



Statistische Information

Krankenkassenstatistik 1984

Amt für Volkswirtschaft, Vaduz
Fürstentum Liechtenstein

Krankenkassenstatistik 1984

Das Amt für Volkswirtschaft veröffentlicht nunmehr zum neunten Mal die Krankenkassenstatistik in der hier vorliegenden Form. Die Zeitperiode ist lange genug, um einen aussagekräftigen Vergleich für die Jahre 1976 bis 1984 anzustellen. Wir stellen die Entwicklung im vierjährigen Rhythmus (1976, 1980, 1984) dar. Die Aufwands- und Ertragssteigerung lässt sich hierbei am leichtesten vergleichen, wenn für 1976 der Index = 100 gesetzt wird. Das tatsächliche Bild würde jedoch verfälscht, wenn die Zahl der Krankenversicherten nicht mitberücksichtigt würde. Da sich diese Zahl verändert (sie ist von 27.654 im Jahr 1976 auf 34.059 im Jahr 1984 gestiegen), ist es aus Gründen der Vergleichbarkeit notwendig, den Aufwand und Ertrag pro Krankenversicherten zu errechnen. Das Ergebnis sieht dann folgendermassen aus:

AUFWAND	1976	1980	1984
Krankenpflege	100	131,7	177,1
Krankengeld	100	122,6	140,7
Zusatzversicherungen	100	168,1	252,2
Verwaltung	100	135,5	170,9
Übriges	100	93,7	144,1
GESAMTAUFWAND	100	129,3	172,6
ERTRAG	1976	1980	1984
Krankenpflege	100	115,6	166,8
Landesbeiträge	100	130,7	182,2
Krankengeld	100	117,6	121,4
Zusatzversicherung	100	166,4	215,6
Übriges	100	69,6	94,2
GESAMTERTRAG	100	121,0	158,4
KONSUMENTENPREISE	100	111,9	132,2

Der Gesamtaufwand der Krankenversicherungen hat sich im Vergleichszeitraum um 72,6 % erhöht, der Gesamtertrag um 58,4 %. Die grösste Steigerung erfolgte bei den Zusatzversicherungen, bei denen sich sowohl der Aufwand, als auch der Ertrag pro Krankenversicherten mehr als verdoppelt hat (Aufwandsteigerung um 152,2 % bzw. Ertragssteigerung um 115,6 %).

Häufig ist von der sogenannten "Kostenexplosion" im Gesundheitswesen die Rede. Tatsächlich stiegen die Ausgaben der Krankenversicherungen schneller als die allgemeinen Lebenskosten an, die im Vergleichszeitraum von 1976 bis 1984 um 32,2 % (gemessen am Jahresendstand des Schweizerischen Landesindex der Konsumentenpreise) zulegten, während der Aufwand der Krankenversicherungen pro Mitglied um 72,6 % zunahm. Die Kostensteigerung im Gesundheitswesen ist jedoch nur zum Teil der Preissteigerung zuzurechnen, sondern kann ebenso in der vermehrten Beanspruchung der Krankenkassen ihre Ursache haben (verändertes Konsumverhalten). Ein Blick auf die Entwicklung der entsprechenden Indexpositionen sowie der Krankenkassenausgaben, kann zur Klärung dieser Frage beitragen:

Die Position "Gesundheitspflege" ist im Gesamt-Landesindex der Konsumentenpreise mit einem Anteil von 5,867 % vertreten; mit diesem Gewicht im Warenkorb wirken also Preiserhöhungen dieser Bedarfsgruppe auf die Gesamt-Teuerungsentwicklung ein. Die Position "Gesundheitspflege" setzt sich wiederum zusammen aus den Gruppen "Zahnärztliche Leistungen" (Anteil am Gesamtindex: 1,848 %), "Ärztliche Leistungen" (2,270 %), Spitaltaxen (1,173 %) sowie "Heilmittel und Sanitätsmaterial" (0,573 %). Diese einzelnen Positionen haben sich im betrachteten Zeitraum wie folgt verteuert (per Jahresendstand):

	1976	1980	1984
Gesundheitspflege insgesamt	100	111,5	138,0
davon Zahnärztliche Leistungen	100	107,3	141,1
Ärztliche Leistungen	100	111,8	127,0
Spitaltaxen	100	120,0	170,0
Heilmittel und Sanitätsmaterial	100	105,0	116,5

In diesen acht Jahren lag die Teuerung für "Gesundheitspflege" mit 38,0 % nicht wesentlich über der oben schon vermerkten Gesamtteuerung von 32,2 %. Die Einzelpositionen weisen allerdings recht unterschiedliche Inflationsraten auf, nämlich von +16,5 % für "Heilmittel und Sanitätsmaterial" bis +70 % für "Spitaltaxen" (da diese Position erst ab September 1977 im Index enthalten ist, handelt es sich hier um einen Näherungswert; die ausgewiesene Teuerung seit September 1977 beträgt 68,9 %).

Mit Preisindices kann nur der Aspekt Teuerungsentwicklung trendmässig umschrieben werden. Die mengenmässigen und strukturellen Verlagerungen werden damit aber nicht erfasst. Für die Entwicklung der Kosten, welche sich ja aus Menge mal Preis zusammensetzen, gibt der in der vorliegenden Statistik ausgewiesene Aufwand der Krankenkassen ein Bild:

Die Ausgaben für die Behandlung in Heilanstalten, für Ärzte und Arzneien bilden den Grossteil des Gesamtaufwandes der Krankenkassen (knapp unter zwei Drittel des Gesamtaufwandes). Die Ausgabenentwicklung pro Krankenversicherten von 1976 bis 1984 sah für diese drei grössten Ausgabenposten folgendermassen aus:

	1976	1980	1984
Behandlung in Heilanstalten	100	137,4	201,7
Arztkosten	100	115,5	153,1
Arzneikosten	100	151,2	181,9

Der Gesamtaufwand der Krankenkassen hat sich zwischen 1976 und 1984 mehr als verdoppelt (von 19,4 auf 41,3 Millionen Franken). Die Arztkosten, die 1976 29,4 % des Gesamtaufwandes betragen hatten, nahmen unterdurchschnittlich zu. 1984 bildeten sie nur noch 26,0 % des gesamten Aufwandes der Krankenkassen. Der Ausgabenanteil der Arzneimittel verlief ziemlich konstant. Die Arzneimittel trugen 1976 (11,3 %) fast in gleicher Höhe wie 1984 (11,9 %) zu den Gesamtausgaben bei. Die Kosten für die Behandlung in Heilanstalten dagegen stiegen deutlich überdurchschnittlich an. Sie haben sich pro Versicherten weit mehr als verdoppelt. 1976 machten sie 23,5 % der Gesamtausgaben aus, 1984 bereits 27,5 %. Die gesamte Zunahme des Aufwandes der Krankenkassen von 21,9 Millionen Franken geht zu 31 % auf die gestiegenen Ausgaben für die Behandlung in Heilanstalten zurück.

Diese Kostensteigerung für die Behandlung in Heilanstalten lässt sich noch differenzierter betrachten. Die folgende Tabelle gibt Aufschluss über die Entwicklung der Zahl der Behandlungen und die Aufenthaltsdauer in Heilanstalten (die Vergrösserung des Mitgliederbestandes ist wiederum mitberücksichtigt):

	1976	1980	1984
Aufenthaltstage in Heilanstalten	100	116,8	123,7
Behandlungsfälle in Heilanstalten	100	79,7	75,8

Die Häufigkeit der Behandlungen in Heilanstalten hat im betrachteten Zeitraum tendenziell abgenommen, während auf der anderen Seite die gesamte Aufenthaltsdauer in Heilanstalten stetig stieg. Das heisst, dass die durchschnittliche Behandlungszeit eines Falles heute viel länger dauert als vor acht Jahren (Aufenthaltsdauer pro Fall). Das ist der eine Faktor, der zu der Kostensteigerung für die Behandlung in Heilanstalten geführt hat. Der andere Faktor besteht darin, dass die durchschnittlichen Kosten für einen Behandlungstag in diesem Zeitraum stark angestiegen sind (Behandlungskosten pro Tag). Die folgende Tabelle verdeutlicht das Gesagte:

	1976	1980	1984
Aufenthaltsdauer pro Fall	100	145,8	162,5
Behandlungskosten pro Tag	100	117,7	163,7
Behandlungskosten pro Fall	100	172,3	266,1

Die Kosten für die Behandlung in Heilanstalten sind somit überdurchschnittlich angewachsen, obwohl die Zahl der behandelten Fälle (absolut und relativ) zurückgegangen ist. Die Behandlungskosten pro Behandlungsfall sind rapide angestiegen.

Zusammenfassend stellen wir fest, dass Aufwand und Ertrag der Krankenkassen stärker als die Teuerung zugenommen haben. Darin spiegelt sich eine ausgeweitete Nachfrage nach den entsprechenden Leistungen. Die grösste Zunahme ergab sich im Bereich der Zusatzversicherungen, woraus man auf wachsende Ansprüche der Versicherten bezüglich solider Versicherung und Behandlungskomfort schliessen kann. Das Hauptgewicht der Kostensteigerung im Gesundheitswesen fügt sich jedoch aus den wichtigsten Ausgabenposten – Behandlung in Heilanstalten, Arzt- und Arzneikosten – zusammen. Insbesondere die Behandlung in Heilanstalten weist eine beträchtliche Kostensteigerung auf. Zwei Gründe sind dafür massgeblich: die Verlängerung der durchschnittlichen Behandlungszeit und die allgemeine Verteuerung der Behandlungskosten.

1 MITGLIEDERBESTAND (per 31. 12.)

11 Versicherte nach Versicherungsart

Versichertengruppe	Total	Kinder ¹⁾ 0 – 15	Männer ¹⁾ 16–65	Männer 66 –	Frauen ¹⁾ 16–65	Frauen 66 –
Einzelversicherte	14350	3474	3809	810	4996	1261
Kollektivversicherte	19709	2928	9533	153	6941	154
Insgesamt	34059	6402	13342	963	11937	1415

12 Versicherte nach Art des Versicherungsanspruchs

	Total	Kinder	Männer	Männer	Frauen	Frauen
Krankpflege allein	11006	6402	1293	372	2321	618
Krankpflege und -geld	18044		9015	542	7754	733
Krankengeld allein	3203		2261	50	848	44

Zusatzversicherung für: ²⁾

	Total	Kinder	Männer	Männer	Frauen	Frauen
Spitalkosten	2569	443	614	200	969	343
Spitalbehandlungskosten	9711	1451	3498	268	4121	373
Tod, Invalidität	2373	809	545	24	930	65
Zahnpflege	3042	938	456	32	1550	66
Übrige	11303	1070	5374	282	4241	336

13 Versicherte nach Wohnsitz

Versicherte insgesamt in	Total	Kinder	Männer	Frauen
Liechtenstein ³⁾	28959	5798	11458	11703
Schweiz	1981	400	963	618
Österreich	2984	180	1817	987
Andere	135	24	68	43

nur für Krankengeld Versicherte:

	Total	Kinder	Männer	Frauen
Liechtenstein ³⁾	720		514	206
Schweiz	274		213	61
Österreich	2188		1556	632
Andere	7		5	2

1) Versicherte, die bis zum 31. 12. das 15. bzw. 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

2) Nur jene Versicherte, die für Zusatzleistungen gemäss Art. 16 KVG verrechnet sind.

3) Versicherte, die in Liechtenstein ihren zivilrechtlichen Wohnsitz haben oder eine Erwerbstätigkeit ausüben, mit Ausnahme der Grenzgänger – (Wohnbevölkerung einschliesslich Saisonarbeiter)

21 Ambulante Krankenpflege ¹⁾

Versichertenkategorien	Total	Kinder ²⁾	Männer	Frauen
Erkrankungsfälle ³⁾	73698	14222	23850	35626
Krankenpflegekosten (Total Franken)	16'875'519.80	1'886'294.85	6'102'193.75	8'887'031.20
Ärztliche Behandlung ⁴⁾	10'741'059.80	1'252'687.10	3'883'013.90	5'605'358.80
Arzneimittel ⁵⁾	4'906'120.10	603'297.70	1'758'082.50	2'544'739.90
Medizinische Hilfspersonen ⁶⁾	790'224.30	10'994.20	275'961.95	503'268.15
Übrige Kosten ⁷⁾	438'115.60	19'315.85	185'135.40	233'664.35

22 Behandlung in Heilanstalten ¹⁾

Einweisungen in Heilanstalten	3487	351	1228	1908
Aufenthaltsdauer (Tage)	68074	2626	23226	42222
Heilanstaltskosten (Franken) ⁸⁾	11'338'499.55	405'822.05	4'207'397.20	6'725'280.30

23 Wochenbettfälle und Leistungen bei Mutterschaft

Wochenbettfälle		645
Wochenbetttage		5622
Krankenpflegekosten (Franken) ⁹⁾		1'150'310.45
Krankengeld (Franken)		489'838.20

24 Krankengeldversicherung ¹⁾

Taggeldfälle ¹⁰⁾	4302		2176	2126
Krankentage ¹¹⁾	108'625		59'036	49'589
Krankengelder (Franken)	4'860'086.85		3'443'317.20	1'416'769.65

1) Einschliesslich Tuberkulose, jedoch ohne Mutterschaft. 2) Versicherte, die bis zum 31. 12. das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. 3) Als "Erkrankungsfall" gilt mit Ausnahme der ambulanten Behandlung bei Mutterschaft jede in Rechnung gestellte ärztliche Behandlung. 4) Tarifmässige Kosten für die ambulante Behandlung durch den Arzt; einschliesslich der vom Arzt angeordneten Analysen und der in Heilanstalten ambulant vorgenommenen Röntgenaufnahmen, Bestrahlungen, Massagen u. ä., jedoch ohne Arzneien. 5) Alle nach gesetzlichen Vorschriften (LGBI. 1977/22) zugelassenen Arzneimittel. 6) Vergütungen für Leistungen an medizinische Hilfspersonen im Sinne des Art. 1 der Verordnung betreffend die medizinischen Hilfspersonen und Hilfsberufe (LGBI. 1961/28). 7) Zu den übrigen Kosten zählen alle anderen statutarisch erbrachten Leistungen wie z. B. Brillen, Zahnpflegekosten, Hilfsmittel, Krankentransporte u. ä. sowie Beiträge an ärztlich verordneten Badekuren. 8) Unter Heilanstaltskosten fallen alle gemäss Art. 13, Abs. 1, lit. b KVG ausgerichteten Leistungen, sowie die Leistungen aus der Spitalzusatz- bzw. Spitalkostenversicherung. 9) Leistungen bei Mutterschaft gemäss Art. 13 KVG, ohne Spitalzusatz- bzw. Spitalkostenversicherung. 10) Als Taggeldfall zählt eine ununterbrochene Folge von Krankheitstagen. 11) Zu zählen sind die effektiv verstrichenen Kalendertage zwischen Anfang und Ende der Arbeitsunfähigkeit.

31 Aufwand ¹⁾ (in Franken)

Versichertengruppen ²⁾	Total	Kinder 0 – 15	Männer		Frauen	
			16–65	66 –	16–65	66 –
+ Arztkosten ³⁾	11'176'063	1'252'687	3'132'230	750'784	4'906'050	1'134'312
+ Arzneikosten ³⁾	4'956'617	603'298	1'295'331	462'751	1'840'563	754'674
+ Medizinische Hilfspersonen ³⁾	795'503	10'994	226'683	49'279	404'339	104'208
+ Übrige Kosten ³⁾	331'370	11'735	106'519	28'109	144'245	40'762
= Ambulante Kosten	17'259'553	1'878'714	4'760'763	1'290'923	7'295'197	2'033'956
+ Heilanstaltskosten ⁴⁾	8'410'989	381'364	1'685'371	1'173'971	3'035'869	2'134'414
= Krankenpflege (Art. 13 KVG)	25'670'542	2'260'078	6'446'134	2'464'894	10'331'066	4'168'370
Krankengelder (Art. 14 KVG)	5'349'785		3'443'317		1'906'468	
+ Spitalzusatz	321'592	342	124'611		196'639	
+ Spitalbehandlungskosten	3'425'080	14'333	1'224'425		2'186'322	
+ Tod, Invalidität	11'997	100	7'673		4'224	
+ Zahnpflege	118'830	15'489	46'856		56'485	
+ Übrige vertragsgeb. Kosten	102'482	5'677	27'095		69'710	
= Zusatzversicherung (Art. 16 KVG)	3'979'981	35'941	1'430'660		2'513'380	
Freiwillige Leistungen an Vers.	85'930	5'000 ⁶⁾	40'930 ⁶⁾		40'000 ⁶⁾	
Rückversicherungsprämien	779'037	150'000 ⁶⁾	329'037 ⁶⁾		300'000 ⁶⁾	
Rückstellungen	1'513'222	200'000 ⁶⁾	663'222 ⁶⁾		650'000 ⁶⁾	
+ Personalkosten	1'061'806					
+ Sachkosten	624'267					
+ Zentrale Verwaltungskosten ⁵⁾	846'606					
+ Beiträge an Verbände	8'340					
+ Abschreibungen	492'355					
= Verwaltungskosten	3'033'374					
Sonstiger Aufwand	861'393					

Gesamtaufwand	41'273'264					

1) Bruttoaufwand, einschliesslich des Selbstbehalts der Mitglieder.

2) Zurechnung der Kosten zu den einzelnen Versichertengruppen nur bis zum Zeitpunkt der Vollendung der entsprechenden Altersgrenze. Vollendet ein Jugendlicher am 31. 1. das 15. Lebensjahr so sind die Kosten ab 1. 2. unter die Versichertengruppe Männer 16–65 zu verbuchen.

3) Abgrenzungen entsprechend den Kriterien in der Morbiditätsstatistik, jedoch mit Einbezug der obligatorischen Kosten für Mutterschaft.

4) Ohne die Leistungen aus der Spitalzusatz- bzw. Spitalkostenversicherung.

5) Kostenbeiträge an zentrale Verwaltungsstelle einschliesslich der Kosten für zentrale EDV.

6) Aufgrund der vorhandenen Angaben zugerechnet.

32 Ertrag (in Franken)

Versichertengruppen	Total	Kinder 0 – 15	Männer		Frauen	
			16–65	66 –	16–65	66 –
Prämien Krankenpflegevers. ¹⁾	15'889'541	1'684'612	5'964'825	652'515	6'519'376	1'068'213
Selbstbehalt (Art. 23 KVG)	2'217	481	783	–	953	–
Beiträge des Landes ²⁾	8'893'376	686'309	1'296'568	1'528'441	3'053'102	2'328'956
Prämien Krankengeldvers. ³⁾	6'597'784		4'668'460		1'929'324	
+ Prämien Spitalkosten	378'747	15'080	138'667		225'000	
+ Prämien Spitalbehandlung	5'125'224	241'488	2'199'187		2'684'549	
+ Prämien Tod, Invalidität	65'423	12'945	18'312		34'166	
+ Prämien Zahnpflege	122'898	16'460	42'307		64'131	
+ Prämien für übrige Zusatzvers.	712'055	45'132	311'572		355'351	
= Prämien für Zusatzversicherung	6'404'347	331'105	2'710'045		3'363'197	
./. Abschreibungen auf Prämien	45'301	5'000 ⁴⁾	25'000 ⁴⁾		15'301 ⁴⁾	
+ Selbstbehalt sonstiger Kosten	31'008	944	9'838		20'226	
+ Krankenscheingebühren	70	20 ⁴⁾	25 ⁴⁾		25 ⁴⁾	
= Kostenbeteiligungen	76'379	5'964 ⁴⁾	34'863 ⁴⁾		35'552 ⁴⁾	
Rückerstatte Leistungen (RVK)	859'196	46'000 ⁴⁾	563'196 ⁴⁾		250'000 ⁴⁾	
Rückerstatte Leistung. (IV, UV)	–	–	–		–	
Sonstige Beiträge	6'587					
Zinsen	435'123					
Sonstiger Betriebsertrag	583'690					
Gesamtertrag	39'748'240					
./. Gesamtaufwand	41'273'264					
+ Vorrechte / - Rückschlag	– 1'525'024					

1) Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber für die obligatorische Krankenpflegeversicherung.

2) Berechnung: Aufwand für Krankenpflege (Art. 13 KVG)

./. Selbstbehalt Krankenpflege (Art. 23 KVG)

= Kosten der obligatorischen Krankenversicherung

* Subventionssatz der entsprechenden Versichertengruppe (Art. 24 KVG)

= Beiträge des Landes

3) Einschliesslich der Beiträge für freiwillige Krankengeldversicherung.

4) Aufgrund der vorhandenen Angaben zugerechnet.

AKTIVEN	Total	pro Versicherten
+ Kassa, Postcheck	500'000	
+ Kontokorrent	1'500'000	
+ Spareinlagen	1'900'000	
+ Guthaben bei Versicherten	3'000'000	
+ Guthaben an Landessubventionen	6'800'000	
+ Guthaben beim Rückversicherer	1'500'000	
+ Übrige Debitoren	1'650'000	
+ Abgrenzungen	150'000	
= Umlaufvermögen	17'000'000	499.-
+ Spar- und Depositenhefte, Feste Depots	4'200'000	188.-
+ Wertschriften und sonstige Kapitalanlagen	2'200'000	
+ Mobilien	100'000	3.-
+ Immobilien	—	
= Anlagevermögen	6'500'000	191.-
Total Aktiven	23'500'000	

PASSIVEN

+ Unbezahlte Versicherungskosten	3'800'000	
+ Vorausbezahlte Mitgliederbeiträge	800'000	
+ Schulden bei Banken	—	
+ Übrige Kreditoren	4'300'000	
= Fremdkapital	8'900'000	261.-
+ Ausstehende Versicherungskosten	—	
+ Mutmassliche Verluste bei Versicherten	—	
+ Wertberichtigungen auf Kapitalanlagen	—	
+ Rückstellungen (Mobilien, Immobilien)	400'000	
= Wertberichtigungen und Rückstellungen	400'000	12.-
Reinvermögen	14'200'000	417.-
Total Passiven	23'500'000	690.-

1) Hochrechnung auf Grundlage der Angaben der liechtensteinischen Krankenkassen.