von 9%**

Im Vergleich zu 2018 haben sich die Spitalleistungen im Berichtsjahr um 8.8% auf CHF 67.9 Mio. erhöht, wobei für die stationären Spitalleistungen ein Anstieg von 5.5% und für die ambulanten Spitalleistungen ein Anstieg von 15.5% ausgewiesen wird. Ein Teil der Zunahme im ambulanten Bereich ist auf die seit 1. Januar 2019 geltende Bestimmung „ambulant vor stationär“ zurückzuführen, aufgrund derer bei verschiedenen Gruppen von Eingriffen (u.a. Krampfaderoperationen, Kniearthroskopien) nur mehr die ambulante Ausführung vergütet wird. Ausnahmen sind nur bei besonderen Umständen, die eine stationäre Durchführung erfordern, vorgesehen. Diese Massnahme wurde mit dem Ziel der Entlastung stationärer Spitalkosten eingeführt, was sich jedoch anhand des Vorjahresvergleiches nicht beobachten lässt. Teilweise ist der markante Anstieg durch Abrechnungsverzögerungen zu erklären, die in Zusammenhang mit der Einführung einer neuen Software zu sehen sind. Abklärungen des Amtes für Gesundheit haben ausserdem ergeben, dass der Anstieg der Ausgaben für ambulante Leistungen einerseits an Grundleistungen, andererseits aber auch an bildgebenden Verfahren sowie Aufwendungen für Arzneimittel (insbesondere für ambulante onkologische Betreuung) festzumachen ist<sup>1</sup>. Die Zunahme der Spitalausgaben pro Patient/in beträgt im Vorjahresvergleich 7.6% und für die letzten 10 Jahre 2.8% pro Jahr.

**Bruttoleistungen der Spitäler seit 2010**

in Mio. CHF

Grafik 2



**Erläuterung zur Grafik:**

Berücksichtigt wurden die Vertragsspitäler von Liechtenstein.

2013: Der Kostenanstieg um 16.8% von 2012 auf 2013 ist im Zusammenhang mit Erfassungsverzögerungen bei der Einführung des Tarifsystems Swiss Diagnosis Related Groups (SwissDRG) zu sehen.

<sup>1</sup> Bericht und Antrag der Regierung an den Landtag des Fürstentums Liechtenstein betreffend den Staatsbeitrag an die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der übrigen Versicherten für das Jahr 2021, 41/2020.

Grafik 2 veranschaulicht die Entwicklung der Ausgaben für Leistungen in den Vertragsspitalern, wobei ergänzend zu den Bruttoleistungen der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) auch die Staatsbeiträge für stationäre Leistungen berücksichtigt werden. Neben den steigenden Ausgaben für ambulante und stationäre Leistungen die sich 2019 auf insgesamt CHF 96.9 Mio. beliefen, zeigt sich der über die Jahre zunehmende Anteil ambulanter Leistungen am Total. Während 2010 insgesamt 20.8% der Spitalausgaben auf ambulante Leistungen entfielen, war der Anteil 2019 mit 25.3% höher.

Pro 1 000 Einwohner/innen fielen die Spitalentlassungen 2019 mit 938 Entlassungen um 5.3% höher aus, wobei für den ambulanten Bereich eine Zunahme von 4.4% und für den stationären Bereich eine Zunahme von 9.2% berechnet wird. Die durchschnittlichen Kosten lagen im Berichtsjahr mit CHF 2 691 um 4.1% über denen des Vorjahres. Auffallend ist der Unterschied zwischen ambulant und stationär: der Durchschnittsbetrag pro Spitalentlassung wird bei den ambulanten Spitalentlassungen mit einer Zunahme von 15.0% auf CHF 853 und bei den stationären Spitalentlassungen mit einer Abnahme von 2.5% auf CHF 9 989 berechnet. Im Vergleich zum Mittelwert der fünf Vorjahre (2014-2018) liegen jedoch die ambulanten Kosten unter dem Durchschnittsbetrag von CHF 896 respektive die stationären über dem Durchschnittsbetrag von CHF 9 736.

Basis dieser Ausführungen sind die Tabellen 8.24 bis 8.26, in denen neben der Ausgaben der OKP die des Staates an die Vertragsspitäler mitberücksichtigt werden. Der Gesamtbetrag der OKP-Zahlungen an die Vertragsspitäler deckt mit 94.5% nicht die kompletten Ausgaben der Spitäler, dafür ist die Betrachtung inklusive der Staatsbeiträge an die Vertragsspitäler ganzheitlicher.

#### **b) 4% höhere ambulante Arztkosten**

Im Berichtsjahr 2019 rechnete die Ärzteschaft insgesamt CHF 57.5 Mio. über die Obligatorische Krankenpflegeversicherung ab. Werden die Ausgaben für Arzneimittel ausgeklammert – diese werden im Abschnitt c zusammen mit den Ausgaben in Apotheken betrachtet – verbleiben für ärztliche Behandlungen und Laboranalysen CHF 39.6 Mio. Dieser Betrag weist im Vergleich zu 2018 eine Zunahme von 3.7% auf.

In Relation zur Anzahl der versicherten Personen wird für 2019 ein Durchschnittsbetrag von CHF 983 für ärztliche Leistungen (Behandlungen und Praxislabor) berechnet. Nachdem diese Ausgaben von 2013 bis 2018 mit durchschnittlich 2.2% pro Jahr rückläufig waren, sind sie 2019 im Vorjahresvergleich mit einer Zunahme von 2.6% erstmals wieder angestiegen. In der zehnjährigen Betrachtung wird ein jährlicher Zuwachs von 0.5% berechnet.

Mit CHF 51.9 Mio. und einem entsprechenden Anteil von 89.7% an den gesamten ärztlichen Bruttoleistungen sind die OKP-Vertragsärztinnen und -ärzte massgebend (Tabelle 8.18). Gegenüber dem Vorjahr hat die OKP-Ärzeschaft mit CHF 31.9 Mio. um 6.7% (Ärzeschaft insgesamt 3.8%) mehr für Behandlungen abgerechnet. Bei den Arzneimitteln wird ein Zuwachs von 2.2% (1.2%) auf CHF 16.6 Mio. und bei Laboranalysen der Praxis ein Plus von 9.6% (2.9%) auf CHF 3.3 Mio. beobachtet.

Vom Total der Leistungen entfallen bei der OKP-Ärzeschaft mit 61.6% knapp zwei Drittel auf ärztliche Behandlungen, 32.0% auf Arzneimittel und 6.4% auf Analysen im Praxislabor.

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

#### **c) 15% der Bruttoleistungen entfallen auf Arzneimittel**

Neben den Ausgaben für ärztliche Behandlungen und Spitäler sind die Ausgaben für Arzneimittel in den Apotheken und Arztpraxen mit CHF 27.0 Mio. Bruttoleistungen und einem Anteil von 15.2% am Total der Bruttoleistungen relevant. Gegenüber dem Vorjahr wurden mit einer Zunahme von 0.8% etwas mehr verschreibungspflichtige Arzneimittel an Patientinnen und Patienten abgegeben. In den letzten zehn Jahren sind diese Arzneimittelausgaben jährlich um 1.3% angestiegen. Werden allerdings die Ausgaben pro Person betrachtet, so ergibt sich mit einer Abnahme von 0.2% gegenüber dem Vorjahr und einem durchschnittlichen Anstieg von 0.3% pro Jahr seit 2010 ein etwas anderes Bild. Insgesamt wurden 2019 pro Person für CHF 670 Arzneimittel in Arztpraxen und Apotheken abgegeben. Im Jahr 2019 wurden insgesamt 66.3% der Arzneimittel direkt in der ärztlichen Praxis und 33.7% über Apotheken bezogen. Generell werden immer mehr Arzneimittel über

Apotheken verkauft, so erhöhte sich ihr Anteil seit 2011 von 21.5% auf 33.7% im Berichtsjahr fast kontinuierlich.

Die Arzneimittelstatistik ermöglicht eine detaillierte Auswertung (Tabellen im Kapitel 5 und 12). Gemäss diesen Angaben wurden im Jahr 2019 insgesamt 527 658 Packungen mit einem Marktpreis von CHF 29.3 Mio. verkauft. Gegenüber dem Vorjahr wurden 5.6% mehr Packungen gezählt, der Umsatz zu Marktpreisen nahm um 15.7% zu. 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 28.0% gehörte mehr als jede vierte Medikamentenpackung der therapeutischen Gruppe der Stoffwechselmedikamente an. Auffallend hoch ist diesbezüglich der Anteil der Stoffwechselmedikamente mit 42.6% am Gesamtumsatz zu Marktpreisen bzw. 46.3% 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.

Seit Beginn der Zeitreihe 2010 hat sich der Anteil der Generika (zu Werkpreisen) fast kontinuierlich von 8.8% auf 14.1% im Berichtsjahr erhöht. Allerdings wird 2019 gegenüber dem Vorjahr eine Abnahme von 0.5 Prozentpunkten ausgewiesen. Insgesamt ist der Generikamarkt laut einer Studie vom Forschungsunternehmen IQVIA Schweiz zu 65% ungenutzt<sup>2</sup>.

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

Vorjahre 2009 bis 2013 sind in der gedruckten Publikation der Krankenkassenstatistik 2013 veröffentlicht worden.

Im Weiteren ist für das Ergebnis die Position Übrige Rechnungsstellende mit CHF 31.6 Mio. und einem Anteil von 17.8% am Total der Bruttoleistungen relevant. Darin enthalten sind neben übrigen Rechnungsstellenden auch Kategorien wie bspw. Pflegeheime, Familienhilfe/ Spitex oder Laboratorien. Allerdings können infolge möglicher Rückschlüsse keine Angaben zu den abgerechneten Bruttoleistungen in den einzelnen Kategorien gemacht werden. Gegenüber 2018 wurden in dieser zusammenfassenden Kategorie 7.2% mehr Leistungen verrechnet.

Grössere Zunahmen sind mit 12.8% bei der Zahnärzteschaft und mit 6.5% bei ergotherapeutischen Leistungen zu beobachten. Jedoch fallen diese beiden Bereiche mit Bruttoleistungen von CHF 0.4 Mio. respektive CHF 0.7 Mio. weniger ins Gewicht.

### **86% der Versicherten bezogen Leistungen**

Im Vergleich zum Vorjahr mit 85.8% hat sich der Anteil der Personen, die über die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abgedeckte Leistungen beziehen, mit 86.1% wenig verändert. Pro Person wird ein durchschnittlicher Betrag von CHF 4 410 berechnet, welcher 4.5% über dem Vorjahreswert liegt. In der zehnjährigen Betrachtung, die 2010 mit CHF 3 758 beginnt, wird pro Jahr ein durchschnittlicher Anstieg von 1.8% pro versicherte Person ausgewiesen.

Die Höhe der Bruttoleistungen pro versicherte Person und Monat variiert nach Geschlecht und Alter (Tabelle 8.27). Frauen beanspruchten im Durchschnitt mit CHF 461 pro Monat 22.6% mehr Leistungen als Männer. Diese Differenz ist mit unterschiedlichen Ausprägungen bis etwa zum 60. 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 Alter ab 81 Jahren kippte das Verhältnis erneut und es waren die Frauen, die mehr medizinische Versorgung benötigten. Erwartungsgemäss lassen sich bei beiden Geschlechtern praktisch durchgehend mit zunehmendem Alter zunehmende Kosten beobachten.

<sup>2</sup> IQVIA, Pharmamarkt Schweiz, MAT 2019: [https://vips.ch/content/uploads/2020/02/20200129-pharmamarkt-schweiz-dez-19-mat\\_final.pdf](https://vips.ch/content/uploads/2020/02/20200129-pharmamarkt-schweiz-dez-19-mat_final.pdf)

### Betriebsergebnis von minus CHF 2 Mio.

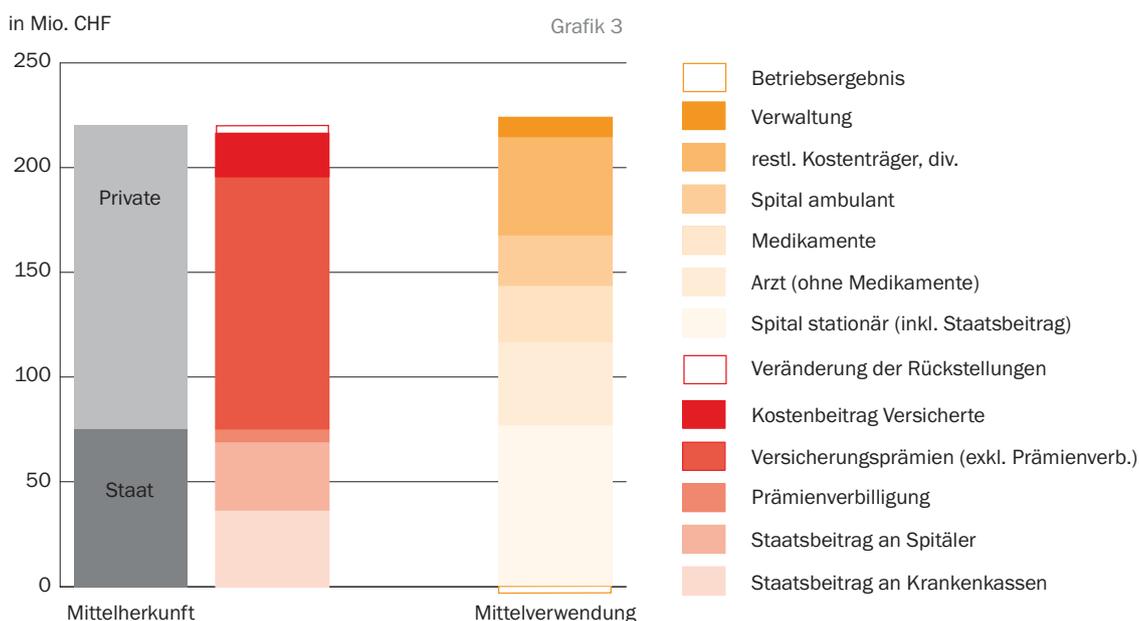
Die Obligatorische Krankenpflegeversicherung weist für das Jahr 2019 ein negatives Betriebsergebnis von CHF -2.0 Mio. aus. Massgebend für diesen Abschluss sind unter anderem die um CHF 9.5 Mio. respektive 5.6% höheren Bruttoleistungen. Alle anderen Positionen weisen deutlich kleinere Differenzen auf. Werden die Neutralen Aufwendungen und Erträge im Umfang von CHF 4.8 Mio. miteinbezogen, so resultiert ein Gesamtergebnis von plus CHF 2.9 Mio. Im zehnjährigen Vergleich reiht sich das Gesamtergebnis der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) an fünfter Stelle ein, wobei das Maximum mit CHF 14.3 Mio. für das Jahr 2012 und das Minimum mit CHF -8.7 Mio. für das Jahr 2013 ausgewiesen wird.

Die von der OKP angelegten Reserven haben sich seit 2015 mit CHF 54.9 Mio. um durchschnittlich 8.0% pro Jahr auf CHF 74.6 Mio. im Jahr 2019 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 2019 wurde die OKP zu 65.8% durch Private und zu 34.2% 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 2019



### 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 2019 beglich die Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG) insgesamt Krankengeld für Arbeitsausfälle an 230 412 Tagen. Der Wert ist gegenüber dem Vorjahr um 3.9% höher und stellt auch den Höchstwert in der zehnjährigen Betrachtung dar. Insgesamt wurden 2019 von der OKG CHF 31.0 Mio. für Taggelder ausbezahlt, wobei der Betrag gegenüber 2018 mit einer Zunahme von 5.3% 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 2019 mit CHF 5.5 Mio. das sechste Mal in Folge ein positiver Abschluss, der gleichzeitig auch den bisherigen Höchstwert darstellt, erzielt. Gegenüber dem Vorjahr mit einem Betriebsergebnis von CHF 4.5 Mio. ist vor allem die Position Neutraler Aufwand und Ertrag auffällig, auf der 2018 ein Betrag von CHF -0.8 Mio. und 2019 ein Betrag von CHF 1.3 Mio. ausgewiesen wurde.

### 3.3 Freiwillige Versicherungen (FV)

Das Gesamtergebnis der Freiwilligen Versicherung weist eine steigende Tendenz auf, so wurde 2019 mit CHF 9.2 Mio. der Vorjahreswert um 18.3% übertroffen. Das Ergebnis der Freiwilligen Versicherung verbesserte sich damit zum sechsten Mal in Folge und stellt den Höchstwert seit Beginn der Zeitreihe 2001. Die grösste Veränderung, sowohl prozentual als auch nominal, weist die Position Neutraler Aufwand und Ertrag auf, die von 2018 mit CHF -1.6 Mio. auf CHF 2.3 Mio. im Berichtsjahr zunahm.

### 3.4 Gesamtgeschäft der Krankenversicherer

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

Das Gesamtergebnis aller Versicherungszweige schwankt über die Jahre mit einem Tiefstwert von CHF -11.0 Mio. im Jahr 2013 und einem Höchstwert von CHF +20.0 Mio. im Jahr 2017 stark. Das für das Berichtsjahr 2019 berechnete Gesamtergebnis reiht sich mit CHF 17.5 Mio. an dritter Stelle ein. Diesbezüglich relevant ist auf Seiten der Aufwendungen der gegenüber 2018 ausgewiesene Anstieg der summierten Bruttoleistungen aller Versicherungszweige von 5.3% auf CHF 244.7 Mio. Zudem haben sich die Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle von CHF 129.215 auf CHF 6.3 Mio. markant erhöht. Die Erhöhung dieser Position kann verschiedene Gründe haben, so können u.a. erwartete Abrechnungsverzögerungen ein Auslöser sein. Des Weiteren ist bei einer Zunahme der Bruttoleistungen generell mit höheren Kosten für unerledigte Versicherungsfälle zu rechnen. Anhand der vorliegenden Daten lässt sich diese Veränderung nicht eindeutig erklären.

Parallel zur Zunahme bei den Aufwendungen haben sich die Versicherungserträge gegenüber dem Vorjahr um 1.6% auf CHF 261.8 Mio. erhöht. Wesentlicher Bestandteil davon ist das Prämiensoll, das im Vorjahresvergleich mit CHF 225.8 Mio. um 1.5% höher ausfiel. Ebenfalls weist die Position Neutraler Aufwand und Ertrag mit CHF 8.5 Mio. gegenüber dem Vorjahr mit CHF -13.6 Mio. eine grössere und für das Gesamtergebnis günstig ausfallende Differenz auf. In der Folge wird für alle Versicherungszweige ein Gesamtergebnis von CHF 17.5 Mio. ausgewiesen, was gegenüber 2018 ein Plus von 140.0% bedeutet.

Per 31. Dezember 2019 beliefen sich die Reserven aller Versicherungszweige auf CHF 149.0 Mio. Im Vergleich zum Vorjahr baute die OKG ihre Reserven um 35.9% auf CHF 22.6 Mio., die FV um 23.1% auf CHF 50.5 Mio. und die OKP um 4.6% auf CHF 74.6 Mio. aus. Generell lässt sich über die Jahre ein kontinuierlicher Ausbau der Reserven bei allen Versicherungszweigen beobachten, wobei für die letzten zehn Jahre eine durchschnittliche Zunahme von 10.4% pro Jahr berechnet wird.

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

### 3.5 Prämienverbilligungen

Die Anzahl der Bezügerinnen und Bezüger von Prämienverbilligungen erhöht sich seit 2014, als die Bestimmungen für eine Berechtigung zum Bezug der Prämienverbilligungen massgeblich geändert wurden, um 1.6% pro Jahr. Von den 2019 gezählten 2 937 Bezügerinnen und Bezüger waren 2 310 alleinstehend/ alleinerziehend, d.h. acht von zehn Bezügerinnen und Bezüger sind als nicht verheiratet registriert.

Seit 2018 wird mit der Prämienverbilligung neben der Prämie auch die Kostenbeteiligung subventioniert. Mit einem Gesamtbetrag von CHF 6.1 Mio. wurden 2019 insgesamt 1 699 Frauen und 1 238 Männer mit Beiträgen unterstützt. 90.4% des Gesamtbetrages wurde für die Subvention von Prämien und 9.6% für die Subvention von Kostenbeteiligungen aufgewendet, wobei ein Durchschnittsbetrag von CHF 2 062 pro Bezüger/in ausgewiesen wird. Dieser Wert liegt um 1.0% unter dem des Vorjahres.

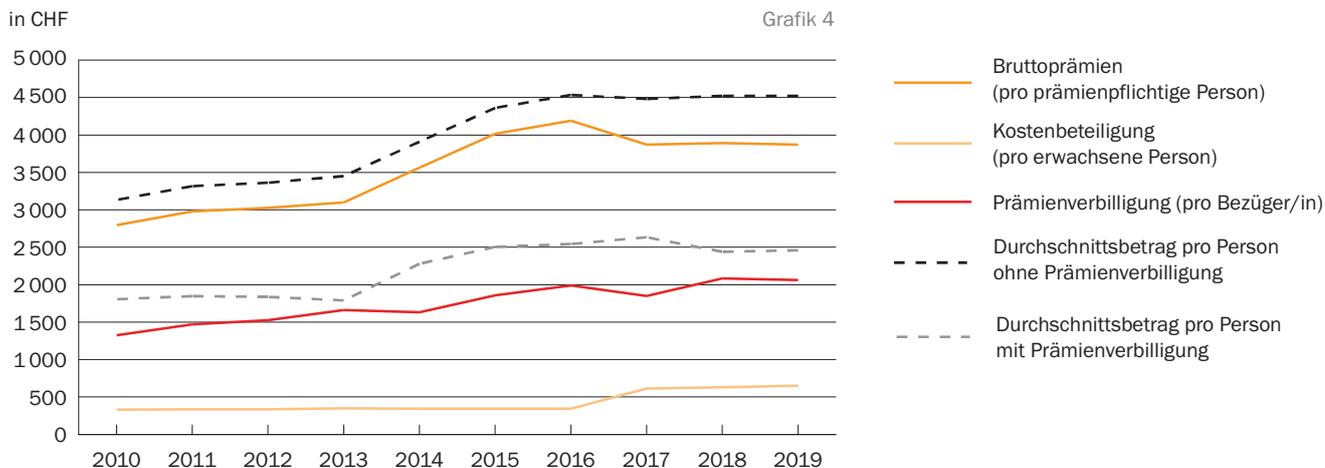
Die nachfolgende Grafik 4 fasst die Situation zusammen. Pro prämienspflichtige Person wird in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung ein jährlicher Betrag von CHF 3 870 für Prämien berechnet, was im Vergleich zu 2018 CHF 23 respektive 0.6% weniger ist. Neben den Prämienausgaben hat sich 2019 auch die Kostenbeteiligung um 3.2% auf CHF 651 pro erwachsene Person erhöht.

In Summe resultiert daraus ein Durchschnittsbetrag von CHF 4 521 pro Person. Wird der Personenkreis der Bezügerinnen und Bezüger von Prämienverbilligung betrachtet, so kann die Prämienverbilligung in Abzug gebracht werden und es wird ein Durchschnittsbetrag von CHF 2 459 pro Person berechnet. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies eine Zunahme der Ausgaben von 0.8%. Im Zeitraum seit 2015 zeigt die Grafik, dass die finanzielle Belastung für Personen mit und ohne Prämienverbilligung relativ stabil ist.

Seit 2018 liegen die Maximalbeträge der Kostenbeteiligung vor dem Erreichen des Rentenalters bei CHF 1 400 und nach Erreichen des Rentenalters bei CHF 950. Die höhere Kostenbeteiligung der Versicherten wurde im gleichen Jahr mit staatlichen Beiträgen ergänzt.

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

#### Bruttoprämien, Prämienverbilligung, Kostenbeteiligung und Durchschnittsbetrag für Personen mit bzw. ohne Prämienverbilligung seit 2010



**Erläuterung zur Grafik:**

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

### 3.6 Staatsbeiträge

Nachdem die Summe der ausbezahlten Staatsbeiträge von 2012 mit CHF 93.1 Mio. bis 2015 mit CHF 70.7 Mio. sukzessive gekürzt wurde, schwanken sie seither auf einem tieferen Niveau mit einem Mittelwert der letzten fünf Jahre von CHF 73.6 Mio. Insgesamt wendete der Staat 2019 CHF 75.5 Mio. für den Spitalbereich, die Prämienverbilligung und die Krankenversicherer auf, was im Vergleich zum Vorjahr einer Abnahme von 3.4% entspricht. Während die Beiträge an Spitäler mit 4.6% auf CHF 32.7 Mio. und für Prämienverbilligung mit 1.6% auf CHF 6.1 Mio. anstiegen, reduzierte sich der Staatsbeitrag an die Krankenversicherer im Vorjahresvergleich um 10.3% auf CHF 36.6 Mio. In den letzten zehn Jahren wurde der Staatsbeitrag an die Krankenversicherer von CHF 64.2 Mio. auf CHF 36.6 Mio. gekürzt, was pro Jahr einer durchschnittlichen Abnahme von 6.1% entspricht. Unverändert ist seit 2016 der Beitrag an den Krankenkassenverband mit CHF 180 000.

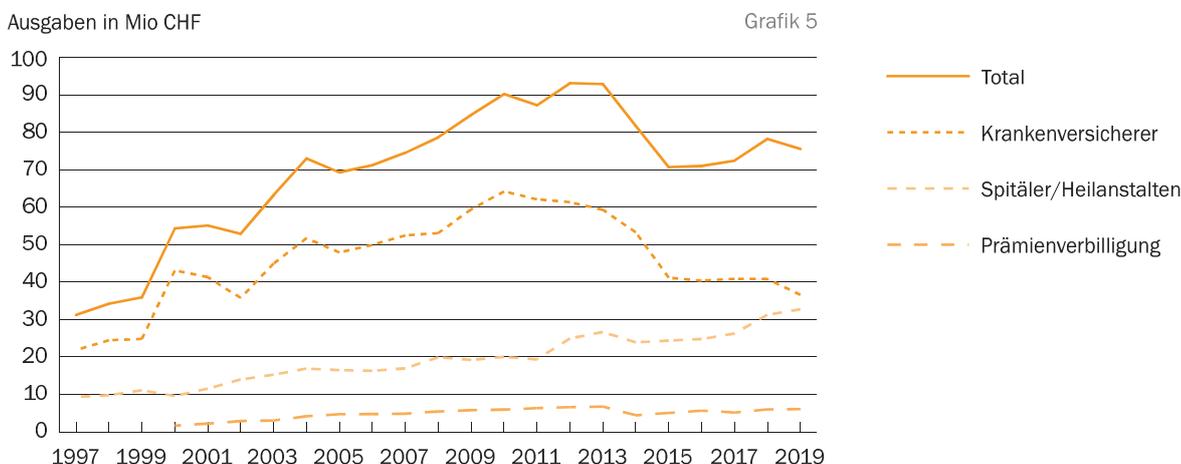
Auffallend sind die zunehmenden Staatsbeiträge an die Spitäler mit 5.6% pro Jahr seit 2010. Die 2019 aufgewendeten CHF 32.7 Mio. liegen 4.6% über dem Vorjahr und 25.3% über dem Mittelwert der fünf Vorjahre. Wesentlich ist die seit 2018 gültige Anpassung der Finanzierung des Liechtensteinischen Landesspitals. Während in früheren Jahren der Staat 23% der stationären Leistungen übernahm und 77% der Kosten von den Versicherungen getragen wurden, wurde der Finanzierungsschlüssel 2018 dem schweizerischen System angepasst. Neu werden im

Liechtensteinischen Landesspital 55% der stationären Spitalleistungen vom Staat und 45% von den Krankenkassen getragen.

Seit 2018 werden neben den Prämien auch die Ausgaben für die Kostenbeteiligung mit Beiträgen unterstützt, was 2018 zu einem Sprung des Gesamtbetrages für die Prämienverbilligung von CHF 5.1 Mio. auf CHF 6.0 Mio. geführt hat. 2019 hat sich der Betrag um 1.6% auf CHF 6.1 Mio. erhöht. Mit 90.4% wird der Grossteil für Beiträge an Prämien aufgewendet. Die Beiträge für Kostenbeteiligung haben mit CHF 0.6 Mio. und mit einem Anteil von 9.6% weniger Gewicht.

2019 flossen von der Gesamtsumme der Staatsbeiträge von CHF 75.5 Mio. 48.4% an die Versicherer der Obligatorischen Krankenpflege, weitere 43.3% wurden an verschiedene Spitäler überwiesen, 8.0% wurden für Prämienverbilligungen eingesetzt und mit 0.2% wurde der Liechtensteinische Krankenkassenverband finanziert. Differenzen zwischen den Angaben der Landesrechnung und den Angaben der Versicherer betreffend die Staatsbeiträge an die Krankenversicherer sind auf unterschiedliche Buchungszeitpunkte zurückzuführen. Die nachfolgende Grafik 5 zeigt die stark steigende Entwicklung der Staatsbeiträge von 1997 bis 2012. Deutlich werden die anschliessend markanten Kürzungen bei den Krankenversicherern.

#### Staatsausgaben im Bereich der Krankenversicherungen und Spitäler/ Heilanstalten seit 1997



Quelle: Landesrechnung 2019

#### 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

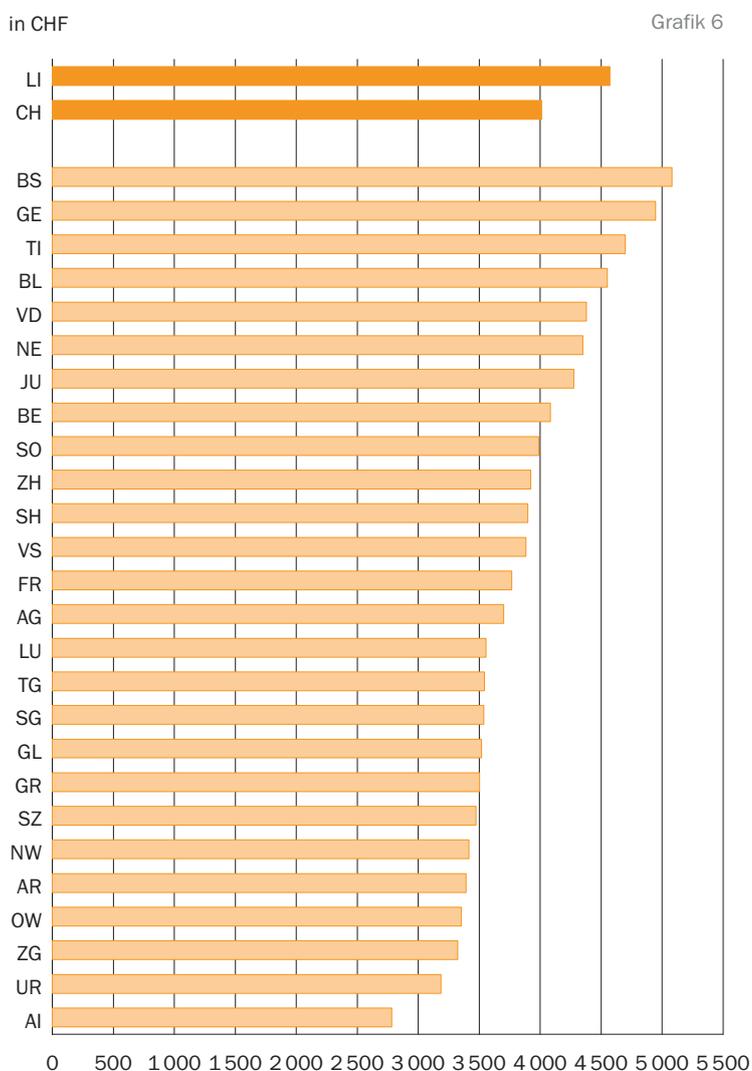
### 4.1 Bruttokosten pro versicherte Person

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 ausfallen.

#### Bruttokosten (OKP) pro versicherte Person 2019



**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 2019 einen Anteil von 96.1% aller in Liechtenstein registrierten Versicherten stellen. Auch die Schweizer Vergleichsdaten beinhalten jeweils nur die Versicherten des betreffenden Wohnkantons.

len, da nicht alle Rechnungen zur Rückvergütung bei den Kassen eingereicht werden. Die vor diesem Hintergrund zu interpretierende Differenz der durchschnittlichen Bruttoleistungen pro Kopf in der Schweiz und Liechtenstein wird 2019 mit einem Mehr von 14.0% für Liechtenstein berechnet. Gegenüber dem Vorjahr ist die Differenz um 2.8 Prozentpunkte grösser, aber deutlich tiefer als bspw. 2015 mit 19.1% Unterschied. Während sich in diesem Zeitraum (2015 bis 2019) die durchschnittlichen Ausgaben pro versicherte Person in der Schweiz um 10.1% auf CHF 4 009 erhöht haben, wird für Liechtenstein eine geringere Zunahme von 5.4% auf CHF 4 570 berechnet.

Die Tabelle B schlüsselt die Ausgaben nach Kategorie der Leistungserbringenden für die Jahre 2018 und 2019 auf.

In Bezug auf die Ärzteschaft wurden in Liechtenstein mit CHF 1 500 pro versicherte Person 22.8% 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 945 liegen um 5.6% über dem Betrag der Schweiz. Bei den ärztlichen Praxislabors und Arzneimitteln ist der Unterschied mit 32.2% und 80.1% 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 118, bzw. es wird eine Differenz von 64.4% (2018: 59.8%, 2017: 65.7%, 2016: 83.9%) ausgewiesen.

## Bruttoleistungen der OKP pro versicherte Person nach Kategorie

Tabelle B

	LI		CH	
	2019	2018	2019	2018
<b>Total in CHF</b>	<b>4 570</b>	<b>4 283</b>	<b>4 009</b>	<b>3 852</b>
Ärzte	1 500	1 444	1 222	1 180
Ärzte Behandlungen (ohne Labor)	945	901	896	864
Ärzte Arzneimittel	463	454	257	247
Ärzte Praxislabor	92	89	70	69
Apotheken	234	232	463	467
Spitäler ambulant	652	548	780	730
Spitäler stationär	1 155	1 074	822	775
Pflegeheime	257	250	220	219
SPILEX-Organisationen	71	68	116	110
Laboratorien (Fachlabor)	208	198	113	111
Physiotherapeuten	180	181	131	124
Übrige	311	288	141	135
<b>Zusammengefasst Kategorien</b>				
Arzneimittel (Arzt u. Apotheken)	697	687	720	714
Labor (Praxis- u. Fachlabor)	300	287	183	180
Spital (ambulant u. stationär)	1 807	1 622	1 602	1 505

### Erläuterung zur Tabelle:

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.

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 sich 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 2019 einen Anteil von 96.1% aller in Liechtenstein registrierten Versicherten stellen. Auch die Schweizer Vergleichsdaten beinhalten jeweils nur die Versicherten des betreffenden Wohnkantons.

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 die Kosten für Arzneimittel aus Apotheken und Arztpraxen in Summe in Liechtenstein mit CHF 697 um 3.2% tiefer sind als in der Schweiz mit CHF 720. Jedoch ist im Vorjahresvergleich der Anstieg in Liechtenstein mit 1.5% höher als in der Schweiz mit CHF 0.8%.

Im Weiteren fallen die abgerechneten Leistungen für Physiotherapie in Liechtenstein 2018 mit durchschnittlichen CHF 180 um 37.2% höher aus als in der Schweiz. Es bleibt anzumerken, dass früher, bspw. 2016 der berechnete Unterschied zur Schweiz mit 64.0% deutlich grösser war und sich ein Teil der Annäherung mit der Senkung des Taxpunktwertes per 1. Januar 2017 von CHF 1.10 auf CHF 1.05 erklären lässt. Ein weiterer Teil des Unterschieds ist mit den medizinischen Masseurinnen und Masseuren zu begründen, denen in Liechtenstein 2019 Leistungen im Umfang von CHF 824 126 (vgl. Tabelle 1.10, Fussnote) durch die Obligatorische Krankenpflegeversicherung vergütet wurde. In der Schweiz hingegen sind diese Leistungen grundsätzlich von der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausgenommen. Allerdings beträgt der mittlere Betrag pro versicherte Person für Leistungen der Masseur/innen in Liechtenstein CHF 20, wodurch eine Differenz von CHF 29 respektive 21.6% gegenüber dem schweizerischen Wert für Physiotherapie offen bleibt. Ergänzend dazu lässt sich der Gesundheitsbefragung 2017 entnehmen, dass die Versicherten in Liechtenstein mit einem Anteil von 20.6% (vgl. Liechtensteinische Gesundheitsbefragung 2017, S. 22) und der Schweiz mit einem

Anteil von 21.2% ähnlich häufig physiotherapeutische Leistungen innerhalb eines Jahres in Anspruch nehmen. Ebenfalls deutlich höher waren die Ausgaben für stationäre Spitalleistungen, die für Liechtenstein mit CHF 1 155 und für die Schweiz mit CHF 822 berechnet wurden. Dies liegt u.a. an den unterschiedlichen Kostenteilern für Bruttoleistungen, anhand derer je nach Spital unterschiedliche Anteile der Bruttoleistungen über die Obligatorische Krankenpflegeversicherung verbucht werden. Aus diesem Grund sind diese Werte nur beschränkt vergleichbar.

Aufgrund der unterschiedlichen Finanzierungssysteme ist die Vergleichbarkeit bei den Ausgaben für Spitex-Organisationen, deren Differenz mit durchschnittlichen CHF 71 in Liechtenstein und CHF 116 in der Schweiz auffallend ist, begrenzt.

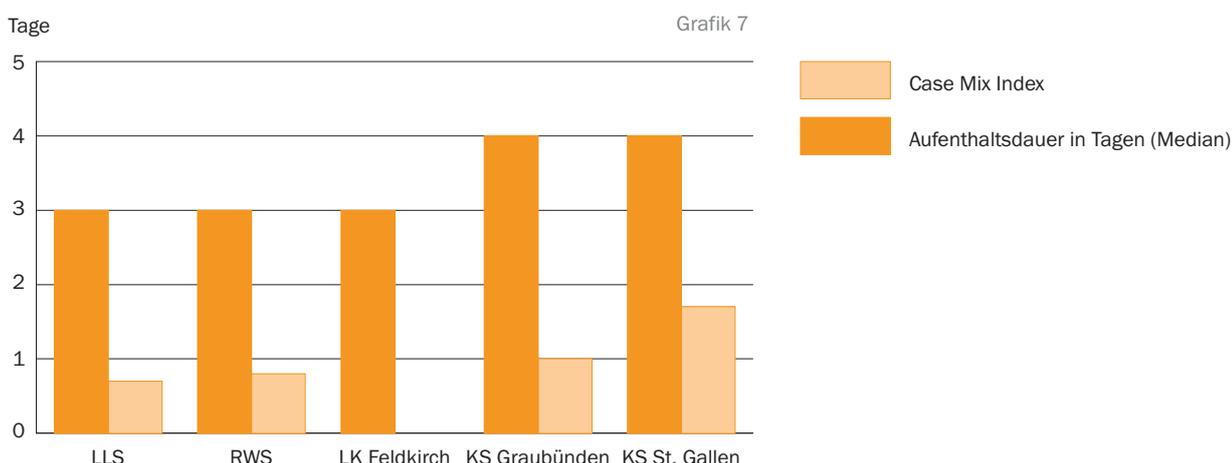
Insgesamt bietet die Tabelle B einen guten Überblick, jedoch müssen beim Vergleich mit der Schweiz einige landesspezifische Besonderheiten berücksichtigt werden.

## 4.2 Aufenthaltsdauer in Spitälern

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

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

### Median der Aufenthaltsdauer und Case Mix Index in Spitälern 2019



#### Erläuterung zur Grafik:

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

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

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

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

LK Feldkirch = Landeskrankenhaus Feldkirch, KS = Kantonsspital

### 4.3 Krankheitsfälle pro 1 000 Einwohner/innen

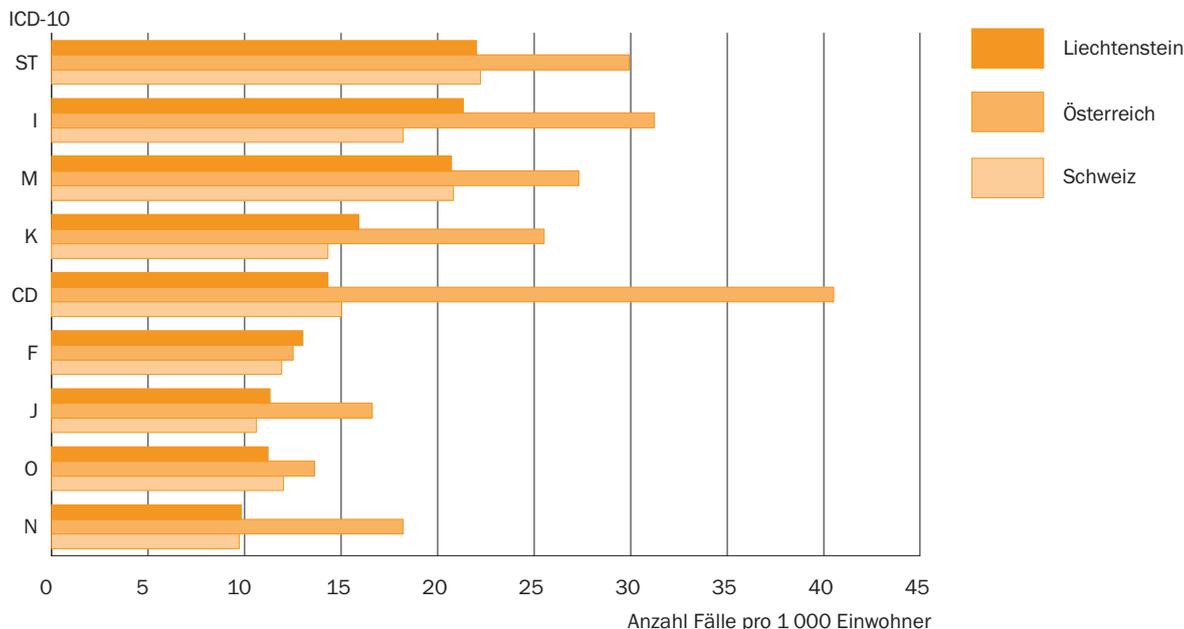
Grafik 8 stellt die Anzahl der diagnostizierten Krankheitsfälle bei stationär behandelten Patientinnen und Patienten in Spitälern nach ICD-10-Klassifikation dar. Ausgewählt wurden die zehn für in Liechtenstein wohnhafte Personen am häufigsten gestellten Diagnosegruppen sowie die entsprechenden Vergleichswerte aus der Schweiz und Österreich. Da für die Schweiz und Österreich lediglich Informationen für das Jahr 2018 vorliegen, wurde die Grafik für das Jahr 2018 erstellt.

In Bezug auf die Anzahl der Diagnosen ist die Situation in Liechtenstein und der Schweiz relativ ähnlich. 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 2018**

Grafik 8



## Stationäre Krankheitsfälle pro 1 000 Einwohner in Liechtenstein, der Schweiz und in Österreich 2018

Tabelle C

Code	ICD-Klassifikation	LI	CH	AT
AB	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	4.7	4.3	6.5
CD	Neubildungen	14.3	15.0	40.5
D	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	0.8	0.7	2.2
E	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	3.2	2.7	5.7
F	Psychische und Verhaltensstörungen	13.0	11.9	12.5
G	Krankheiten des Nervensystems	4.6	4.3	12.0
H	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	1.1	1.3	23.2
HH	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	1.2	0.9	2.5
I	Krankheiten des Kreislaufsystems	21.3	18.2	31.2
J	Krankheiten des Atmungssystems	11.3	10.6	16.6
K	Krankheiten des Verdauungssystems	15.9	14.3	25.5
L	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	3.0	1.9	3.4
M	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	20.7	20.8	27.3
N	Krankheiten des Urogenitalsystems	9.8	9.7	18.2
O	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	11.2	12.0	13.6
P	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	3.0	3.8	1.4
Q	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	0.9	1.2	1.9
R	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	4.4	4.9	11.4
ST	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen	22.0	22.2	29.9
Z	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	6.6	7.8	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 2019

Tabelle 1.1

		Personen	Anteil in % der Versicherten
Versicherer der Obligatorischen Krankenpflege	Anzahl	3	
Versichertenbestand am 31.12.2019	Anzahl	40 306	100.0
Erwachsene	Anzahl	32 022	79.4
Frauen	Anzahl	15 939	39.5
Männer	Anzahl	16 083	39.9
Jugendliche	Anzahl	1 655	4.1
Kinder	Anzahl	6 629	16.4

		Betrag	Anteil in % der Bruttoleistungen
Prämienoll	CHF	130 328 007	73.3
pro versicherte Person, ohne Kinder	CHF	3 870	
pro versicherte Person	CHF	3 233	
Bruttoleistungen der Versicherer	CHF	177 743 492	100.0
pro versicherte Person	CHF	4 410	
Kostenbeteiligung der Versicherten	CHF	20 832 876	11.7
pro versicherte Person, ohne Kinder u. Jugendliche	CHF	651	
pro versicherte Person	CHF	517	
Nettoleistungen der Versicherer	CHF	156 910 616	88.3
pro versicherte Person	CHF	3 893	
Betriebsaufwand	CHF	9 143 240	5.1
pro versicherte Person	CHF	227	
Gesamtergebnis vor Staatsbeiträgen	CHF	-33 730 633	-19.0
pro versicherte Person	CHF	-837	
Staatsbeiträge	CHF	36 580 997	20.6
pro versicherte Person	CHF	908	
Gesamtergebnis nach Staatsbeiträgen	CHF	2 850 364	1.6
pro versicherte Person	CHF	71	

### 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.

Prämienoll: 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 31.12.2019 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 31.12.2019 nach Wohnsitz und Versicherungsart

Tabelle 1.3

Wohnsitz/ Versicherungsart	Total	Anteil in %	Frauen	Männer	Jugendliche	Kinder
<b>Gesamt</b>	<b>40 306</b>	<b>100.0</b>	<b>15 939</b>	<b>16 083</b>	<b>1 655</b>	<b>6 629</b>
davon mit erweiterter OKP	11 752	29.2	5 335	4 229	421	1 767
Liechtenstein	38 746	96.1	15 597	15 064	1 629	6 456
Ausland	1 560	3.9	342	1 019	26	173
davon Schweiz	75	0.2	30	30	7	8
davon Österreich	365	0.9	120	205	5	35
davon Andere	1 120	2.8	192	784	14	130
Ordentliche Jahresfranchise	35 258	87.5	13 939	13 035	1 655	6 629
Wählbare Jahresfranchise	5 048	12.5	2 000	3 048	-	-
davon CHF 1 500	1 941	4.8	780	1 161	-	-
davon CHF 2 500	764	1.9	310	454	-	-
davon CHF 4 000	2 343	5.8	910	1 433	-	-

## Anzahl Konsultationen 2019

Tabelle 1.4

	Total	Frauen	Männer	Jugendliche	Kinder
<b>Gesamt</b>	<b>424 961</b>	<b>216 037</b>	<b>160 875</b>	<b>12 299</b>	<b>35 750</b>
Ambulante Spitalkonsultationen	77 683	42 473	28 543	1 631	5 036
Ambulante Arztkonsultationen	347 278	173 564	132 332	10 668	30 714
Anzahl Konsultationen pro Versicherten	10.5	13.6	10.0	7.4	5.4

## Erläuterung zur Tabelle:

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

## Betriebsrechnung 2019

Tabelle 1.5

Kontenbezeichnung	Konto	in CHF
<b>Ertrag</b>		
Prämien Soll	60	130 328 007
Erlösminderungen für Prämien	64	-140 234
Andere Prämienanteile	65	-13 413
Bruttoprämien	= 60 bis 65	130 174 360
Prämienanteile der Rückversicherer	66	19 114
Versicherungsprämien	= 60 bis 66	130 193 474
Staatsbeiträge	67	36 580 997
Sonstige Betriebserträge	69	2 072
Versicherungsertrag	= 6	166 776 543
<b>Aufwand</b>		
Bruttoleistungen	300	-177 743 492
Kostenbeteiligung der Versicherten	302	20 832 876
Nettoleistungen	= 30 bis 33	-156 910 616
Veränderung der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	35	-2 766 625
Nettoleistungen nach Rückstellungen	= 30 bis 35	-159 677 241
Leistungsanteile der Rückversicherer	36	101 764
Risikoausgleich	37	403 279
Veränderung der gesetzlichen Mindestreserven	38	-417 000
Versicherungsaufwand	= 3	-159 589 198
Personalaufwand inkl. Sozialleistungen	400	-5 820 347
Verwaltungsräumlichkeiten, Unterhalt, usw.	410	-572 810
EDV-Kosten	420	-869 380
Versicherungsprämien und Verbandsbeiträge	430	-109 885
Übriger Verwaltungsaufwand	440	-855 960
Marketing und Werbung inkl. Provisionen	450	-669 755
Erhaltene Verwaltungsentschädigung	460	57 399
Verwaltungsaufwand	= 40 bis 46	-8 840 737
Sonstige Aufwendungen für Leistungen	47	-241 711
Abschreibungen auf Anlagevermögen	48	-56 043
Sonstige Betriebsaufwendungen	49	-4 749
Betriebsaufwand	= 4	-9 143 240
Versicherungs- und Betriebsaufwand	= 3+4	-168 732 439
<b>Betriebsergebnis</b>	<b>= 6-3-4</b>	<b>-1 955 895</b>
Neutraler Aufwand und Ertrag	7	4 806 259
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>= 6-3-4+7</b>	<b>2 850 364</b>
Reserven	CHF	74 596 005
Rückstellungen	CHF	51 604 726

## Aufsichtsdaten über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) - 2019

Tabelle 1.5a

		<b>CONCORDIA</b> Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG	<b>FKB – Die</b> liechtensteinische Gesundheitskasse	<b>SWICA</b> Krankenversicherung AG	
	<b>Total</b>				
<b>Versichertenbestand per 31.12.</b>	<b>Anzahl Personen</b>	<b>40 306</b>	<b>27 015</b>	<b>9 396</b>	<b>3 895</b>
Versicherungsertrag	CHF	166 776 543	117 786 551	37 572 278	11 417 714
Versicherungs- und Betriebsaufwand	CHF	168 732 439	121 021 388	37 467 814	10 243 236
Prämien	CHF	130 328 007	91 711 022	28 984 096	9 632 889
Staatsbeiträge	CHF	36 580 997	26 091 360	8 700 741	1 788 896
Nettoleistungen	CHF	156 910 616	114 105 063	37 164 712	5 640 842
Kostenbeteiligung	CHF	20 832 876	14 430 144	4 662 799	1 739 933
Bruttoleistungen	CHF	177 743 492	128 535 207	41 827 511	7 380 774
Risikoausgleich	CHF	403 279	2 649 029	1 402 917	-3 648 667
Betriebsaufwand	CHF	9 143 240	6 899 162	1 505 583	738 495
Gesamtergebnis	CHF	2 850 364	2 193 615	98 212	558 537
Stand der Rückstellungen	CHF	51 604 726	32 395 469	17 985 900	1 223 357
Stand der Reserven	CHF	74 596 005	60 017 452	12 947 538	1 631 015
Prämien je versicherte Person	CHF	3 233	3 395	3 085	2 473
Staatsbeiträge je versicherte Person	CHF	908	966	926	459
Nettoleistungen je versicherte Person	CHF	3 893	4 224	3 955	1 448
Kostenbeteiligung je versicherte Person	CHF	517	534	496	447
Bruttoleistungen je versicherte Person	CHF	4 410	4 758	4 452	1 895
Risikoausgleich je versicherte Person	CHF	10	98	149	-937
Betriebsaufwand je versicherte Person	CHF	227	255	160	190
Gesamtergebnis je versicherte Person	CHF	71	81	10	143
Stand der Rückstellungen je versicherte Person	CHF	1 280	1 199	1 914	314
Stand der Reserven je versicherte Person	CHF	1 851	2 222	1 378	419
Verhältnis Nettoleistungen / Prämien in %	%	120.4%	124.4%	128.2%	58.6%
Risikoausgleich in % der Einnahmen	%	0.2%	2.2%	3.7%	-32.0%
Betriebsaufwand in % der Ausgaben	%	5.4%	5.7%	4.0%	7.2%

Quelle: Amt für Gesundheit

## Bruttoprämien nach Versicherungsform und Personengruppe 2019

Tabelle 1.6

	Total	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchise
in CHF			
<b>Gesamt</b>	<b>130 328 007</b>	<b>115 927 518</b>	<b>14 400 489</b>
Erwachsene	126 674 392	112 273 903	14 400 489
Frauen	64 249 839	58 444 149	5 805 690
Männer	62 424 552	53 829 754	8 594 799
Jugendliche	3 452 037	3 452 037	-
Kind	201 579	201 579	-
Pro prämienpflichtige Person	3 870	4 049	2 853
Erwachsene(r)	3 956	4 162	2 853
Frau	4 031	4 193	2 903
Mann	3 881	4 130	2 820
Jugendliche(r)	2 086	2 086	-
Kind	30	30	-

## Bruttoleistungen nach Versicherungsform und Personengruppe 2019

Tabelle 1.7

	Total	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchise
in CHF			
<b>Gesamt</b>	<b>177 743 492</b>	<b>171 680 631</b>	<b>6 062 861</b>
Erwachsene	165 348 585	159 285 724	6 062 861
Frauen	90 639 346	87 669 759	2 969 587
Männer	74 709 240	71 615 965	3 093 274
Jugendliche	3 785 721	3 785 721	-
Kind	8 609 186	8 609 186	-
Pro versicherte Person	4 410	4 869	1 201
Erwachsene(r)	5 164	5 905	1 201
Frau	5 687	6 290	1 485
Mann	4 645	5 494	1 015
Jugendliche(r)	2 287	2 287	-
Kind	1 299	1 299	-

### 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 2019

Tabelle 1.8

	Total	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchise
in CHF			
<b>Gesamt</b>	<b>20 832 876</b>	<b>17 712 083</b>	<b>3 120 793</b>
Erwachsene	20 832 876	17 712 083	3 120 793
Jugendliche	-	-	-
Kinder	-	-	-
Pro versicherte Person	517	502	618
Erwachsene(r)	651	657	618
Jugendliche(r)	-	-	-
Kind	-	-	-

## Nettoleistungen nach Versicherungsform und Personengruppe 2019

Tabelle 1.9

	Total	Ordentliche Jahresfranchise	Wählbare Jahresfranchise
in CHF			
<b>Gesamt</b>	<b>156 910 616</b>	<b>153 968 548</b>	<b>2 942 068</b>
Erwachsene	144 515 709	141 573 642	2 942 068
Jugendliche	3 785 721	3 785 721	-
Kinder	8 609 186	8 609 186	-
Pro versicherte Person	3 893	4 367	583
Erwachsene(r)	4 513	5 249	583
Jugendliche(r)	2 287	2 287	-
Kind	1 299	1 299	-

### 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.

## Bruttoleistungen nach Kategorie, Anteil und pro versicherte Person 2019

Tabelle 1.10

Kategorie	Total	Anteil am Gesamttotal	Pro versicherte Person
	in CHF	in %	in CHF
<b>Gesamt</b>	<b>177 743 492</b>	<b>100.0</b>	<b>4 410</b>
Stationäre Spalkkosten	43 934 102	24.7	1 090
Ambulante Spalkkosten	23 990 724	13.5	595
Ambulante Arztkosten (ohne Arzneimittel und Praxislabor)	36 120 669	20.3	896
Arzneimittel Arzt	17 905 211	10.1	444
Praxislabor Arzt	3 495 187	2.0	87
Physiotherapeuten	7 029 787	4.0	174
Apotheken	9 080 989	5.1	225
Chiropraktoren	1 824 648	1.0	45
Abgabestellen MiGeL	1 297 972	0.7	32
Ergotherapeuten	701 584	0.4	17
Zahnärzte	381 005	0.2	9
Hebammen	349 826	0.2	9
Übrige Rechnungsstellende	31 631 789	17.8	785

### Erläuterung zur Tabelle:

Physiotherapeuten: In dieser Position sind auch die Kosten von medizinischen Masseuren im Umfang von CHF 824 126 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 Leistungserbringenden oder einem Leistungserbringenden, der mehr als 50% des Gesamtbetrages der Kategorie abrechnet, nicht separat ausgewiesen. Sie sind in der Kategorie „Übrige Rechnungsstellende“ enthalten.

## BruttolLeistungen nach Kategorie und Personengruppe 2019

Tabelle 1.11

Kategorie	Total	Frauen	Männer	Jugendliche	Kinder
	in CHF				
<b>Gesamt</b>	<b>177 743 492</b>	<b>90 639 346</b>	<b>74 709 240</b>	<b>3 785 721</b>	<b>8 609 186</b>
Stationäre Spitalkosten	43 934 102	21 554 532	20 033 484	1 008 524	1 337 562
Ambulante Spitalkosten	23 990 724	12 393 664	10 132 793	436 256	1 028 011
Ambulante Arztkosten (ohne Arzneimittel und Praxislabor)	36 120 669	18 036 744	14 228 087	951 137	2 904 701
Arzneimittel Arzt	17 905 211	8 640 444	8 074 168	285 783	904 816
Praxislabor Arzt	3 495 187	1 876 554	1 327 027	107 907	183 699
Physiotherapeuten	7 029 787	4 283 334	2 421 601	131 851	193 001
Apotheken	9 080 989	4 645 222	4 119 133	132 727	183 907
Chiropraktoren	1 824 648	922 099	671 135	55 990	175 424
Abgabestellen MiGeL	1 297 972	467 265	767 171	15 367	48 169
Ergotherapeuten	701 584	276 740	197 982	3 114	223 747
Zahnärzte	381 005	125 652	154 435	17 475	83 443
Hebammen	349 826	346 492	-	1 545	1 789
Übrige Rechnungsstellende	31 631 789	17 070 605	12 582 224	638 044	1 340 917

## BruttolLeistungen nach Kategorie und Personengruppe, pro versicherte Person 2019

Tabelle 1.12

Kategorie	Total	Frauen	Männer	Jugendliche	Kinder
	in CHF				
<b>Gesamt</b>	<b>4 410</b>	<b>5 687</b>	<b>4 645</b>	<b>2 287</b>	<b>1 299</b>
Stationäre Spitalkosten	1 090	1 352	1 246	609	202
Ambulante Spitalkosten	595	778	630	264	155
Ambulante Arztkosten (ohne Arzneimittel und Praxislabor)	896	1 132	885	575	438
Arzneimittel Arzt	444	542	502	173	136
Praxislabor Arzt	87	118	83	65	28
Physiotherapeuten	174	269	151	80	29
Apotheken	225	291	256	80	28
Chiropraktoren	45	58	42	34	26
Abgabestellen MiGeL	32	29	48	9	7
Ergotherapeuten	17	17	12	2	34
Zahnärzte	9	8	10	11	13
Hebammen	9	22	-	1	0
Übrige Rechnungsstellende	785	1 071	782	386	202

## Kennwerte zu den Leistungserbringenden nach Kategorie 2019

Tabelle 1.13

	Anzahl	Bruttoleistungen in CHF	Arithmetisches Mittel	1. Quartil	Median	3. Quartil
Spitäler	176	69 206 200	393 217	1 296	10 453	61 282
davon mit OKP-Vertrag	25	64 204 865	2 568 195	415 001	742 138	2 412 914
Ärzte	1 540	57 824 057	37 548	218	579	3 274
davon mit OKP-Vertrag	95	51 884 822	546 156	225 032	417 746	768 942
Behandlungen	1 507	36 353 011	24 123	189	498	1 913
davon mit OKP-Vertrag	95	31 946 707	336 281	160 488	250 641	451 064
Arzneimittel	836	17 905 178	21 418	39	140	1 025
davon mit OKP-Vertrag	87	16 596 275	190 762	25 953	114 932	312 155
Praxislabors	547	3 565 868	6 519	37	119	456
davon mit OKP-Vertrag	67	3 341 841	49 878	5 824	24 411	72 205
Physiotherapeuten	193	7 030 587	36 428	453	1 283	39 236
davon mit OKP-Vertrag	54	6 640 515	122 973	45 509	78 995	162 761
Apotheken	349	9 088 930	26 043	54	131	927
Chiropraktoren	36	1 824 648	50 685	242	499	13 917
Ergotherapeuten	19	701 584	36 925	1 010	6 209	76 353
Zahnärzte	53	381 005	7 189	656	2 034	7 953
Hebammen	23	349 826	15 210	960	8 438	26 557
Übrige Rechnungsstellende	260	31 574 952	121 442	500	2 126	30 339

**Lesebeispiel:**

Im Jahr 2019 haben 36 Chiropraktoren insgesamt CHF 1 824 648 an Bruttoleistungen abgerechnet. Im Durchschnitt rechnete jeder Chiropraktor CHF 50 685 an Bruttoleistungen ab. 25% (1. Quartil) der Chiropraktoren rechneten weniger als CHF 242 und 25% (3. Quartil) der Chiropraktoren rechneten mehr als CHF 13 917 ab. Je die Hälfte der Chiropraktoren rechnete mehr bzw. weniger als CHF 499 ab (Median). Ergänzend zu dieser Tabelle sind die Tabellen 1.15 und 1.16 zu sehen, in denen die Bruttoleistungen der einzelnen Leistungserbringende 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 2019

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>2 649</b>	<b>1 148</b>	<b>609</b>	<b>477</b>	<b>258</b>	<b>194</b>	<b>81</b>	<b>36</b>
Spitäler	176	139	101	89	45	33	20	11
Ärzte	1 540	600	259	180	103	85	42	12
Physiotherapeuten	193	101	63	58	38	21	*	*
Apotheken	349	63	31	23	12	8	*	*
Chiropraktoren	36	10	7	7	*	*	*	*
Ergotherapeuten	19	15	10	7	*	*	*	*
Zahnärzte	53	38	16	9	*	*	*	*
Hebammen	23	17	13	10	*	*	*	*
Übrige Rechnungsstellende	260	165	109	94	46	38	13	9

**Lesebeispiel:**

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

**Erläuterung zur Tabelle:**

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

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

## Bruttoleistungen der einzelnen Leistungserbringenden nach Kategorie 2019 (Teil 1)

Tabelle 1.15

Rang	in CHF	Spitäler	Ärzte		Physiotherapeuten		Apotheken
			Total	Behandlung	Arzneimittel	Praxislabor	
1	*	*	*	*	*	*	*
2	*	*	*	*	*	*	*
3	*	*	*	*	*	*	*
4	*	*	*	*	*	*	*
5	*	*	*	*	*	*	*
6	3 616 700	1 721 600	1 082 600	414 400	224 600	345 900	266 400
7	2 571 500	1 469 900	*	*	*	333 500	167 000
8	2 529 200	1 259 200	*	*	*	313 300	133 800
9	1 970 000	1 236 200	*	*	*	249 200	66 630
10	1 233 900	1 147 200	461 500	532 000	153 700	213 400	62 530
11	1 065 000	1 064 800	*	*	*	198 300	60 000
12	806 400	1 007 300	381 900	503 100	122 200	173 500	57 250
13	797 600	959 500	455 900	503 600	-	154 900	45 640
14	742 100	927 000	705 200	219 300	2 511	152 000	33 260
15	702 200	911 400	*	*	*	149 900	29 820
16	685 100	895 200	531 300	339 000	24 980	143 100	25 180
17	566 600	876 900	347 300	470 200	59 500	141 700	20 930
18	538 900	874 700	655 700	206 700	12 370	125 500	18 080
19	534 000	850 500	499 300	220 400	130 800	108 170	17 080
20	519 400	827 000	656 400	147 900	22 730	105 860	14 140
21	415 000	820 400	401 700	334 900	83 740	100 590	12 380
22	304 800	817 600	389 700	343 200	84 710	96 750	11 680
23	279 400	814 400	451 100	363 300	-	93 530	10 670
24	248 300	811 900	*	*	*	89 720	8 619
25	201 400	801 300	458 300	304 500	38 470	88 670	7 947
26	177 400	789 000	312 800	401 600	74 680	82 000	7 488
27	160 600	761 500	*	*	*	80 580	7 063
28	151 200	760 000	611 900	95 920	52 220	77 410	6 391
29	140 100	742 700	300 400	370 100	72 210	70 730	6 348
30	136 700	703 300	291 200	312 200	99 910	66 970	6 324
31	134 700	691 700	364 400	256 200	71 070	64 090	5 003
32	106 560	687 500	275 000	353 700	58 820	63 800	4 807
33	102 780	678 500	422 300	256 300	-	60 610	4 623
34	98 300	665 700	348 600	230 500	86 590	56 910	4 591
35	93 180	639 900	226 500	336 200	77 140	56 350	4 503
36	89 730	627 600	557 600	70 010	-	54 790	4 347
37	82 960	584 300	485 400	98 960	-	52 090	4 327
38	80 400	581 400	250 000	198 000	133 300	51 640	3 657
39	77 170	580 800	456 500	119 000	5 324	48 280	3 465
40	72 920	538 800	238 100	255 600	45 070	48 000	3 313
41	72 820	531 200	396 200	134 700	275	46 910	2 880
42	63 970	517 700	220 100	255 100	42 450	45 510	2 776
43	58 460	482 300	407 400	74 850	-	44 580	2 482
44	56 640	480 400	398 900	81 520	-	33 620	2 412
45	53 090	478 100	411 800	66 330	-	28 020	2 116
46	49 150	471 700	262 600	179 200	29 880	27 340	2 058
47	46 130	454 100	310 300	123 500	20 360	26 500	1 968
48	42 220	451 700	219 800	231 900	-	22 130	1 733
49	41 560	417 700	203 700	167 500	46 610	21 480	1 626
50	40 660	413 300	305 700	96 470	11 110	21 150	1 591
51	39 730	412 800	250 600	99 220	62 960	19 610	1 531
52	36 860	393 800	*	*	*	18 930	1 467
53	36 020	355 000	*	*	*	16 680	1 430
54	35 210	351 700	269 700	36 600	45 450	15 630	1 375
55	34 990	334 900	*	*	*	14 090	1 368

Tabelle 1.15 (Seite 2)

Rang	Spitäler in CHF	Ärzte		Physiotherapeuten		Apotheken	
		Total	Behandlung	Arzneimittel	Praxislabor		
56	31 620	319 400	191 300	114 900	13 080	13 500	1 339
57	30 530	313 200	251 900	44 960	16 350	12 380	1 307
58	29 260	296 500	157 700	104 610	34 200	11 140	1 282
59	25 520	286 800	253 000	33 460	396	9 222	1 238
60	25 070	286 200	*	*	*	7 640	1 112
61	23 960	278 100	224 600	53 460	-	6 921	1 111
62	23 190	274 500	165 600	107 430	1 389	5 774	1 069
63	22 790	267 500	126 500	117 100	23 930	5 367	1 046
64	21 820	256 300	205 200	27 760	23 300	4 757	951
65	20 530	252 800	227 300	25 540	-	4 754	935
66	20 360	250 100	107 120	125 900	17 070	4 422	930
67	18 480	246 700	139 300	83 030	24 410	4 001	855
68	17 900	242 400	*	*	*	3 916	842
69	17 760	239 400	*	*	*	3 787	803
70	16 690	236 300	172 400	57 720	6 253	3 749	790
71	16 660	234 100	*	*	*	3 600	780
72	16 300	231 800	198 900	32 860	-	2 880	767
73	15 840	227 300	*	*	*	2 876	729
74	15 750	225 000	*	*	*	2 634	722
75	15 690	215 800	165 300	44 120	6 408	2 606	720
76	14 310	213 000	173 200	25 950	13 910	2 443	712
77	13 890	211 100	*	*	*	2 375	694
78	13 370	191 300	160 500	30 770	-	2 208	690
79	13 100	167 800	*	*	*	2 164	669
80	13 080	167 300	122 200	21 080	24 030	2 054	662
81	12 650	149 300	68 990	79 670	605	2 020	661
82	11 620	146 200	21 890	120 800	3 488	1 974	602
83	11 550	131 600	*	*	*	1 954	595
84	11 550	112 000	32 870	68 330	10 800	1 953	564
85	11 470	106 800	28 400	74 420	3 979	1 851	556
86	10 830	98 410	14 740	80 720	2 953	1 838	544
87	10 770	92 750	72 830	7 486	12 430	1 829	533
88	10 680	89 150	89 150	-	-	1 743	531
89	10 230	86 370	48 950	37 420	-	1 694	521
90	9 971	74 780	67 500	-	7 286	1 652	511
91	9 791	73 350	67 500	5 851	-	1 617	496
92	9 147	70 220	67 480	-	2 739	1 557	484
93	9 067	69 120	60 410	8 712	-	1 361	482
94	7 483	65 440	65 440	-	-	1 358	460
95	7 053	60 920	59 010	1 915	-	1 317	458
96	6 930	60 130	18 320	39 870	1 941	1 294	454
97	6 431	59 540	59 540	-	-	1 283	442
98	6 021	58 960	56 580	2 376	-	1 270	439
99	5 692	55 650	55 650	-	-	1 255	439
100	5 528	52 940	12 400	38 430	2 116	1 196	414
101	5 169	52 780	28 020	19 120	5 643	1 039	412
102	4 935	52 380	46 290	-	6 087	986	411
103	4 778	50 110	39 640	9 720	752	986	409
104	4 698	47 770	46 130	1 630	15	986	400
105	4 441	43 090	43 090	-	-	986	399
106	3 894	42 040	35 370	6 670	-	932	386
107	3 886	40 650	39 710	941	-	929	384
108	3 718	40 620	32 030	8 592	-	915	369
109	3 432	40 150	28 150	9 950	2 045	896	365
110	3 085	37 660	7 670	362	29 620	888	363
111	3 060	36 170	25 860	10 320	-	880	350
112	3 014	35 730	35 370	359	-	876	349

Tabelle 1.15 (Seite 3)

Rang	in CHF	Spitäler	Ärzte		Physiotherapeuten		Apotheken
		Total	Behandlung	Arzneimittel	Praxislabor		
113	2 819	33 650	21 070	9 113	3 468	870	345
114	2 804	33 260	7 566	23 690	2 003	870	337
115	2 751	32 700	21 770	10 560	368	870	318
116	2 748	32 680	32 090	169	420	847	311
117	2 733	31 460	27 390	3 496	571	821	305
118	2 637	30 590	22 100	6 606	1 883	796	305
119	2 583	30 130	28 010	2 040	72	796	301
120	2 312	28 990	27 380	1 608	-	773	300
121	2 281	26 640	1 915	24 420	309	766	299
122	2 276	26 130	20 990	3 511	1 625	753	291
123	2 080	26 000	11 220	12 560	2 214	722	289
124	2 039	25 990	6 194	19 290	512	692	288
125	2 006	25 190	7 296	15 460	2 427	659	281
126	1 813	24 540	23 210	1 330	-	570	278
127	1 779	24 360	9 468	14 890	-	554	277
128	1 685	23 510	23 500	15	-	544	276
129	1 680	22 730	19 140	3 598	-	506	276
130	1 576	22 650	12 740	5 816	4 088	506	275
131	1 414	21 940	19 910	2 033	-	506	274
132	1 346	20 170	18 120	12	2 032	506	266
133	1 246	20 100	20 020	86	-	506	262
134	1 218	19 360	18 660	603	96	506	259
135	1 178	18 920	18 890	-	32	506	256
136	1 161	18 880	17 970	907	-	502	251
137	1 128	18 840	14 050	4 656	132	500	249
138	1 076	18 270	17 980	246	40	482	248
139	1 072	18 080	16 900	1 183	-	475	245
140	921	17 730	17 680	46	-	470	243
141	899	17 190	6 110	9 305	1 779	470	234
142	853	16 820	15 200	1 621	-	467	227
143	849	16 400	3 189	12 470	743	456	226
144	828	16 120	7 739	6 875	1 507	454	223
145	796	16 030	6 401	9 627	-	453	222
146	746	15 900	15 720	-	188	453	220
147	744	15 810	2 776	12 680	347	451	209
148	663	15 770	15 770	-	-	447	208
149	663	15 740	858	14 710	176	447	206
150	640	15 340	14 290	1 052	-	447	205
151	613	15 320	14 390	903	28	447	202
152	587	15 140	14 280	-	864	444	192
153	586	14 770	13 770	993	-	441	173
154	575	14 740	14 740	-	-	433	172
155	575	14 290	8 516	5 718	56	433	169
156	568	14 150	10 740	2 470	942	429	169
157	564	13 880	13 630	248	-	429	166
158	468	13 870	8 481	3 560	1 828	429	164
159	439	13 220	10 010	3 063	150	429	164
160	439	12 960	3 823	9 132	-	420	163
161	433	12 750	3 557	8 843	355	419	162
162	376	12 630	4 340	7 084	1 203	406	161
163	363	12 510	12 510	-	-	400	157
164	327	12 460	522	11 670	270	400	157
165	309	12 390	9 686	1 844	864	389	155
166	292	12 140	11 470	671	-	384	153
167	281	12 130	11 920	211	-	356	148
168	274	11 890	5 242	5 451	1 199	356	141
169	176	11 740	11 480	264	-	353	140
170	162	11 500	10 910	590	-	346	138

Tabelle 1.15 (Seite 4)

Rang	Spitäler	Ärzte		Physiotherapeuten		Apotheken	
		Total	Behandlung	Arzneimittel	Praxislabor		
	in CHF						
171	150	11 460	9 025	107	2 327	346	137
172	*	11 320	10 110	-	1 209	346	135
173	*	11 040	10 910	133	-	339	134
174	*	10 990	9 864	1 122	-	338	131
175	*	10 620	1 601	8 407	609	329	131
176	*	10 580	9 692	890	-	302	131
177		10 430	10 430	-	-	283	131
178		10 350	10 350	-	-	282	125
179		10 230	2 962	6 737	530	272	125
180		10 200	2 825	6 764	609	248	124
181		9 969	4 595	3 780	1 595	245	121
182		9 877	3 530	5 260	1 087	243	120
183		9 833	8 209	1 060	564	235	120
184		9 810	5 339	3 594	877	226	119
185		9 749	2 887	5 712	1 150	212	119
186		9 680	8 494	1 187	-	133	117
187		9 652	7 686	1 847	120	126	117
188		9 650	9 636	14	-	94	115
189		9 512	7 921	1 551	39	*	115
190		9 501	3 816	5 686	-	*	114
191		9 442	8 317	-	1 126	*	113
192		9 390	7 163	2 227	-	*	111
193		9 033	5 645	3 388	-	*	110
1510		34	34	-	-		
1511		33	33	-	-		
1512		33	33	-	-		
1513		33	33	-	-		
1514		32	32	-	-		
1515		32	32	-	-		
1516		32	32	-	-		
1517		23	23	-	-		
1518		22	22	-	-		
1519		22	-	22	-		
1520		22	14	9	-		
1521		21	-	21	-		
1522		20	20	-	-		
1523		20	20	-	-		
1524		19	19	-	-		
1525		17	17	-	-		
1526		17	17	-	-		
1527		17	17	-	-		
1528		17	17	-	-		
1529		17	17	-	-		
1530		17	17	-	-		
1531		16	-	16	-		
1532		15	15	-	-		
1533		15	15	-	-		
1534		15	15	-	-		
1535		15	-	15	-		
1536		*	*	*	*		
1537		*	*	*	*		
1538		*	*	*	*		
1539		*	*	*	*		
1540		*	*	*	*		

## Bruttoleistungen der einzelnen Leistungserbringenden nach Kategorie 2019 (Teil 2)

Tabelle 1.16

Rang	Chiropraktoren	Ergotherapeuten	Zahnärzte	Hebammen
	in CHF			
1	*	*	*	*
2	*	*	*	*
3	*	*	*	*
4	*	*	*	*
5	*	*	*	*
6	37 620	31 690	11 630	21 810
7	12 100	10 050	10 710	15 950
8	2 065	8 535	10 690	13 940
9	1 582	6 395	10 080	11 550
10	1 097	6 209	9 428	10 030
11	967	4 958	9 041	9 674
12	956	1 413	8 860	8 438
13	911	1 373	8 485	7 110
14	847	1 240	6 587	4 296
15	811	*	5 446	1 428
16	566	*	5 340	1 368
17	551	*	4 256	1 106
18	509	*	4 172	960
19	490	*	4 067	*
20	398		3 897	*
21	374		3 404	*
22	360		3 127	*
23	323		3 020	*
24	317		2 320	
25	283		2 290	
26	271		2 040	
27	247		2 034	
28	238		2 023	
29	202		1 960	
30	158		1 808	
31	137		1 778	
32	*		1 380	
33	*		1 298	
34	*		1 215	
35	*		1 160	
36	*		1 117	
37			1 043	
38			1 009	
39			992	
40			656	
41			618	
42			598	
43			577	
44			485	
45			422	
46			411	
47			304	
48			291	
49			*	
50			*	
51			*	
52			*	
53			*	

## Kennwerte zu den Ärzten nach Fachgruppe 2019

Tabelle 1.17

	Anzahl	Arithmetisches				
		Bruttoleistungen in CHF	Mittel	1. Quartil	Median	3. Quartil
Allgemeine und Innere Medizin	415	25 693 489	61 912	169	432	1 529
davon mit OKP-Vertrag	35	25 030 233	715 150	393 762	687 532	876 913
Behandlungen	399	13 041 295	32 685	133	329	1 035
davon mit OKP-Vertrag	35	12 692 891	362 654	220 103	300 411	401 744
Arzneimittel	275	9 966 615	36 242	41	155	1 427
davon mit OKP-Vertrag	35	9 701 934	277 198	117 117	255 638	401 565
Praxislabors	232	2 685 579	11 576	40	126	401
davon mit OKP-Vertrag	34	2 635 408	77 512	24 411	61 227	86 591
Kinder- und Jugendmedizin	34	2 785 970	81 940	123	356	1 493
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	34	1 978 788	58 200	111	223	1 168
Arzneimittel	25	807 182	32 287	36	90	922
Psychiatrie und Psychotherapie	107	3 689 937	34 485	753	1 873	5 564
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	106	2 664 000	25 132	745	1 861	5 026
Arzneimittel	30	1 025 937	34 198	86	1 066	9 132
Gynäkologie und Geburtshilfe	146	2 552 522	17 483	207	410	2 002
Behandlungen	142	2 053 090	14 458	172	345	1 425
Arzneimittel	81	280 090	3 458	45	139	449
Praxislabors	104	219 341	2 109	33	75	180
Orthopädische Chirurgie	75	1 392 854	18 571	201	518	1 431
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	75	1 162 822	15 504	187	518	1 287
Arzneimittel	31	230 033	7 420	29	130	359
Radiologie	46	216 726	4 711	381	730	6 248
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	46	197 867	4 301	381	609	5 331
Arzneimittel	26	18 859	725	120	251	917
Dermatologie und Venerologie	83	2 898 061	34 916	124	250	613
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	83	2 115 187	25 484	118	204	449
Arzneimittel	44	782 875	17 793	18	73	383
Urologie	33	2 547 498	77 197	210	652	4 916
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	33	1 688 628	51 171	207	563	2 800
Arzneimittel	17	858 870	50 522	67	596	2 116
Übrige Rechnungsstellende	601	16 047 000	26 700	291	738	3 119

**Lesebeispiel:**

146 Gynäkologen haben insgesamt CHF 2 552 522 an Bruttoleistungen abgerechnet. Im Durchschnitt rechnete jeder Gynäkologe CHF 17 483 ab. 25% (1. Quartil) der Gynäkologen rechneten weniger als CHF 207 und 25% (3. Quartil) der Gynäkologen rechneten mehr als CHF 2 002 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 2019

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>1 540</b>	<b>600</b>	<b>259</b>	<b>180</b>	<b>103</b>	<b>85</b>	<b>42</b>	<b>12</b>
Allgemeine und Innere Medizin	415	134	56	45	34	33	23	7
Kinder- und Jugendmedizin	34	12	6	6	*	*	*	*
Psychiatrie und Psychotherapie	107	71	31	20	11	9	*	*
Gynäkologie und Geburtshilfe	146	46	17	10	8	7	*	*
Orthopädische Chirurgie	75	25	6	*	*	*	*	*
Radiologie	46	20	12	7	*	*	*	*
Dermatologie und Venerologie	83	13	8	8	*	*	*	*
Urologie	33	13	7	*	*	*	*	*
Übrige Rechnungsstellende	601	266	116	75	35	21	7	4

**Lesebeispiel:**

7 Ärzte der Gynäkologie und Geburtshilfe rechneten im Jahr 2019 Bruttoleistungen von mehr als CHF 100 000 gegenüber den Krankenkassen ab.

**Erläuterung zur Tabelle:**

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

Orthopädische Chirurgie = Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates

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

## BruttolLeistungen der einzelnen Ärzte nach Fachgruppe 2019 (Teil 1)

Tabelle 1.19

Rang	Allgemeine und Innere Medizin				Kinder- und Jugendmedizin			Psychiatrie und Psychotherapie			Urologie		
	Total	Behand.	Arzneim.	Praxislabor	Total	Behand.	Arzneim.	Total	Behand.	Arzneim.	Total	Behand.	Arzneim.
	in CHF												
1	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
2	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
3	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
4	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
5	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
6	1 064 800	*	*	*	12 390	10 550	1 844	231 800	198 900	32 860	7 590	6 994	596
7	1 007 300	381 900	503 100	122 200	4 183	3 523	660	211 100	*	*	6 483	5 490	993
8	895 200	*	*	*	3 511	3 504	8	191 300	160 500	30 770	4 933	3 889	1 043
9	876 900	*	*	*	1 493	1 115	378	131 600	*	*	4 916	2 801	2 116
10	827 000	*	*	*	1 204	1 168	36	59 540	59 540	-	2 460	1 928	531
11	820 400	401 700	334 900	83 740	1 109	187	922	55 650	55 650	-	2 286	2 285	-
12	817 600	389 700	343 200	84 710	1 012	1 012	-	40 620	32 030	8 592	2 066	2 065	1
13	789 000	*	*	*	940	920	20	23 510	23 500	15	1 450	768	683
14	761 500	*	*	*	688	642	46	20 100	20 020	86	807	807	-
15	742 700	*	*	*	560	560	-	15 340	14 290	1 052	756	756	-
16	703 300	291 200	312 200	99 910	390	299	91	12 960	3 823	9 132	755	755	-
17	691 700	364 400	256 200	71 070	377	258	119	11 040	10 910	133	652	563	89
18	687 500	*	*	*	335	319	16	10 580	9 692	890	420	373	47
19	665 700	348 600	230 500	86 590	305	156	149	10 430	10 430	-	349	350	-
20	639 900	226 500	336 200	77 140	213	123	90	10 350	10 350	-	336	336	-
21	581 400	250 000	198 000	133 300	196	159	37	9 033	5 645	3 388	332	332	-
22	538 800	*	*	*	169	166	3	6 431	6 431	-	322	322	-
23	517 700	*	*	*	165	111	54	6 430	4 897	1 532	317	317	-
24	471 700	*	*	*	153	133	21	6 089	5 620	469	235	168	67
25	417 700	203 700	167 500	46 610	137	84	53	5 897	4 810	1 087	210	210	-
26	412 800	250 600	99 220	62 960	123	123	-	5 869	4 596	1 273	207	207	-
27	393 800	*	*	*	111	111	-	5 564	5 564	-	191	191	-
28	355 000	*	*	*	111	111	-	5 480	5 480	-	189	189	-
29	296 500	157 700	104 600	34 200	110	110	-	5 297	5 297	-	*	*	*
30	267 500	*	*	*	*	*	*	5 158	5 158	-	*	*	*
31	250 100	*	*	*	*	*	*	5 026	5 026	-	*	*	*
32	246 700	*	*	*	*	*	*	4 730	4 653	77	*	*	*
33	112 000	32 870	68 330	10 800	*	*	*	4 347	4 347	-	*	*	*
34	50 110	39 640	9 720	752	*	*	*	3 854	3 854	-	-	-	-
35	47 770	46 130	1 630	15				3 777	3 777	-	-	-	-
36	30 590	22 100	6 606	1 883				3 484	3 484	-	-	-	-
37	26 640	1 915	24 420	309				3 381	3 381	-	-	-	-
38	26 000	11 220	12 560	2 214				3 338	2 842	496	-	-	-
39	18 920	18 890	-	32				3 319	3 319	-	-	-	-
40	17 190	6 110	9 305	1 779				3 286	2 927	359	-	-	-
41	16 400	3 189	12 470	743				3 261	3 261	-	-	-	-
42	14 740	14 740	-	-				3 259	3 259	-	-	-	-
43	12 630	4 340	7 084	1 203				3 235	3 235	-	-	-	-
44	10 620	1 601	8 407	609				3 160	3 160	-	-	-	-
45	10 230	2 962	6 737	530				3 135	3 135	-	-	-	-
46	9 969	4 595	3 780	1 595				3 129	3 129	-	-	-	-
47	9 810	5 339	3 594	877				2 563	2 563	-	-	-	-
48	9 749	2 887	5 712	1 150				2 475	2 475	-	-	-	-
49	8 521	6 594	1 789	139				2 403	2 101	302	-	-	-
50	7 594	5 584	-	2 010				2 285	745	1 540	-	-	-
51	7 360	7 360	-	-				2 157	2 157	-	-	-	-
52	6 875	2 388	3 519	968				2 036	2 036	-	-	-	-
53	6 816	5 115	1 702	-				1 873	1 873	-	-	-	-
54	5 780	2 778	2 615	387				1 873	1 873	-	-	-	-

Tabelle 1.19 (Seite 2)

Rang	Allgemeine und Innere Medizin				Kinder- und Jugendmedizin			Psychiatrie und Psychotherapie			Urologie		
	Total	Behand.	Arzneim.	Praxislabor	Total	Behand.	Arzneim.	Total	Behand.	Arzneim.	Total	Behand.	Arzneim.
	in CHF												
55	5 461	1 166	3 747	548				1 849	1 849	-			
56	5 237	1 612	2 893	732				1 763	1 763	-			
57	4 984	3 473	1 510	-				1 739	1 739	-			
58	4 902	4 765	-	137				1 691	1 632	59			
59	4 735	1 891	2 282	562				1 590	1 590	-			
60	4 734	2 698	2 036	-				1 552	1 552	-			
61	4 513	3 686	412	415				1 480	1 480	-			
62	4 490	1 281	2 753	456				1 448	1 365	84			
63	4 420	4 317	103	-				1 437	1 437	-			
64	4 229	480	3 749	-				1 336	1 336	-			
65	4 208	460	3 149	599				1 336	1 336	-			
66	4 098	1 682	2 416	-				1 226	1 226	-			
67	3 947	2 147	1 592	208				1 210	1 210	-			
68	3 920	2 512	348	1 061				1 170	1 170	-			
69	3 771	1 090	2 432	249				1 142	1 142	-			
70	3 627	2 300	279	1 047				1 079	-	1 079			
71	3 622	2 149	1 427	46				1 029	1 029	-			
72	3 573	3 458	103	11				942	942	-			
73	3 533	1 656	1 562	316				902	902	-			
74	3 510	1 738	1 291	481				888	888	-			
75	3 394	1 749	1 358	287				849	849	-			
76	3 285	3 285	-	-				848	848	-			
77	3 065	2 798	267	-				829	829	-			
78	3 035	1 158	1 395	482				818	818	-			
79	2 982	2 630	307	44				798	798	-			
80	2 896	-	2 896	-				769	769	-			
81	2 711	1 105	1 606	-				753	753	-			
82	2 646	741	1 825	80				743	743	-			
83	2 615	398	2 119	98				710	639	72			
84	2 473	2 053	406	15				629	629	-			
85	2 418	1 571	474	373				521	521	-			
86	2 418	1 332	167	919				519	519	-			
87	2 371	52	2 182	137				515	515	-			
88	2 341	1 297	896	149				470	470	-			
89	2 220	465	1 499	256				430	430	-			
90	1 943	1 716	141	86				418	418	-			
91	1 927	690	1 048	188				385	385	-			
92	1 926	1 499	222	205				372	372	-			
93	1 926	1 423	375	128				372	372	-			
94	1 917	821	988	108				371	371	-			
95	1 854	354	1 437	63				325	325	-			
96	1 832	1 298	378	156				312	312	-			
97	1 739	1 646	83	10				307	307	-			
98	1 709	1 037	382	291				275	275	-			
99	1 700	431	1 270	-				266	258	9			
100	1 658	1 606	52	-				258	258	-			
101	1 620	1 304	285	31				230	230	-			
102	1 616	1 574	42	-				225	225	-			
103	1 608	1 530	78	-				*	*	*			
104	1 529	1 173	262	94				*	*	*			
105	1 508	1 372	125	10				*	*	*			
106	1 477	1 023	199	255				*	*	*			
107	1 449	370	1 074	5				*	*	*			
108	1 445	1 245	200	-									
109	1 407	352	995	60									
110	1 393	1 208	18	167									
111	1 385	358	1 024	3									
112	1 356	616	706	34									

Tabelle 1.19 (Seite 3)

Rang	Allgemeine und Innere Medizin				Kinder- und Jugendmedizin			Psychiatrie und Psychotherapie			Urologie		
	Total	Behand.	Arzneim.	Praxislabor	Total	Behand.	Arzneim.	Total	Behand.	Arzneim.	Total	Behand.	Arzneim.
	in CHF												
113	1339	958	148		233								
114	1339	1062	198		79								
115	1338	517	681		139								
116	1317	839	-		478								
117	1286	322	736		227								
118	1273	949	268		55								
119	1242	720	495		27								
120	1221	424	670		128								
121	1190	1035	155		-								
122	1182	148	1034		-								
123	1179	916	-		262								
124	1159	333	755		71								
125	1156	578	-		578								
126	1153	1093	60		-								
127	1139	1139	-		-								
128	1125	763	76		285								
129	1104	847	81		176								
130	1085	893	192		-								
131	1081	729	196		156								
132	1063	730	181		152								
133	1060	713	117		229								
134	1058	681	346		31								
135	998	780	218		-								
↙													
385	63	63	-		-								
386	63	63	-		-								
387	63	-	-		63								
388	61	61	-		-								
389	59	51	8		-								
390	56	51	-		5								
391	56	39	-		17								
392	54	54	-		-								
393	53	53	-		-								
394	52	-	52		-								
395	51	-	51		-								
396	50	50	-		-								
397	49	49	-		-								
398	48	-	48		-								
399	47	-	47		-								
400	46	7	39		-								
401	41	36	-		5								
402	41	-	41		-								
403	38	38	-		-								
404	36	-	36		-								
405	35	35	-		-								
406	34	34	-		-								
407	32	32	-		-								
408	32	32	-		-								
409	22	22	-		-								
410	20	20	-		-								
411	*	*	*		*								
412	*	*	*		*								
413	*	*	*		*								
414	*	*	*		*								
415	*	*	*		*								

## Bruttoleistungen der einzelnen Ärzte nach Fachgruppe 2019 (Teil 2)

Tabelle 1.20

Rang	Orthopädische Chirurgie			Radiologie			Dermatologie und Venerologie			Gynäkologie und Geburtshilfe			
	Total	Behand.	Arzneim.	Total	Behand.	Arzneim.	Total	Behand.	Arzneim.	Total	Behand.	Arzneim.	Praxislabor
1	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
2	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
3	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
4	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
5	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
6	9 680	8 494	1 187	15 900	15 900	-	18 840	14 180	4 656	213 000	*	*	*
7	3 853	3 777	77	14 770	13 770	993	14 290	8 572	5 718	167 300	122 200	21 080	24 030
8	3 681	3 440	240	8 280	7 240	1 039	13 220	10 160	3 063	92 750	72 830	7 486	12 430
9	3 441	2 921	520	7 270	6 483	787	3 717	3 155	563	20 170	18 120	12	2 032
10	2 922	2 922	-	7 111	6 494	618	2 919	2 918	-	14 150	10 740	2 470	942
11	2 820	2 313	508	6 352	5 985	367	1 719	1 608	112	9 833	8 209	1 060	564
12	2 755	2 690	65	6 248	5 331	917	1 631	716	915	9 652	7 686	1 847	120
13	2 338	2 299	40	3 712	3 455	257	1 320	1 210	110	9 442	8 317	-	1 126
14	1 909	1 909	-	3 542	3 331	211	903	903	-	8 218	7 053	1 166	-
15	1 735	1 449	286	2 687	2 443	244	902	884	19	6 078	5 214	687	178
16	1 632	1 612	20	2 419	2 155	263	815	410	405	5 606	4 606	1 000	-
17	1 552	1 448	104	2 021	1 813	208	771	677	93	5 508	5 138	202	167
18	1 448	1 194	255	1 898	1 898	-	723	362	361	4 849	4 679	94	77
19	1 431	1 360	72	1 785	1 556	229	676	605	71	4 596	2 548	275	1 773
20	1 287	1 287	-	1 009	962	47	621	621	-	4 023	3 215	765	43
21	1 254	1 239	15	850	734	116	613	595	18	3 782	3 263	206	313
22	1 193	1 123	69	834	615	219	528	520	8	3 672	2 755	830	88
23	1 078	947	130	740	568	172	468	449	19	3 615	2 848	339	428
24	1 067	1 067	-	720	720	-	439	439	-	3 459	2 456	541	462
25	1 010	849	161	699	579	120	435	435	-	3 405	2 999	-	406
26	914	740	174	688	570	118	434	369	65	3 350	2 541	242	568
27	868	868	-	671	558	113	434	153	282	3 051	2 896	19	137
28	856	683	173	645	568	77	421	383	37	3 033	2 750	39	244
29	732	732	-	603	603	-	408	252	156	2 903	2 123	449	331
30	731	731	-	552	518	34	406	406	-	2 597	1 919	352	326
31	712	683	29	462	462	-	397	316	81	2 437	2 437	-	-
32	637	637	-	409	409	-	356	280	76	2 406	1 032	1 203	171
33	578	578	-	402	402	-	351	337	14	2 385	1 873	406	106
34	564	564	-	391	391	-	321	305	16	2 276	1 032	165	1 079
35	553	520	34	381	381	-	312	297	16	2 275	1 276	812	187
36	539	539	-	379	379	-	274	257	17	2 042	1 576	259	207
37	535	535	-	337	337	-	268	268	-	2 002	1 564	281	157
38	518	518	-	337	337	-	268	219	50	1 726	1 481	65	180
39	473	473	-	246	246	-	253	253	-	1 558	1 425	70	64
40	461	461	-	186	186	-	253	254	-	1 460	1 247	63	150
41	459	459	-	182	182	-	250	250	-	1 406	461	913	32
42	455	455	-	*	*	*	250	175	75	1 245	1 053	11	181
43	409	181	228	*	*	*	250	172	78	1 211	873	98	241
44	390	370	20	*	*	*	239	204	35	1 164	1 050	27	87
45	296	280	16	*	*	*	235	196	39	1 159	1 053	83	23
46	292	292	-	*	*	*	228	172	56	1 089	929	79	80
47	288	277	11				206	206	-	945	701	244	-
48	260	260	-				202	202	-	940	889	-	51
49	246	246	-				189	114	75	892	747	-	146
50	239	239	-				180	180	-	871	688	93	90
51	233	233	-				178	161	17	856	790	-	66
52	231	209	22				174	121	54	831	685	86	60
53	224	224	-				167	167	-	828	640	61	127
54	210	210	-				164	164	-	743	695	16	32
55	208	208	-				156	156	-	715	593	18	103
56	207	207	-				152	152	-	708	473	140	95
57	201	201	-				148	118	30	699	606	15	79

Tabelle 1.20 (Seite 2)

Rang	Orthopädische Chirurgie			Radiologie			Dermatologie und Venerologie			Gynäkologie und Geburtshilfe			
	Total	Behand.	Arzneim.	Total	Behand.	Arzneim.	Total	Behand.	Arzneim.	Total	Behand.	Arzneim.	Praxislabor
	in CHF												
58	187	187	-				148	148	-	622	373	212	37
59	187	187	-				144	144	-	614	543	-	71
60	186	186	-				141	141	-	604	586	1	16
61	184	184	-				136	136	-	586	464	117	5
62	176	176	-				133	133	-	571	446	-	125
63	172	172	-				124	124	-	566	458	62	46
64	162	162	-				121	121	-	543	81	440	21
65	162	162	-				115	115	-	521	279	198	44
66	151	151	-				112	95	17	515	515	-	-
67	130	130	-				111	96	16	497	451	14	31
68	129	104	25				111	111	-	478	257	127	94
69	120	120	-				110	110	-	470	251	175	45
70	117	117	-				107	90	17	450	369	-	81
71	*	*	*				106	106	-	447	251	188	8
72	*	*	*				103	103	-	435	405	-	30
73	*	*	*				102	102	-	411	346	-	65
74	*	*	*				95	95	-	408	376	-	32
75	*	*	*				88	88	-	407	344	47	16
↙													
117										168	58	79	30
118										163	163	-	-
119										160	-	-	160
120										159	159	-	-
121										150	76	40	35
122										144	144	-	-
123										144	144	-	-
124										141	125	-	16
125										139	-	139	-
126										135	105	-	30
127										133	133	-	-
128										133	98	-	35
129										130	130	-	-
130										128	117	-	12
131										126	107	14	5
132										120	120	-	-
133										107	107	-	-
134										107	68	-	39
135										107	107	-	-
136										103	100	-	3
137										75	-	75	-
138										55	55	-	-
139										54	54	-	-
140										53	53	-	-
141										48	48	-	-
142										*	*	*	*
143										*	*	*	*
144										*	*	*	*
145										*	*	*	*
146										*	*	*	*

**Erläuterung zur Tabelle:**

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

## Leistungen und Staatsbeiträge nach Altersgruppe und Geschlecht 2019

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>481 537</b>	<b>177 572 248</b>	<b>20 829 209</b>	<b>156 743 039</b>	<b>326</b>	<b>36 591 430</b>	<b>76</b>
0 - 16	M+F	77 213	8 434 922	-	8 434 922	109	7 591 430	98
Total 17+	M+F	404 324	169 137 327	20 829 209	148 308 117	367	29 000 000	72
	M	202 855	76 272 553	9 590 480	66 682 073	329	13 319 299	66
	F	201 469	92 864 774	11 238 729	81 626 045	405	15 680 701	78
17 - 25	M+F	47 393	9 402 121	1 324 676	8 077 444	170	1 133 872	24
	M	24 157	3 715 604	568 720	3 146 884	130	405 577	17
	F	23 237	5 686 517	755 956	4 930 560	212	728 295	31
26 - 30	M+F	29 610	5 801 938	1 340 740	4 461 198	151	693 555	23
	M	15 382	2 365 987	581 117	1 784 870	116	319 007	21
	F	14 228	3 435 951	759 624	2 676 327	188	374 548	26
31 - 35	M+F	31 074	7 941 562	1 519 245	6 422 317	207	1 048 703	34
	M	15 992	3 138 875	657 232	2 481 643	155	487 623	30
	F	15 082	4 802 687	862 013	3 940 674	261	561 081	37
36 - 40	M+F	32 185	8 033 528	1 588 673	6 444 854	200	1 117 130	35
	M	16 780	3 355 858	703 670	2 652 188	158	508 112	30
	F	15 405	4 677 670	885 003	3 792 666	246	609 018	40
41 - 45	M+F	32 706	7 905 688	1 705 681	6 200 007	190	989 640	30
	M	16 774	3 384 369	735 675	2 648 694	158	458 142	27
	F	15 932	4 521 318	970 006	3 551 312	223	531 498	33
46 - 50	M+F	38 787	10 171 322	2 048 092	8 123 230	209	1 356 910	35
	M	20 169	4 602 848	928 275	3 674 574	182	633 586	31
	F	18 618	5 568 473	1 119 817	4 448 657	239	723 324	39
51 - 55	M+F	41 284	13 433 044	2 364 860	11 068 185	268	1 914 333	46
	M	20 676	5 711 634	1 102 200	4 609 434	223	774 038	37
	F	20 608	7 721 410	1 262 659	6 458 751	313	1 140 296	55
56 - 60	M+F	38 480	16 346 147	2 263 796	14 082 352	366	2 722 177	71
	M	19 485	7 739 489	1 107 100	6 632 389	340	1 271 536	65
	F	18 996	8 606 658	1 156 696	7 449 963	392	1 450 641	76
61 - 65	M+F	31 608	15 559 912	1 876 831	13 683 081	433	2 632 459	83
	M	15 913	8 133 364	962 218	7 171 146	451	1 421 063	89
	F	15 695	7 426 548	914 613	6 511 935	415	1 211 396	77
66 - 70	M+F	25 705	16 545 887	1 325 804	15 220 083	592	3 093 150	120
	M	12 788	8 914 375	674 605	8 239 770	644	1 738 141	136
	F	12 917	7 631 512	651 199	6 980 313	540	1 355 009	105
71 - 75	M+F	22 519	18 040 989	1 300 629	16 740 361	743	3 544 928	157
	M	11 072	9 278 030	657 175	8 620 855	779	1 851 191	167
	F	11 447	8 762 960	643 454	8 119 506	709	1 693 737	148
76 - 80	M+F	16 394	16 442 568	1 011 922	15 430 646	941	3 419 701	209
	M	7 498	7 957 138	472 621	7 484 517	998	1 699 834	227
	F	8 896	8 485 430	539 301	7 946 129	893	1 719 866	193
81 - 85	M+F	9 228	11 615 156	616 425	10 998 731	1 192	2 566 013	278
	M	3 775	4 552 932	259 010	4 293 922	1 138	987 231	262
	F	5 453	7 062 224	357 415	6 704 809	1 229	1 578 782	290
86 - 90	M+F	4 989	7 221 308	354 260	6 867 048	1 376	1 650 402	331
	M	1 818	2 392 095	128 488	2 263 607	1 245	533 556	293
	F	3 171	4 829 213	225 773	4 603 441	1 452	1 116 845	352
91 +	M+F	2 360	4 676 158	187 575	4 488 582	1 902	1 117 027	473
	M	577	1 029 955	52 375	977 580	1 695	230 662	400
	F	1 783	3 646 203	135 201	3 511 002	1 969	886 365	497

## Erläuterung zur Tabelle:

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

## Anteil der Leistungen und der Staatsbeiträge nach Altersgruppe und Geschlecht 2019

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	16.0	4.8	-	5.4	20.7
Total 17+	M+F	84.0	95.2	100.0	94.6	79.3
17 - 25	M	42.1	43.0	46.0	42.5	36.4
	F	41.8	52.3	54.0	52.1	42.9
	M+F	9.8	5.3	6.4	5.2	3.1
26 - 30	M	5.0	2.1	2.7	2.0	1.1
	F	4.8	3.2	3.6	3.1	2.0
	M+F	6.1	3.3	6.4	2.8	1.9
31 - 35	M	3.2	1.3	2.8	1.1	0.9
	F	3.0	1.9	3.6	1.7	1.0
	M+F	6.5	4.5	7.3	4.1	2.9
36 - 40	M	3.3	1.8	3.2	1.6	1.3
	F	3.1	2.7	4.1	2.5	1.5
	M+F	6.7	4.5	7.6	4.1	3.1
41 - 45	M	3.5	1.9	3.4	1.7	1.4
	F	3.2	2.6	4.2	2.4	1.7
	M+F	6.8	4.5	8.2	4.0	2.7
46 - 50	M	3.5	1.9	3.5	1.7	1.3
	F	3.3	2.5	4.7	2.3	1.5
	M+F	8.1	5.7	9.8	5.2	3.7
51 - 55	M	4.2	2.6	4.5	2.3	1.7
	F	3.9	3.1	5.4	2.8	2.0
	M+F	8.6	7.6	11.4	7.1	5.2
56 - 60	M	4.3	3.2	5.3	2.9	2.1
	F	4.3	4.3	6.1	4.1	3.1
	M+F	8.0	9.2	10.9	9.0	7.4
61 - 65	M	4.0	4.4	5.3	4.2	3.5
	F	3.9	4.8	5.6	4.8	4.0
	M+F	6.6	8.8	9.0	8.7	7.2
66 - 70	M	3.3	4.6	4.6	4.6	3.9
	F	3.3	4.2	4.4	4.2	3.3
	M+F	5.3	9.3	6.4	9.7	8.5
71 - 75	M	2.7	5.0	3.2	5.3	4.8
	F	2.7	4.3	3.1	4.5	3.7
	M+F	4.7	10.2	6.2	10.7	9.7
76 - 80	M	2.3	5.2	3.2	5.5	5.1
	F	2.4	4.9	3.1	5.2	4.6
	M+F	3.4	9.3	4.9	9.8	9.3
81 - 85	M	1.6	4.5	2.3	4.8	4.6
	F	1.8	4.8	2.6	5.1	4.7
	M+F	1.9	6.5	3.0	7.0	7.0
86 - 90	M	0.8	2.6	1.2	2.7	2.7
	F	1.1	4.0	1.7	4.3	4.3
	M+F	1.0	4.1	1.7	4.4	4.5
91 +	M	0.4	1.3	0.6	1.4	1.5
	F	0.7	2.7	1.1	2.9	3.1
	M+F	0.5	2.6	0.9	2.9	3.1
	M	0.1	0.6	0.3	0.6	0.6
	F	0.4	2.1	0.6	2.2	2.4

## Leistungsbezüger und Bruttoleistungen pro Leistungsbezüger nach Altersgruppe, Geschlecht und Bruttokostengruppe 2019

Tabelle 1.23

		Leistungsbezüger				Durchschnittliche Bruttoleistungen pro Leistungsbezüger			
		Gesamt		Bruttokostengruppe		Gesamt		Bruttokostengruppe	
Altersgruppe	Geschlecht	0 - 10 000 CHF	10 001 -		0 - 10 000 CHF	10 001 -		0 - 10 000 CHF	50 000+ CHF
			50 000 CHF	50 000+ CHF		50 000 CHF	50 000+ CHF		
<b>Alle</b>	<b>M+F</b>	<b>42 606</b>	<b>38 670</b>	<b>3 502</b>	<b>434</b>	<b>4 168</b>	<b>1 815</b>	<b>20 846</b>	<b>79 195</b>
0 - 16	M+F	6 942	6 885	52	5	1 215	1 012	16 643	120 319
Total 17+	M+F	35 664	31 785	3 450	429	4 743	1 989	20 909	78 715
	M	18 042	16 307	1 530	205	4 227	1 684	20 874	82 328
	F	17 622	15 478	1 920	224	5 270	2 311	20 937	75 409
17 - 25	M+F	4 255	4 103	134	18	2 210	1 312	20 395	71 340
	M	2 161	2 102	54	5	1 719	1 093	20 718	59 683
	F	2 094	2 001	80	13	2 716	1 543	20 177	75 824
26 - 30	M+F	2 778	2 684	83	11	2 089	1 290	17 743	78 894
	M	1 454	1 416	31	7	1 627	867	21 829	65 983
	F	1 324	1 268	52	4	2 595	1 762	15 307	101 487
31 - 35	M+F	2 860	2 709	144	7	2 777	1 605	17 228	158 884
	M	1 489	1 446	38	5	2 108	992	18 874	197 337
	F	1 371	1 263	106	2	3 503	2 307	16 638	62 753
36 - 40	M+F	2 884	2 740	127	17	2 786	1 492	18 686	92 478
	M	1 520	1 467	44	9	2 208	1 052	22 081	93 388
	F	1 364	1 273	83	8	3 429	1 999	16 886	91 453
41 - 45	M+F	2 896	2 750	135	11	2 730	1 597	19 693	77 784
	M	1 500	1 442	51	7	2 256	1 215	20 035	87 238
	F	1 396	1 308	84	4	3 239	2 018	19 485	61 240
46 - 50	M+F	3 396	3 203	177	16	2 995	1 667	20 032	80 309
	M	1 789	1 713	66	10	2 573	1 387	21 721	79 270
	F	1 607	1 490	111	6	3 465	1 989	19 027	82 040
51 - 55	M+F	3 587	3 278	290	19	3 745	1 938	19 442	75 948
	M	1 817	1 689	122	6	3 143	1 698	19 769	71 976
	F	1 770	1 589	168	13	4 362	2 192	19 205	77 781
56 - 60	M+F	3 313	2 972	299	42	4 934	2 211	20 716	85 247
	M	1 695	1 516	160	19	4 566	2 024	20 189	75 823
	F	1 618	1 456	139	23	5 319	2 406	21 323	93 032
61 - 65	M+F	2 702	2 316	346	40	5 759	2 500	18 880	80 950
	M	1 368	1 167	177	24	5 945	2 442	18 689	82 339
	F	1 334	1 149	169	16	5 567	2 559	19 081	78 866
66 - 70	M+F	2 185	1 788	348	49	7 572	2 940	20 598	84 123
	M	1 094	881	190	23	8 148	2 925	21 743	95 941
	F	1 091	907	158	26	6 995	2 954	19 221	73 668
71 - 75	M+F	1 918	1 450	414	54	9 406	3 437	20 963	81 077
	M	945	708	206	31	9 818	3 529	20 583	81 921
	F	973	742	208	23	9 006	3 350	21 340	79 940
76 - 80	M+F	1 404	969	370	65	11 711	3 866	21 655	72 068
	M	650	440	178	32	12 242	3 732	21 982	75 064
	F	754	529	192	33	11 254	3 976	21 351	69 163
81 - 85	M+F	805	490	269	46	14 429	4 274	23 298	70 734
	M	335	209	107	19	13 591	4 226	21 013	74 807
	F	470	281	162	27	15 026	4 310	24 807	67 868
86 - 90	M+F	439	226	191	22	16 449	4 311	25 377	63 635
	M	160	80	74	6	14 951	3 850	23 416	58 556
	F	279	146	117	16	17 309	4 564	26 617	65 540
91 +	M+F	242	107	123	12	19 323	4 207	28 729	57 695
	M	65	31	32	2	15 845	4 214	24 453	58 409
	F	177	76	91	10	20 600	4 204	30 233	57 552

## Versicherte nach Bruttokostenstufe 2019

Tabelle 1.24

Bruttokostenstufe	Versicherte	Gesamt	Durchschnittliche	Anteil Versicherte	Anteil
		Bruttokosten	Bruttokosten pro		Bruttokosten
		in CHF	in CHF	in %	in %
<b>Alle</b>	<b>42 606</b>	<b>177 572 248</b>	<b>4 168</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
CHF 0	5 908	-89 587	-15	13.9	-0.1
CHF 1 - 1 000	14 340	5 996 694	418	33.7	3.4
CHF 1 001 - 2 000	6 231	8 982 961	1 442	14.6	5.1
CHF 2 001 - 3 000	3 704	9 117 915	2 462	8.7	5.1
CHF 3 001 - 4 000	2 532	8 790 511	3 472	5.9	5.0
CHF 4 001 - 5 000	1 751	7 837 206	4 476	4.1	4.4
CHF 5 001 - 6 000	1 270	6 962 530	5 482	3.0	3.9
CHF 6 001 - 7 000	994	6 433 583	6 472	2.3	3.6
CHF 7 001 - 8 000	783	5 861 811	7 486	1.8	3.3
CHF 8 001 - 9 000	667	5 658 006	8 483	1.6	3.2
CHF 9 001 - 10 000	490	4 649 111	9 488	1.2	2.6
CHF 10 001 - 15 000	1 378	16 683 760	12 107	3.2	9.4
CHF 15 001 - 20 000	726	12 551 533	17 289	1.7	7.1
CHF 20 001 - 25 000	424	9 474 226	22 345	1.0	5.3
CHF 25 001 - 30 000	301	8 222 767	27 318	0.7	4.6
CHF 30 001 - 35 000	217	7 017 252	32 338	0.5	4.0
CHF 35 001 - 40 000	178	6 637 044	37 287	0.4	3.7
CHF 40 001 - 45 000	155	6 595 960	42 555	0.4	3.7
CHF 45 001 - 50 000	123	5 818 479	47 305	0.3	3.3
CHF 50 001 - 60 000	163	8 837 305	54 217	0.4	5.0
CHF 60 001 - 70 000	81	5 253 766	64 861	0.2	3.0
CHF 70 001 - 80 000	56	4 180 511	74 652	0.1	2.4
CHF 80 001 - 90 000	33	2 829 879	85 754	0.1	1.6
CHF 90 001 - 100 000	23	2 178 506	94 718	0.1	1.2
CHF 100 000+	78	11 090 522	142 186	0.2	6.2

**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 2019

Tabelle 2.1

Kontenbezeichnung	Konto	in CHF		
		Total	Einzelversicherung	Kollektivversicherung
<b>Ertrag</b>				
Prämiensoll	61	39 911 576	1 812 729	38 098 847
Erlösminderungen für Prämien	64	-1 811	-965	-846
Andere Prämienanteile	65	-4 840	-104	-4 736
Bruttoprämien	= 61 bis 65	39 904 925	1 811 660	38 093 265
Prämienanteile der Rückversicherer	66	-285 534	-6 121	-279 414
Versicherungsprämien	= 61 bis 66	39 619 391	1 805 539	37 813 851
Staatsbeiträge	67	-	-	-
Sonstige Betriebserträge	69	2	0	2
Versicherungsertrag	= 6	39 619 392	1 805 539	37 813 853
<b>Aufwand</b>				
Nettoleistungen	31	-31 005 213	-1 334 844	-29 670 369
Veränderung der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	35	-1 298 667	-58 023	-1 240 644
Nettoleistungen nach Rückstellungen	= 31 bis 35	-32 303 880	-1 392 867	-30 911 013
Leistungsanteile der Rückversicherer	36	-	-	-
Veränderung der gesetzlichen Mindestreserven	38	-	-	-
Versicherungsaufwand	= 3	-32 303 880	-1 392 867	-30 911 013
Personalaufwand inkl. Sozialleistungen	400	-1 082 564	-42 787	-1 039 777
Verwaltungsräumlichkeiten, Unterhalt, usw.	410	-109 973	-4 446	-105 527
EDV-Kosten	420	-252 744	-8 168	-244 576
Versicherungsprämien und Verbandsbeiträge	430	-25 167	-1 163	-24 004
Übriger Verwaltungsaufwand	440	-186 028	-7 063	-178 965
Marketing und Werbung inkl. Provisionen	450	-1 484 262	-66 596	-1 417 666
Erhaltene Verwaltungsentschädigung	460	95 445	836	94 609
Verwaltungsaufwand	= 40 bis 46	-3 045 293	-129 387	-2 915 906
Sonstige Aufwendungen für Leistungen	47	-95 977	-2 700	-93 277
Abschreibungen auf Anlagevermögen	48	-32 124	-847	-31 278
Sonstige Betriebsaufwendungen	49	-3 734	-14	-3 721
Betriebsaufwand	= 4	-3 177 128	-132 947	-3 044 182
Versicherungs- und Betriebsaufwand	= 3+4	-35 481 009	-1 525 814	-33 955 195
<b>Betriebsergebnis</b>	<b>6-3-4</b>	<b>4 138 383</b>	<b>279 726</b>	<b>3 858 658</b>
Neutraler Aufwand und Ertrag	7	1 339 126	86 227	1 252 899
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>= 6-3-4+7</b>	<b>5 477 510</b>	<b>365 953</b>	<b>5 111 557</b>
Reserven	CHF	22 610 686		
Rückstellungen	CHF	6 218 705		

## Prämien und Nettoleistungen nach Geschlecht 2019

Tabelle 2.2

	Total	Einzelversicherung	Kollektivversicherung
	in CHF		
<b>Prämiensoll</b>			
<b>Gesamt</b>	<b>39 911 576</b>	<b>1 812 729</b>	<b>38 098 847</b>
Frauen	11 622 225	841 305	10 780 920
Männer	28 289 351	971 424	27 317 927
<b>Nettoleistungen</b>			
<b>Gesamt</b>	<b>31 005 213</b>	<b>1 334 844</b>	<b>29 670 369</b>
Frauen	13 044 320	668 543	12 375 777
davon Mutterschaft	5 575 385	150 916	5 424 470
Männer	17 960 893	666 301	17 294 593

## Ausbezahlte Taggelder 2019

Tabelle 2.3

Wartefrist	Anzahl Tage	Betrag in CHF
<b>Gesamt</b>	<b>230 412</b>	<b>31 005 213</b>
bis zur gesetzlichen Frist	29 183	5 644 776
ab der gesetzlichen Frist bis 30 Tage	127 466	14 722 418
31 bis 60 Tage	31 388	5 474 624
61 bis 90 Tage	35 840	4 438 232
91 bis 180 Tage	3 477	412 750
181 bis 360 Tage	3 058	312 413

### Erläuterung zur Tabelle:

Gesetzliche Frist: 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 2019

Tabelle 3.1

Kontobezeichnung	Konto	in CHF		
		Total	Einzelversicherung	Kollektivversicherung
<b>Ertrag</b>				
Prämiensoll	63	55 569 501	12 317 774	43 251 727
Erlösminderungen für Prämien	64	93 670	-1 889	95 559
Andere Prämienanteile	65	-4 616	-2 168	-2 449
Bruttoprämien	= 63 bis 65	55 658 554	12 313 717	43 344 837
Prämienanteile der Rückversicherer	66	-266 072	-66 775	-199 296
Versicherungsprämien	= 63 bis 66	55 392 482	12 246 942	43 145 540
Staatsbeiträge	67	-	-	-
Sonstige Betriebserträge	69	472	217	255
Versicherungsertrag	= 6	55 392 954	12 247 159	43 145 796
<b>Aufwand</b>				
Bruttoleistungen	331	-35 935 214	-8 618 208	-27 317 006
Kostenbeteiligung der Versicherten	332	196 845	39 832	157 013
Nettoleistungen	= 33	-35 738 369	-8 578 376	-27 159 992
Veränderungen der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	35	-2 222 319	-993 852	-1 228 467
Nettoleistungen nach Rückstellungen	= 33 bis 35	-37 960 687	-9 572 228	-28 388 459
Leistungsanteile der Rückversicherer	36	214 476	14 033	200 442
Veränderung der gesetzlichen Mindestreserven	38	-	-	-
Versicherungsaufwand	= 3	-37 746 212	-9 558 195	-28 188 017
Personalaufwand inkl. Sozialleistungen	400	-6 978 224	-1 117 159	-5 861 065
Verwaltungsräumlichkeiten, Unterhalt, usw.	410	-672 162	-115 043	-557 119
EDV-Kosten	420	-880 908	-166 199	-714 710
Versicherungsprämien und Verbandsbeiträge	430	-116 053	-18 356	-97 697
Übriger Verwaltungsaufwand	440	-997 142	-182 485	-814 657
Marketing und Werbung inkl. Provisionen	450	-1 087 094	-351 323	-735 771
Erhaltene Verwaltungsentschädigung	460	52 161	10 334	41 827
Verwaltungsaufwand	= 40 bis 46	-10 679 423	-1 940 232	-8 739 191
Sonstige Aufwendungen für Leistungen	47	-112 822	-41 636	-71 185
Abschreibungen auf Anlagevermögen	54	-28 238	-13 881	-14 357
Sonstige Betriebsaufwendungen	49	-1 574	-723	-852
Betriebsaufwand	= 4	-10 822 057	-1 996 471	-8 825 585
Versicherungs- und Betriebsaufwand	= 3+4	-48 568 268	-11 554 666	-37 013 602
<b>Betriebsergebnis</b>	<b>6-3-4</b>	<b>6 824 686</b>	<b>692 493</b>	<b>6 132 193</b>
Neutraler Aufwand und Ertrag	7	2 348 997	315 363	2 033 634
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>= 6-3-4+7</b>	<b>9 173 683</b>	<b>1 007 856</b>	<b>8 165 827</b>
Reserven	CHF	50 544 734		
Rückstellungen	CHF	13 563 478		

## Prämien und Bruttoleistungen nach Geschlecht 2019

Tabelle 3.2

	Total	Einzelversicherung	Kollektivversicherung
	in CHF		
<b>Prämiensoll</b>			
<b>Gesamt</b>	<b>55 569 501</b>	<b>12 317 774</b>	<b>43 251 727</b>
Frauen	29 579 441	7 045 994	22 533 446
Männer	25 990 060	5 271 779	20 718 281
<b>Bruttoleistungen</b>			
<b>Gesamt</b>	<b>35 935 214</b>	<b>8 618 208</b>	<b>27 317 006</b>
Frauen	19 707 537	5 486 374	14 221 163
davon Mutterschaft	753 400	134 774	618 626
Männer	16 227 676	3 131 834	13 095 843



## 4 Gesamtgeschäft der Versicherer

## Betriebsrechnung 2019

Tabelle 4.1

Kontobezeichnung	Konto	CHF	Anteil in %
<b>Ertrag</b>			
Prämien Obligatorische Krankenpflegeversicherung	60	130 328 007	49.8
Prämien Obligatorische Krankengeldversicherung	61	39 911 576	15.2
Prämien Freiwillige Versicherungen	63	55 569 501	21.2
Prämiensoll	= 60 bis 63	225 809 084	86.3
Erlösminderung auf Prämien	64	-48 376	-0.0
Andere Prämienanteile	65	-22 870	-0.0
Bruttoprämien	= 60 bis 65	225 737 839	86.2
Prämienanteile der Rückversicherer	66	-532 492	-0.2
Eigene Versicherungsprämien	= 60 bis 66	225 205 347	86.0
Staatsbeiträge	67	36 580 997	14.0
Sonstige Betriebserträge	69	2 546	0.0
Versicherungsertrag	= 6	261 788 890	100.0
<b>Aufwand</b>			
Obligatorische Krankenpflegeversicherung	300	-177 743 492	70.3
Kostenbeteiligung der oblig. Krankenpflegeversicherung	302	20 832 876	-8.2
Obligatorische Krankengeldversicherung	31	-31 005 213	12.3
Freiwillige Versicherungen	331	-35 935 214	14.2
Kostenbeteiligung der freiwilligen Versicherungen	332	196 845	-0.1
Nettoleistungen	= 30 bis 33	-223 654 198	88.5
Veränderung der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	35	-6 287 611	2.5
Nettoleistungen nach Rückstellungen	= 30 bis 35	-229 941 809	91.0
Leistungsanteile der Rückversicherer	36	316 239	-0.1
Risikoausgleich	37	403 279	-0.2
Veränderung der gesetzlichen Mindestreserven	38	-417 000	0.2
Versicherungsaufwand	= 3	-229 639 291	90.8
Personalaufwand inkl. Sozialleistungen	400	-13 881 135	5.5
Verwaltungsräumlichkeiten, Unterhalt, usw.	410	-1 354 945	0.5
EDV-Kosten	420	-2 003 033	0.8
Versicherungsprämien und Verbandsbeiträge	430	-251 104	0.1
Übriger Verwaltungsaufwand	440	-2 039 129	0.8
Marketing und Werbung inkl. Provisionen	450	-3 241 111	1.3
Erhaltene Verwaltungsentschädigung	460	205 005	-0.1
Verwaltungsaufwand	= 40 bis 46	-22 565 453	8.9
Sonstige Aufwendungen für Leistungen	47	-450 509	0.2
Abschreibungen auf Anlagevermögen	48	-116 405	0.0
Sonstige Betriebsaufwendungen	49	-10 058	0.0
Betriebsaufwand	= 4	-23 142 425	9.2
Versicherungs- und Betriebsaufwand	= 3+4	-252 781 716	100.0
<b>Betriebsergebnis</b>	= 6-3-4	9 007 174	
Neutraler Aufwand und Ertrag	7	8 494 382	
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>=6-3-4+7</b>	<b>17 501 556</b>	

**Reserven und Rückstellungen der Krankenkassen per 31.12.2019**

Tabelle 4.2

	<b>CHF</b>
<b>Reserven</b>	<b>149 014 339</b>
Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)	74 596 005
Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG)	22 610 686
Freiwillige Versicherungen (FV)	50 544 734
Übriges Eigenkapital	1 262 913
<b>Versicherungstechnische Rückstellungen</b>	<b>92 279 933</b>
Ordentliche oblig. Krankenpflegeversicherung	51 604 726
Oblig. Krankengeldversicherung	6 218 705
Freiwillige Versicherungen	13 563 478
Rückstellungen für Überschussbeteiligungen	1 100 000
Risikoausgleich	2 500 000
Fonds	17 293 025



## 5 Arzneimittel

## Kassenpflichtige Arzneimittel nach therapeutischen Gruppen 2019

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>527 658</b>	<b>100.0</b>	<b>29 282 266</b>	<b>100.0</b>	<b>19 741 299</b>	<b>100.0</b>
Stoffwechsel	147 878	28.0	12 480 032	42.6	9 133 392	46.3
Nervensystem	97 357	18.5	4 475 785	15.3	2 899 699	14.7
Herz und Kreislauf	48 994	9.3	2 567 723	8.8	1 465 682	7.4
Gastroenterologica	41 045	7.8	1 203 063	4.1	658 851	3.3
Dermatologica	35 085	6.6	692 729	2.4	361 614	1.8
Lunge und Atmung	30 898	5.9	982 667	3.4	599 004	3.0
Infektionskrankheiten	31 302	5.9	2 235 865	7.6	1 483 623	7.5
Oto-Rhinolaryngologica	23 377	4.4	258 620	0.9	123 846	0.6
Blut	23 877	4.5	1 949 160	6.7	1 431 329	7.3
Ophtalmologica	22 401	4.2	1 118 724	3.8	762 556	3.9
Nieren und Wasserhaushalt	13 770	2.6	646 601	2.2	385 853	2.0
Diagnostica	5 727	1.1	436 668	1.5	306 092	1.6
Gynaecologica	5 514	1.0	191 161	0.7	98 465	0.5
Antidota	401	0.1	34 491	0.1	24 792	0.1
Kationenaustauscher	16	0.0	924	0.0	576	0.0
Radio-Nuklide	16	0.0	8 053	0.0	5 927	0.0

**Erläuterung zur Tabelle:**

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.

Generikanteil: In der Tabelle 12 wird ergänzend der Generikaanteil ausgewiesen.

## 6 Prämienverbilligung

## Anzahl Bezüger nach Altersgruppe und Geschlecht 2019

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>2 937</b>	<b>1 699</b>	<b>1 238</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
Anteil in %		57.8	42.2		
17 - 25 Jahre	353	160	193	12.0	11.9
26 - 65 Jahre	1 560	838	722	53.1	67.6
65+ Jahre	1 024	701	323	34.9	20.5

## Anzahl Bezüger nach Zivilstand, Fördersatz und Geschlecht 2019

Tabelle 6.2

	Alleinstehend/ Alleinerziehend				Verheiratet			
	Beiträge an Prämien / Kostenbeteiligung							
	60% / 40%		40% / 30%		60% / 40%		40% / 30%	
Total Bezüger	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
2 937	704	640	682	284	164	162	149	152
100.0%	24.0%	21.8%	23.2%	9.7%	5.6%	5.5%	5.1%	5.2%

## Erläuterung zur Tabelle:

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

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

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

## Lesebeispiel:

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

## Total ausbezahlte Pämienverbilligung nach Zivilstand und Geschlecht 2019

Tabelle 6.3.1

Gesamt			Alleinstehend/ Alleinerziehend			Verheiratet		
Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer
in CHF								
6 056 128	3 491 279	2 448 995	4 610 307	2 815 529	1 794 778	1 329 966	667 261	644 431
100.0%	57.6%	40.4%	76.1%	46.5%	29.6%	22.0%	11.2%	10.8%

## Beiträge an Prämien nach Zivilstand und Geschlecht 2019

Tabelle 6.3.2

Gesamt			Alleinstehend/ Alleinerziehend			Verheiratet		
Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer
in CHF								
5 475 560	3 162 236	2 313 324	4 285 072	2 557 494	1 727 578	1 190 488	604 743	585 746
100.0%	57.8%	42.2%	78.3%	46.7%	31.6%	21.7%	11.0%	10.7%

## Beiträge an Kostenbeteiligung nach Zivilstand und Geschlecht 2019

Tabelle 6.3.3

Gesamt			Alleinstehend/ Alleinerziehend			Verheiratet		
Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer
in CHF								
580 568	357 848	222 720	459 365	295 330	164 035	121 203	62 518	58 685
100.0%	61.6%	38.4%	79.1%	50.9%	28.3%	20.9%	10.8%	10.1%

## Total ausbezahlte Prämienverbilligung nach Altersgruppe, Zivilstand und Geschlecht 2019

Tabelle 6.4.1

	Total	Frauen	Männer	Ø Total	Ø Frauen	Ø Männer
	in CHF			in CHF pro Person		
Total - ausbezahlte Prämienverbilligung	6 056 128	3 520 084	2 536 044	2 062	2 072	2 049
17 - 25 Jahre	557 143	261 983	295 160	1 578	1 637	1 529
26 - 65 Jahre	3 354 692	1 804 830	1 549 862	2 150	2 154	2 147
Über 65 Jahre	2 144 293	1 453 271	691 022	2 094	2 073	2 139
Alleinstehend / Alleinerziehend	4 744 437	2 852 823	1 891 613	2 054	2 058	2 047
Verheiratet	1 311 691	667 261	644 431	2 092	2 071	2 113

## Beiträge an Prämien nach Altersgruppe, Zivilstand und Geschlecht 2019

Tabelle 6.4.2

	Total	Frauen	Männer	Ø Total	Ø Frauen	Ø Männer
	in CHF			in CHF pro Person		
Total - Beiträge an Prämien	5 475 560	3 162 236	2 313 324	1 864	1 861	1 869
17 - 25 Jahre	520 461	242 137	278 324	1 474	1 513	1 442
26 - 65 Jahre	3 015 146	1 609 230	1 405 915	1 933	1 920	1 947
Über 65 Jahre	1 939 953	1 310 869	629 085	1 894	1 870	1 948
Alleinstehend / Alleinerziehend	4 285 072	2 557 494	1 727 578	1 855	1 845	1 870
Verheiratet	1 190 488	604 743	585 746	1 899	1 871	1 926

## Beiträge an Kostenbeteiligung nach Altersgruppe, Zivilstand und Geschlecht 2019

Tabelle 6.4.3

	Total	Frauen	Männer	Ø Total	Ø Frauen	Ø Männer
	in CHF			in CHF pro Person		
Total - Beiträge an Kostenbeteiligung	580 568	357 848	222 720	198	211	180
17 - 25 Jahre	36 682	19 846	16 836	104	124	87
26 - 65 Jahre	339 546	195 599	143 947	218	233	199
Über 65 Jahre	204 339	142 402	61 937	200	203	192
Alleinstehend / Alleinerziehend	459 365	295 330	164 035	199	213	178
Verheiratet	121 203	62 518	58 685	193	200	187

### Erläuterung zur Tabelle:

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

## Prämienverbilligung, Art des Beitrages, Anzahl Bezüger und Bezügerquote nach Wohnort 2019

Tabelle 6.5

Wohnort	Total ausbezahlte Prämienverbilligung	davon für Prämien	davon für Kosten- beteiligung	Anteil am Total	Bezüger			Bezügerquote in %		
	in CHF			in %	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer
<b>Gesamt</b>	<b>6 056 128</b>	<b>5 475 560</b>	<b>580 568</b>	<b>100.0</b>	<b>2 937</b>	<b>1 699</b>	<b>1 238</b>	<b>9.1</b>	<b>10.3</b>	<b>7.8</b>
Oberland	3 828 855	3 456 241	372 613	63.1	1 820	1 044	776	8.7	9.8	7.6
Vaduz	1 049 440	945 474	103 966	17.3	477	280	197	9.7	11.0	8.2
Triesen	857 936	778 184	79 753	14.2	417	237	180	9.4	10.5	8.4
Balzers	590 612	531 690	58 921	9.7	282	162	120	7.4	8.4	6.5
Triesenberg	324 984	294 183	30 801	5.4	163	90	73	7.2	8.2	6.3
Schaan	958 135	864 444	93 690	15.8	458	264	194	9.0	10.0	7.8
Planken	47 748	42 265	5 483	0.8	23	11	12	6.1	5.6	6.5
Unterland	2 037 835	1 848 750	189 084	33.8	1 001	590	411	8.8	10.2	7.3
Eschen	746 036	673 530	72 506	12.3	373	224	149	10.1	11.9	8.3
Mauren	667 303	604 234	63 069	11.0	322	182	140	8.9	9.9	7.8
Gamprin	202 788	183 626	19 162	3.4	98	55	43	7.2	8.2	6.2
Ruggell	217 926	202 719	15 208	3.7	112	66	46	6.1	7.0	5.2
Schellenberg	203 781	184 642	19 140	3.4	96	63	33	10.5	13.3	7.6
Ausland	189 439	170 568	18 871	3.1	116	65	51	*	*	*

### 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 2019

Tabelle 7.1

	Betrag CHF	Anteil in %
<b>Gesamt</b>	<b>75 538 869</b>	<b>100.0</b>
Staatsbeiträge an Krankenkassen	36 591 430	48.4
Staatsbeiträge an Spitäler	32 711 311	43.3
Prämienverbilligung gemäss Landesrechnung	6 056 128	8.0
Krankenkassenverband, Landesbeitrag	180 000	0.2

### Erläuterung zur Tabelle:

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

Prämienverbilligung: Darin enthalten sind Beiträge an Prämien und Kostenbeteiligung.

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

## Staatsbeiträge an Spitäler 2019

Tabelle 7.2

Spital	Betrag CHF	Anteil in %
<b>Gesamt</b>	<b>32 711 311</b>	<b>100.0</b>
Liechtensteinisches Landesspital Vaduz	11 184 427	34.2
Beiträge an Spitäler in der Schweiz	20 826 126	63.7
Beiträge an Spitäler in Vorarlberg	700 758	2.1

## Zeitreihen

### 8 Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

## Versicherer und Versicherte seit 2010

Tabelle 8.1

	Versicherer der obligatorischen Krankenpflege	Versicherten- bestand am 31.12.	Erwachsene			Jugendliche	Kinder
			Gesamt	Frauen	Männer		
2010	3	36 601	28 077	14 219	13 858	1 764	6 760
2011	3	36 981	28 475	14 435	14 040	1 751	6 755
2012	3	37 590	29 125	14 679	14 446	1 758	6 707
2013	3	38 006	29 575	14 844	14 731	1 772	6 659
2014	3	38 764	30 295	15 101	15 194	1 802	6 667
2015	3	39 142	30 676	15 280	15 396	1 803	6 663
2016	3	39 444	31 025	15 418	15 607	1 741	6 678
2017	3	39 746	31 404	15 632	15 772	1 756	6 586
2018	3	39 871	31 618	15 771	15 847	1 672	6 581
2019	3	40 306	32 022	15 939	16 083	1 655	6 629

## Anzahl Versicherer nach Versichertenbestand seit 2010

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
2010	3	1	-	-	-	1	1
2011	3	1	-	-	-	1	1
2012	3	-	1	-	-	1	1
2013	3	-	1	-	-	1	1
2014	3	-	1	-	-	1	1
2015	3	-	-	1	-	1	1
2016	3	-	-	1	-	1	1
2017	3	-	-	-	1	1	1
2018	3	-	-	-	1	1	1
2019	3	-	-	-	1	1	1

## Zusammenfassung der Betriebsrechnungen seit 2010

Tabelle 8.3

	Prämiensoll	Bruttoleistungen	Kostenbeteiligung	Nettoleistungen	Betriebsaufwand	Gesamtergebnis vor Staatsbeiträgen	Staatsbeiträge	Gesamtergebnis nach Staatsbeiträgen
in CHF								
2010	83 487 554	137 542 777	9 351 883	128 190 893	7 269 487	-51 584 103	64 914 687	13 330 584
2011	90 058 786	143 240 061	9 596 018	133 644 043	7 502 689	-59 896 600	61 131 675	1 235 075
2012	93 498 156	143 289 471	9 751 259	133 538 212	7 442 197	-48 474 436	62 819 695	14 345 259
2013	97 164 302	164 063 245	10 349 301	153 713 944	8 545 638	-69 434 607	60 723 480	-8 711 127
2014	114 437 483	166 225 895	10 440 953	155 784 942	8 674 549	-47 211 634	49 490 955	2 279 321
2015	130 396 838	167 317 275	10 636 290	156 680 985	8 624 704	-39 280 992	39 679 595	398 603
2016	137 296 401	170 108 927	10 679 956	159 428 970	9 225 220	-31 690 887	41 955 551	10 264 664
2017	128 355 832	171 919 012	19 207 280	152 711 731	9 895 938	-29 954 820	39 264 048	9 309 228
2018	129 595 264	168 248 513	19 928 803	148 319 710	9 703 291	-41 087 426	36 102 068	-4 985 358
2019	130 328 007	177 743 492	20 832 876	156 910 616	9 143 240	-33 730 633	36 580 997	2 850 364

## Zusammenfassung der Betriebsrechnungen pro versicherte Person seit 2010

Tabelle 8.4

	Prämiensoll	Bruttoleistungen	Kostenbeteiligung	Nettoleistungen	Betriebsaufwand	Gesamtergebnis vor Staatsbeiträgen	Staatsbeiträge	Gesamtergebnis nach Staatsbeiträgen
in CHF								
2010	2 281	3 758	256	3 502	199	-1 409	1 774	364
2011	2 435	3 873	259	3 614	203	-1 620	1 653	33
2012	2 487	3 812	259	3 552	198	-1 290	1 671	382
2013	2 557	4 317	272	4 044	225	-1 827	1 598	-229
2014	2 952	4 288	269	4 019	224	-1 218	1 277	59
2015	3 331	4 275	272	4 003	220	-1 004	1 014	10
2016	3 481	4 313	271	4 042	234	-803	1 064	260
2017	3 229	4 325	483	3 842	249	-754	988	234
2018	3 250	4 220	500	3 720	243	-1 031	905	-125
2019	3 233	4 410	517	3 893	227	-837	908	71

## 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 2015

Tabelle 8.5

Kontenbezeichnung	Konto	in CHF				
		2015	2016	2017	2018	2019
Prämiensoll	60	130 396 838	137 296 401	128 355 832	129 595 264	130 328 007
Erlösminderungen für Prämien	64	-880 728	-556 125	-470 938	-192 429	-140 234
Andere Prämienanteile	65	-	-20 869	-40 963	-39 098	-13 413
Bruttoprämien	= 60 bis 65	129 516 110	136 719 407	127 843 932	129 363 737	130 174 360
Prämienanteile der Rückversicherer	66	-40 849	-13 670	-50 242	-58 122	19 114
Versicherungsprämien	= 60 bis 66	129 475 261	136 705 737	127 793 690	129 305 615	130 193 474
Staatsbeiträge	67	39 679 595	41 955 551	39 264 048	36 102 068	36 580 997
Sonstige Betriebserträge	69	920	1 788	1 959	1 327	2 072
Versicherungsertrag	= 6	169 155 777	178 663 075	167 059 697	165 409 010	166 776 543
Bruttoleistungen	300	-167 317 275	-170 108 927	-171 919 012	-168 248 513	-177 743 492
Kostenbeteiligung der Versicherten	302	10 636 290	10 679 956	19 207 280	19 928 803	20 832 876
Nettoleistungen	= 30 bis 33	-156 680 985	-159 428 970	-152 711 731	-148 319 710	-156 910 616
Veränderung der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	35	-3 400 979	-424 307	1 812 349	587 936	-2 766 625
Nettoleistungen nach Rückstellungen	= 30 bis 35	-160 081 964	-159 853 277	-150 899 382	-147 731 774	-159 677 241
Leistungsanteile der Rückversicherer	36	-	-	99 612	6 829	101 764
Risikoausgleich	37	-1 945	-100 679	1 401 143	-827 327	403 279
Veränderung der gesetzlichen Mindestreserven	38	-	-462 299	-248 300	-849 600	-417 000
Versicherungsaufwand	= 3	-160 083 909	-160 416 255	-149 646 927	-149 401 872	-159 589 198
Verwaltungsaufwand	= 40 bis 46	-8 460 580	-8 937 173	-9 566 277	-9 484 236	-8 840 737
Sonstige Aufwendungen	= 47 bis 49	-164 124	-288 047	-329 661	-219 055	-302 503
Betriebsaufwand	= 4	-8 624 704	-9 225 220	-9 895 938	-9 703 291	-9 143 240
Versicherungs- und Betriebsaufwand	= 3+4	-168 708 613	-169 641 476	-159 542 865	-159 105 163	-168 732 439
<b>Betriebsergebnis</b>	<b>= 6-3-4</b>	<b>447 164</b>	<b>9 021 600</b>	<b>7 516 833</b>	<b>6 303 847</b>	<b>-1 955 895</b>
Neutraler Aufwand und Ertrag	7	-48 561	1 243 064	1 792 395	-11 289 205	4 806 259
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>= 6-3-4+7</b>	<b>398 603</b>	<b>10 264 664</b>	<b>9 309 228</b>	<b>-4 985 358</b>	<b>2 850 364</b>
Reserven		54 908 259	66 174 120	76 285 624	71 317 846	74 596 005
Rückstellungen		50 814 079	51 238 386	49 426 037	48 838 101	51 604 726

## Erläuterung zur Tabelle:

2018: Die Position Neutraler Aufwand und Ertrag enthält CHF 7.9 Mio. aus der Auflösung von Reserven einer Versicherung für Rückzahlungen an die Versicherten.

## Veränderung von ausgewählten Aufwand- und Ertragspositionen seit 2015

Tabelle 8.6

Kontenbezeichnung	Konto	in %	2015	2016	2017	2018	2019	seit 2015
Prämiensoll	60		13.9	5.3	-6.5	1.0	0.6	-0.0
Bruttoprämien	= 60 bis 65		13.7	5.6	-6.5	1.2	0.6	0.1
Staatsbeiträge	67		-19.8	5.7	-6.4	-8.1	1.3	-2.0
Versicherungsertrag	= 6		3.6	5.6	-6.5	-1.0	0.8	-0.4
Bruttoleistungen	300		0.7	1.7	1.1	-2.1	5.6	1.5
Kostenbeteiligung der Versicherten	302		1.9	0.4	79.8	3.8	4.5	18.3
Nettoleistungen	= 30 bis 33		0.6	1.8	-4.2	-2.9	5.8	0.0
Nettoleistungen nach Rückstellungen	= 30 bis 35		3.2	-0.1	-5.6	-2.1	8.1	-0.1
Versicherungsaufwand	= 3		1.6	0.2	-6.7	-0.2	6.8	-0.1
Betriebsaufwand	= 4		-0.6	7.0	7.3	-1.9	-5.8	1.5
Versicherungs- und Betriebsaufwand	= 3+4		1.5	0.6	-6.0	-0.3	6.1	0.0
Reserven			2.8	20.5	15.3	-6.5	4.6	8.0

## Bruttoprämien nach Personengruppe seit 2010

Tabelle 8.7

	Gesamt	Erwachsene		Jugendliche	Kinder	
		Gesamt	Frauen			Männer
	in CHF					
2010	83 487 554	80 916 695	41 447 800	39 468 895	2 570 860	-
2011	90 058 786	87 321 642	44 755 161	42 566 481	2 737 144	-
2012	93 498 156	90 694 220	46 248 069	44 446 151	2 803 936	-
2013	97 164 302	94 280 342	47 939 328	46 341 015	2 883 960	-
2014	114 437 483	110 964 913	56 213 615	54 751 297	3 352 260	120 310
2015	130 396 838	126 491 450	63 841 718	62 649 732	3 766 829	138 560
2016	137 296 401	133 333 116	67 262 479	66 070 637	3 804 542	158 742
2017	128 355 832	124 590 080	62 974 618	61 615 462	3 594 206	171 546
2018	129 595 264	125 936 248	63 826 482	62 109 765	3 474 096	184 920
2019	130 328 007	126 674 392	64 249 839	62 424 552	3 452 037	201 579
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	0.6	0.6	0.7	0.5	-0.6	9.0
Ø jährliche Veränderung seit 2010 in %	5.1	5.1	5.0	5.2	3.3	*

## Bruttoleistungen nach Personengruppe seit 2010

Tabelle 8.8

	Gesamt	Erwachsene		Jugendliche	Kinder	
		Gesamt	Frauen			Männer
	in CHF					
2010	137 542 777	125 486 213	70 582 832	54 903 381	3 373 215	8 683 349
2011	143 240 061	131 829 693	74 362 385	57 467 308	2 992 362	8 418 005
2012	143 289 471	132 311 105	76 099 614	56 211 491	2 833 890	8 144 476
2013	164 063 245	150 273 058	85 597 639	64 675 419	3 912 284	9 877 902
2014	166 225 895	153 291 089	87 221 303	66 069 786	3 929 905	9 004 901
2015	167 317 275	155 003 362	86 900 730	68 102 632	3 671 594	8 642 319
2016	170 108 927	157 237 300	87 387 235	69 850 064	4 137 615	8 734 012
2017	171 919 012	159 341 210	89 351 937	69 989 274	3 866 602	8 711 199
2018	168 248 513	156 075 493	84 709 081	71 366 412	3 043 526	9 129 495
2019	177 743 492	165 348 585	90 639 346	74 709 240	3 785 721	8 609 186
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	5.6	5.9	7.0	4.7	24.4	-5.7
Ø jährliche Veränderung seit 2010 in %	2.9	3.1	2.8	3.5	1.3	-0.1

## Kostenbeteiligung nach Personengruppe seit 2010

Tabelle 8.9

	Gesamt	Erwachsene	Jugendliche	Kinder
	in CHF			
2010	9 351 883	9 351 550	275	58
2011	9 596 018	9 593 945	1 888	185
2012	9 751 259	9 745 717	6 174	-632
2013	10 349 301	10 343 280	6 021	-
2014	10 440 953	10 431 754	9 199	-
2015	10 636 290	10 626 009	10 280	-
2016	10 679 956	10 658 545	21 411	-
2017	19 207 280	19 205 825	1 456	-
2018	19 928 803	19 928 803	-	-
2019	20 832 876	20 832 876	-	-
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	4.5	4.5	-	*
Ø jährliche Veränderung seit 2010 in %	9.3	9.3	*	*

### 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 2010

Tabelle 8.10

	Gesamt	Erwachsene	Jugendliche	Kinder
	in CHF			
2010	128 190 895	116 134 663	3 372 941	8 683 290
2011	133 644 044	122 235 749	2 990 474	8 417 820
2012	133 538 213	122 565 388	2 827 716	8 145 109
2013	153 713 944	139 929 779	3 906 263	9 877 902
2014	155 784 942	142 859 335	3 920 705	9 004 901
2015	156 680 985	144 377 352	3 661 314	8 642 319
2016	159 428 970	146 578 754	4 116 204	8 734 012
2017	152 711 731	140 135 385	3 865 147	8 711 199
2018	148 319 710	136 146 689	3 043 526	9 129 495
2019	156 910 616	144 515 709	3 785 721	8 609 186
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	5.8	6.1	24.4	-5.7
Ø jährliche Veränderung seit 2010 in %	2.3	2.5	1.3	-0.1

## Bruttoprämien pro prämienspflichtige Person nach Personengruppe seit 2010

Tabelle 8.11

	Gesamt	Erwachsene		Jugendliche	Kinder	
		Gesamt	Frauen	Männer		
	in CHF					
2010	2 798	2 882	2 915	2 848	1 457	-
2011	2 980	3 067	3 100	3 032	1 563	-
2012	3 027	3 114	3 151	3 077	1 595	-
2013	3 100	3 188	3 230	3 146	1 628	-
2014	3 565	3 663	3 723	3 603	1 860	18
2015	4 015	4 123	4 178	4 069	2 089	21
2016	4 190	4 298	4 363	4 233	2 185	24
2017	3 871	3 967	4 029	3 907	2 047	26
2018	3 893	3 983	4 047	3 919	2 078	28
2019	3 870	3 956	4 031	3 881	2 086	30
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	-0.6	-0.7	-0.4	-1.0	0.4	8.2
Ø jährliche Veränderung seit 2010 in %	3.7	3.6	3.7	3.5	4.1	*

## Bruttoleistungen pro versicherte Person nach Personengruppe seit 2010

Tabelle 8.12

	Gesamt	Erwachsene		Jugendliche	Kinder	
		Gesamt	Frauen	Männer		
	in CHF					
2010	3 758	4 469	4 964	3 962	1 912	1 285
2011	3 873	4 630	5 152	4 093	1 709	1 246
2012	3 812	4 543	5 184	3 891	1 612	1 214
2013	4 317	5 081	5 766	4 390	2 208	1 483
2014	4 288	5 060	5 776	4 348	2 181	1 351
2015	4 275	5 053	5 687	4 423	2 036	1 297
2016	4 313	5 068	5 668	4 476	2 377	1 308
2017	4 325	5 074	5 716	4 438	2 202	1 323
2018	4 220	4 936	5 371	4 503	1 820	1 387
2019	4 410	5 164	5 687	4 645	2 287	1 299
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	4.5	4.6	5.9	3.1	25.7	-6.4
Ø jährliche Veränderung seit 2010 in %	1.8	1.6	1.5	1.8	2.0	0.1

## Kostenbeteiligung pro versicherte Person nach Personengruppe seit 2010

Tabelle 8.13

	Alle	Erwachsene	Jugendliche	Kind
	in CHF			
2010	256	333	0	0
2011	259	337	1	0
2012	259	335	4	0
2013	272	350	3	-
2014	269	344	5	-
2015	272	346	6	-
2016	271	344	12	-
2017	483	612	1	-
2018	500	630	-	-
2019	517	651	-	-
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	3.4	3.2	*	*
Ø jährliche Veränderung seit 2010 in %	8.1	7.7	*	*

### 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 2010

Tabelle 8.14

	Alle	Erwachsene	Jugendliche	Kind
	in CHF			
2010	3 502	4 136	1 912	1 285
2011	3 614	4 293	1 708	1 246
2012	3 552	4 208	1 608	1 214
2013	4 044	4 731	2 204	1 483
2014	4 019	4 716	2 176	1 351
2015	4 003	4 707	2 031	1 297
2016	4 042	4 725	2 364	1 308
2017	3 842	4 462	2 201	1 323
2018	3 720	4 306	1 820	1 387
2019	3 893	4 513	2 287	1 299
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	4.7	4.8	25.7	-6.4
Ø jährliche Veränderung seit 2010 in %	1.2	1.0	2.0	0.1

## Bruttoleistungen nach Kategorie seit 2010

Tabelle 8.15

	Gesamt	Spitalkosten	Ambulante		Physio- therapeuten	Chiro- praktoren	Abgabestelle MiGeL	Spitex/ Familienhilfe/ Pflege	Andere	
			Arztkosten ohne Arzneimittel	Arzneimittel- kosten						
in CHF										
2010	137 542 777	48 184 628	34 359 924	23 919 763	6 449 115	862 232	1 055 465	1 268 476	21 443 174	
2011	143 240 061	48 650 508	35 267 583	24 575 187	6 872 267	863 926	872 933	1 371 900	24 765 756	
2012	143 289 471	49 190 410	35 114 295	24 081 580	6 868 147	1 497 290	708 073	1 455 946	24 373 730	
2013	164 063 245	60 129 707	40 617 084	24 797 589	7 659 963	1 964 205	896 891	1 548 776	26 449 030	
2014	166 225 895	61 079 796	39 761 671	25 106 241	7 723 085	1 946 576	874 428	*	29 734 097	
2015	167 317 275	61 422 403	37 767 547	26 074 448	7 794 570	1 861 945	959 773	*	31 436 589	
2016	170 108 927	65 372 371	37 994 213	26 896 151	7 061 512	1 610 561	1 114 299	*	30 059 819	
2017	171 919 012	64 993 573	38 131 485	27 006 332	6 879 951	1 646 245	1 201 506	*	32 059 920	
2018	168 248 513	62 432 540	38 188 239	26 760 968	7 024 880	1 657 524	1 297 326	*	30 887 035	
2019	177 743 492	67 924 826	39 615 856	26 986 199	7 029 787	1 824 648	1 297 972	*	33 064 204	
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %		5.6	8.8	3.7	0.8	0.1	10.1	0.0	*	7.0
Ø jährliche Veränderung seit 2010 in %		2.9	3.9	1.6	1.3	1.0	8.7	2.3	*	4.9

### Erläuterung zu den Tabellen 8.15 und 8.16:

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“ (Andere) gezählt.

## Bruttolleistungen pro versicherte Person nach Kategorie seit 2010

Tabelle 8.16

		Gesamt	Ambulante				Chiro- praktoren	Abgabestelle MiGel	Spitex/ Familienhilfe/ Pflege	Andere
			Spital- kosten	Arztkosten (ohne Arzneimittel)	Arzneimittel- kosten	Physio- therapeuten				
2010	Pro vers. Person CHF	3 758	1 316	939	654	176	24	29	35	586
	Anteil in %	100.0	35.0	25.0	17.4	4.7	0.6	0.8	0.9	15.6
2011	Pro vers. Person CHF	3 873	1 316	954	665	186	23	24	37	670
	Anteil in %	100.0	34.0	24.6	17.2	4.8	0.6	0.6	1.0	17.3
2012	Pro vers. Person CHF	3 812	1 309	934	641	183	40	19	39	649
	Anteil in %	100.0	34.3	24.5	16.8	4.8	1.0	0.5	1.0	17.0
2013	Pro vers. Person CHF	4 317	1 582	1 069	652	202	52	24	41	696
	Anteil in %	100.0	36.7	24.8	15.1	4.7	1.2	0.5	0.9	16.1
2014	Pro vers. Person CHF	4 288	1 576	1 026	648	199	50	23	*	767
	Anteil in %	100.0	36.7	23.9	15.1	4.6	1.2	0.5	*	17.9
2015	Pro vers. Person CHF	4 275	1 569	965	666	199	48	25	*	803
	Anteil in %	100.0	36.7	22.6	15.6	4.7	1.1	0.6	*	18.8
2016	Pro vers. Person CHF	4 313	1 657	963	682	179	41	28	*	762
	Anteil in %	100.0	38.4	22.3	15.8	4.2	0.9	0.7	*	17.7
2017	Pro vers. Person CHF	4 325	1 635	959	679	173	41	30	*	807
	Anteil in %	100.0	37.8	22.2	15.7	4.0	1.0	0.7	*	18.6
2018	Pro vers. Person CHF	4 220	1 566	958	671	176	42	33	*	775
	Anteil in %	100.0	37.1	22.7	15.9	4.2	1.0	0.8	*	18.4
2019	Pro vers. Person CHF	4 410	1 685	983	670	174	45	32	*	820
	Anteil in %	100.0	38.2	22.3	15.2	4.0	1.0	0.7	*	18.6
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %		4.5	7.6	2.6	-0.2	-1.0	8.9	-1.0	*	5.9
Ø jährliche Veränderung seit 2010 in %		1.8	2.8	0.5	0.3	-0.1	7.5	1.2	*	3.8

## Anzahl der Konsultationen seit 2010

Tabelle 8.17

	Gesamt	Ambulante Spitalkonsultationen	Ambulante Arztkonsultationen	Konsultationen pro versicherte Person
2010	334 768	28 881	305 887	9.1
2011	344 342	33 625	310 717	9.3
2012	345 678	35 751	309 927	9.2
2013	*	*	*	*
2014	317 721	41 478	276 243	8.2
2015	315 772	46 521	269 251	8.1
2016	316 184	45 805	270 379	8.0
2017	358 207	55 332	302 875	9.0
2018	412 519	59 296	353 223	10.3
2019	424 961	77 683	347 278	10.5

### Erläuterung zur Tabelle:

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

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

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

## Anzahl Leistungserbringende (N), Bruttoleistungen (BL) und arithmetisches Mittel (AM) nach Kategorie der Leistungserbringenden seit 2015

Tabelle 8.18, Seite 1/2

Kategorie	Kennwert	2015	2016	2017	2018	2019
Spitäler	N	161	171	167	157	176
	BL	61 943 996	66 128 607	65 979 837	63 226 580	69 206 200
	AM	384 745	386 717	395 089	402 717	393 217
davon mit OKP-Vertrag	N	26	25	25	25	25
	BL	57 626 535	61 801 519	59 021 598	57 132 205	64 204 865
	AM	2 216 405	2 472 061	2 360 864	2 285 288	2 568 195
Ärzte	N	1 401	1 463	1 501	1 517	1 540
	BL	56 478 038	57 381 145	56 940 933	56 193 355	57 824 057
	AM	40 313	39 222	37 935	37 042	37 548
davon mit OKP-Vertrag	N	78	80	80	85	95
	BL	48 384 558	49 333 254	48 356 046	49 234 307	51 884 822
	AM	620 315	616 666	604 451	579 227	546 156
Behandlungen	N	1 356	1 422	1 464	1 485	1 507
	BL	34 468 578	34 912 215	35 015 583	35 033 406	36 353 011
	AM	25 419	24 551	23 918	23 592	24 123
davon mit OKP-Vertrag	N	78	80	80	85	95
	BL	28 567 517	28 965 595	28 679 321	29 945 233	31 946 707
	AM	366 250	362 070	358 492	352 297	336 281
Arzneimittel	N	759	809	792	825	836
	BL	18 529 335	19 065 477	18 488 163	17 695 608	17 905 178
	AM	24 413	23 567	23 344	21 449	21 418
davon mit OKP-Vertrag	N	74	74	76	79	87
	BL	16 971 983	17 511 223	16 781 946	16 238 970	16 596 275
	AM	229 351	236 638	220 815	205 557	190 762
Praxislabors	N	519	548	555	550	547
	BL	3 480 126	3 403 453	3 437 188	3 465 821	3 565 868
	AM	6 705	6 211	6 193	6 301	6 519
davon mit OKP-Vertrag	N	56	60	56	60	67
	BL	2 845 058	2 856 435	2 894 778	3 050 104	3 341 841
	AM	50 805	47 607	51 692	50 835	49 878
Physiotherapeuten	N	170	171	192	199	193
	BL	7 796 821	7 053 915	6 869 329	7 023 343	7 030 587
	AM	45 864	41 251	35 778	35 293	36 428
davon mit OKP-Vertrag	N	54	55	51	54	54
	BL	7 368 618	6 729 496	6 031 456	6 631 817	6 640 515
	AM	136 456	122 354	118 264	122 811	122 973
Apotheken	N	322	325	331	320	349
	BL	7 543 871	7 824 317	8 515 833	9 076 584	9 088 930
	AM	23 428	24 075	25 728	28 364	26 043
Chiropraktoren	N	24	31	36	39	36
	BL	1 862 142	1 610 513	1 646 245	1 657 342	1 824 648
	AM	77 589	51 952	45 729	42 496	50 685
Abgabestellen MiGeL	N	31	36	40	43	*
	BL	962 049	1 113 771	1 201 004	1 296 578	*
	AM	31 034	30 938	30 025	30 153	*

&gt;&gt;

&gt;&gt;

Tabelle 8.18, Seite 2/2

Kategorie	Kennwert	2015	2016	2017	2018	2019
Ergotherapeuten	N	17	22	21	19	19
	BL	623 418	620 531	680 896	659 041	701 584
	AM	36 672	28 206	32 424	34 686	36 925
Zahnärzte	N	56	60	64	55	53
	BL	257 776	300 515	360 187	337 821	381 005
	AM	4 603	5 009	5 628	6 142	7 189
Hebammen	N	24	21	30	25	23
	BL	152 303	244 879	274 937	387 179	349 826
	AM	6 346	11 661	9 165	15 487	15 210
Übrige Rechnungsstellende	N	207	207	208	197	260
	BL	29 669 657	28 235 322	29 552 610	28 444 472	31 574 952
	AM	143 332	136 403	142 080	144 388	121 442

**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.

## Verteilung der Bruttoleistungen nach Kategorien der Leistungserbringenden seit 2015

Tabelle 8.19

		2015	2016	2017	2018	2019
Kategorie	Kennwert					
Spitäler	Q1	1 235	960	1 154	1 615	1 296
	Md	12 445	7 216	9 146	10 197	10 453
	Q3	57 002	62 667	57 532	61 282	61 282
davon mit OKP-Vertrag	Q1	169 999	248 897	233 072	192 279	415 001
	Md	670 778	862 479	863 570	780 725	742 138
	Q3	2 053 280	2 398 613	2 112 476	2 412 914	2 412 914
Ärzte	Q1	234	222	213	241	218
	Md	622	625	587	629	579
	Q3	2 286	2 133	2 276	2 163	3 274
davon mit OKP-Vertrag	Q1	210 370	223 400	263 830	225 629	225 032
	Md	517 481	535 570	544 416	493 333	417 746
	Q3	839 064	840 176	832 327	770 641	768 942
Behandlungen	Q1	208	189	189	211	189
	Md	531	511	505	540	498
	Q3	1 878	1 730	1 740	1 755	1 913
davon mit OKP-Vertrag	Q1	153 808	158 998	174 405	168 429	160 488
	Md	306 166	296 054	284 921	299 945	250 641
	Q3	470 683	470 167	439 294	432 663	451 064
Arzneimittel	Q1	41	39	34	33	39
	Md	150	150	139	126	140
	Q3	938	870	893	920	1 025
davon mit OKP-Vertrag	Q1	21 026	32 116	41 569	29 836	25 953
	Md	155 037	167 355	150 083	135 896	114 932
	Q3	308 627	333 453	296 757	296 936	312 155
Praxislabors	Q1	35	35	39	39	37
	Md	99	107	102	112	119
	Q3	425	420	351	351	456
davon mit OKP-Vertrag	Q1	5 966	4 077	8 949	8 415	5 824
	Md	23 050	24 402	39 019	30 448	24 411
	Q3	70 534	66 085	71 175	70 717	72 205
Physiotherapeuten	Q1	516	506	479	506	453
	Md	1 729	1 752	1 346	1 455	1 283
	Q3	38 924	31 892	32 656	19 579	39 236
davon mit OKP-Vertrag	Q1	38 924	31 892	35 639	39 236	45 509
	Md	75 138	86 288	64 666	69 209	78 995
	Q3	192 008	160 057	158 153	153 402	162 761
Apotheken	Q1	42	47	54	58	54
	Md	119	126	128	159	131
	Q3	474	532	457	648	927
Chiropraktoren	Q1	359	205	203	151	242
	Md	492	437	536	504	499
	Q3	16 185	1 524	1 747	1 493	13 917
Abgabestellen MiGeL	Q1	924	838	868	890	*
	Md	3 158	3 647	4 727	4 337	*
	Q3	16 129	22 618	23 977	24 763	*
Ergotherapeuten	Q1	3 459	1 254	899	1 379	1 010
	Md	11 609	2 445	3 714	4 689	6 209
	Q3	33 188	18 984	30 364	65 594	76 353
Zahnärzte	Q1	571	235	319	342	656
	Md	1 270	699	1 221	1 190	2 034
	Q3	5 129	3 542	4 869	5 855	7 953
Hebammen	Q1	421	1 516	488	780	960
	Md	1 510	4 133	1 774	6 761	8 438
	Q3	5 990	14 603	11 951	20 109	26 557
Übrige Rechnungsstellende	Q1	368	500	500	476	500
	Md	1 854	1 883	1 588	2 040	2 126
	Q3	21 370	21 921	20 384	21 229	30 339

## Erläuterung zur Tabelle:

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

## Anzahl Leistungserbringende nach Kategorien mit Grössenklasse der Bruttoleistungen seit 2015

Tabelle 8.20, Seite 1/2

	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>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	
<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	*	*	
Apotheken	331	61	32	21	9	8	*	*	
Chiropraktoren	36	13	7	7	*	*	*	*	
Abgabestelle MiGeL	40	28	18	13	*	*	*	*	
Ergotherapeuten	21	14	9	7	*	*	*	*	
Zahnärzte	64	34	16	10	*	*	*	*	
Hebammen	30	17	10	9	*	*	*	*	
Übrige Rechnungsstellende	208	126	81	66	40	33	11	8	
<b>2018 Total</b>	<b>2 571</b>	<b>1 114</b>	<b>579</b>	<b>457</b>	<b>236</b>	<b>191</b>	<b>79</b>	<b>37</b>	
Spitäler	157	122	97	79	41	34	17	12	
Ärzte	1 517	597	243	176	94	82	44	13	
Physiotherapeuten	199	108	67	58	35	22	*	*	
Apotheken	320	65	32	26	10	8	*	*	
Chiropraktoren	39	12	7	7	*	*	*	*	
Abgabestelle MiGeL	43	31	20	17	*	*	*	*	
Ergotherapeuten	19	15	8	6	*	*	*	*	
Zahnärzte	55	28	15	9	*	*	*	*	
Hebammen	25	16	13	12	*	*	*	*	
Übrige Rechnungsstellende	197	120	77	67	39	33	12	8	

&gt;&gt;

Tabelle 8.20, Seite 2/2

&gt;&gt;

	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>2019 Total</b>	<b>2 649</b>	<b>1 148</b>	<b>609</b>	<b>477</b>	<b>258</b>	<b>194</b>	<b>81</b>	<b>36</b>
Spitäler	176	139	101	89	45	33	20	11
Ärzte	1 540	600	259	180	103	85	42	12
Physiotherapeuten	193	101	63	58	38	21	*	*
Apotheken	349	63	31	23	12	8	*	*
Chiropraktoren	36	10	7	7	*	*	*	*
Ergotherapeuten	19	15	10	7	*	*	*	*
Zahnärzte	53	38	16	9	*	*	*	*
Hebammen	23	17	13	10	*	*	*	*
Übrige Rechnungsstellende	260	165	109	94	46	38	13	9

**Lesebeispiel:**

8 Apotheken rechneten im Jahr 2019 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 2015

Tabelle 8.21, Seite 1/2

Fachgruppe	Kennwert	2015	2016	2017	2018	2019
Allgemeine und Innere Medizin	N	426	457	422	405	415
	BL	27 295 073	26 286 465	25 730 862	25 551 770	25 693 489
	AM	64 073	57 520	60 974	63 091	61 912
davon mit OKP-Vertrag	N	30	30	31	31	35
	BL	25 106 816	24 355 001	23 855 051	23 657 336	25 030 233
	AM	836 894	811 833	769 518	763 140	715 150
Behandlungen	N	405	438	405	392	399
	BL	13 160 962	12 473 155	12 426 265	12 758 112	13 041 295
	AM	32 496	28 478	30 682	32 546	32 685
davon mit OKP-Vertrag	N	30	30	31	31	35
	BL	11 801 471	11 286 837	11 245 151	11 612 709	12 692 891
	AM	393 382	376 228	362 747	374 604	362 654
Arzneimittel	N	308	310	286	269	275
	BL	11 624 614	11 351 226	10 844 124	10 239 528	9 966 615
	AM	37 742	36 617	37 917	38 065	36 242
davon mit OKP-Vertrag	N	30	29	31	31	35
	BL	11 013 613	10 787 855	10 323 245	9 691 610	9 701 934
	AM	367 120	371 995	333 008	312 633	277 198
Praxislabors	N	237	236	247	241	232
	BL	2 509 497	2 462 083	2 460 472	2 554 129	2 685 579
	AM	10 589	10 433	9 961	10 598	11 576
davon mit OKP-Vertrag	N	30	29	30	30	34
	BL	2 291 732	2 280 309	2 286 655	2 353 017	2 635 408
	AM	76 391	78 631	76 222	78 434	77 512
Kinder- und Jugendmedizin	N	35	37	37	35	34
	BL	3 140 770	3 370 299	2 894 711	3 250 404	2 785 970
	AM	89 736	91 089	78 235	92 869	81 940
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	BL	2 202 608	2 324 755	2 116 131	2 374 136	1 978 788
Arzneimittel	BL	938 162	1 045 544	778 581	876 269	807 182
Psychiatrie und Psychotherapie	N	98	85	105	118	107
	BL	3 543 520	3 585 154	3 830 145	3 508 172	3 689 937
	AM	36 158	42 178	36 478	29 730	34 485
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	BL	2 645 480	2 623 123	2 828 354	2 548 298	2 664 000
Arzneimittel	BL	898 040	962 031	1 001 791	959 874	1 025 937
Gynäkologie und Geburtshilfe	N	114	122	130	137	146
	BL	2 209 612	2 257 548	2 170 720	2 431 132	2 552 522
	AM	19 383	18 504	16 698	17 745	17 483
Behandlungen	BL	1 772 895	1 806 470	1 729 163	1 932 696	2 053 090
Arzneimittel	BL	289 543	309 539	224 937	269 270	280 090
Praxislabors	BL	147 174	141 539	216 620	229 166	219 341

&gt;&gt;

Tabelle 8.21, Seite 2/2

>>

Fachgruppe	Kennwert	2015	2016	2017	2018	2019
Orthopädische Chirurgie	N	68	68	74	68	75
	BL	1 396 469	1 515 414	1 511 098	1 442 454	1 392 854
	AM	20 536	22 285	20 420	21 213	18 571
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	BL	1 028 581	1 140 924	1 188 084	1 207 082	1 162 822
Arzneimittel	BL	367 888	374 490	323 013	230 835	230 033
Radiologie	N	40	38	45	43	46
	BL	224 629	271 646	257 967	261 872	216 726
	AM	5 616	7 149	5 733	6 090	4 711
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	BL	203 150	247 422	235 785	236 994	197 867
Arzneimittel	BL	21 479	24 224	22 182	24 877	18 859
Neurochirurgie	N	*	15	*	*	*
	BL	*	204 949	*	*	*
	AM	*	156 633	*	*	*
Dermatologie und Venerologie	N	*	*	*	82	83
	BL	*	*	*	2 561 683	2 898 061
	AM	*	*	*	31 240	34 916
Urologie	N	*	*	*	*	33
	BL	*	*	*	*	2 547 498
	AM	*	*	*	*	77 197
Übrige Rechnungsstellende	N	620	641	688	629	601
	BL	18 667 966	19 889 671	20 545 430	17 185 869	16 047 000
	AM	30 110	31 029	29 863	27 323	26 700

**Erläuterung zur Tabelle:**

Orthopädische Chirurgie = Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates

Behandlungen/ Praxislabors: Die Leistungen des Praxislabors werden 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 2015

Tabelle 8.22, S. 1/2

Fachgruppe	Kennwert (in CHF)	2015	2016	2017	2018	2019
Allgemeine und Innere Medizin	Q1	154	172	149	184	169
	Md	503	422	430	478	432
	Q3	1 482	1 378	1 840	1 577	1 529
davon mit OKP-Vertrag	Q1	441 243	532 571	380 497	401 403	393 762
	Md	698 502	711 775	732 272	752 821	687 532
	Q3	1 115 952	1 053 723	862 285	868 208	876 913
Behandlungen	Q1	137	112	117	143	133
	Md	351	291	308	318	329
	Q3	904	855	1 066	947	1 035
davon mit OKP-Vertrag	Q1	203 573	222 063	207 831	229 130	220 103
	Md	310 835	316 102	301 890	319 119	300 411
	Q3	473 285	467 483	402 272	411 718	401 744
Arzneimittel	Q1	35	33	30	40	41
	Md	125	121	135	147	155
	Q3	854	856	1 132	1 029	1 427
davon mit OKP-Vertrag	Q1	158 096	210 169	189 683	157 643	117 117
	Md	299 130	307 874	282 257	282 065	255 638
	Q3	584 836	567 642	500 326	465 965	401 565
Praxislabors	Q1	39	37	49	53	40
	Md	106	106	110	128	126
	Q3	334	380	312	332	401
davon mit OKP-Vertrag	Q1	12 003	26 581	38 808	31 301	24 411
	Md	59 795	49 789	54 050	61 692	61 227
	Q3	95 484	88 373	88 018	91 877	86 591
Kinder- und Jugendmedizin	Q1	130	121	109	142	123
	Md	401	208	443	327	356
	Q3	2 487	3 850	933	1 553	1 493
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	Md	406	254	288	264	223
Arzneimittel	Md	208	153	55	262	90
Psychiatrie und Psychotherapie	Q1	803	1 101	982	716	753
	Md	2 364	3 322	2 290	2 048	1 873
	Q3	5 646	10 874	7 448	5 723	5 564
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	Md	2 408	3 158	2 283	1 832	1 861
Arzneimittel	Md	782	1 229	705	761	1 066
Gynäkologie und Geburtshilfe	Q1	224	218	203	225	207
	Md	383	437	410	431	410
	Q3	1 532	1 206	1 393	1 408	2 002
Behandlungen	Md	345	354	360	383	345
Arzneimittel	Md	98	137	117	110	139
Praxislabors	Md	61	66	66	60	75
						>>

Tabelle 8.22, Seite 2/2

&gt;&gt;

Fachgruppe	Kennwert (in CHF)	2015	2016	2017	2018	2019
Orthopädische Chirurgie	Q1	220	254	235	269	201
	Md	499	683	594	818	518
	Q3	1 193	1 442	1 569	1 751	1 431
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	Md	499	691	589	794	518
Arzneimittel	Md	93	122	88	98	130
Radiologie	Q1	440	398	440	478	381
	Md	876	1 190	1 159	1 121	730
	Q3	3 410	4 228	3 488	5 256	6 248
Behandlungen (inkl. Praxislabors)	Md	819	1 133	1 071	982	609
Arzneimittel	Md	482	250	340	196	251
Neurochirurgie	Q1	*	235	*	*	*
	Md	*	999	*	*	*
	Q3	*	4 588	*	*	*
Dermatologie und Venerologie	Q1	*	*	*	149	124
	Md	*	*	*	317	250
	Q3	*	*	*	815	613
Urologie	Q1	*	*	*	*	210
	Md	*	*	*	*	652
	Q3	*	*	*	*	4 916
Übrige Rechnungsstellende	Q1	252	270	221	274	291
	Md	705	684	614	699	738
	Q3	2 688	2 126	2 267	2 617	3 119

**Erläuterung zur Tabelle:**

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

Orthopädische Chirurgie = Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates

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

## Anzahl Ärzte nach Fachgruppen mit Grössenklasse der Bruttoleistungen seit 2015

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>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>
Allgemeine und Innere Medizin	457	134	53	43	33	30	24	9
Kinder- und Jugendmedizin	37	12	8	7	*	*	*	*
Psychiatrie und Psychotherapie	85	65	32	24	8	7	*	*
Gynäkologie und Geburtshilfe	122	36	15	11	7	6	*	*
Orthopädische Chirurgie	68	24	*	*	*	*	*	*
Radiologie	38	21	8	7	*	*	*	*
Neurochirurgie	15	7	*	*	*	*	*	*
Übrige Rechnungsstellende	641	250	106	76	40	29	12	5
<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
<b>2018 Total</b>	<b>1 517</b>	<b>597</b>	<b>243</b>	<b>176</b>	<b>94</b>	<b>82</b>	<b>44</b>	<b>13</b>
Allgemeine und Innere Medizin	405	139	54	42	32	32	24	7
Kinder- und Jugendmedizin	35	10	6	6	*	*	*	*
Psychiatrie und Psychotherapie	118	76	34	16	9	9	*	*
Gynäkologie und Geburtshilfe	137	38	16	14	7	6	*	*
Orthopädische Chirurgie	68	32	7	*	*	*	*	*
Radiologie	43	22	11	*	*	*	*	*
Dermatologie und Venerologie	82	20	9	8	*	*	*	*
Übrige Rechnungsstellende	629	260	106	78	34	23	9	5
<b>2019 Total</b>	<b>1 540</b>	<b>600</b>	<b>259</b>	<b>180</b>	<b>103</b>	<b>85</b>	<b>42</b>	<b>12</b>
Allgemeine und Innere Medizin	415	134	56	45	34	33	23	7
Kinder- und Jugendmedizin	34	12	6	6	*	*	*	*
Psychiatrie und Psychotherapie	107	71	31	20	11	9	*	*
Gynäkologie und Geburtshilfe	146	46	17	10	8	7	*	*
Orthopädische Chirurgie	75	25	6	*	*	*	*	*
Radiologie	46	20	12	7	*	*	*	*
Dermatologie und Venerologie	83	13	8	8	*	*	*	*
Urologie	33	13	7	*	*	*	*	*
Übrige Rechnungsstellende	601	266	116	75	35	21	7	4

## Erläuterung zur Tabelle:

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

## Bruttoleistungen und Staatsbeiträge für Vertragsspitäler seit 2010

Tabelle 8.24

	Total	Beiträge der OKP		Staatsbeiträge
		ambulant	stationär	stationär
in CHF				
2010	64 625 371	13 433 699	31 194 789	19 996 883
2011	64 685 240	14 756 383	30 589 564	19 339 293
2012	70 232 652	14 953 027	30 343 811	24 935 814
2013	82 056 849	17 887 443	37 511 730	26 657 676
2014	80 033 454	17 689 201	38 465 974	23 878 279
2015	81 986 323	20 106 281	37 520 254	24 359 788
2016	86 586 826	20 110 481	41 691 038	24 785 307
2017	85 255 847	21 324 763	37 696 836	26 234 248
2018	88 418 390	20 443 494	36 688 711	31 286 185
2019	96 916 176	24 535 263	39 669 602	32 711 311

### 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 in Vertragsspitalern pro 1 000 Einwohner nach Aufenthaltsart und Spitaltyp seit 2010

Tabelle 8.25

	Total	Aufenthaltsart		Spitaltyp			
		ambulant	stationär	Grundversorgung	Psychiatrie	Rehabilitation andere Spezialkliniken	
2010	744	*	*	690	11	10	33
2011	729	565	164	677	13	11	27
2012	675	499	176	614	17	13	31
2013	695	519	176	635	17	12	32
2014	682	507	175	623	18	11	30
2015	704	535	168	626	16	9	53
2016	807	618	188	717	19	12	59
2017	763	591	172	668	19	10	66
2018	891	718	173	797	18	10	66
2019	938	749	189	840	19	10	69

### Erläuterung zur Tabelle:

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

## Kosten pro Spitalentlassung in Vertragsspitalern seit 2010

Tabelle 8.26

	Total	ambulant	stationär
	in CHF		
2010	2 374	650	7 820
2011	2 434	716	8 351
2012	2 852	821	8 613
2013	3 180	928	9 834
2014	3 141	933	9 562
2015	3 098	998	9 779
2016	2 839	860	9 339
2017	2 933	947	9 756
2018	2 586	742	10 242
2019	2 691	853	9 989

### Erläuterung zur Tabelle:

Stationär: Bei den stationären Kosten werden die Staatsbeiträge mitberücksichtigt.

## Bruttoleistungen pro versicherte Person pro Versicherungsmonat seit 2017

Tabelle 8.27

	Alle Versicherten			Frauen (ab 17 Jahren)			Männer (ab 17 Jahren)		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
<b>Altersgruppe</b>									
ab 17 Jahren	410	397	418	462	432	461	358	362	376
<b>Alle Altersgruppen</b>	<b>361</b>	<b>351</b>	<b>369</b>						
0 - 16	111	112	109	*	*	*	*	*	*
17 - 25	182	151	198	211	167	245	154	136	154
26 - 30	215	193	196	260	231	241	173	159	154
31 - 35	232	235	256	304	326	318	164	145	196
36 - 40	249	221	250	319	279	304	185	166	200
41 - 45	249	241	242	305	295	284	194	190	202
46 - 50	277	268	262	327	304	299	230	235	228
51 - 55	364	312	325	425	342	375	306	283	276
56 - 60	412	396	425	436	403	453	389	390	397
61 - 65	527	485	492	539	479	473	515	491	511
66 - 70	680	622	644	650	562	591	709	683	697
71 - 75	727	799	801	687	732	766	769	868	838
76 - 80	921	956	1003	873	899	954	980	1029	1061
81 - 85	1193	1246	1259	1254	1211	1295	1099	1294	1206
86 - 90	1548	1436	1447	1658	1527	1523	1339	1283	1315
91+	2220	2127	1982	2305	2169	2045	1919	1982	1786

## Kostenbeteiligung pro versicherte Person pro Versicherungsmonat seit 2017

Tabelle 8.28

	Alle Versicherten			Frauen (ab 17 Jahren)			Männer (ab 17 Jahren)		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
<b>Altersgruppe</b>									
<b>Gesamt</b>	<b>41</b>	<b>42</b>	<b>43</b>	<b>52</b>	<b>54</b>	<b>56</b>	<b>44</b>	<b>46</b>	<b>47</b>
0 - 16	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17 - 25	24	25	28	27	29	33	21	22	24
26 - 30	43	44	45	51	51	53	36	36	38
31 - 35	43	46	49	52	55	57	35	37	41
36 - 40	45	46	49	53	53	57	39	40	42
41 - 45	48	50	52	56	59	61	41	42	44
46 - 50	50	51	53	57	57	60	43	46	46
51 - 55	54	56	57	58	62	61	50	51	53
56 - 60	57	58	59	59	59	61	55	57	57
61 - 65	59	59	59	57	58	58	61	60	60
66 - 70	51	52	52	50	50	50	52	53	53
71 - 75	55	57	58	54	55	56	57	60	59
76 - 80	61	61	62	60	59	61	62	64	63
81 - 85	64	65	67	64	66	66	63	64	69
86 - 90	70	70	71	69	71	71	70	70	71
91+	75	80	79	73	77	76	83	87	91

### 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 2010

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							
2010	23 239 065	-20 789 753	-2 744 879	-23 534 632	-295 567	180 775	-114 792
2011	23 280 699	-21 513 769	-2 815 415	-24 329 185	-1 048 485	-206 520	-1 255 005
2012	25 903 654	-25 091 412	-2 580 147	-27 671 559	-1 767 905	225 312	-1 542 594
2013	26 050 648	-26 523 723	-2 825 390	-29 349 114	-3 298 465	172 322	-3 126 143
2014	27 726 941	-25 416 120	-2 546 400	-27 962 519	-235 579	891 714	656 135
2015	28 880 596	-24 420 789	-2 568 394	-26 989 183	1 891 413	-627	1 890 786
2016	32 864 963	-26 760 682	-2 903 542	-29 664 224	3 200 740	227 192	3 427 931
2017	35 147 921	-27 980 846	-2 981 371	-30 962 217	4 185 703	437 661	4 623 365
2018	37 840 936	-29 237 135	-3 311 485	-32 548 620	5 292 315	-772 714	4 519 601
2019	39 619 392	-32 303 880	-3 177 128	-35 481 009	4 138 383	1 339 126	5 477 510
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	4.7	10.5	-4.1	9.0	-21.8	*	21.2
Ø jährliche Veränderung seit 2010 in %	6.1	5.0	1.6	4.7	*	24.9	*

## Prämien und Nettoleistungen der OKG nach Geschlecht seit 2010

Tabelle 9.2

	Prämien			Nettoleistungen			
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	davon Mutterschaft	Männer
in CHF							
2010	23 055 577	7 798 624	15 256 953	20 614 359	8 968 172	3 577 797	11 646 187
2011	23 443 319	7 207 600	16 235 719	21 481 910	10 037 151	3 591 995	11 444 758
2012	25 887 184	8 203 309	17 683 875	24 630 425	11 375 630	4 246 747	13 254 795
2013	26 374 025	8 082 688	18 291 337	25 904 044	11 007 707	4 179 873	14 896 337
2014	28 149 936	8 368 752	19 781 184	25 321 541	12 446 008	4 545 661	12 875 534
2015	29 343 373	8 724 723	20 618 650	24 209 174	11 583 183	4 231 326	12 625 991
2016	33 242 616	10 078 007	23 164 609	26 702 511	13 625 430	5 031 621	13 077 081
2017	35 404 163	10 039 914	25 364 249	27 545 320	12 374 142	4 753 744	15 171 178
2018	38 144 544	11 070 666	27 073 878	29 446 871	12 729 657	5 005 868	16 717 213
2019	39 911 576	11 622 225	28 289 351	31 005 213	13 044 320	5 575 385	17 960 893
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	4.6	5.0	4.5	5.3	2.5	11.4	7.4
Ø jährliche Veränderung seit 2010 in %	6.3	4.5	7.1	4.6	4.3	5.1	4.9

## Anzahl ausbezahlte Taggelder der OKG seit 2010

Tabelle 9.3

	Wartefrist in Tagen						
	Gesamt	gesetzliche Frist	ab der gesetzlichen Frist bis 30 Tage	31 - 60 Tage	61 - 90 Tage	91 - 180 Tage	181 - 360 Tage
2010	169 123	23 504	99 646	21 289	18 384	6 394	-94
2011	183 130	23 665	107 555	20 809	19 977	11 079	44
2012	208 868	22 400	130 684	20 478	20 640	14 093	574
2013	215 727	27 621	127 758	18 774	28 270	11 870	1 433
2014	206 251	26 205	118 223	23 338	30 349	4 528	3 609
2015	192 154	19 440	108 736	25 154	32 278	3 545	3 000
2016	211 624	26 747	113 045	29 130	33 399	4 560	4 743
2017	210 485	27 520	116 416	28 083	30 447	3 751	4 269
2018	221 698	34 521	119 255	28 243	31 975	3 570	4 133
2019	230 412	29 183	127 466	31 388	35 840	3 477	3 058
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	3.9	-15.5	6.9	11.1	12.1	-2.6	-26.0
Ø jährliche Veränderung seit 2010 in %	3.5	2.4	2.8	4.4	7.7	-6.5	*

## Ausbezahlte Taggelder der OKG seit 2010

Tabelle 9.4

	Wartefrist in Tagen							in CHF
	Gesamt	gesetzliche Frist	ab der gesetzlichen Frist bis 30 Tage	31 - 60 Tage	61 - 90 Tage	91 - 180 Tage	181 - 360 Tage	
2010	20 614 360	2 282 658	11 776 277	2 909 463	2 522 176	1 153 393	-29 607	
2011	21 481 910	2 711 855	12 213 766	2 684 229	2 409 758	1 447 713	14 589	
2012	24 630 424	3 305 560	14 427 364	2 540 891	2 456 073	1 821 955	78 581	
2013	25 904 044	3 827 756	14 728 299	2 412 006	3 161 172	1 624 079	150 732	
2014	25 321 542	3 438 932	13 216 507	3 218 531	3 774 416	493 320	1 179 836	
2015	24 209 174	3 201 915	12 325 552	3 433 412	3 720 478	369 559	1 158 258	
2016	26 702 511	3 714 544	13 240 881	4 016 997	3 782 750	493 753	1 453 587	
2017	27 545 320	5 098 069	13 209 679	4 405 537	3 755 382	494 883	581 770	
2018	29 446 871	6 001 617	14 057 342	4 519 240	3 943 275	516 973	408 424	
2019	31 005 213	5 644 776	14 722 418	5 474 624	4 438 232	412 750	312 413	
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	5.3	-5.9	4.7	21.1	12.6	-20.2	-23.5	
Ø jährliche Veränderung seit 2010 in %	4.6	10.6	2.5	7.3	6.5	-10.8	*	

## Erläuterung zu den Tabellen 9.3 und 9.4:

Kategorie „gesetzliche Frist“ und „ab der gesetzlichen Frist bis 30 Tage“: Bis anhin wurde die Einteilung nach Wartefristen von den Krankenkassen unterschiedlich interpretiert. Aus diesem Grund wurde die Bezeichnung mit „gesetzliche Frist“ und „ab der gesetzlichen Frist“ präzisiert, die Zuordnung überarbeitet und rückwirkend bereinigt.



## 10 Freiwillige Versicherungen (FV)

## Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen der Freiwilligen Versicherungen seit 2010

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							
2010	41 982 750	-32 245 542	-11 065 417	-43 310 959	-1 328 209	466 970	-861 239
2011	43 135 649	-32 863 953	-8 982 856	-41 846 808	1 288 841	-647 924	640 917
2012	45 749 813	-33 000 070	-9 695 416	-42 695 486	3 054 327	594 758	3 649 085
2013	48 325 429	-37 866 214	-9 877 745	-47 743 959	581 469	269 497	850 966
2014	46 236 905	-36 560 594	-8 624 079	-45 184 672	1 052 233	1 556 661	2 608 893
2015	47 464 466	-35 694 549	-8 629 222	-44 323 770	3 140 695	-44 500	3 096 195
2016	49 990 013	-37 114 382	-9 217 692	-46 332 073	3 657 940	340 081	3 998 021
2017	52 542 685	-37 412 976	-9 531 174	-46 944 150	5 598 535	504 043	6 102 578
2018	54 376 803	-35 135 356	-9 899 186	-45 034 542	9 342 261	-1 584 473	7 757 788
2019	55 392 954	-37 746 212	-10 822 057	-48 568 268	6 824 686	2 348 997	9 173 683
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	1.9	7.4	9.3	7.8	-26.9	*	18.3
Ø jährliche Veränderung seit 2010 in %	3.1	1.8	-0.2	1.3	*	19.7	*

## Prämien und Bruttoleistungen der Freiwilligen Versicherungen nach Geschlecht seit 2010

Tabelle 10.2

	Prämien			Bruttoleistungen			
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	davon Mutter- schaft	Männer
in CHF							
2010	40 584 401	21 593 838	18 990 562	32 104 940	18 046 611	811 487	14 058 329
2011	43 520 901	23 165 441	20 355 460	32 270 946	18 522 839	951 541	13 748 107
2012	46 008 346	24 509 808	21 498 538	31 930 871	18 076 483	884 044	13 854 388
2013	48 657 720	25 928 597	22 729 122	36 846 226	19 824 866	842 421	17 021 360
2014	46 625 078	24 725 469	21 899 609	36 272 441	20 426 283	954 478	15 846 158
2015	47 906 780	25 429 986	22 476 794	36 106 252	19 759 495	733 838	16 346 756
2016	50 486 783	26 812 084	23 674 699	37 895 839	20 926 762	866 504	16 969 077
2017	52 922 614	28 149 496	24 773 118	36 680 087	20 090 690	764 844	16 589 397
2018	54 720 535	29 139 354	25 581 181	34 764 839	18 433 629	797 567	16 331 209
2019	55 569 501	29 579 441	25 990 060	35 935 214	19 707 537	753 400	16 227 676
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	1.6	1.5	1.6	3.4	6.9	-5.5	-0.6
Ø jährliche Veränderung seit 2010 in %	3.6	3.6	3.5	1.3	1.0	-0.8	1.6

## 11 Gesamtgeschäft der Krankenversicherer

## Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen 2010 - 2014 (Teil 1)

Tabelle 11.1a

		2010	2011	2012	2013	2014
<b>Kontobezeichnung</b>	<b>Konto</b>					
<b>Ertrag</b>						
Prämien Obligatorische Krankenpflegeversicherung	60	83 487 554	90 058 786	93 498 156	97 164 302	114 437 483
Prämien Obligatorische Krankengeldversicherung	61	23 055 577	23 443 319	25 887 184	26 374 025	28 149 936
Prämien freiwillige Versicherungen	63	40 584 401	43 520 901	46 008 346	48 657 720	46 625 078
Prämien Soll	= 60 bis 63	147 127 532	157 023 007	165 393 686	172 196 047	189 212 497
Erlösminderung auf Prämien	64	-269 497	-350 160	-215 632	-619 724	-807 276
Andere Prämienanteile	65	-394 081	118 427	-34 818	-65 111	-157 984
Bruttoprämien	= 60 bis 65	146 463 954	156 791 274	165 143 236	171 511 212	188 247 237
Prämienanteile der Rückversicherer	66	-421 429	-466 252	-260 820	-335 203	-426 433
Eigene Versicherungsprämien	= 60 bis 66	146 042 525	156 325 022	164 882 416	171 176 008	187 820 804
Staatsbeiträge	67	64 914 687	61 131 675	62 819 695	60 723 480	49 490 955
Sonstige Betriebserträge	69	4 903 319	9 005	233	1 844	488
<b>Versicherungsertrag</b>	<b>= 6</b>	<b>215 860 531</b>	<b>217 465 702</b>	<b>227 702 344</b>	<b>231 901 332</b>	<b>237 312 247</b>
<b>Aufwand</b>						
Obligatorischen Krankenpflegeversicherung	300	-137 542 777	-143 240 061	-143 289 471	-164 063 245	-166 225 895
Kostenbeteiligung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung	302	9 351 883	9 596 018	9 751 259	10 349 301	10 440 953
Obligatorische Krankengeldversicherung	31	-20 614 360	-21 481 910	-24 630 425	-25 904 044	-25 321 541
Freiwillige Versicherungen	331	-32 104 940	-32 270 946	-31 930 871	-36 846 226	-36 272 441
Kostenbeteiligung der freiwilligen Versicherungen	332	86 657	93 566	107 274	93 184	111 219
Nettoleistungen	= 30 bis 33	-180 823 536	-187 303 332	-189 992 234	-216 371 030	-217 267 705
Veränderung der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	35	-3 383 794	-8 150 070	-3 195 712	-6 854 790	37 125
Nettoleistungen nach Rückstellungen	= 30 bis 35	-184 207 330	-195 453 402	-193 187 946	-223 225 820	-217 230 580
Leistungsanteile der Rückversicherer	36	312 542	269 662	93 309	204 281	161 826
Risikoausgleich	37	-103 374	124 058	-25 881	244 599	-251 371
Veränderung der gesetzlichen Mindestreserven	38	-181 400	-	-750 300	-130 800	-2 237 800
<b>Versicherungsaufwand</b>	<b>= 3</b>	<b>-184 179 563</b>	<b>-195 059 682</b>	<b>-193 870 818</b>	<b>-222 907 739</b>	<b>-219 557 925</b>
Personalaufwand inkl. Sozialleistungen	400	-3 531 428	-3 803 774	-3 713 965	-12 910 936	-11 499 588
Verwaltungsräumlichkeiten, Unterhalt, Reparaturen sowie Ersatz von Betriebseinrichtungen	410	-313 927	-324 407	-328 267	-1 066 679	-1 218 736
EDV-Kosten	420	-1 208 562	-1 174 708	-1 189 471	-1 123 106	-1 135 330
Versicherungsprämien und Verbandsbeiträge	430	-122 084	-126 434	-124 404	-86 685	-183 976
Übriger Verwaltungsaufwand	440	-12 681 473	-12 809 626	-13 085 139	-3 787 485	-3 723 487
Marketing und Werbung inkl. Provisionen	450	-288 861	-237 595	-344 931	-1 898 195	-1 761 193
Erhaltene Verwaltungsentschädigung	460	49 764	54 566	53 103	105 108	118 670
Verwaltungsaufwand	= 40 bis 46	-18 096 570	-18 421 978	-18 733 073	-20 767 978	-19 403 640
Sonstige Aufwendungen für Leistungen	47	-225 533	-229 896	-394 041	-445 327	-410 874
Abschreibungen auf Anlagevermögen	48	-357 680	-649 086	-590 646	-35 469	-30 513
Sonstige Betriebsaufwendungen	49	-2 400 000	-	-	-	-
<b>Betriebsaufwand</b>	<b>= 4</b>	<b>-21 079 783</b>	<b>-19 300 960</b>	<b>-19 717 760</b>	<b>-21 248 774</b>	<b>-19 845 028</b>
<b>Versicherungs- und Betriebsaufwand</b>	<b>= 3+4</b>	<b>-205 259 346</b>	<b>-214 360 642</b>	<b>-213 588 578</b>	<b>-244 156 513</b>	<b>-239 402 953</b>
<b>Betriebsergebnis</b>	<b>= 6-3-4</b>	<b>10 601 186</b>	<b>3 105 060</b>	<b>14 113 765</b>	<b>-12 255 181</b>	<b>-2 090 705</b>
Neutraler Aufwand und Ertrag	7	1 753 367	-2 484 074	2 337 985	1 268 877	7 635 055
<b>Gesamtergebnis</b>		<b>12 354 553</b>	<b>620 987</b>	<b>16 451 750</b>	<b>-10 986 304</b>	<b>5 544 350</b>

## Schlüsselzahlen aus den Betriebsrechnungen 2015 - 2019 (Teil 2)

Tabelle 11.1b

		2015	2016	2017	2018	2019
<b>Kontobezeichnung</b>	<b>Konto</b>					
<b>Ertrag</b>						
Prämien Obligatorische Krankenpflegeversicherung	60	130 396 838	137 296 401	128 355 832	129 595 264	130 328 007
Prämien Obligatorische Krankengeldversicherung	61	29 343 373	33 242 616	35 404 163	38 144 544	39 911 576
Prämien freiwillige Versicherungen	63	47 906 780	50 486 783	52 922 614	54 720 535	55 569 501
Prämiensoll	= 60 bis 63	207 646 991	221 025 799	216 682 609	222 460 342	225 809 084
Erlösminderung auf Prämien	64	-1 330 015	-839 922	-723 426	-221 902	-48 376
Andere Prämienanteile	65	-96 934	-31 720	-66 615	-65 838	-22 870
Bruttoprämien	= 60 bis 65	206 220 042	220 154 158	215 892 568	222 172 603	225 737 839
Prämienanteile der Rückversicherer	66	-400 595	-594 474	-408 809	-649 940	-532 492
Eigene Versicherungsprämien	= 60 bis 66	205 819 447	219 559 684	215 483 759	221 522 663	225 205 347
Staatsbeiträge	67	39 679 595	41 955 551	39 264 048	36 102 068	36 580 997
Sonstige Betriebserträge	69	1 796	2 817	2 496	2 018	2 546
Versicherungsertrag	= 6	245 500 838	261 518 052	254 750 302	257 626 749	261 788 890
<b>Aufwand</b>						
Obligatorischen Krankenpflegeversicherung	300	-167 317 275	-170 108 927	-171 919 012	-168 248 513	-177 743 492
Kostenbeteiligung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung	302	10 636 290	10 679 956	19 207 280	19 928 803	20 832 876
Obligatorische Krankengeldversicherung	31	-24 209 174	-26 702 511	-27 545 320	-29 446 871	-31 005 213
Freiwillige Versicherungen	331	-36 106 252	-37 895 839	-36 680 087	-34 764 839	-35 935 214
Kostenbeteiligung der freiwilligen Versicherungen	332	118 221	124 027	140 139	169 644	196 845
Nettoleistungen	= 30 bis 33	-216 878 190	-223 903 294	-216 797 000	-212 361 775	-223 654 198
Veränderung der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle	35	-3 577 393	-203 279	314 697	-129 215	-6 287 611
Nettoleistungen nach Rückstellungen	= 30 bis 35	-220 455 582	-224 106 573	-216 482 303	-212 490 990	-229 941 809
Leistungsanteile der Rückversicherer	36	258 280	442 032	288 711	393 554	316 239
Risikoausgleich	37	-1 945	-100 679	1 401 143	-827 327	403 279
Veränderung der gesetzlichen Mindestreserven	38	0	-526 099	-248 300	-849 600	-417 000
Versicherungsaufwand	= 3	-220 199 247	-224 291 319	-215 040 749	-213 774 363	-229 639 291
Personalaufwand inkl. Sozialleistungen	400	-11 684 782	-12 534 395	-13 186 573	-13 041 264	-13 881 135
Verwaltungsräumlichkeiten, Unterhalt, Reparaturen sowie Ersatz von Betriebseinrichtungen	410	-1 043 971	-1 309 834	-1 311 350	-1 289 916	-1 354 945
EDV-Kosten	420	-1 139 419	-1 256 987	-1 535 432	-1 601 794	-2 003 033
Versicherungsprämien und Verbandsbeiträge	430	-182 299	-186 240	-172 440	-212 139	-251 104
Übriger Verwaltungsaufwand	440	-3 561 888	-3 421 635	-3 587 348	-3 588 034	-2 039 129
Marketing und Werbung inkl. Provisionen	450	-2 096 243	-2 444 470	-2 340 929	-2 987 784	-3 241 111
Erhaltene Verwaltungsentschädigung	460	157 290	310 988	330 562	225 699	205 005
Verwaltungsaufwand	= 40 bis 46	-19 551 312	-20 842 574	-21 803 510	-22 495 232	-22 565 453
Sonstige Aufwendungen für Leistungen	47	-243 611	-472 713	-553 779	-340 556	-450 509
Abschreibungen auf Anlagevermögen	48	-27 397	-31 166	-47 557	-57 203	-116 405
Sonstige Betriebsaufwendungen	49	0	0	-3 636	-20 972	-10 058
Betriebsaufwand	= 4	-19 822 319	-21 346 454	-22 408 483	-22 913 963	-23 142 425
Versicherungs- und Betriebsaufwand	= 3+4	-240 021 566	-245 637 772	-237 449 232	-236 688 325	-252 781 716
<b>Betriebsergebnis</b>	<b>=6-3-4</b>	<b>5 479 272</b>	<b>15 880 280</b>	<b>17 301 070</b>	<b>20 938 424</b>	<b>9 007 174</b>
Neutraler Aufwand und Ertrag	7	-93 689	1 810 336	2 734 099	-13 646 392	8 494 382
<b>Gesamtergebnis</b>		<b>5 385 583</b>	<b>17 690 616</b>	<b>20 035 169</b>	<b>7 292 031</b>	<b>17 501 556</b>

## Reserven der Krankenkassen per 31. Dezember seit 2010

Tabelle 11.2

	Total	OKP	OKG	FV	Übriges Eigenkapital und nicht verteilte Gewinne
	in CHF				
2010	61 055 441	34 362 578	7 784 180	18 286 567	622 115
2011	61 676 427	35 842 415	6 535 825	18 945 955	352 232
2012	82 141 737	53 815 656	5 096 762	22 996 560	232 759
2013	71 286 233	44 887 340	2 329 322	23 534 674	534 898
2014	79 068 383	53 404 259	2 923 747	22 262 056	478 321
2015	84 453 966	54 908 259	4 958 595	23 835 019	752 093
2016	102 670 681	66 174 120	7 754 898	27 684 067	1 057 597
2017	122 954 151	76 285 624	13 187 655	33 527 249	-46 376
2018	129 001 883	71 317 846	16 632 517	41 051 520	-
2019	149 014 339	74 596 005	22 610 686	50 544 734	1 262 913
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	15.5	4.6	35.9	23.1	100.0
Ø jährliche Veränderung seit 2010 in %	10.4	9.0	12.6	12.0	8.2

**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 2010

Tabelle 11.3

	Versicherungstechnische Rückstellungen				Rückstellungen für Überschuss- beteiligungen	Risikoausgleich	Fonds
	Versicherungs- technische Rückstellungen	Ordentliche OKP	OKG	FV			
in CHF							
2010	58 907 163	35 384 519	2 825 357	9 870 899	-	3 300 000	7 526 387
2011	66 741 549	42 346 494	2 757 217	10 097 135	-	3 300 000	8 240 704
2012	71 551 244	42 622 537	2 718 204	10 455 816	2 100 000	1 800 000	11 854 687
2013	79 777 134	48 040 194	3 337 883	12 553 269	2 200 000	1 800 000	11 845 787
2014	81 762 476	49 347 293	3 432 462	13 114 467	3 700 000	1 800 000	10 368 254
2015	85 551 478	50 814 079	3 644 077	13 008 344	3 650 000	2 500 000	11 934 978
2016	86 740 581	51 238 386	4 424 247	13 177 146	4 300 000	2 500 000	11 100 802
2017	84 806 363	49 426 037	5 159 773	13 589 273	1 700 000	2 500 000	12 431 280
2018	94 292 801	48 838 101	5 550 037	12 816 159	9 350 000	2 500 000	15 238 504
2019	92 279 933	51 604 726	6 218 705	13 563 478	1 100 000	2 500 000	17 293 025
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	-2.1	5.7	12.0	5.8	-88.2	0.0	13.5
Ø jährliche Veränderung seit 2010 in %	5.1	4.3	9.2	3.6	*	-3.0	9.7

## Erläuterung zur Tabelle:

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



## 12 Arzneimittel

## Arzneimittel und Anteil der Generika seit 2010

Tabelle 12

	Anzahl Packungen	Anteil Generika an der Anzahl Packungen in %	Umsatz in CHF (Marktpreis)	Anteil Generika am Umsatz in % (Marktpreis)	Umsatz in CHF (Werkpreis)	Anteil Generika am Umsatz in % (Werkpreis)
2010	441 482	13.1	18 435 752	9.9	12 131 570	8.8
2011	489 359	13.1	24 226 312	8.6	16 893 355	7.3
2012	418 018	14.3	19 011 664	10.5	12 864 469	9.3
2013	545 316	16.1	23 208 980	14.5	15 475 743	13.2
2014	523 806	16.5	23 910 857	14.2	16 086 023	12.6
2015	552 001	18.1	25 523 663	14.4	17 353 312	13.2
2016	518 707	18.5	25 431 986	14.7	17 513 434	13.4
2017	496 501	18.8	25 453 363	15.2	17 737 589	13.8
2018	499 467	20.0	25 319 696	16.4	17 322 960	14.6
2019	527 658	22.0	29 282 266	16.4	19 741 299	14.1

### Erläuterung zur Tabelle:

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

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

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

## 13 Prämienverbilligung

## Anzahl Bezüger nach Altersgruppe und Geschlecht seit 2010

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
2010	4 472	2 705	1 767	443	188	255	2 052	1 225	827	1 977	1 292	685
2011	4 288	2 615	1 673	390	175	215	1 937	1 145	792	1 961	1 295	666
2012	4 322	2 633	1 689	391	166	225	1 939	1 149	790	1 992	1 318	674
2013	4 055	2 482	1 573	320	147	173	1 753	1 034	719	1 982	1 301	681
2014	2 708	1 639	1 069	329	155	174	1 373	760	613	1 006	724	282
2015	2 708	1 625	1 083	330	169	161	1 377	741	636	1 001	715	286
2016	2 848	1 657	1 191	341	172	169	1 555	828	727	952	657	295
2017	2 788	1 615	1 173	335	147	188	1 489	790	699	964	678	286
2018	2 857	1 666	1 191	345	159	186	1 518	827	691	994	680	314
2019	2 937	1 699	1 238	353	160	193	1 560	838	722	1 024	701	323
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	2.8	2.0	3.9	2.3	0.6	3.8	2.8	1.3	4.5	3.0	3.1	2.9
Ø jährliche Veränderung seit 2010 in %	-4.6	-5.0	-3.9	-2.5	-1.8	-3.0	-3.0	-4.1	-1.5	-7.0	-6.6	-8.0

## Erläuterung zu den Tabellen der Prämienverbilligung:

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

## Ausbezahlte Prämienverbilligungen nach Altersgruppe und Geschlecht seit 2010

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											
2010	5 924	3 726	2 199	315	143	172	2 366	1 437	929	3 244	2 146	1 098
2011	6 304	3 966	2 338	336	146	190	2 543	1 536	1 007	3 426	2 284	1 141
2012	6 585	4 138	2 447	356	155	201	2 679	1 615	1 064	3 550	2 368	1 182
2013	6 731	4 204	2 527	355	163	192	2 750	1 637	1 113	3 626	2 404	1 222
2014	4 415	2 689	1 726	390	183	207	2 302	1 277	1 025	1 723	1 229	494
2015	5 026	3 005	2 021	448	226	222	2 621	1 398	1 223	1 958	1 381	577
2016	5 668	3 289	2 379	567	280	286	3 152	1 681	1 471	1 950	1 328	622
2017	5 156	2 989	2 167	498	219	279	2 818	1 489	1 328	1 841	1 282	559
2018	5 952	3 492	2 460	574	274	300	3 268	1 788	1 480	2 110	1 430	680
2019	6 056	3 520	2 536	557	262	295	3 355	1 805	1 550	2 144	1 453	691
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	1.7	0.8	3.1	-2.9	-4.5	-1.5	2.7	0.9	4.7	1.6	1.6	1.6
Ø jährliche Veränderung seit 2010 in %	0.2	-0.6	1.6	6.6	7.0	6.2	4.0	2.6	5.9	-4.5	-4.2	-5.0

### Erläuterung zur Tabelle:

2018: Seit 2018 sind in der Prämienverbilligung neben den Beiträgen an Prämien auch die Beiträge an Kostenbeteiligung enthalten.

## Ausbezahlte Prämienverbilligung pro Bezüger nach Altersgruppe und Geschlecht seit 2010

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											
2010	1 325	1 377	1 244	710	761	673	1 153	1 173	1 123	1 641	1 661	1 603
2011	1 470	1 517	1 397	861	834	884	1 313	1 341	1 271	1 747	1 764	1 714
2012	1 524	1 572	1 449	910	934	893	1 382	1 406	1 347	1 782	1 797	1 754
2013	1 660	1 694	1 606	1 109	1 108	1 111	1 569	1 584	1 547	1 829	1 848	1 795
2014	1 630	1 641	1 615	1 185	1 180	1 190	1 677	1 680	1 672	1 713	1 697	1 752
2015	1 856	1 849	1 866	1 357	1 335	1 380	1 903	1 887	1 922	1 956	1 932	2 016
2016	1 990	1 985	1 998	1 662	1 631	1 694	2 027	2 030	2 024	2 048	2 021	2 109
2017	1 849	1 851	1 847	1 486	1 487	1 486	1 892	1 885	1 901	1 909	1 891	1 954
2018	2 083	2 096	2 065	1 664	1 726	1 611	2 153	2 162	2 141	2 123	2 103	2 166
2019	2 062	2 072	2 049	1 578	1 637	1 529	2 150	2 154	2 147	2 094	2 073	2 139
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	-1.0	-1.2	-0.8	-5.1	-5.1	-5.1	-0.1	-0.4	0.2	-1.4	-1.4	-1.2
Ø jährliche Veränderung seit 2010 in %	5.0	4.6	5.7	9.3	8.9	9.5	7.2	7.0	7.5	2.7	2.5	3.3

### Erläuterung zur Tabelle:

2018: Seit 2018 sind in der Prämienverbilligung neben den Beiträgen an Prämien auch die Beiträge an Kostenbeteiligung enthalten.

## Anzahl alleinstehende und alleinerziehende Bezüger nach Fördersatz und Geschlecht seit 2010

Tabelle 13.4

	Fördersatz für Prämien / [Kostenbeteiligung seit 2018]								
	Alle Alleinstehenden/ Alleinerziehenden			60% / [40%]			40% / [30%]		
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
2010	2 763	1 858	905	2 149	1 427	722	614	431	183
2011	2 715	1 833	882	2 085	1 412	673	630	421	209
2012	2 811	1 881	930	2 186	1 446	740	625	435	190
2013	2 654	1 786	868	2 100	1 401	699	554	385	169
2014	2 135	1 355	780	1 178	660	518	957	695	262
2015	2 147	1 351	796	1 219	665	554	928	686	242
2016	2 202	1 333	869	1 304	691	613	898	642	256
2017	2 158	1 304	854	1 288	669	619	870	635	235
2018	2 220	1 351	869	1 336	726	610	884	625	259
2019	2 310	1 386	924	1 344	704	640	966	682	284
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	4.1	2.6	6.3	0.6	-3.0	4.9	9.3	9.1	9.7
Ø jährliche Veränderung seit 2010 in %	-2.0	-3.2	0.2	-5.1	-7.6	-1.3	5.2	5.2	5.0

### Erläuterung zur Tabelle:

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

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

### Lesebeispiel:

Fördersatz 60%: Bei 1 344 alleinstehenden/ alleinerziehenden Personen mit einem Einkommen bis CHF 30 000 wurden 60% der Prämienausgaben vergütet.

Fördersatz 30%: Bei 284 alleinstehenden/ alleinerziehenden Männern mit einem Einkommen von CHF 30 001 bis 45 000 wurden 30% der Kostenbeteiligung übernommen.

## Anzahl verheiratete Bezüger nach Fördersatz und Geschlecht seit 2010

Tabelle 13.5

	Fördersatz für Prämien / [Kostenbeteiligung seit 2018]								
	Alle Verheirateten			60% / [40%]			40% / [30%]		
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
2010	1 709	847	862	1 042	517	525	667	330	337
2011	1 573	782	791	975	482	493	598	300	298
2012	1 511	752	759	985	485	500	526	267	259
2013	1 401	696	705	919	453	466	482	243	239
2014	573	284	289	206	104	102	367	180	187
2015	561	274	287	219	104	115	342	170	172
2016	646	324	322	331	163	168	315	161	154
2017	630	311	319	309	155	154	321	156	165
2018	637	315	322	343	176	167	294	139	155
2019	627	313	314	326	164	162	301	149	152
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	-1.6	-0.6	-2.5	-5.0	-6.8	-3.0	2.4	7.2	-1.9
Ø jährliche Veränderung seit 2010 in %	-10.5	-10.5	-10.6	-12.1	-12.0	-12.2	-8.5	-8.5	-8.5

## Erläuterung zur Tabelle:

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

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

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

## Ausbezahlte Prämienverbilligung nach Zivilstand und Geschlecht seit 2010

Tabelle 13.6

	Alle Bezüger			Alleinstehend/ Alleinerziehend			Verheiratet		
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
	in CHF								
2010	5 924 393	3 725 620	2 198 773	3 646 686	2 583 217	1 063 469	2 277 707	1 142 403	1 135 304
2011	6 304 356	3 966 340	2 338 016	3 931 228	2 783 403	1 147 825	2 373 128	1 182 937	1 190 191
2012	6 585 178	4 138 316	2 446 861	4 218 566	2 948 879	1 269 687	2 366 612	1 189 437	1 177 175
2013	6 730 772	4 203 931	2 526 841	4 389 280	3 024 680	1 364 601	2 341 492	1 179 251	1 162 240
2014	4 415 239	2 688 906	1 726 334	3 503 822	2 227 846	1 275 976	911 418	461 059	450 358
2015	5 026 285	3 005 006	2 021 278	4 034 335	2 517 762	1 516 572	991 950	487 244	504 706
2016	5 668 390	3 288 974	2 379 416	4 400 827	2 645 748	1 755 079	1 267 563	643 226	624 337
2017	5 156 147	2 989 416	2 166 730	4 011 050	2 413 990	1 597 060	1 145 097	575 426	569 671
2018	5 952 061	3 492 457	2 459 604	4 606 925	2 813 510	1 793 415	1 345 136	678 947	666 189
2019	6 056 128	3 520 084	2 536 044	4 610 307	2 815 529	1 794 778	1 329 966	667 261	644 431
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	1.7	-0.0	-0.4	0.1	0.1	0.1	-1.1	-1.7	-3.3
Ø jährliche Veränderung seit 2010 in %	0.2	-0.7	1.2	2.6	1.0	6.0	-5.8	-5.8	-6.1

## Erläuterung zur Tabelle:

2018: Seit 2018 sind in der Prämienverbilligung neben den Beiträgen an Prämien auch die Beiträge an Kostenbeteiligung enthalten.

## Ausbezahlte Prämienverbilligung pro Bezüger nach Zivilstand und Geschlecht seit 2010

Tabelle 13.7

	Alle Bezüger			Alleinstehend/Alleinerziehend			Verheiratet		
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
	in CHF								
2010	1 325	1 377	1 244	1 320	1 390	1 175	1 333	1 349	1 317
2011	1 470	1 517	1 397	1 448	1 518	1 301	1 509	1 513	1 505
2012	1 524	1 572	1 449	1 501	1 568	1 365	1 566	1 582	1 551
2013	1 660	1 694	1 606	1 654	1 694	1 572	1 671	1 694	1 649
2014	1 630	1 641	1 615	1 641	1 644	1 636	1 591	1 623	1 558
2015	1 856	1 849	1 866	1 879	1 864	1 905	1 768	1 778	1 759
2016	1 990	1 985	1 998	1 999	1 985	2 020	1 962	1 985	1 939
2017	1 849	1 851	1 847	1 859	1 851	1 870	1 818	1 850	1 786
2018	2 083	2 096	2 065	2 075	2 083	2 064	2 112	2 155	2 069
2019	2 062	2 072	2 049	2 054	2 058	2 047	2 092	2 071	2 113
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	-1.0	-1.2	-0.8	-1.0	-1.2	-0.8	-0.9	-3.9	2.1
Ø jährliche Veränderung seit 2010 in %	5.0	4.6	5.7	5.0	4.5	6.4	5.1	4.9	5.4

## Erläuterung zur Tabelle:

2018: Seit 2018 sind in der Prämienverbilligung neben den Beiträgen an Prämien auch die Beiträge an Kostenbeteiligung enthalten.

## Anzahl Bezüger nach Wohnort seit 2010 - Total

Tabelle 13.8.1

	Gesamt Vaduz		Triesen	Balzers	Triesenberg	Schaan	Planken	Eschen	Mauren	Gamprin	Ruggell	Schellen- berg	Ausland/ unbekannt
2010	4 483	654	542	467	359	707	45	592	524	169	181	135	108
2011	4 288	595	551	440	357	647	39	601	489	177	177	120	95
2012	4 322	616	516	458	329	711	39	571	533	170	172	122	85
2013	4 055	604	505	434	320	654	29	507	483	163	167	101	88
2014	2 708	443	359	264	195	450	14	315	313	89	105	60	101
2015	2 708	460	355	262	180	462	12	327	299	102	100	72	77
2016	2 848	488	391	269	182	463	15	350	299	115	108	75	93
2017	2 788	465	374	275	174	468	23	344	302	103	94	96	70
2018	2 857	480	411	283	180	448	21	340	298	103	104	85	104
2019	2 937	477	417	282	163	458	23	373	322	98	112	96	116

## Anzahl Bezüger nach Wohnort seit 2010 - Frauen

Tabelle 13.8.2

	Gesamt Vaduz		Triesen	Balzers	Triesenberg	Schaan	Planken	Eschen	Mauren	Gamprin	Ruggell	Schellen- berg	Ausland/ unbekannt
2010	2 712	418	324	290	218	416	29	353	318	91	111	83	61
2011	2 615	377	329	278	216	399	19	364	294	96	106	79	58
2012	2 633	395	303	295	202	429	21	358	315	87	104	77	47
2013	2 482	378	299	280	205	403	17	309	285	90	103	66	47
2014	1 639	273	212	173	125	277	6	184	170	50	66	42	61
2015	1 625	278	215	166	110	281	7	186	171	57	54	52	48
2016	1 657	302	220	158	109	274	6	201	164	70	59	51	43
2017	1 615	287	203	169	102	266	12	201	169	57	56	60	33
2018	1 666	289	238	165	103	256	10	206	171	57	59	56	56
2019	1 699	280	237	162	90	264	11	224	182	55	66	63	65

## Anzahl Bezüger nach Wohnort seit 2010 - Männer

Tabelle 13.8.3

	Gesamt Vaduz		Triesen	Balzers	Triesenberg	Schaan	Planken	Eschen	Mauren	Gamprin	Ruggell	Schellen- berg	Ausland/ unbekannt
2010	1 771	236	218	177	141	291	16	239	206	78	70	52	47
2011	1 673	218	222	162	141	248	20	237	195	81	71	41	37
2012	1 689	221	213	163	127	282	18	213	218	83	68	45	38
2013	1 573	226	206	154	115	251	12	198	198	73	64	35	41
2014	1 069	170	147	91	70	173	8	131	143	39	39	18	40
2015	1 083	182	140	96	70	181	5	141	128	45	46	20	29
2016	1 191	186	171	111	73	189	9	149	135	45	49	24	50
2017	1 173	178	171	106	72	202	11	143	133	46	38	36	37
2018	1 191	191	173	118	77	192	11	134	127	46	45	29	48
2019	1 238	197	180	120	73	194	12	149	140	43	46	33	51

## Ausbezahlte Beiträge an Prämienverbilligung nach Wohnort seit 2010

Tabelle 13.9

	Gesamt	Vaduz	Triesen	Balzers	Triesen- berg	Schaan	Planken	Eschen	Mauren	Gamprin	Ruggell	Schellen- berg	Aus- land/ Unbe- kannt
	in Tsd. CHF												
2010	5 924	876	731	637	530	939	60	790	626	209	245	172	111
2011	6 304	892	763	678	566	995	59	861	719	240	258	176	97
2012	6 585	956	792	695	544	1 109	66	880	767	247	261	171	96
2013	6 731	1 037	858	731	556	1 089	50	849	766	267	277	154	97
2014	4 415	745	592	421	322	725	23	545	517	149	167	93	116
2015	5 026	874	661	484	336	852	21	633	554	185	186	128	111
2016	5 668	990	794	529	358	925	28	724	594	231	217	141	138
2017	5 156	899	698	507	318	849	41	646	554	195	168	180	99
2018	5 952	1 064	855	599	364	931	43	708	627	207	208	188	158
2019	6 056	1 049	858	591	325	958	48	746	667	203	218	204	189

## Erläuterung zur Tabelle:

2018: Seit 2018 sind in der Prämienverbilligung neben den Beiträgen an Prämien auch die Beiträge an Kostenbeteiligung enthalten.

## Bezügerquote nach Wohnort seit 2010

Tabelle 13.10

	Gesamt	Vaduz	Triesen	Balzers	Triesen- berg	Schaan	Planken	Eschen	Mauren	Gamprin	Ruggell	Schellen- berg
	in %											
2010	14.9	14.5	13.7	12.6	16.3	14.6	13.1	17.3	16.1	13.0	11.3	16.6
2011	14.2	13.2	13.8	11.9	15.8	13.2	11.3	17.3	14.9	13.3	10.6	14.6
2012	14.1	13.6	12.6	12.2	14.5	14.2	11.2	16.2	15.8	12.9	10.3	14.8
2013	13.0	12.9	12.1	11.5	14.2	13.0	8.4	14.4	14.1	12.3	9.9	12.0
2014	8.6	9.4	8.5	7.0	8.7	8.9	4.1	8.8	9.1	6.7	6.1	6.9
2015	8.6	9.7	8.3	6.9	8.0	9.0	3.4	8.9	8.7	7.6	5.8	8.2
2016	9.0	10.3	9.1	7.1	8.0	9.1	4.1	9.5	8.5	8.5	6.0	8.4
2017	8.7	9.7	8.6	7.3	7.7	9.1	6.3	9.3	8.4	7.6	5.2	10.5
2018	8.9	9.9	9.4	7.5	8.0	8.8	5.6	9.3	8.3	7.6	5.8	9.5
2019	9.1	9.7	9.4	7.4	7.2	9.0	6.1	10.1	8.9	7.2	6.1	10.5

## 14 Staatsbeiträge

## Staatsbeiträge im Krankenversicherungs- und Spitalbereich seit 2010

Tabelle 14.1

	Gesamt	Staatsbeitrag an Krankenversicherer	Staatsbeiträge an Spitäler	Prämienverbilligung	Krankenkassenverband, Landesbeitrag
	in CHF				
2010	90 382 674	64 209 895	19 996 883	5 935 896	240 000
2011	87 986 759	62 103 734	19 339 293	6 303 733	240 000
2012	93 112 443	61 353 155	24 935 814	6 583 473	240 000
2013	92 888 885	59 308 696	26 657 676	6 742 513	180 000
2014	81 708 739	53 295 147	23 878 279	4 405 313	130 000
2015	70 681 674	41 163 962	24 359 788	5 027 924	130 000
2016	71 004 748	40 373 153	24 785 307	5 666 288	180 000
2017	72 436 443	40 874 282	26 234 248	5 147 913	180 000
2018	78 235 921	40 807 854	31 286 185	5 961 882	180 000
2019	75 538 869	36 591 430	32 711 311	6 056 128	180 000
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	-3.4	-10.3	4.6	1.6	0.0
Ø jährliche Veränderung seit 2010 in %	-2.0	-6.1	5.6	0.2	-3.1

**Erläuterung zur Tabelle:**

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

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

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

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

2018: Seit 2018 sind in der Prämienverbilligung neben den Beiträgen an Prämien auch die Beiträge an Kostenbeteiligung enthalten.

## Staatsbeiträge an Spitäler seit 2010

Tabelle 14.2

	Gesamt	Liechtensteinisches Landesspital Vaduz	Beiträge an Spitäler in der Schweiz	Beiträge an Spitäler in Vorarlberg
	in CHF			
2010	19 996 883	6 480 388	11 820 764	1 695 730
2011	19 339 293	5 987 724	11 757 111	1 594 458
2012	24 935 814	7 639 314	15 709 832	1 586 668
2013	26 657 676	10 282 016	15 140 437	1 235 224
2014	23 878 279	5 968 748	16 766 389	1 143 142
2015	24 359 788	6 290 161	17 294 619	775 008
2016	24 785 307	6 153 979	17 886 504	744 824
2017	26 234 248	8 278 773	17 287 809	667 665
2018	31 286 185	10 906 838	19 647 343	732 004
2019	32 711 311	11 184 427	20 826 126	700 758
Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	4.6	2.5	6.0	-4.3
Ø jährliche Veränderung seit 2010 in %	5.6	6.3	6.5	-9.4

**Erläuterung zur Tabelle:**

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

## C Methodik und Qualität

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

### 1 Methodik

#### 1.1 Hauptinhalt der Statistik

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

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

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

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

#### 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 Medien informieren die Öffentlichkeit jeweils über die Hauptinhalte der neu publizierten Krankenkassenstatistik.

#### 1.3 Gegenstand der Statistik

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

Je nach Datenquelle wird eine andere Grundgesamtheit berücksichtigt:

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

Die entsprechende Grundgesamtheit definiert sich über alle Leistungserbringenden des Gesundheitswesens in Liechtenstein und im Ausland, 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 Angaben werden vom Amt für Gesundheit zur Verfügung gestellt.

Ergänzend zu den Betriebsrechnungen der Krankenversicherer werden auch die Aufsichtsdaten des Amtes für Gesundheit im Tabellenteil dargestellt. In der Tabelle 1.5a sind die wichtigsten Kennwerte nach den einzelnen Versicherungsanbietern aufgeschlüsselt. Diese Daten werden vom Amt für Gesundheit im Vorfeld unter <https://www.llv.li/files/ag/aufsichtsdaten-2019.pdf> publiziert und finden im Sinne einer Dienstleistung für die Nutzerinnen und Nutzer in der Krankenkassenstatistik Platz.

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

### B) Verwaltungsdaten des Amtes für Soziale Dienste

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

### C) SASIS-Datenpool

Ergänzend zu diesen Daten werden Informationen zu den Leistungserbringenden im Gesundheitswesen aus dem SASIS-Datenpool verwendet. Diese Datenbank ist analog zum schweizerischen Datenpool, der 2001 von Santésuisse in Betrieb genommen wurde, aufgebaut. Santésuisse ist der Branchenverband (Konkordat) der schweizerischen Krankenversicherer. Die Informationen aus dem SASIS-Datenpool zu Leistungen, Spitaltagen und Konsultationen

basieren auf der elektronischen Fakturierung der Ärzteschaft, d.h. die Angaben werden automatisch erfasst und den vordefinierten Kategorien zugeordnet. Danach werden die Informationen pro Monat und pro Jahr ausgewiesen. Für Liechtenstein sind die Angaben ab dem Jahr 2004 vorhanden und stehen dem Krankenkassenverband sowie dem Amt für Gesundheit zur Verfügung. Das Amt für Statistik erhält die Daten vom Amt für Gesundheit in anonymisierter Form.

#### D) Weitere Informationsquellen

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

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

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/monitoring-zur-kranken-kassenkostenentwicklung.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 vom Amt für Gesundheit 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 vom Amt für Gesundheit als Excel-Datei geliefert. Das Amt für Statistik erstellt daraus einzelne Auswertungen im Statistikprogramm SAS. Zur Kontrolle werden die Daten stichprobenweise mit den Rohdaten verglichen. Damit Rückschlüsse auf einzelne Leistungserbringende vermieden werden können, werden folgende fünf Regeln angewendet:

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

versehen, wenn der Anteil des Praxislabors mehr als 60% der abgerechneten Bruttoleistungen beträgt. Rechnen weniger als 15 Leistungserbringende Leistungen als Praxislabor ab, wird das Praxislabor zu den Behandlungen addiert.

- 5) Beträge über CHF 100 000 wurden auf CHF 100 gerundet. Beträge zwischen CHF 10 000 und CHF 100 000 wurden auf CHF 10 gerundet.

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

## 1.6 Publikation der Ergebnisse

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

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

[www.etab.llv.li](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 und Physiotherapeuten enthält einzelne Leistungserbringende sowie Praxisgemeinschaften.

Seit Mitte 2015 werden die Daten des SASIS-Datenpools, die auch vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) publiziert werden, von einem anderen Anbieter aufbereitet. Dieser hat im Zuge der Übernahme auch die Vorjahresdaten neu eingelesen. Durch rückwirkende Korrekturbuchungen in den Systemen der Kassen können hierbei Abweichungen zu früheren Datenlieferungen entstehen. Da die Korrekturen keine inhaltlich bedeutenden Veränderungen bewirkten, werden die Zeitreihen in der Krankenkassenstatistik belassen. Sie können deshalb von den online publizierten Daten des BAG abweichen:

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

Im Berichtsjahr 2019 waren im SASIS-Datenpool Spitalleistungen von insgesamt CHF 69 205 899 erfasst. Davon waren CHF 220 318 weder den stationären noch den ambulanten Leistungen zugeteilt. In Rücksprache mit dem Amt für Gesundheit wurde dieser Betrag den ambulanten Leistungen zugerechnet.

## 2 Qualität

### 2.1 Relevanz

Die Krankenkassenstatistik bietet umfangreiche Informationen zum Gesundheitswesen in Liechtenstein. Jedoch gibt es verschiedene Themenbereiche, die bisher nicht oder nur eingeschränkt dargestellt werden konnten. Aufgrund der EU-Verordnung Nr. 1338/2008 ist Liechtenstein

verpflichtet, Informationen zu folgenden Bereichen an Eurostat, dem Statistischen Amt der Europäischen Union, zu übermitteln:

- Gesundheitsinfrastruktur, Massnahmen und Diagnosen
- Personal im Bereich der Gesundheitsversorgung
- Nutzung der Gesundheitsversorgung, Leistungen für Einzelpersonen und die Allgemeinheit
- Kosten der Gesundheitsversorgung und ihre Finanzierung

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

## 2.2 Genauigkeit

### 2.2.1 Qualität der verwendeten Datenquellen

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

#### A) Daten der Krankenversicherer

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

#### B) Verwaltungsdaten des Amtes für Soziale Dienste

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

#### C) SASIS-Datenpool

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

In den beiden Datenquellen A und C werden die Bruttoleistungen der Versicherer unabhängig voneinander erfasst. Der Gesamtbetrag von CHF 177 743 492 in den OKP-Betriebsrechnungen wies 2019 eine Differenz von 0.133% bzw. CHF 236 965 zu den erfassten Rechnungen im SASIS-Datenpool auf, was zeigt, dass die Genauigkeit hoch ist.

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

Ergänzend zu den Betriebsrechnungen liefern die Krankenkassen Mengenangaben zur Anzahl Konsultationen. Bislang wurden die Konsultationen nicht einheitlich erfasst, was zu grossen Differenzen zwischen den Meldungen der Krankenkassen und den im SASIS-Datenpool erfassten Konsultationen führte. Seit 2017 erfassen die Krankenkassen die Konsultationen nach den überarbeiteten SASIS-Richtlinien, wodurch die Werte harmonisiert werden konnten und die Differenz 2019 noch bei 1 885 Konsultationen respektive 0.4% lag. Die Datenqualität lässt sich somit seit 2017 als gut bewerten.

### 2.2.2 Abdeckung

#### A) Daten der Krankenversicherer

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

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

**B) Verwaltungsdaten des Amtes für Soziale Dienste**

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

**C) SASIS-Datenpool**

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

**2.2.3 Messfehler**

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

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

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

**2.2.4 Antwortausfälle**

Es sind keine Antwortausfälle zu verzeichnen.

**2.2.5 Datenaufbereitung**

Im Zuge der Datenaufbereitung in den Excel-Tabellen können Fehler vorkommen, wenn Formeln fehlerhaft sind

oder Zellbezüge falsch gesetzt werden. Jedoch werden in einer separaten Datei automatisch Kontrollrechnungen ausgeführt, die auf Fehler aufmerksam machen, indem sie Differenzen anzeigen.

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

**2.3 Aktualität und Pünktlichkeit**

Da die Krankenkassen jährlich bis Ende April ihre Daten dem Amt für Gesundheit schicken müssen und Kontrolle, Korrekturen sowie die eigentliche Erstellung der Publikation einige Zeit in Anspruch nehmen, ist die Veröffentlichung der Krankenkassenstatistik auf Anfang Juli geplant. Berücksichtigt werden Informationen des Vorjahres. Aufgrund dessen, dass verschiedene Datenlieferungen an das Amt für Statistik 2020 verzögert waren, erscheint die aktuelle Publikation zum Berichtsjahr 2019 zirka sechs Wochen später als geplant, nach der Sommerpause am 17. August 2020.

**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>

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

## 2.4.2 Kohärenz

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

# D Glossar

## 1 Abkürzungen und Zeichenerklärungen

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

## 2 Begriffserklärungen

### **Arithmetisches Mittel**

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

### **Bruttoleistungen**

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

### **Case Mix Index (CMI)**

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

### **Erwachsene**

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

### **Erweiterte OKP**

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

### **Familienhilfe/ Spitex**

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

### **Freiwillige Versicherungen (FV)**

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

### **Generika**

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

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

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

### **Jahresfranchise**

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

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

### **Jugendliche**

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

### **Kinder**

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

### **Konsultationen**

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

**Kostenbeteiligung**

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 eine Arbeitgeberin oder

einen Arbeitgeber mit Sitz oder Niederlassung in Liechtenstein tätig sind, bis zum Zeitpunkt des Bezuges einer ganzen AHV-Altersrente.

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

**Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)**

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

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

**OKP-Vertragspartner/innen**

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

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

**Originalpräparate**

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

**Physiotherapeut/innen**

Die Kategorie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten umfasst einzelne Leistungserbringende und Praxisgemeinschaften.

**Praktizierende Ärzt/innen, Zahnärzt/innen**

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

**Prämienpflichtige Personen in der OKP**

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

**Prämienverbilligung**

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

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

**Quartil**

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

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

**Reserven (Art. 4 KVV)**

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

**Rückstellungen**

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

**Staatsbeiträge**

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

**Swiss Diagnosis Related Groups (SwissDRG)**

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

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

**Tiers garant**

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

**Tiers payant**

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

**Wartefrist**

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

**Werkpreis**

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