



AMT FÜR STATISTIK
FÜRSTENTUM LIECHTENSTEIN

Krankenversicherer 2021





Sondereffekte prägen das Gesamtergebnis

15.09.2022 - Das Gesamtgeschäft der Krankenversicherer beinhaltet die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP), die Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG) sowie die Freiwilligen Versicherungen (FV). Das Gesamtergebnis aller Versicherungszweige wird 2021 mit minus CHF -18.6 Mio. ausgewiesen. Massgebend sind zwei Sondereffekte: einerseits die Veränderung der Rückstellungen für unerledigte Geschäftsfälle von insgesamt CHF 12.2 Mio. und andererseits die Veränderung der gesetzlichen Mindestreserven mit einer Zunahme um CHF 27.0 Mio. auf CHF 27.4 Mio. Letzteres resultiert aus der Umwidmung von Reserven, die über den gesetzlichen Mindestreserven liegen und für Altersrückstellungen herangezogen wurden. Auslöser der erwähnten Veränderung der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle ist die Umstellung der Methode zur Berechnung der Rückstellungen eines Versicherers, welche eine zusätzliche Dotierung benötigte, die über die Auflösung der Reserven erfolgte.

Per 31. Dezember 2021 beliefen sich die Reserven aller Versicherungszweige auf CHF 147.1 Mio., 11.2% weniger 2020. Die gesetzlichen Erfordernisse in Bezug auf die Reserven werden von allen Kassen erfüllt.



Inhaltsverzeichnis

1 Zunahme der Bruttoleistungen um 2% auf CHF 184 Mio.	4
2 Spitalleistungen: Anstieg von 5% seit 2019	5
3 Betriebsergebnis von minus CHF 2 Mio.	6
4 Staatsbeiträge von CHF 83 Mio. für Krankenversicherungs- und Spitalbereich	7
5 Differenz der Bruttokosten gegenüber der Schweiz sinkt	8
6 Aufenthaltsdauer (Median) ist im Landesspital eher tief	9
7 Verletzungen, Vergiftungen und andere äussere Ursachen sind am häufigsten	10
8 Daten / Karten	11
9 Methodik & Qualität	12

Zunahme der Bruttoleistungen um 2% auf CHF

1 184 Mio.

Mit Bruttoleistungen von CHF 184.0 Mio. im Berichtsjahr wird gegenüber 2020 ein Anstieg von 2.3% ausgewiesen. Damit liegt das Gesamtwachstum der Kosten über dem von der Regierung festgelegten Kostenziel von 2.0% und über dem durchschnittlichen Wachstum der fünf Jahren davor von 1.4% pro Jahr. Insgesamt entfallen auf die kostenintensiven Kategorien Spital (ambulant und stationär) und Ärzteschaft (Behandlungen und Praxislabor) im Berichtsjahr 60.1% der abgerechneten Bruttoleistungen.

Die Ärzteschaft rechnete insgesamt CHF 57.2 Mio. über die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) ab. Werden die Ausgaben für Arzneimittel ausgeklammert – diese zusammen mit den Ausgaben in Apotheken betrachtet – verbleiben für ärztliche Behandlungen und Laboranalysen CHF 39.4 Mio. Dieser Betrag weist im Vergleich zu 2020 eine Zunahme von 3.4% auf, allerdings ist der Vergleich zum Referenzjahr 2019 vor der Covid-19-Pandemie mit einer Abnahme von 0.6% aussagekräftiger.

Mit einem Gesamtbetrag von CHF 28.4 Mio. wurde 2021 insgesamt 1.8% mehr für Arzneimittel abgerechnet als im Vorjahr. Generell lässt sich eine Verschiebung von den in Arztpraxen abgegebenen zu den Apotheken bezogenen Arzneimitteln beobachten. Während 2012 noch 24.3% der Arzneimittel in Apotheken abgeholt wurden, lag der Anteil 10 Jahre später mit 36.0% bei rund einem Drittel. Diese Verlagerung wurde durch die während der Covid-19-Pandemie reduzierten Arztbesuche begünstigt, was den Bezug von Arzneimitteln über die Apotheken förderte.

Erläuterung zur Grafik

Kategorien: 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. Zudem werden in der Grafik aus Darstellungsgründen nur Kategorien mit Bruttoleistungen von mehr als CHF 1 Mio. dargestellt. Informationen zu den Kategorien lassen sich auf dem eTab-Portal finden.



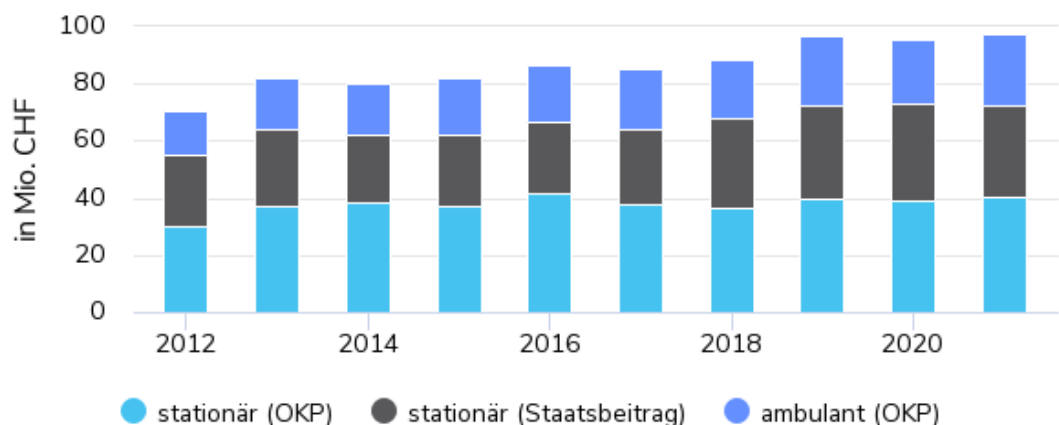
Amt für Statistik Liechtenstein

2 Spitalleistungen: Anstieg von 5% seit 2019

Im Vergleich zum Vorjahr der Covid-19-Pandemie 2019 haben sich die Spitalleistungen 2021 um 5.0% auf CHF 71.3 Mio. erhöht. Während die stationären Spitalleistungen eine Zunahme von 7.8% auf CHF 47.3 Mio. verzeichnen, zeigten sich die ambulanten Leistungen mit einer Abnahme von 0.1% auf CHF 24.0 Mio. praktisch unverändert. Allerdings ist bei den ambulanten Spitalleistungen die markante Zunahme von 15.5% im Jahr 2019 zu berücksichtigen, wobei ein Teil dieses Sprungs auf die seit 1. Januar 2019 geltende Bestimmung „ambulant vor stationär“ zurückzuführen ist. Basierend auf dieser Regelung wird bei verschiedenen Gruppen von Eingriffen (u.a. Krampfaderoperationen, Kniearthroskopien) nur mehr die ambulante Ausführung vergütet. Diese Massnahme wurde mit dem Ziel der Entlastung stationärer Spitalkosten eingeführt, was sich jedoch nicht beobachten lässt. Teilweise ist der markante Anstieg 2019 auch durch Abrechnungsverzögerungen (Einführung einer neuen Software) zu erklären. Abklärungen des Amts 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. Die im Balkendiagramm zu beobachtende Abnahme 2020 ist im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie zu sehen, aufgrund der es zweifelhafte Einschränkungen bei nicht dringlichen Behandlungen gab.

Im Diagramm wird die Entwicklung der Ausgaben für Leistungen in den Vertragsspitalern dargestellt, 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 2021 auf insgesamt CHF 97.2 Mio. beliefen, zeigt sich der über die Jahre tendenziell zunehmende Anteil ambulanter Leistungen am Total. Während 2012 insgesamt 21.3% der Spitalausgaben auf ambulante Leistungen entfielen, war der Anteil 2021 mit 25.2% höher.

Bruttoleistungen der Spitäler



Erläuterung

Berücksichtigt wurden die Vertragsspitäler von Liechtenstein.

2013: Der Kostenanstieg um 16.8% von 2012 auf 2013 ist im Zusammenhang mit

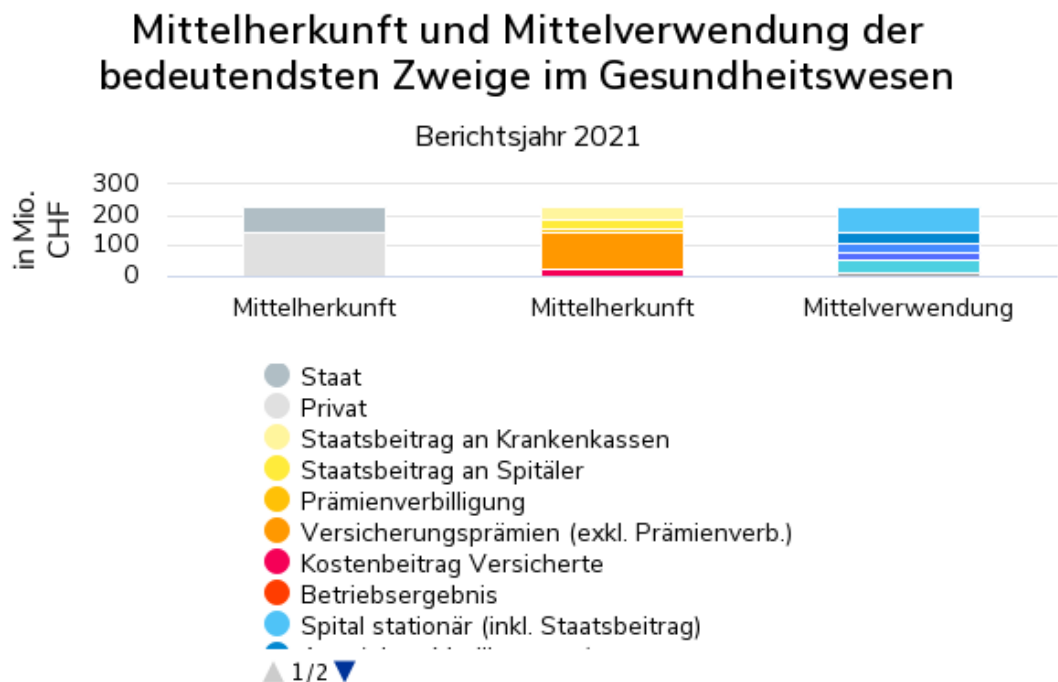
Erfassungsverzögerungen bei der Einführung des Tarifsystems Swiss Diagnosis Related Groups (SwissDRG) zu sehen.

Amt für Statistik Liechtenstein

3 Betriebsergebnis von minus CHF 2 Mio.

Die Obligatorische Krankenpflegeversicherung weist für das Jahr 2021 ein negatives Betriebsergebnis von CHF -2.4 Mio. aus. Betragsmässig bedeutend sind auf der Aufwandseite die um 2.3% höheren Bruttoleistungen von CHF 184.0 Mio. Daneben ist die Position Veränderung von Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle mit einem Aufwand von CHF 1.2 Mio. zu berücksichtigen, die im letzten Jahr aufgrund der Auflösung von Rückstellungen noch positiv mit CHF 1.1 Mio. geführt wurde. Auf der Ertragsseite lässt sich beobachten, dass im Vorjahresvergleich die Staatsbeiträge mit CHF 39.1 Mio. um 6.3% tiefer ausfielen. Günstig für das Betriebsergebnis ist das um 2.9% höhere Prämiensoll von CHF 132.0 Mio. Am Ende resultiert aus dem um 3.5% höheren Versicherungs- und Betriebsaufwand von CHF 173.1 Mio. und dem um 0.6% höheren Versicherungsertrag von CHF 170.7 Mio. das eingangs erwähnte Betriebsergebnis von minus CHF -2.4 Mio. Werden die Neutralen Aufwendungen und Erträge im Umfang von CHF 5.1 Mio. miteinbezogen, so wird ein Gesamtergebnis von CHF 2.7 Mio. ausgewiesen. Im zehnjährigen Vergleich reiht sich das Gesamtergebnis der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) in der Mitte 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 finanzielle Gewichtung zwischen Staat und Privaten lässt sich dem Balkendiagramm zur Mittelherkunft und Mittelverwendung entnehmen. Im Berichtsjahr 2021 wurde die OKP zu 63.5% durch Private und zu 36.5% durch den Staat finanziert. In früheren Jahren, bspw. 2010, war die Aufteilung mit 48.2% Staat und 51.8% Private fast hälftig gewesen.



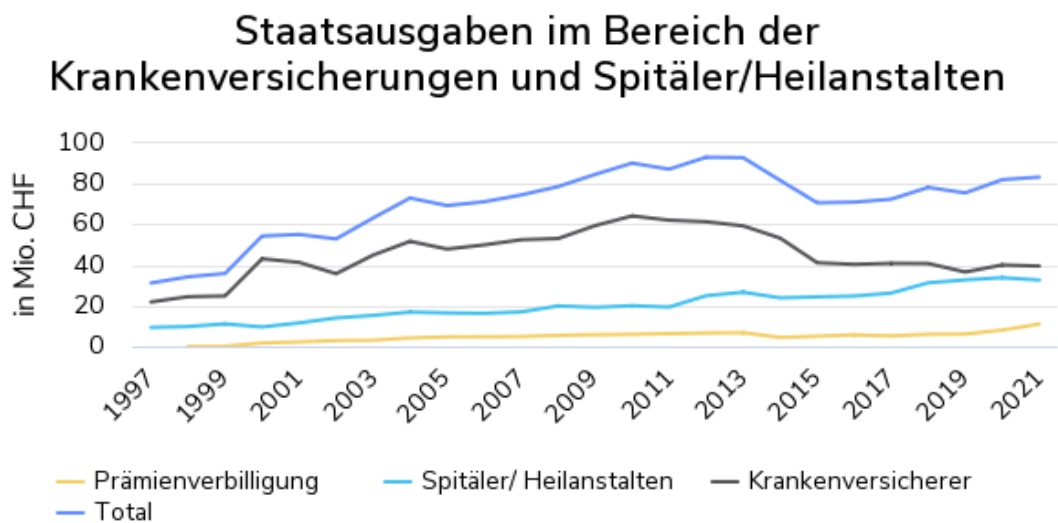
Amt für Statistik Liechtenstein

Staatsbeiträge von CHF 83 Mio. für

4 Krankenversicherungs- und Spitalbereich

Mit einem Gesamtbetrag von CHF 83.3 Mio. hat der Staat im Berichtsjahr 1.6% mehr für den Krankenversicherungs- und Spitalbereich ausgegeben als im Vorjahr. Während der Staatsbeitrag an die Krankenversicherer mit CHF 39.5 Mio. um 1.3% und der Staatsbeitrag an die Spitäler mit CHF 32.6 Mio. um 3.5% tiefer ausfiel, wurde mit CHF 11.0 Mio. 37.4% mehr für die Finanzierung der Prämienverbilligung aufgewendet. Unverändert ist die Unterstützung des Krankenkassenverbandes mit CHF 180'000 pro Jahr. Die Summe der Staatsbeiträge 2020 und 2021 liegt deutlich über dem Durchschnittswert der vorangegangenen fünf Jahre von CHF 73.6 Mio. (2015-2019). Da die Staatsbeiträge in den Vorjahren 2011-2014 mit einem Mittelwert von CHF 88.9 Mio. noch höher waren, wird im Zehnjahresvergleich eine jährliche Abnahme von 1.2% berechnet.

In der zehnjährigen Betrachtung sind die tendenziell zunehmenden Staatsbeiträge an die Spitäler seit 2011 zu beobachten – 2021 stellt mit einem Rückgang von 3.5% eine Ausnahme dar. Wesentlich für den zunehmenden Trend 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 beim Liechtensteinischen Landesspital 55% der stationären Spitalleistungen vom Staat und 45% von den Krankenkassen getragen.



Erläuterung

Total: Das Land unterstützte den Krankenkassenverband jährlich mit CHF 130'000 bis knapp CHF 29'0000. Dieser im Vergleich tiefe Betrag wird in der Grafik nicht einzeln dargestellt, ist aber im Total enthalten.

Amt für Statistik Liechtenstein

Differenz der Bruttokosten gegenüber der Schweiz

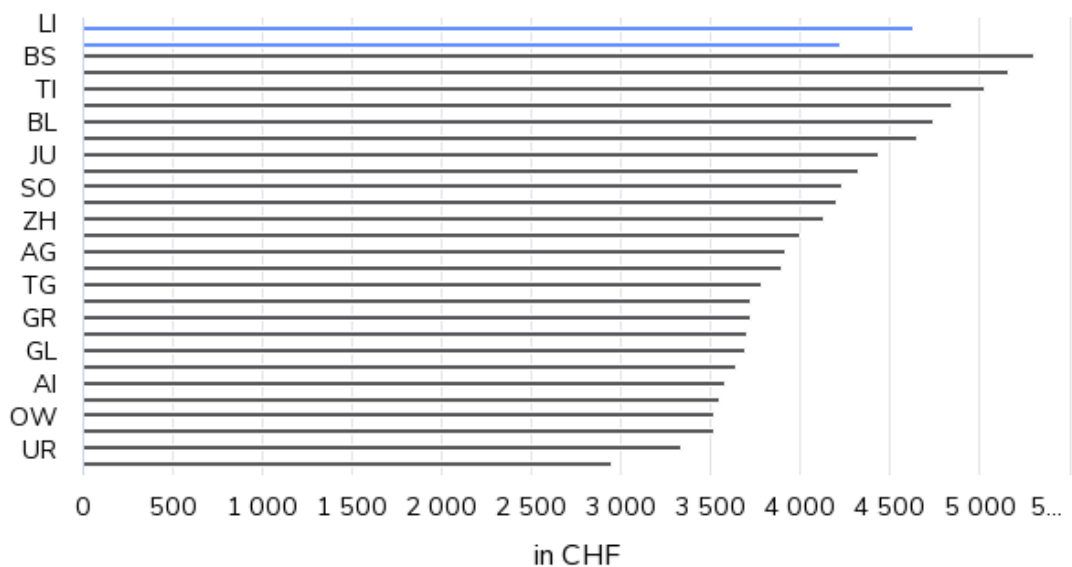
5 sinkt

Bei der Interpretation des Kostenvergleichs (Quelle: www.bag.admin.ch/kmt) mit der Schweiz sind vor allem die unterschiedlichen Leistungskataloge und Abrechnungsarten (tiers garant, tiers payant) zu beachten. In Liechtenstein kommt die Abrechnungsart tiers payant zur Anwendung, d.h. die Rechnungsstellung der Leistungserbringenden erfolgt direkt an die Krankenkassen. Beim tiers garant-Prinzip, das in der Schweiz häufig angewendet wird, erfolgt die Rechnungsstellung der Leistungserbringenden an die Versicherten. Dabei werden lediglich die von den Versicherten bezahlten und zur Rückvergütung eingereichten Rechnungen von den Versicherern erfasst. Nicht eingereichte Rechnungen für Leistungen bleiben unberücksichtigt.

Angesichts der unterschiedlichen Systeme sind die Daten nur bedingt vergleichbar. Es ist davon auszugehen, dass die schweizerischen Zahlen tendenziell etwas tiefer ausfallen, da nicht alle Rechnungen zur Rückvergütung bei den Kassen eingereicht werden. Die vor diesem Hintergrund zu interpretierende Differenz der durchschnittlichen Bruttoleistungen pro Kopf von CHF 4228 in der Schweiz und von CHF 4634 in Liechtenstein beträgt 9.6%. Gegenüber 2020 ist der Unterschied 3.5 Prozentpunkte geringer und auch deutlich tiefer als bspw. 2015 mit 19.1%. Während sich in den letzten fünf Jahren die durchschnittlichen Ausgaben pro versicherte Person in der Schweiz um 10.0% auf CHF 4228 erhöht haben, wird für Liechtenstein eine geringere Zunahme von 5.6% auf CHF 4634 berechnet.

Bruttokosten (OKP) pro versicherte Person

Berichtsjahr 2021



Amt für Statistik Liechtenstein

Aufenthaltsdauer (Median) ist im Landesspital eher tief

6

Aufenthaltsdauer (Median) ist im Landesspital eher tief

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. Im Kantonsspital St. Gallen und im Landeskrankenhaus Feldkirch liegt der Median der Aufenthaltsdauer bei vier Tagen, für alle anderen Spitäler wird ein tieferer Median berechnet. Die Aufenthaltsdauer korreliert mit dem Schweregrad der Fälle, welcher anhand des Case-Mix-Index ausgewiesen wird. Folglich werden schwerere Fälle eher im Kantonsspital St. Gallen und im Landeskrankenhaus Feldkirch behandelt, was sich auch in der längeren Aufenthaltsdauer niederschlägt.

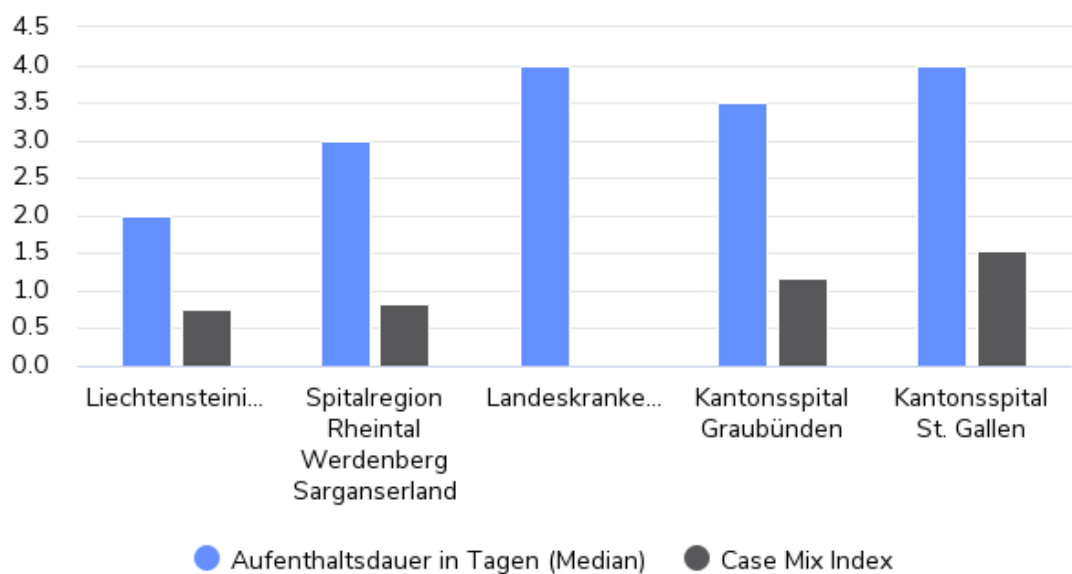
Erläuterung zur Grafik

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

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

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

Median der Aufenthaltsdauer und Case Mix Index in Spitälern 2021



Amt für Statistik Liechtenstein

Verletzungen, Vergiftungen und andere äussere Ursachen sind am häufigsten

Verletzungen, Vergiftungen und andere äussere Ursachen sind am häufigsten

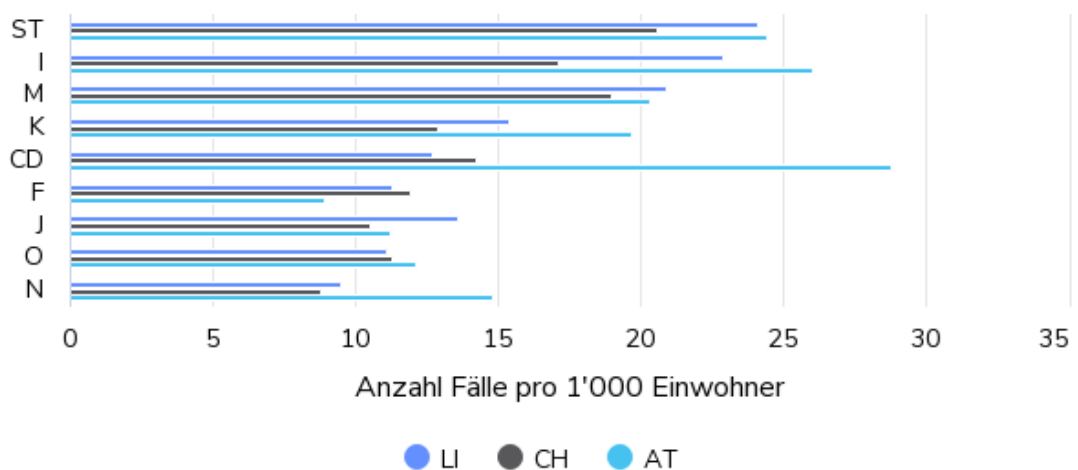
Im Balkendiagramm werden die zehn häufigsten Diagnosegruppen für in Liechtenstein wohnhafte Personen sowie die entsprechenden Vergleichswerte aus der Schweiz und Österreich dargestellt. Da für die Schweiz und Österreich lediglich Informationen für das Jahr 2020 vorliegen, wurde die Grafik für das Jahr 2020 erstellt. In Bezug auf die Anzahl der Diagnosen ist die Situation in Liechtenstein und der Schweiz meist relativ ähnlich. Österreich hingegen verzeichnet oft auffallend mehr Diagnosen. Nach Aussage von Statistik Austria liegt dies daran, dass Österreich traditionsgemäss ein sehr spitalorientiertes Gesundheitswesen hat.

Erläuterung zur Grafik

- ST Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen
- I Krankheiten des Kreislaufsystems
- M Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
- K Krankheiten des Verdauungssystems
- CD Neubildungen
- F Psychische und Verhaltensstörungen
- J Krankheiten des Atmungssystems
- O Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
- N Krankheiten des Urogenitalsystems

In Krankenhäusern gestellte Diagnosen nach ICD-10 Klassifizierung in Liechtenstein, der Schweiz und in Österreich

Berichtsjahr 2020



Amt für Statistik Liechtenstein

[Download](#)

[pdf] Krankenversicherer 2021

8 Daten / Karten

eTab – interaktive Tabellen

462.101d Alle Versicherungsarten - Betriebsrechnung in CHF nach Kennzahl und Versicherungsart seit 2001

462.102d Alle Versicherungsarten - Reserven der Versicherer in CHF nach Versicherungsart seit 2004

462.201d Obligatorische Krankenpflegeversicherung - Versicherer nach Versichertenbestand seit 2001

462.202d Obligatorische Krankenpflegeversicherung - Versicherte per 31. Dezember nach Personengruppe seit 2001

462.203d Obligatorische Krankenpflegeversicherung - Bruttoleistungen in CHF und CHF pro Person nach Kategorie seit 2004

462.204d Obligatorische Krankenpflegeversicherung - Staatsbeiträge in CHF nach Empfänger seit 2001

462.205d Obligatorische Krankenpflegeversicherung - Schlüsselzahlen der Betriebsrechnung in CHF nach Versicherungsform, Einheit und Personengruppe seit 2001

462.301d Obligatorische Krankengeldversicherung - Ausbezahlte Taggelder in CHF nach Wartefrist seit 2005

462.302d Obligatorische Krankengeldversicherung - Anzahl ausbezahlte Taggelder nach Wartefrist seit 2005

Tabellen

[xlsx] Krankenversicherer 2021 Tabellen

[xlsx] Krankenversicherer Zeitreihen 2021

9 Methodik & Qualität

Methodik & Qualität

Zweck dieses Dokuments ist es, den Nutzerinnen und Nutzern Hintergrundinformationen über die Methodik und die Qualität der statistischen Informationen zu bieten. Dies ermöglicht, die Aussagekraft der Ergebnisse besser einzuschätzen.

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

Der Abschnitt über die Qualität basiert auf den Vorgaben des Europäischen Statistischen Systems über die Qualitätsberichterstattung und beschreibt Relevanz, Genauigkeit, Aktualität, Pünktlichkeit, Kohärenz und Vergleichbarkeit der statistischen Informationen.

[pdf] [Krankenkassenstatistik 2021 Methodik und Qualität](#)