AMT FÜR STATISTIK
FÜRSTENTUM LIECHTENSTEIN

Krankenversicherer 2025



Positives Gesamtergebnis der Krankenversicherer von CHF 9.5 Mio.

31.07.2026 – Das Gesamtgeschäft der Krankenversicherer beinhaltet die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP), die obligatorische Krankengeldversicherung (OKG) sowie die freiwilligen Versicherungen (FV). Das Gesamtergebnis aller Versicherungszweige betrug 2025 CHF 9.5 Mio. Mit einem Gesamtergebnis von CHF 2.8 Mio. fiel die OKP positiv aus. Ein positives Ergebnis erzielten auch die OKG mit CHF 3.7 Mio. und die FV mit CHF 3.1 Mio.

Die Staatsbeiträge stiegen 2025 um 6.6% gegenüber dem Vorjahr auf CHF 105.0 Mio. und erreichten damit einen neuen Höchststand. Auch 2025 wiederholen sich die langjährigen Trends. So übersteigen die Bruttoleistungen der OKP das dritte Mal in Folge die 200-Millionen-Marke und liegen bei insgesamt CHF 224.0 Mio. Dies ist ein Anstieg von 6.3% im Vergleich zum Vorjahr 2024. Nicht mehr fortlaufend ist die Verschiebung der abgerechneten Arzneimittelkosten von der Ärzteschaft zu den Apotheken. So sank der Anteil der über die Apotheken abgerechneten Kosten für Arzneimittel um 1.2 Prozentpunkte auf 40.3%. Dies entspricht einem Betrag von CHF 14.7 Mio. gegenüber dem Vorjahreswert von CHF 14.9 Mio.

Statistikportal Liechtenstein

Hier finden Sie detaillierte Informationen zu Inhalt der Statistik, Grafiken, Tabellen, Zeitreihen und Ländervergleichen.

www.statistikportal.li

Impressum

Erscheinungsdatum: 31.07.2026
Version 1
Berichtsjahr: 2025
Erscheinungsweise: jährlich
Herausgeber:
Amt für Statistik Liechtenstein,
Äulestrasse 51, 9490 Vaduz
Kontakt:
Amt für Statistik T +423 236 68 76
info.as@llv.li

Bearbeitung: Nicolina Biedermann
Themengebiet: Krankenversicherer
Nutzungsbedingungen: CC BY 4.0
Publikations-ID: 462.2025.01.1

Inhaltsverzeichnis

1 Mehr Frauen entscheiden sich für ordentliche Jahresfranchise 4

2 Gesamtwachstum über festgelegtem Kostenziel 5

3 Steigende Spitalkosten 7

4 Steigende stationäre und ambulante Spitalleistungen 8

5 Ärzteschaft rechnet mehr Leistungen ab 9

6 Steigende Arzneimittelkosten 10

7 Frauen beanspruchen mehr Leistungen als Männer 11

8 Betriebsergebnis von CHF -1.1 Mio. 12

9 Gesamtergebnis von CHF 3.7 Mio. der OKG 13

10 Freiwillige Versicherungen mit einem Gesamtergebnis von CHF 3.1 Mio. 14

11 Gesamtergebnis der Krankenversicherer liegt bei CHF 9.5 Mio. 15

11.1 Staatsbeiträge steigen weiter an 15

11.1 Bruttoleistungen in der Schweiz und Liechtenstein 16

11.2 Kürzere Aufenthaltsdauer im Liechtensteinischen Landesspital 18

11.3 Krankheitsfälle im Ländervergleich 19

12 Daten / Karten 20

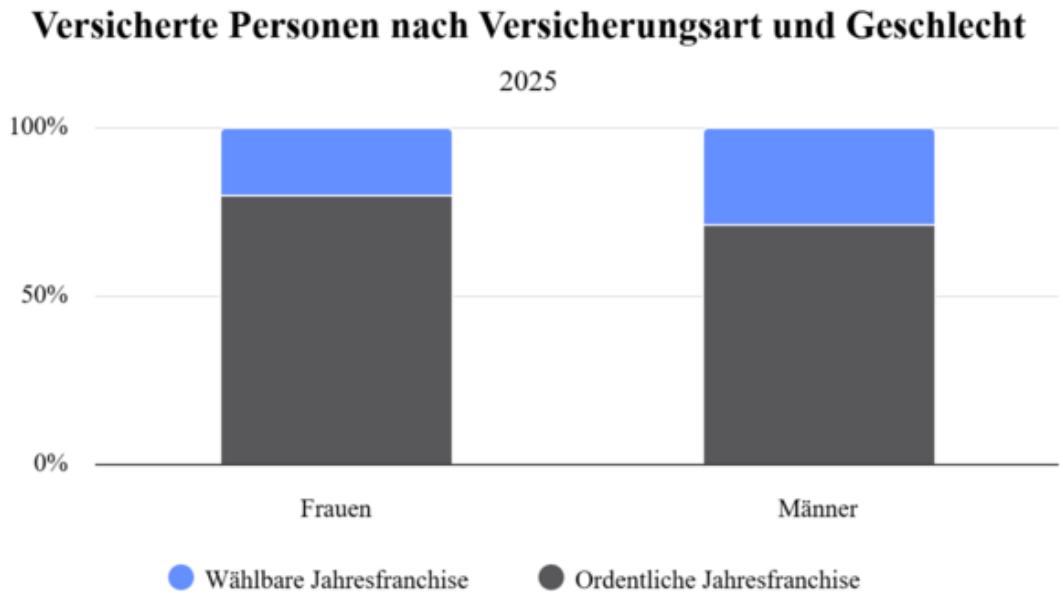
13 Methodik & Qualität 21

1 Mehr Frauen entscheiden sich für ordentliche Jahresfranchise

Im Berichtsjahr 2025 waren bei den drei aktiven Krankenversicherern in Liechtenstein 42'703 Personen versichert. Das entspricht einer Zunahme von 0.5% im Vergleich zum Vorjahr. Diese liegt damit unter der durchschnittlichen jährlichen Zunahme seit 2016 von 0.9%.

Der Anteil der Personen, die die ordentliche Jahresfranchise der wählbaren Jahresfranchise vorzieht, sank gegenüber 2024 um 1.0 Prozentpunkte auf 80.3%. Dabei entscheiden sich Frauen im Verhältnis öfter für die ordentliche Jahresfranchise als Männer. 71.0% der Männer und 79.7% der Frauen entscheiden sich für die ordentliche Jahresfranchise. Hierbei ist zu beachten, dass im Anteil der ordentlichen Jahresfranchise alle Jugendlichen und Kinder enthalten sind.

Ein ebenso stetiger Anstieg zeigt sich beim Anteil Personen, welche die seit 2014 verfügbare Option der erweiterten OKP wählen. Diese erlaubt die freie Wahl der ambulanten Leistungserbringenden. Mit 34.7% entscheiden sich 2025 insgesamt 1.1 Prozentpunkte mehr als 2024 für die erweiterte OKP, wodurch der Anteil demnach bei etwa einem Drittel liegt.



Datenquelle: Betriebsrechnungen der Krankenversicherer

Amt für Statistik Liechtenstein

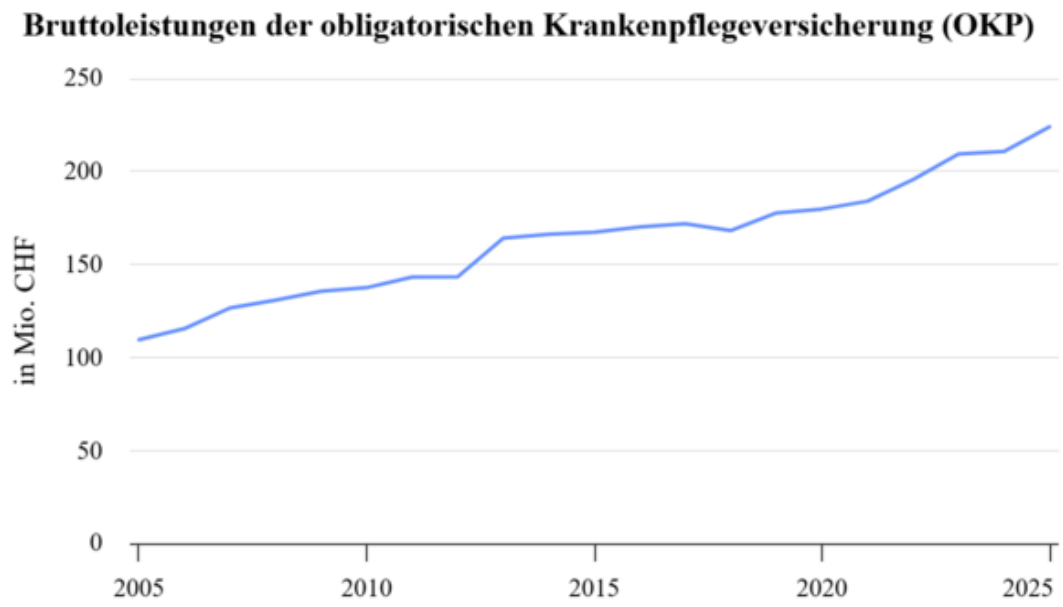
2 Gesamtwachstum über festgelegtem Kostenziel

2025 liegt das Gesamtwachstum der Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) über dem von der Regierung festgelegten Kostenziel von 2.0%. Die Bruttoleistungen stiegen gegenüber dem Vorjahr um 6.3% auf CHF 224.0 Mio. Die Bruttoleistungen nahmen in den letzten fünf Jahren (2020-2024) durchschnittlich um 5.6% pro Jahr zu. Pro versicherte Person entspricht dies einem Anstieg der Bruttoleistungen um 5.8% auf CHF 5'245.

Seit 2014 werden verschiedene Massnahmen zur Begrenzung der Kosten umgesetzt, wobei der Angleichung der liechtensteinischen Tarifstruktur an die schweizerischen Tarife eine wesentliche Rolle zukommt. So wurden seither folgende Taxpunktwerte schrittweise gesenkt:

Physiotherapie:	von CHF 1.26 auf CHF 0.98
Fachlabor:	von CHF 1.20 auf CHF 1.00
Praxislabor:	von CHF 1.50 auf CHF 1.00

Ergänzend spielt bei den Spitalausgaben der 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.



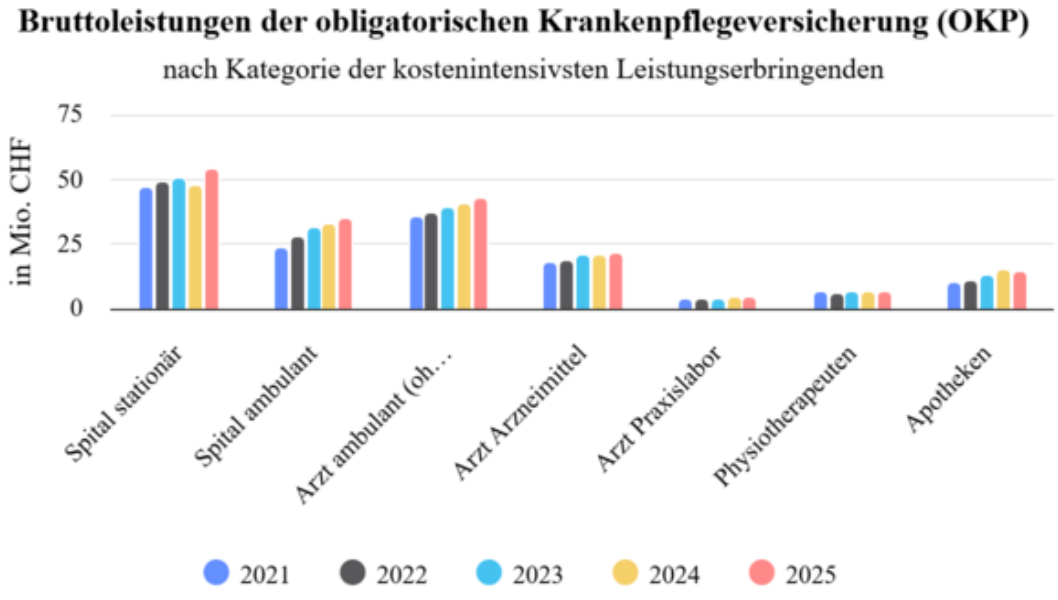
Datenquelle: Betriebsrechnungen der Krankenversicherer

Amt für Statistik Liechtenstein

3 Steigende Spitalkosten

Die Spitäler (stationär und ambulant) und Ärzteschaft (Behandlungen und Praxislabor) sind die kostenintensivsten Kategorien und machten 2025 gemeinsam 61.0% aller abgerechneten Bruttoleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) aus. Die Spitalkosten beliefen sich dabei auf 39.9% der OKP Bruttoleistungen beziehungsweise CHF 89.4 Mio., während die ambulanten Arztkosten (ohne Arzneimittel) mit einem Anteil von 21.1% in Summe CHF 47.2 Mio. betrugen. Im Vorjahresvergleich wird deutlich, dass die Spitalkosten um 11.5% gestiegen sind und die über die OKP abgerechneten Bruttoleistungen der Ärzteschaft (ohne Arzneimittel) eine Zunahme um 5.4% verzeichneten.

Weitere kostenintensive Kategorien sind Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Apotheken. Letztere verzeichneten abgerechnete Bruttoleistungen von CHF 14.7 Mio. und damit einem Rückgang gegenüber dem Vorjahr von 1.5%. Die abgerechneten Bruttoleistungen der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sanken gegenüber 2024 um 3.0% und lagen 2025 bei CHF 6.7 Mio.



Datenquelle: Betriebsrechnungen der Krankenversicherer

Amt für Statistik Liechtenstein

4 Steigende stationäre und ambulante Spitalleistungen

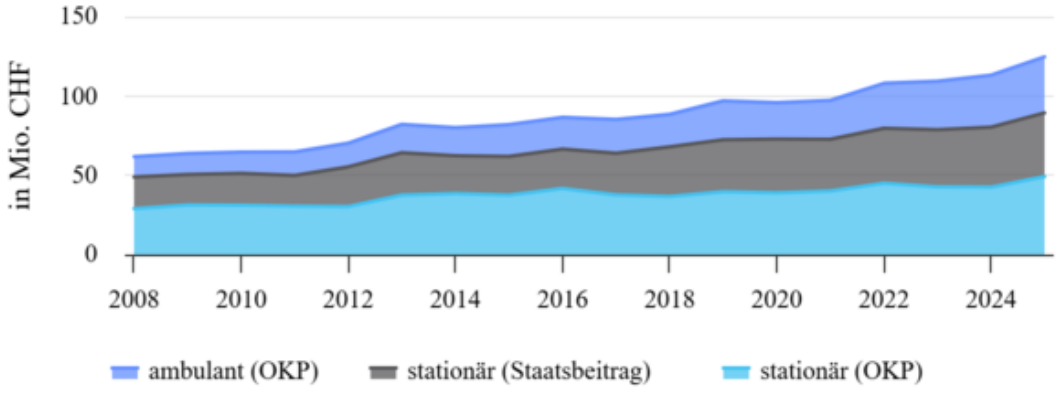
Werden alle Spitäler betrachtet sind die Spitalleistungen 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 11.5% auf CHF 89.4 Mio. gestiegen. Dabei nahmen sowohl die stationären Leistungen als auch die ambulanten Leistungen zu. Die ambulanten Leistungen stiegen um 7.2% auf CHF 35.0 Mio. Die stationären Spitalleistungen lagen bei CHF 54.4 Mio. und sind damit um 14.5% höher als im Vorjahr.

Seit dem 1. Januar 2019 gilt die Bestimmung «ambulant vor stationär». Basierend auf dieser Regelung wird bei verschiedenen Gruppen von Eingriffen (u.a. Krampfaderoperationen, Kniearthroskopien) nur noch die ambulante Ausführung vergütet. Ausnahmen sind lediglich bei besonderen Umständen, die eine stationäre Durchführung erfordern, vorgesehen. Diese Massnahme wurde mit dem Ziel der Entlastung stationärer Spitalkosten eingeführt. Tatsächlich stiegen zwischen 2020 und 2025 die ambulanten Kosten bedeutend stärker als die stationären. Die ambulanten Kosten sind seit 2020 durchschnittlich um 8.3% pro Jahr gestiegen und die stationären um 2.6% pro Jahr. Ob diese Entwicklung auf die Massnahmen zurückzuführen ist, kann hier nicht beantwortet werden.

In der Grafik werden die Bruttoleistungen der Vertragsspitäler dargestellt, die neben den ambulanten und stationären Leistungen auch die Staatsbeiträge für stationäre Leistungen enthalten. Die Ausgaben für ambulante und stationäre Leistungen belaufen sich 2025 auf CHF 124.6 Mio. Dies entspricht einem Anstieg von 10.1% gegenüber dem Vorjahr.

Pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner gab es im Berichtsjahr 1'247 Spitalentlassungen, was einem Anstieg von 8.7% gegenüber dem Vorjahr entspricht. Dies ist vor allem auf die Zunahme der ambulanten Spitalentlassungen zurückzuführen, die um 9.9% gestiegen sind und 2025 bei 1'069 pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner lagen. Die Entlassungen von Personen mit stationärem Aufenthalt sind um 2.0% gestiegen und betrugen im Berichtsjahr 178 stationären Spitalentlassungen pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Bruttoleistungen (OKP) und Staatsbeiträge der Spitäler



Erläuterung
Berücksichtigt wurden die Vertragsspitäler von Liechtenstein.
2013: Der Kostenanstieg um 16.8% von 2012 auf 2013 ist im Zusammenhang mit Erfassunsverzögerungen bei der Einführung des Tarifsystems Swiss Diagnosis Related Groups (SwissDRG) zu sehen.
Datenquelle: Beiträge der OKP: SASIS-Datenpool; Staatsbeiträge: Amt für Gesundheit, Landesrechnung

Amt für Statistik Liechtenstein

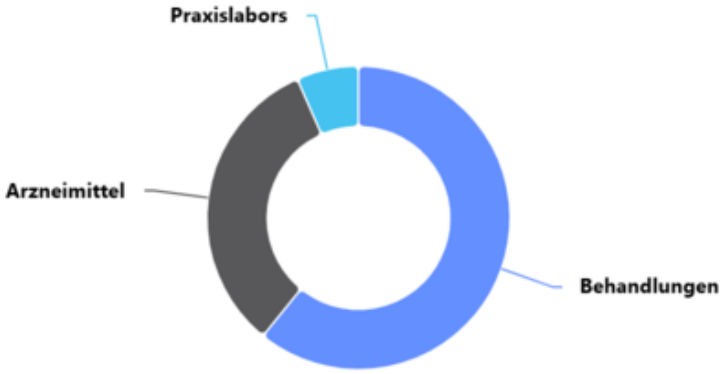
5 Ärzteschaft rechnet mehr Leistungen ab

Im Berichtsjahr 2025 rechnete die Ärzteschaft gemäss Betriebsrechnungen insgesamt CHF 68.9 Mio. über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) ab. Die Arzneimittel machen mit 31.5% fast einen Drittel der gesamten ambulanten Arztkosten aus. Werden diese ausgeklammert, verbleiben CHF 47.2 Mio. für ärztliche Behandlungen und Laboranalysen. Dies entspricht einer Zunahme von 5.4% gegenüber dem Vorjahr. Auf die einzelne versicherte Person gerechnet sind das durchschnittlich CHF 1'105. Dies entspricht einer Zunahme um 4.9% im Vergleich zum Vorjahr. Die durchschnittliche Veränderung über die letzten zehn Jahre liegt bei 1.5% pro Jahr. Der Anteil der ambulanten Arztkosten (ohne Arzneimittel) an den gesamten Bruttoleistungen nahm über die letzten zehn Jahre ab, durchschnittlich um 0.6% pro Jahr. Er lag 2025 bei 21.1%.

Die Bruttoleistungen der OKP-Vertragsärztinnen und -ärzte bilden mit 87.1% den Grossteil der gesamten Abrechnungen der Ärzteschaft und betragen 2025 CHF 60.4 Mio. Gegenüber dem Vorjahr wurden von dieser Gruppe 8.2% mehr an Behandlungskosten, 3.8% mehr an Arzneimittelkosten und 0.9% mehr Bruttoleistungen der Praxislabore abgerechnet. Die Bruttoleistungen der gesamten Ärzteschaft nahmen gegenüber dem Vorjahr ebenfalls zu, um 5.9% für Behandlungen, 3.5% für Arzneimittel und 2.3% für die Praxislabore.

Bruttoleistungen der OKP-Ärzteschaft

nach Leistungskategorie 2025



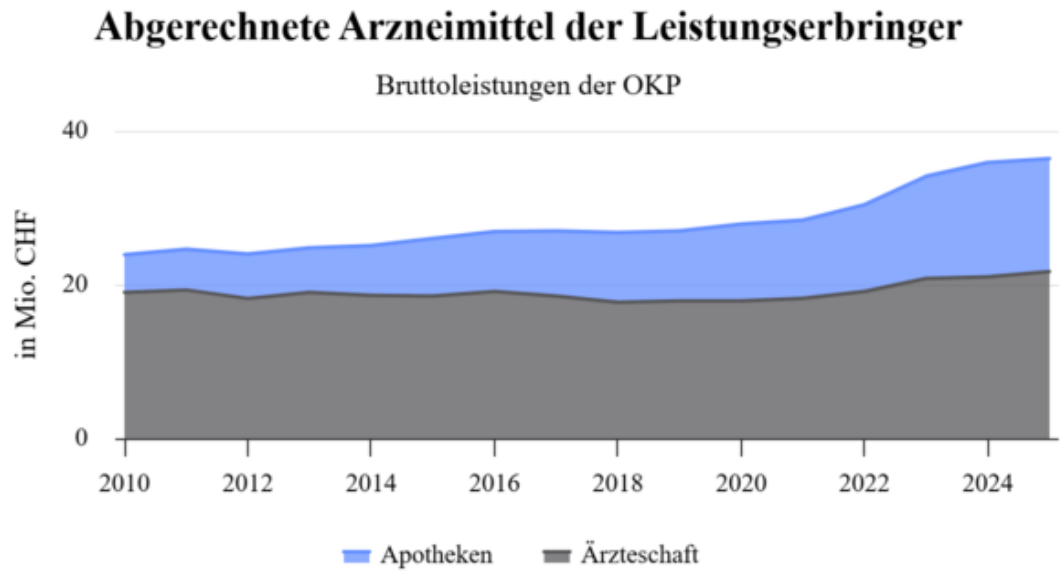
Erläuterung
Die Werte können aufgrund unterschiedlicher Datenquellen (unterschiedliche Abrechnungszeitpunkten und Auswertungskriterien) von Angaben auf Basis der Betriebsrechnungen abweichen.
Datenquelle: SASIS-Datenpool

Amt für Statistik Liechtenstein

6 Steigende Arzneimittelkosten

Die Arzneimittelkosten lagen 2025 bei CHF 36.4 Mio. und damit 1.3% über dem Vorjahreswert. Dieser Anstieg ist niedriger als die 3.4% durchschnittliche jährliche Steigerung der Arzneimittelkosten seit 2016. Werden die Kosten pro versicherte Person betrachtet, ist der Anstieg schwächer. Die Zunahme beträgt dabei 0.8%, was allerdings ebenfalls unter der durchschnittlichen jährlichen Veränderung seit 2016 von 2.5% liegt. Die Arzneimittelkosten pro versicherte Person betrugen 2025 CHF 852.

Die in den letzten Jahren festgestellte Verschiebung der bezogenen Arzneimittel von den Arztpraxen zu den Apotheken lässt sich 2025 nicht mehr ausmachen. So sinkt der Anteil der über Apotheken bezogenen Arzneimittel um 1.2 Prozentpunkte auf 40.3%. Dies entspricht einem Betrag von CHF 14.7 Mio. gegenüber CHF 14.9 Mio im Vorjahr. Die von der Ärzteschaft abgerechneten Arzneimittelkosten sind hingegen um 3.4% von CHF 21.0 Mio. auf CHF 21.7 Mio. gestiegen.

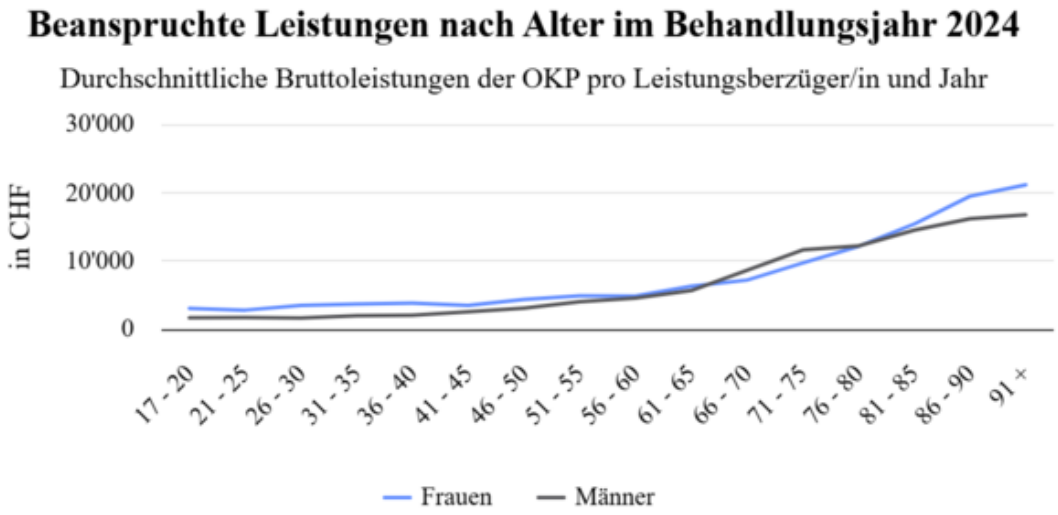


Datenquelle:
Betriebsrechungen der Krankenversicherer

Amt für Statistik Liechtenstein

7 Frauen beanspruchen mehr Leistungen als Männer

Die Grafik stellt die in Anspruch genommene Leistung nach Altersgruppen im Behandlungsjahr 2024 dar. Die Altersgruppe 0-16 Jahre wird in der Grafik nicht ausgewiesen. Aufgrund der Umstellung von Berichtsjahr auf Behandlungsjahr liegen für das Behandlungsjahr 2025 noch keine vergleichbaren Angaben vor. Die Höhe der Bruttoleistungen pro versicherte Person variiert nach Geschlecht und Alter. Frauen beanspruchten im Behandlungsjahr 2024 durchschnittlich 24.5% mehr Leistungen als Männer. Dieser Unterschied variiert jedoch mit dem Alter. In der Grafik ist zu sehen, dass Frauen bis zum Alter von 65 Jahren mehr medizinische Leistungen beanspruchen als Männer. Ebenso in den drei höchsten Alterskategorien (81+). Dazwischen (66-80) überholen die Männer die Frauen allerdings in den beanspruchten Leistungen. Erwartungsgemäss steigen die beanspruchten Leistungen bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter mehrheitlich.



Erläuterung
Aufgrund einer Umstellung in der Datenerhebung erfolgt ab 2024 die Auswertung nach Behandlungsjahren statt nach Berichtsjahren.
Datenquelle: Amt für Gesundheit

Amt für Statistik Liechtenstein

8 Betriebsergebnis von CHF -1.1 Mio.

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) weist für das Jahr 2025 ein negatives Betriebsergebnis von CHF -1.1 Mio. aus. Damit fiel das Betriebsergebnis weniger negativ aus als im Vorjahr mit CHF -4.3 Mio. Wird die Aufwandseite betrachtet, fallen insbesondere die Bruttoleistungen ins Gewicht, die mit CHF 224.0 Mio. 6.3% höher sind als im Vorjahr. Ausserdem wird auf der Ertragsseite für die Staatsbeiträge im Vorjahresvergleich ein Anstieg von 13.5% auf CHF 51.8 Mio. verzeichnet. Das Prämiensoll wird mit CHF 160.4 Mio. um 5.3% höher ausgewiesen als 2024.

Werden beim Ergebnis die neutralen Aufwendungen und Erträge von CHF 3.8 Mio. berücksichtigt, wird ein Gesamtergebnis von CHF 2.8 Mio. berechnet. In den drei Jahren zuvor wurde für das Gesamtergebnis ein negativer Wert verzeichnet. Im Vorjahr lag das Gesamtergebnis bei CHF -3.3 Mio.

Die langjährig aufgebauten Reserven der OKP wurden 2025 erhöht. Dies um 4.5% von CHF 62.3 Mio. im Jahr 2024 auf CHF 65.1 Mio. im Jahr 2025. Durchschnittlich sanken die Reserven allerdings seit 2016 jährlich um 0.2%. 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.

Das Verhältnis von staatlichen und privaten Finanzmitteln ist in der Grafik dargestellt. Insgesamt wurde die OKP im Berichtsjahr 2025 zu 61.1% durch Private und zu 38.9% durch den Staat finanziert. Diese Anteile unterscheiden sich kaum vom Vorjahr (62.6% zu 37.4%). In früheren Jahren war der Anteil des Staates zum Teil bedeutend höher, beispielsweise 2010 mit 51.8% (Private) zu 48.2% (Staat).



Datenquelle: Betriebsrechnungen der Krankenversicherer

Amt für Statistik Liechtenstein

9 Gesamtergebnis von CHF 3.7 Mio. der OKG

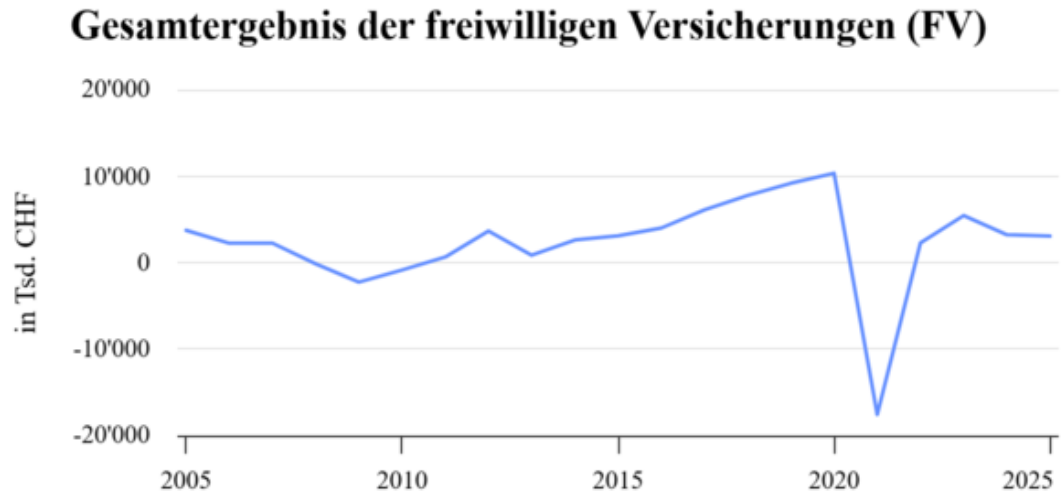
Das Gesamtergebnis der obligatorischen Krankengeldversicherung (OKG) ist über die Jahre stark schwankend. Es stieg beispielsweise von CHF -3.7 Mio. im Jahr 2021 auf CHF 3.7 Mio. im Berichtsjahr. Der Versicherungsaufwand stieg 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 9.8% auf CHF 46.2 Mio.

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% des bis anhin bezogenen AHV-pflichtigen Lohnes.

2025 wurden insgesamt 312'976 Tage mit Krankengeld für Arbeitsausfälle durch die obligatorische Krankengeldversicherung (OKG) beglichen. Nach dem letztjährigen Höchstwert ist dies ein Rückgang gegenüber dem Vorjahr um 0.1%. Seit 2016 stieg die Anzahl beglichener Tage durchschnittlich um 4.4% im Jahr. Parallel dazu stieg der Wert der ausbezahlten Taggelder (Nettoleistungen) gegenüber dem Vorjahr um 1.9% auf CHF 42.5 Mio.

10 Freiwillige Versicherungen mit einem Gesamtergebnis von CHF 3.1 Mio.

Das Gesamtergebnis der freiwilligen Versicherungen sinkt von CHF 3.2 Mio. im Jahr 2024 auf CHF 3.1 Mio. und fällt 2025 somit ebenfalls wieder positiv aus. 2025 wurde der Versicherungsaufwand der freiwilligen Versicherer mit 35.7 CHF Mio. um 0.7% höher ausgewiesen als im Vorjahr. Mit Ausnahme vom Jahr 2021 weist das Gesamtergebnis der freiwilligen Versicherungen seit 2011 positive Werte auf.



Erläuterung
2021: Dieser Sprung ergibt sich aus einer Umbuchung der Reserven, die über den gesetzlichen Mindestreserven liegen und als Altersrückstellung herangezogen wurden, was von einem Versicherer in der Art verbucht wurde.
Datenquelle: Betriebsrechnungen der Krankenversicherer

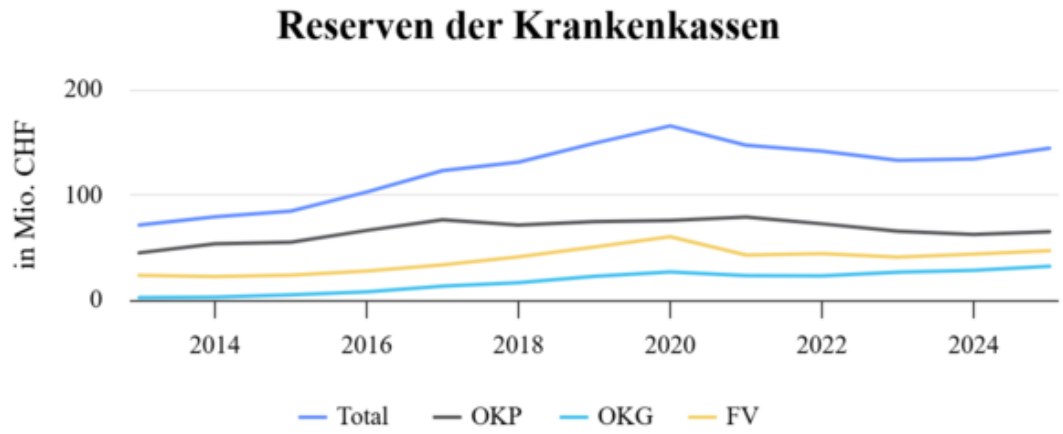
Amt für Statistik Liechtenstein

11 Gesamtergebnis der Krankenversicherer liegt bei CHF 9.5 Mio.

Das Gesamtgeschäft der Krankenversicherer beinhaltet die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP), die obligatorische Krankengeldversicherung (OKG) sowie die freiwilligen Versicherungen (FV).

Das Gesamtergebnis aller Versicherungszweige wird 2025 mit CHF 9.5 Mio. ausgewiesen. Im Vorjahr lag das Gesamtergebnis bei einem Betrag von CHF 3.3 Mio. Im Jahr 2023 lag das Gesamtergebnis noch bei CHF 0.8 Mio. und 2022 bei CHF -6.5 Mio.

Per 31. Dezember 2025 beliefen sich die Reserven aller Versicherungszweige auf CHF 144.3 Mio. Das entspricht einem Anstieg von 7.5% gegenüber dem Vorjahr. Die obligatorische Krankengeldversicherung (OKG) konnte die Reserven um 13.5% auf CHF 32.1 Mio. ausbauen. Die freiwilligen Versicherungen erhöhten die Reserven um 7.9% auf CHF 47.0 Mio. und die obligatorische Krankenpflegeversicherung um 4.5% auf CHF 65.1 Mio.



Erläuterung
Reserven OKP und FV 1: 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.
Total: Im Total sind ausserdem das übrige Eigenkapital und nicht verteilte Gewinne enthalten.
Datenquelle: Betriebsrechnungen der Krankenversicherer

Amt für Statistik Liechtenstein

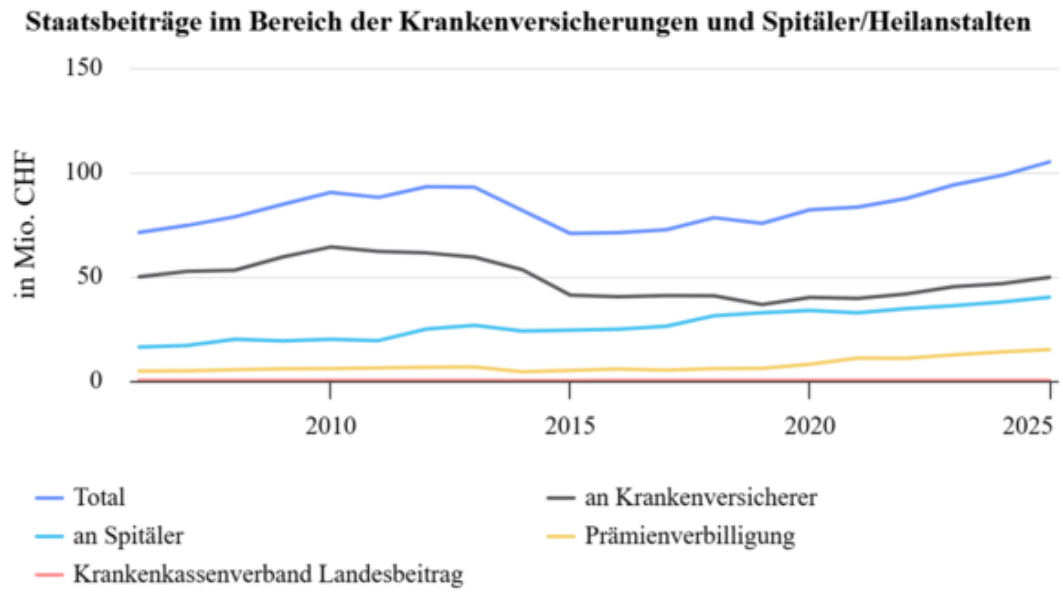
Staatsbeiträge

11.1 Staatsbeiträge steigen weiter an

Die gesamten Staatsausgaben im Krankenversicherungs- und Spitalbereich betragen 2025 CHF 105.0 Mio. Damit gab es im Vergleich zum Vorjahr einen Anstieg um 6.6%. In den letzten zehn Jahren (seit 2016) stiegen die Staatsausgaben im Durchschnitt um 4.4% pro Jahr. Dabei ist zu beachten, dass der Anstieg der Gesamtausgaben nicht kontinuierlich verlief. Aufgeschlüsselt nach Empfänger ist der Anstieg in den letzten zehn Jahren auf die gesteigerten Staatsbeiträge an Spitäler und auf die Prämienverbilligung zurückzuführen. Im Vergleich zu 2024 stiegen im Berichtsjahr sowohl die Staatsbeiträge an die Krankenversicherer als auch an die Spitäler um 6.6% beziehungsweise 6.3%. Die Ausgaben für die Prämienverbilligung stiegen 2025 um 7.7% auf CHF 15.0 Mio. Weiterhin unverändert blieb die staatliche Unterstützung des Krankenkassenverbandes mit CHF 180'000 pro

Jahr.

Die Beiträge an die Spitäler stiegen in den letzten zehn Jahren, mit Ausnahme im Jahr 2021, kontinuierlich an. Im Berichtsjahr betrugen diese CHF 40.2 Mio. 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. Seither werden beim liechtensteinischen Landesspital 55% der stationären Spitalleistungen vom Staat und 45% von den Krankenkassen getragen. Der grösste Anteil an staatlichen Leistungen für Spitäler floss in die Schweiz mit CHF 23.4 Mio., respektive einem Anteil von 58.3%. Das Liechtensteinische Landesspital erhielt CHF 16.3 Mio. und damit 40.6%. Weitere 1.1% flossen an Spitäler im Vorarlberg.



Datenquelle: Amt für Gesundheit, Landesrechnung

Amt für Statistik Liechtenstein

Ländervergleiche

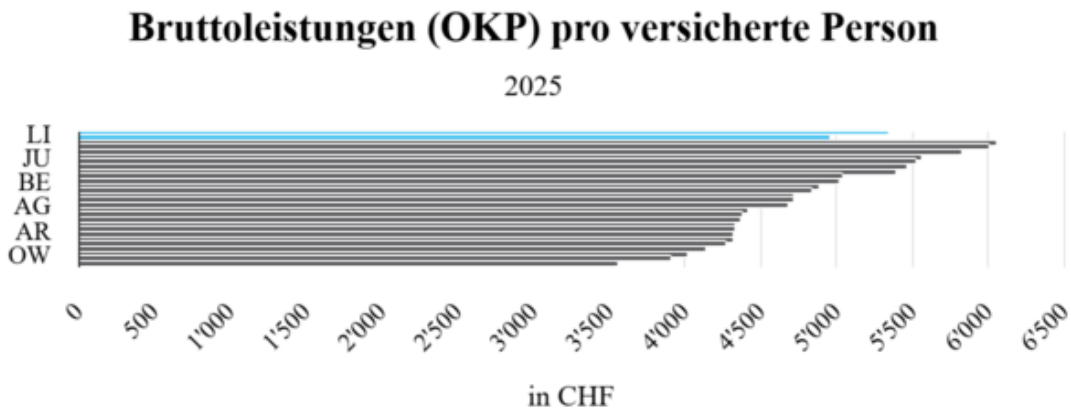
11.1 Bruttoleistungen in der Schweiz und Liechtenstein

Bei der Interpretation des Kostenvergleichs mit der Schweiz sind 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 Prinzip „tiers garant“, 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 tiefer ausfallen, da nicht alle Rechnungen zur Rückvergütung bei den Kassen eingereicht werden. Die vor diesem Hintergrund zu interpretierende Differenz zwischen der Schweiz und Liechtenstein in den durchschnittlichen Bruttoleistungen der OKP pro Kopf beträgt rund CHF 378 und somit 7.1% des liechtensteinischen Wertes. Die Differenz ist damit 0.05 Prozentpunkte niedriger als im Vorjahr.

Werden die einzelnen Kategorien der Leistungserbringenden betrachtet, so wurden von der Ärzteschaft in der Schweiz erneut weniger Leistungen pro versicherte Person abgerechnet (CHF 1'465) als in Liechtenstein (CHF 1'668) und zwar 12.2%. Insbesondere die Arzneimittel sind hier zu nennen. Diesbezüglich werden 40.1% oder CHF 209 pro versicherte Person weniger in der Schweiz abgerechnet. Wird allerdings der Gesamtbetrag, d.h. inklusive der über Apotheken bezogenen Arzneimittel betrachtet, kippt das Verhältnis: In Summe wurden in der Schweiz 3.8% mehr Bruttoleistungen pro versicherte Person für Arzneimittel abgerechnet als in Liechtenstein.

Weitere grössere Unterschiede bestehen bei den stationären Spitalleistungen und den Laboratorien (Fachlabor). Erstere fallen in der Schweiz um 30.5% niedriger aus als in Liechtenstein und zweitere um 40.3%. Dies liegt unter anderem 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 auch die Vergleichbarkeit bei den Ausgaben für Spitex-Organisationen mit um 51.4% höheren Leistungen in der Schweiz, begrenzt.



Erläuterung:
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. Auch die Schweizer Vergleichsdaten beinhalten jeweils nur die Versicherten des betreffenden Wohnkantons.
Datenquelle: MOKKE, Bundesamt für Gesundheit Schweiz

Amt für Statistik Liechtenstein

11.2 Kürzere Aufenthaltsdauer im Liechtensteinischen Landesspital

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. Der Median hat gegenüber dem arithmetischen Mittel den Vorteil, dass er in Bezug auf Extremwerte robuster ist.

2025 liegt der Median der Aufenthaltsdauer für alle betrachteten Spitäler aus der Schweiz bei 3 Tagen. Grössere Unterschiede gibt es beim Case Mix Index, welcher den Schweregrad der Fälle anzeigt. Da in Österreich nicht nach dem SwissDRG Tarifsystem abgerechnet wird, kann für das Landeskrankenhaus Feldkirch kein Case Mix Index berechnet werden. Davon abgesehen sind im Kantonsspital St. Gallen mit einem Case Mix Index von 1.68 Indexpunkten schwere Fälle am stärksten vertreten. Das Liechtensteinische Landesspital (LLS) weist mit einem Case Mix Index von 0.75 den tiefsten Wert im Vergleich und in der Folge mit einem Median von 2 Tagen auch die kürzeste Aufenthaltsdauer auf.



Erläuterung
Median: Für die Berechnung der Mediane wurden nur die in Liechtenstein versicherten Patientinnen und 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.
Datenquelle: Amt für Gesundheit

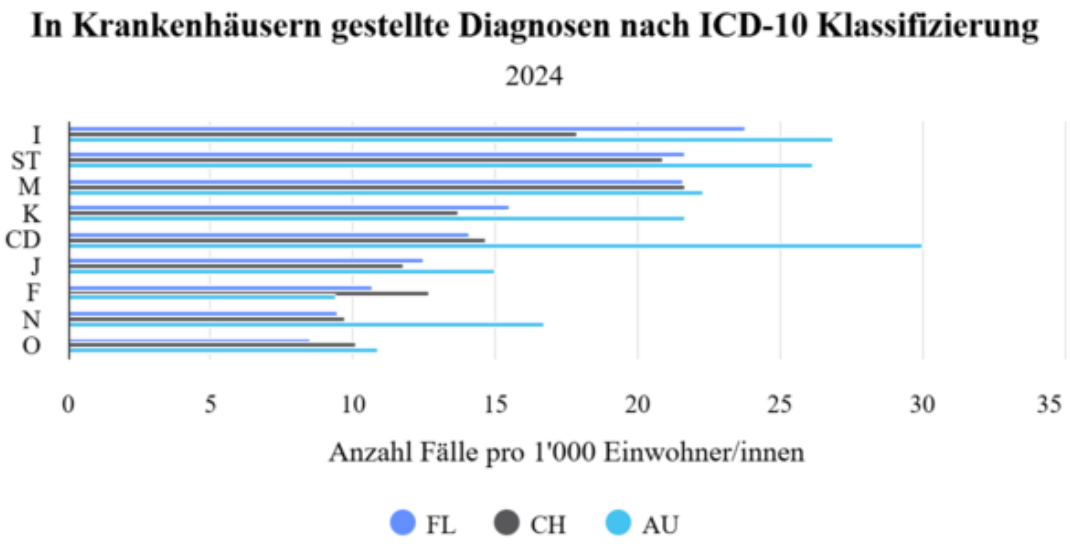
Amt für Statistik Liechtenstein

11.3 Krankheitsfälle im Ländervergleich

Das Balkendiagramm stellt die Anzahl der diagnostizierten Krankheitsfälle bei stationär behandelten Patientinnen und Patienten in Spitälern nach ICD-10-Klassifikation dar. Ausgewählt wurden die neun für in Liechtenstein wohnhafte Personen am häufigsten gestellten Diagnosegruppen sowie die entsprechenden Vergleichswerte aus der Schweiz und Österreich. Da für die Schweiz und Österreich Informationen erst bis zum Jahr 2024 vorliegen, werden diese Daten herangezogen.

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. Beispielsweise verzeichnet Liechtenstein 23.8, die Schweiz 17.9 und Österreich 26.9 Krankheitsfälle des Kreislaufsystems pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner. Nach Aussage von Statistik Austria liegt dies daran, dass Österreich traditionsgemäss ein sehr spitalorientiertes Gesundheitswesen hat. Die Diagnosebeschreibungen der in der Grafik enthaltenen Abkürzungen sind hier aufgelistet:

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



Erläuterung
Abkürzungen: Die vollen Bezeichnungen der Kategorien sind unterhalb der Grafik im Text ersichtlich.
Datenquellen: Amt für Gesundheit, Bundesamt für Statistik Schweiz, Statistik Austria

Amt für Statistik Liechtenstein

12 Daten / Karten

eTab – interaktive Tabellen

Alle Versicherungsarten

462.101 Alle Versicherungsarten - Betriebsrechnung in CHF nach Kennzahl und Versicherungsart seit 2001
462.102 Alle Versicherungsarten - Reserven der Versicherer in CHF nach Versicherungsart seit 2004

Obligatorische Krankenpflegeversicherung

462.201 Obligatorische Krankenpflegeversicherung - Versicherer nach Versichertenbestand seit 2001
462.202 Obligatorische Krankenpflegeversicherung - Versicherte per 31. Dezember nach Personengruppe seit 2001
462.203 Obligatorische Krankenpflegeversicherung - Bruttoleistungen in CHF und CHF pro Person nach Kategorie seit 2004
462.204 Obligatorische Krankenpflegeversicherung - Staatsbeiträge in CHF nach Empfänger seit 2001
462.205 Obligatorische Krankenpflegeversicherung - Schlüsselzahlen der Betriebsrechnung in CHF nach Versicherungsform, Einheit und Personengruppe seit 2001

Obligatorische Krankengeldversicherung

462.301 Obligatorische Krankengeldversicherung - Ausbezahlte Taggelder in CHF nach Wartefrist seit 2005
462.302 Obligatorische Krankengeldversicherung - Anzahl ausbezahlte Taggelder nach Wartefrist seit 2005

Tabellen

[xlsx] Krankenversicherer 2025 Tabellen
[xlsx] Krankenversicherer 2025 Tabellen Zeitreihen

13 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 Datenaufbereitung. 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.

Korrigendum: In den Tabellen 7.29 und 7.30 wurden für das Jahr 2023 aufgrund eines Übermittlungsfehlers falsche Werte ausgewiesen. In der vorliegenden Version wurden diese Fehler korrigiert.

[pdf] Krankenkassenstatistik 2025 Methodik und Qualität