

**Kommentar**

Je zwei Millionen für die \*\*\*\*\*



HANNES MATT

In der Krankenkassenstatistik werden auch die abgerechneten Leistungen für Behandlung, Medikamente oder Labortests einzelner Ärzte festgehalten. Die Rangliste für 2017 umfasst 1501 Dienstleister. Deren Umsätze liegen so dermasse auseinander, dass beide Arme ausgestreckt bei Weitem nicht ausreichen, um dies gestenhaft darzustellen. So verrechnete Arzt Nr. 1000 gerade einmal 309 Franken OKP-Leistungen - die Nr. 13 dagegen über eine Million. Namen werden selbstverständlich keine genannt. Die obersten (wie auch letzten) fünf Ränge wurden in der Statistik statt einer Zahl mit einem Stern (\*) versehen. Dies aus Anonymitätsgründen - von der Ärztekammer vor ein paar Jahren über alle Instanzen so erstritten. Oder wollte man diskret vermeiden, dass die übelsten Abzocker der Ärzteschaft einzeln aufgeführt werden? Ein Schelm der Böses denkt ...

«Goldener Stern» gefällig?

Eine kleine Rechenübung bringt zu Tage, was die Statistik zu «versternen» versucht. Das Resultat: Die fünf umsatzstärksten Ärzte (auch \*\*\*\*\* genannt) haben im vergangenen Jahr durchschnittlich OKP-Leistungen von je 2 Millionen Franken verrechnet (Bei den Allgemeinmedizinerinnen liegt der Durchschnitt bei je 1,6 Millionen). Auch zahlreiche Nicht-«Sternchen» sind gut dabei: Über 45 Ärzte machten 2017 über 500 000 Franken Umsatz. Die Zahlen bewegen sich leider in etwa auf gleichem Level wie im Jahr zuvor. Will heissen: Der Tarmed erzielte nicht den gewünschten Effekt: Das Einbremsen extremer Umsätze. Dann müssen halt wieder vermehrt Wirtschaftlichkeitsverfahren her. Oder die Ärztekammer vergibt künftig fünf «Goldene Sterne» an besagte Spitzenreiter, die dann den Pressefotografen präsentiert werden müssen. Die Regierung stiftet solche Orden sicherlich gern.

hmatt@volksblatt.li

# Kostenbeteiligung führte 2017 zu niedrigeren OKP-Prämien

**Statistik** Seit Inkrafttreten der KVG-Revision Anfang 2017 erhöhte sich die Kostenbeteiligung deutlich. Im Gegenzug fiel das Prämiensoll erstmals tiefer aus.

VON DANIELA FRITZ

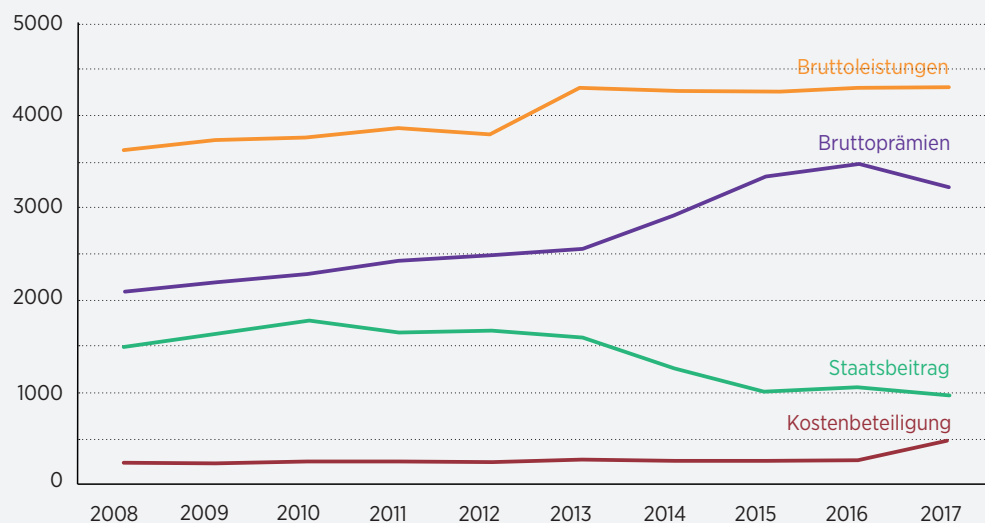
Versicherte, die öfters zum Arzt gehen, sollen dafür künftig mehr aus eigener Tasche berappen, im Gegenzug sollen die Prämien für alle gesenkt werden. Dies war eines der zentralen Versprechen der Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG), die per 1. Januar 2017 in Kraft trat. Damit betrug die maximale Kostenbeteiligung eines Erwachsenen unter dem Rentenalter neu 1400 statt 800 Franken, im Rentenalter neu 950 statt 400 Franken. Chronisch Kranke, Einkommensschwache, Kinder und Jugendliche sowie Senioren sind dagegen von der Kostenbeteiligung ganz oder teilweise befreit. Wie die Krankenkassenstatistik 2017 nun zeigt, kam es 2017 durch die Gesetzesrevision zu einer deutlichen Erhöhung der Kostenbeteiligung von knapp 80 Prozent auf 19,2 Millionen Franken. Pro Versicherten sind dies 483 Franken - 212 Franken mehr als vor Inkrafttreten des revidierten KVG. Die höhere Kostenbeteiligung hat jedoch wie beabsichtigt allgemein zu tieferen Prämien geführt. Wer also wenig zum Arzt ging, profitierte. So war das Prämiensoll im Vorjahresvergleich mit 128,4 Millionen Franken gemäss Statistik ein erstes Mal tiefer (-6,5 Prozent). Pro Versicherten entspricht dies 251 Franken weniger - wobei davon auch die Arbeitgeber mit niedrigeren Beiträgen profitierten. Insgesamt fielen die durchschnittlichen Ausgaben für Kostenbeteiligung und Prämien mit 39 Franken pro Person tiefer aus.

**Weniger Prämienverbilligung**

Die Höhe der Prämie wirkt sich gemäss dem Amt für Statistik auch auf die Prämienverbilligung aus. Während in den Vorjahren aufgrund der steigenden Prämien mehr Prämienverbilligung ausbezahlt wurde, trat

## Kennwerte der OKP pro Versicherten

Entwicklung der Bruttoleistungen, -prämien, Staatsbeitrags und Kostenbeteiligung (in Franken)



Quelle: Krankenkassenstatistik 2017; Grafik: «Volksblatt», df

2017 der umgekehrte Fall ein. Mit den Bruttoprämien sanken nämlich gleichzeitig die Beiträge für die Prämienverbilligung. So wurden mit 2788 Beziehenden 2,1 Prozent weniger als im Vorjahr gezahlt. Durchschnittlich erhielt jeder Bezieher 1849 Franken (-7,1 Prozent). Gemäss der Statistik habe die höhere Kostenbeteiligung jedoch nicht dazu geführt, dass sich die Gruppe der Versicherten ohne Leistungsbezug auffallend vergrössert hätte. So bezogen 2017 85,1 Prozent der Versicherten von der OKP abgedeckte Leistungen, 2016 waren es mit 85,6 Prozent beinahe gleich viele. Auch die durchschnittlichen Leistungen pro Versicherten sind nicht zurückgegangen, im Gegenteil: Insgesamt wurden Leistungen von 171,9 Millionen Franken über die OKP beglichen. Dies entspricht durchschnittlich 4325 Franken pro Person, einem Plus von 0,3 Prozent.

**Unter dem Kostenziel der Regierung**

Insgesamt bezogen die 39 746 Versicherten Bruttoleistungen in Höhe von 171,9 Millionen Franken. Mit 1,1

Prozent liegt das Kostenwachstum allerdings unter dem Kostenziel der Regierung von 2,0 Prozent. Durchschnittlich wurden pro Versicherten Leistungen von 4325 Franken verrechnet (+0,3 Prozent). Die meisten Bruttoleistungen fallen bei Spitälern und Ärzten an, die beiden Kategorien machen rund 70 Prozent der abgerechneten Bruttoleistungen aus. «Da für diese kostenintensiven Kategorien im Vorjahresvergleich in Summe eine Abnahme von 0,7 Prozent berechnet wird, sind sie in Bezug auf die Zunahme der gesamten Bruttoleistungen nicht relevant», heisst es in der Statistik jedoch. Vielmehr würde die Position übrige Rechnungsstellende - darunter auch Pflegeheime, Familienhilfe, Spitex und Laboratorien - einschenken: Diese stellen mit einem Zuwachs von 6,2 Prozent auf 30,7 Millionen Franken einen Anteil von 17,9 Prozent der Bruttoleistungen. Auch bei den Kostenstellen MiGel (+7,8 Prozent) und den Chiropraktoren (+2,2 Prozent) wurden mehr Leistungen abgerechnet. Dagegen hätte sich die Senkung des Taxpunktswerts für

Physiotherapie (-2,6 Prozent) kostendämpfend ausgewirkt.

**Staatsbeiträge gestiegen**

Der Staat beteiligte sich mit insgesamt 72,4 Millionen Franken an den Gesundheitskosten, was einem Plus von 2 Prozent gegenüber dem Vorjahr entspricht. 56,4 Prozent flossen an die OKP-Versicherer, weitere 36,2 Prozent erhielten die Spitäler. 7,1 Prozent wurden für Prämienverbilligungen eingesetzt und mit 0,2 Prozent wurde der Liechtensteinische Krankenversicherungsverband (LKV) unterstützt. Seitens der drei liechtensteinischen Krankenversicherer spiegelten sich die positiven Jahresabschlüsse wider: Deren Gesamtergebnis von 20 Millionen Franken stellt den Höchstwert der vergangenen zehn Jahre dar, wie es in der Statistik weiter heisst. Auch hier zeigt die KVG Wirkung: Das tiefere Prämiensoll von 4,3 Millionen Franken sowie der um 2,7 Prozent geringere Staatsbeitrag sei durch das Plus der Kostenbeteiligung von 8,5 Millionen kompensiert worden.

## OKP-Kosten wegen Sondereffekten gesunken - real leicht gestiegen

**Entwicklung** Die OKP-Kosten sind Mai 2017 bis April 2018 um 2,1 Prozent gesunken. Rechnet man Sondereffekte im Spitalbereich heraus, ergibt sich jedoch ein Wachstum von rund einem Prozent - immer noch unter dem Kostenziel der Regierung.

Um stattliche 2,1 Prozent sind die Bruttokosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) von Mai 2017 bis April 2018 im Vergleich zur Vorjahrsperiode gesunken, wie der Liechtensteinische Krankenkassenverband (LKV) am Dienstag mitteilte. Allerdings gab es im Spitalbereich Sondereffekte. Rechnet man diese heraus, ergibt sich laut der Einschätzung des LKV eine reale Kostenentwicklung von rund einem Prozent Plus. So sei der Grossteil der tieferen Spitalkosten darauf zurückzuführen, dass die psychiatrischen Kliniken wegen der neu eingeführten Tarifstruktur Tarpsy 2018 noch nicht abgerechnet haben, begründet LKV-Geschäftsführer Thomas Hasler in der Aussendung. Insgesamt hätten sie per Mai 2018 4,7 Millionen Fran-

ken weniger abgerechnet als noch im Jahr zuvor. Statt des ausgewiesenen Rückgangs von 8,5 Prozent im Spitalbereich rechnet der LKV diesbezüglich also mit etwa gleich hohen Kosten wie im Vorjahr. Allerdings sollten die rückläufigen Fallzahlen am Liechtensteinischen Landesspital (LLS) sowie die Umstellung der Spitalfinanzierung beim LLS im Endeffekt zu niedrigeren Kosten führen. Denn bei Ende 2017 übernahm die Krankenversicherung 77 Prozent der Kosten im stationären Bereich des LLS, den Rest trug der Staat. Ab 2018 sind es sowohl bei allen Spitälern nur mehr 45 Prozent, während sich der Staatsbeitrag auf 55 Prozent beläuft.

**Medikamentenkosten verlagert**

Bei den Ärzten zeichnen sich dagegen im Bereich der Behandlungen (+1,6 Prozent) und der Praxislaboranalysen (+2,1 Prozent) steigende Kosten ab. Der LKV-Geschäftsführer erklärt sich das unter anderem mit einem Verrechnungsrückstand, der durch den OKP-Streit Anfang des vergangenen Jahres verursacht wurde. Bei den Medikamenten zeigt sich dagegen eine Verlagerung der Kosten von der Arztpraxis (-6,3 Prozent) zu den Apotheken (+9,4 Prozent). Zudem seien einige Medika-

mentenpreise gesenkt worden. Die Abnahme bei den Laboratorien sei eine Folge der Tarifreduktionen, erklärt Hasler weiter. Bei den Physiotherapeuten wurden die Tarife in den vergangenen Jahren zwar ebenfalls erheblich gekürzt, sie befinden sich gemäss LKV nur noch leicht über jenen der Schweiz. «Die Kosten sind im Moment steigend und bestätigen den Trend der Mengenzunahmen im ambulanten Bereich», begründet Hasler die Zunahme von 5,2 Prozent.

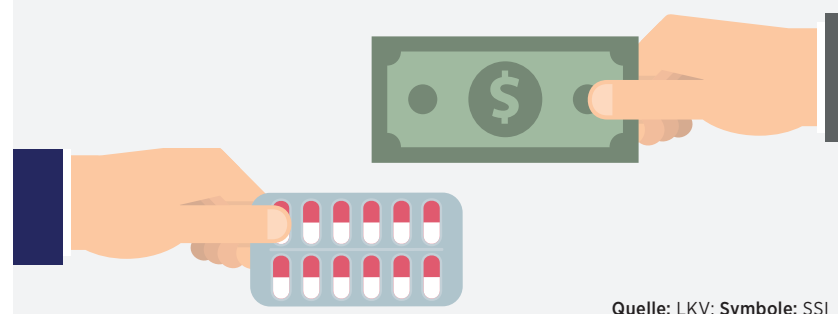
**Pflegeheime nur vorläufig günstiger**

Bei den Pflegeheimen zeichnet sich ein leichter Rückgang von 1,7 Prozent ab. «Dies dürfte aber lediglich eine Momentaufnahme sein», heisst es in der Mitteilung des LKV. Die Krankenversicherer hätten die Pflegeheimtarife mit 2018 auf das Niveau der Schweiz angehoben, was einem Plus von drei Prozent entspricht. Zudem sei auch der Schweregrad der Patienten in den vergangenen Jahren gestiegen. Der LKV rechnet daher mittelfristig mit entsprechend höheren Kosten. Auch bei den Spitex-Organisationen wurde der Tarif in den vergangenen zwei Jahren um 20 Prozent auf das Niveau der Schweiz angehoben. Die Kostensteigerung von knapp 10 Pro-

## OKP-Kostenentwicklung

Bruttobelastung in Franken (FL und Ausland)

Leistungserbringer Total	Mai 2017-April 2018	Veränderung in %
Spitäler	62 188 656	-8,5
ambulant stationär	42 637 732	-8,9
Ärzte	19 550 925	-7,7
ambulant Behandlungen	56 469 115	-1,0
ambulant Medikamente	35 153 442	+1,6
ambulant Laboranalysen	17 876 795	-6,3
Apotheken	3 438 878	+2,1
Pflegeheime	8 947 469	+9,4
Chiropraktoren	9 497 981	-1,7
Physiotherapeuten	1 767 225	+16,8
Laboratorien	7 035 361	+5,2
Spitex-Organisationen	7 452 325	-6,4
Übrige	2 449 242	+9,8
TOTAL	12 271 495	+16,9
	168 078 869	-2,1



Quelle: LKV; Symbole: SSI

zent sei jedoch eine zufällige Schwankung aufgrund der monatlichen Rechnungsstellung. Ähnlich sieht es bei den Chiropraktoren aus: Aufgrund der wenigen Leistungserbringer in diesem Bereich (5) könnte es sich laut Hasler um eine Zufallsschwankung handeln. Zudem sei 2017 ein weiterer Chiropraktor zugelassen worden. (red/pd)