

POSTULATSBEANTWORTUNG
DER REGIERUNG
AN DEN
LANDTAG DES FÜRSTENTUMS LIECHTENSTEIN
BETREFFEND
DIE STÄRKUNG DER ZUSAMMENARBEIT IM BEREICH DER
ALTERSMEDIZIN

<i>Behandlung im Landtag</i>	
	<i>Datum</i>
Kenntnisnahme am:	

Nr. 26/2026

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
Zusammenfassung	4
Zuständiges Ministerium.....	4
Betroffene Stellen	5
I. BERICHT DER REGIERUNG	7
1. Anlass.....	7
2. Allgemeines und Vorbemerkung	12
3. Beantwortung des Postulates.....	13
3.1 Vorteile einer integrierten Versorgungsstruktur für Versorgung, Effizienz und Fachkräftesicherung	13
3.2 Bestehende Zusammenarbeit als Fundament	15
3.2.1 Zusammenarbeit im Bereich Medizin und Pflege.....	15
3.2.2 Zusammenarbeit in den Bereichen Aus-, Fort- und Weiterbildung	17
3.2.3 Zusammenarbeit im Bereich Supportleistungen	18
3.2.4 Strategische Zusammenarbeit im Bereich Führung und Organisation	19
3.3 Stärkung und strukturelle Verankerung der Zusammenarbeit.....	19
3.3.1 Stärkung des Informationsaustausches	20
3.3.2 Optimierung der Schnittstellen.....	21
3.3.3 Hausärztliche Verfügbarkeit	24
3.3.4 Aufbau eines Qualitätszirkels.....	25
3.4 Gemeinsame medizinische Betreuung im stationären Bereich – institutionsübergreifende Ausgestaltung	26
3.5 Fazit	30
II. ANTRAG DER REGIERUNG	31

ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Postulatsbeantwortung erfolgte in Abstimmung mit dem Liechtensteinischen Landesspital (LLS), der Liechtensteinischen Alters und Krankenhilfe (LAK), der Familienhilfe Liechtenstein (FHL) und der Liechtensteinischen Ärztekammer. Dabei zeigte sich, dass die Zusammenarbeit in der Altersmedizin in Liechtenstein bereits gut etabliert ist und gemeinsam mit den Hausärztinnen und Hausärzten eine hochwertige Versorgung älterer Menschen gewährleistet ist.

Gleichzeitig wurden gezielte Weiterentwicklungsmöglichkeiten identifiziert, welche vor allem den Informationsaustausch zwischen Case Management, Pflegeinstitutionen und Hausärzten und Hausärztinnen sowie die Optimierung zentraler Schnittstellen bei ungeplanten Eintritten und Pflegenotfällen betreffen. Auch der Bedarf an flexibel einsetzbaren «Floating Beds» wurde erkannt, um Versorgungsengpässe abzufedern.

Zur strukturellen Förderung der Zusammenarbeit sind institutionalisierte Austauschformate auf strategischer und operativer Ebene sowie ein interprofessioneller Qualitätszirkel vermehrt vorgesehen, um die gemeinsame Verantwortung für optimale Versorgungsqualität zu stärken.

Im Hinblick auf eine gemeinsame medizinische Betreuung im stationären Bereich soll weiterhin die bestehende hausärztliche Versorgung die medizinische Gesamtverantwortung tragen. Ergänzend besteht insbesondere in der Gerontopsychiatrie Bedarf an fachärztlicher Unterstützung, um die Versorgungsqualität zu optimieren und die Hausärztinnen und Hausärzte zu entlasten. Diese Überlegungen stehen in engem Zusammenhang mit den Zielsetzungen der Altersstrategie für das Fürstentum Liechtenstein und der laufenden Prüfung eines Ausbaus geriatrischer und gerontopsychiatrischer Angebote am Landesspital.

Die Altersmedizin in Liechtenstein baut somit auf einer stabilen Kooperationsstruktur auf und soll gezielt, schrittweise und gemeinsam mit den beteiligten Akteuren weiterentwickelt werden.

ZUSTÄNDIGES MINISTERIUM

Ministerium für Gesellschaft und Justiz

BETROFFENE STELLEN

Amt für Gesundheit

Amt für Soziale Dienste

Liechtensteinisches Landesspital (LLS)

Liechtensteinische Alters- und Krankenhilfe (LAK)

Familienhilfe Liechtenstein (FHL)

Liechtensteinische Ärztekammer

Vaduz, 03. März 2026

LNR 2026-212

P

Sehr geehrter Herr Landtagspräsident,
Sehr geehrte Frauen und Herren Abgeordnete

Die Regierung gestattet sich, dem Hohen Landtag nachstehende Postulatsbeantwortung an den Landtag zu unterbreiten.

I. **BERICHT DER REGIERUNG**

1. **ANLASS**

An der Landtagssitzung vom 1. Oktober 2025 wurde das Postulat vom 21. August 2025 der Abgeordneten Sebastian Gassner, Franziska Hoop, Johannes Kaiser, Lino Nägele, Bettina Petzold-Mähr, Daniel Salzgeber und Daniel Seger zur Stärkung der Zusammenarbeit im Bereich der Altersmedizin an die Regierung überwiesen. Das Postulat hat folgenden Wortlaut:

Gestützt auf Artikel 44 der Geschäftsordnung des Landtags vom 19. Dezember 2012, Landesgesetzblatt 2013 Nr. 9, reichen die unterzeichnenden Abgeordneten nachstehendes Postulat ein und stellen den Antrag, der Landtag wolle beschliessen:

Die Regierung wird eingeladen zu prüfen, wie die Zusammenarbeit zwischen dem Liechtensteinischen Landesspital (LLS), der Liechtensteinischen Alters- und Krankenhilfe (LAK), der Familienhilfe Liechtenstein (FHL) und weiteren relevanten Akt-

euren im Bereich der Altersmedizin gezielt gestärkt und strukturell verankert werden kann. Es soll aufgezeigt werden, welche konkreten Vorteile sich aus einer solchen integrierten Versorgungsstruktur ergeben, insbesondere in Bezug auf die Qualität der Versorgung, die Kosteneffizienz und die Bewältigung des Fachkräftemangels in den verschiedenen Berufsgruppen der Gesundheitsversorgung (z.B. Pflege, Ärzteschaft). Weiter soll geprüft werden, ob und wie eine gemeinsame medizinische Betreuung für den stationären Bereich, in enger Abstimmung mit Hausärztinnen und Hausärzten und unter Einbindung relevanter Gesundheitsberufe, etabliert werden kann.

Begründung:

Der demographische Wandel wird unser Land in den kommenden Jahren stark prägen. Gemäss den Bevölkerungsszenarien des Amtes für Statistik wird sich die Anzahl der über 80-Jährigen bis ins Jahr 2060 mehr als verdoppeln.¹ Damit steigt auch der Bedarf an spezialisierter altersmedizinischer Versorgung und an integrierten Versorgungsstrukturen, insbesondere im Bereich der Geriatrie, Palliative Care und Demenzbetreuung.

Entwicklung	2023	Anteil in %	2060	Anteil in %	Entwicklung absolut	Entwicklung in %
Gesamtbevölkerung	39'920	100%	44'429	100%	+4'509	+11%
0 bis 59	28'910	72%	28'828	65%	-82	-0.3%
60+	11'010	28%	15'601	35%	+4'591	+42%
80+	1'947	5%	4'903	11%	+2'956	+152%

Bevölkerungsszenario Trend Liechtenstein, Amt für Statistik (2023)

¹ Amt für Statistik Liechtenstein (2023): Bevölkerungsszenarien 2023-2026.

Gleichzeitig verschärfen sich dadurch der Fachkräftemangel und die finanziellen Belastungen im Gesundheitswesen. Eine stärkere institutionelle Zusammenarbeit zwischen dem LLS, der LAK, der FHL und weiteren relevanten Akteuren könnte dazu beitragen, die Versorgungsqualität zu steigern, Ressourcen effizienter zu nutzen und Synergien im Bereich der Altersmedizin zu schaffen.

Ziel ist es, eine integrierte Versorgung älterer Menschen zu fördern, unnötige Schnittstellen zu reduzieren, Fachwissen zu bündeln und damit sowohl die Patientenversorgung als auch die Wirtschaftlichkeit der Strukturen zu verbessern.

Der geplante Neubau des LLS bietet eine sehr gute Chance, solche Strukturen frühzeitig mitzudenken und gezielt auf die Bedürfnisse einer alternden Bevölkerung auszurichten. Mit dem LLS und der LAK bestehen zwei essenzielle Institutionen der stationären Gesundheitsversorgung, die bislang nur punktuell zusammenarbeiten. Das LLS verfügt über eine akutgeriatrische Abteilung, die LAK über 404 stationäre Pflegebetten² und spezialisierte Demenzabteilungen an mehreren Standorten. Zusätzlich betreut die FHL ambulant mehr als 1 '000 Klientinnen und Klienten, mehrheitlich über 60 Jahre, wobei fast 40% über 80 Jahre alt sind.³

Eine engere Kooperation zwischen LLS, LAK, FHL, der niedergelassenen Ärzteschaft sowie relevanten Gesundheitsberufen bietet vielfältige Vorteile:

- **Medizinische Kontinuität und Versorgungssicherheit:** *Eine gemeinsame geriatrische Betreuung, beispielsweise durch eine Geriaterin oder einen Geriater sowie eine Gerontopsychiaterin oder einen Gerontopsychiater, würde die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern.*

² Inklusive Neubau Haus St. Fridolin Ruggell.

³ FHL Jahresbericht 2024.

- **Effizienz und Entlastung des Systems:** Schweizer Studien⁴ zeigen, dass bis zu 40% der Spitaleintritte aus Pflegeheimen vermeidbar sind. Eine verbesserte strukturelle Zusammenarbeit kann solche Effizienzpotenziale heben und damit auch die Gesundheitskosten dämpfen.
- **Fachkräftemangel adressieren und Bildung stärken:** Durch gemeinsame Strukturen können Ressourcen effizienter genutzt und dem Fachkräftemangel gezielt entgegengewirkt werden. Gleichzeitig entstehen neue Chancen für die Aus- und Weiterbildung, indem Auszubildende Einblicke in verschiedene Pflegebereiche wie LLS, LAK und FHL erhalten.
- **Integration von Advanced Practice Nurses (APN):** Der gezielte Einsatz von APNs im Nahtstellenbereich zwischen LLS, LAK und der FHL könnte die Versorgung substantiell verbessern, unnötige Spitaleinweisungen verhindern und ärztliches Fachpersonal entlasten.
- **Einbindung weiterer Gesundheitsberufe:** Mit der Einbindung von Gesundheitsberufen wie beispielsweise Pharmazie, Ergotherapie, Physiotherapie, Mikrobiologie oder Logopädie kann die Nachbehandlung gestärkt und der Behandlungserfolg erhöht werden.
- **Spitalneubau als Chance für strategische Weichenstellung:** Im Rahmen des Neubaus des LLS besteht die Möglichkeit, bauliche, personelle und konzeptionelle Voraussetzungen für eine langfristige Versorgungsstrategie mit der LAK und der FHL im Bereich der Altersmedizin zu schaffen.

⁴ InterCare-Studie der Universität Basel, 2019, Potentially avoidable hospitalizations of nursinghome residents: frequency, causes, and costs.

Eine enge Abstimmung mit den niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzten ist wichtig, da sie eine zentrale Rolle in der medizinischen Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner der LAK einnehmen. Ihre Erfahrung und Nähe sowie auch die Kenntnisse über das familiäre Umfeld von Patienten und Patientinnen ist für eine integrierte Altersmedizin von grossem Wert.

Weiter kann eine verstärkte Zusammenarbeit einen Beitrag zur Erreichung der Ziele der Alters- sowie der Demenzstrategie und des Psychiatriekonzeptes leisten. Dies beispielsweise in den Bereichen Care-Management, integrierte Versorgungsmodelle oder Fachkräftemangel.

Darüber hinaus bietet eine enge Vernetzung zwischen LLS, LAK und FHL neue Möglichkeiten für eine praxisnahe und vielseitige Aus- und Weiterbildung im Pflegebereich. Auszubildende könnten im Rahmen ihrer Ausbildung unterschiedliche Pflegesituationen, von der Akutpflege über die stationäre Kurz- und Langzeitpflege bis hin zur ambulanten Betreuung kennenlernen. Dies stärkt nicht nur die fachliche Kompetenz, sondern erhöht auch die Attraktivität des Pflegeberufs insgesamt. Eine solche Durchlässigkeit in der Ausbildung kann einen wichtigen Beitrag zur nachhaltigen Sicherung der Pflegefachkräfte in Liechtenstein leisten.

Mit diesem Postulat soll die Regierung beauftragt werden darzulegen, welche konkreten organisatorischen, medizinischen, versorgungstechnischen und wirtschaftlichen Synergien sich aus einer engeren Zusammenarbeit zwischen den Akteuren im Bereich der Altersmedizin ergeben, wie sich diese Zusammenarbeit auf die Versorgungsqualität, den Fachkräftebedarf und die Gesundheitskosten auswirken kann, welche strukturellen und betrieblichen Voraussetzungen für eine Umsetzung notwendig wären und inwiefern der geplante Spitalneubau genutzt werden kann, um eine zukunftsfähige, altersmedizinische Versorgungsstruktur im Verbund mit der LAK und der FHL von Anfang an mitzudenken und zu verankern.

Der demografische Wandel ist keine ferne Zukunftsfrage, sondern längst Realität. Es ist unsere gemeinsame Verantwortung, dafür zu sorgen, dass ältere Menschen in Liechtenstein auch morgen auf eine qualitativ hochwertige, verlässliche und menschlich zugewandte medizinische Versorgung zählen können. Eine stärkere Zusammenarbeit zwischen allen Akteuren im Bereich der Altersmedizin ist ein entscheidender Schritt hin zu einem integrierten und zukunftsfähigen Gesundheitssystem. Wenn es uns gelingt, vorhandene Kompetenzen zu bündeln, neue Versorgungsmodelle zu nutzen und den Spitalneubau strategisch mitzudenken, ohne Mehrkosten oder Verzögerungen zu verursachen, schaffen wir nicht nur Effizienz, sondern auch Vertrauen, Sicherheit und Lebensqualität im Alter.

2. ALLGEMEINES UND VORBEMERKUNG

Mit dem vorliegenden Postulat wird die Regierung aufgefordert, zu prüfen, wie die Zusammenarbeit zwischen dem Liechtensteinischen Landesspital (LLS), der Liechtensteinischen Alters- und Krankenhilfe (LAK), der Familienhilfe Liechtenstein (FHL) und weiteren relevanten Akteuren im Bereich der Altersmedizin strukturell weiterentwickelt und gezielt gestärkt werden könnte. Im Weiteren soll die Regierung aufzeigen, ob und wie eine gemeinsame medizinische Betreuung für den stationären Bereich, in enger Abstimmung mit den Hausärzten und Hausärztinnen und unter Einbindung relevanter Gesundheitsberufe, etabliert werden kann.

Im Rahmen der Beantwortung des Postulats soll die Regierung insbesondere darlegen, welche organisatorischen, medizinischen, versorgungstechnischen und wirtschaftlichen Synergien sich aus einer engeren Zusammenarbeit zwischen den Akteuren im Bereich der Altersmedizin ergeben, wie sich diese Zusammenarbeit auf die Versorgungsqualität, den Fachkräftebedarf und die Gesundheitskosten auswirken kann, welche strukturellen und betrieblichen Voraussetzungen für eine Umsetzung notwendig wären und inwiefern der geplante Neubau des

Liechtensteinischen Landesspitals (LLS) genutzt werden kann, um eine zukunftsfähige, altersmedizinische Versorgungsstruktur im Verbund mit der LAK und der FHL von Anfang an mitzudenken und zu verankern.

Die Beantwortung des Postulats erfolgte in enger Abstimmung mit der LAK, der FHL, dem LLS und der Liechtensteinischen Ärztekammer. Dabei wurde festgestellt, dass die Zusammenarbeit in der Altersmedizin in Liechtenstein bereits breit und fest etabliert ist und sehr gut funktioniert. Die Kooperation zwischen LAK, FHL und LLS ist systemisch, strategisch und operativ verankert und wird im Alltag aktiv gelebt. Gemeinsam mit den niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzten gewährleistet dieses Netzwerk eine vertrauensvolle, patientenorientierte medizinische und pflegerische Betreuung älterer Menschen.

Das Ziel einer verstärkten Zusammenarbeit in der Altersmedizin wurde von den beteiligten Akteuren und der Regierung bereits seit längerem erkannt und als wichtig eingestuft. Sowohl die beteiligten Akteurinnen und Akteure als auch die Regierung sind offen für sinnvolle und umsetzbare Weiterentwicklungen, um die bestehende Zusammenarbeit zu stärken, Schnittstellen zu optimieren und die Versorgungsstrukturen fortlaufend an neue Anforderungen anzupassen.

3. BEANTWORTUNG DES POSTULATES

3.1 Vorteile einer integrierten Versorgungsstruktur für Versorgung, Effizienz und Fachkräftesicherung

Gemäss dem Auftrag aus dem Postulat ist aufzuzeigen, welche konkreten Vorteile sich aus einer integrierten Versorgungsstruktur ergeben, insbesondere in Bezug auf die Qualität der Versorgung, die Kosteneffizienz sowie die Bewältigung des Fachkräftemangels in den verschiedenen Berufsgruppen der Gesundheitsversorgung, insbesondere in der Pflege und in der Ärzteschaft.

Grundsätzlich bietet eine integrierte Versorgungsstruktur ein hohes Potenzial zur Verbesserung der Versorgungsqualität, zur Steigerung der Effizienz sowie zur Entlastung der Fachpersonen. Sie ermöglicht eine gemeinsame, vorausschauende Behandlungsplanung und unterstützt nahtlose Übergänge zwischen Spital, Rehabilitation, Langzeitpflege und ambulanter Versorgung. Durch die systematische Einbindung geriatrischer, gerontopsychiatrischer, palliativmedizinischer und therapeutischer Expertise kann die Behandlungsqualität insbesondere bei komplexen und multimorbiden Patientinnen und Patienten gezielt gestärkt werden. Digitale Instrumente wie das elektronische Gesundheitsdossier fördern den strukturierten Informationsfluss und tragen dazu bei, unnötige Doppeluntersuchungen zu vermeiden.

Auch aus wirtschaftlicher Sicht bietet die integrierte Versorgung klare Vorteile. Durch eine bessere Koordination der Behandlungsprozesse können Fehl- und Doppelbehandlungen reduziert sowie vermeidbare Spitaleintritte und der sogenannte Drehtüreffekt verringert werden. Zudem ermöglichen abgestimmte Prozesse und gemeinsam genutzte Strukturen, etwa in den Bereichen IT, Beschaffung oder Support, eine effizientere Nutzung vorhandener Ressourcen.

Im Hinblick auf die Fachkräftesicherung trägt eine integrierte Versorgungsstruktur insbesondere durch klare Verantwortlichkeiten, verlässliche Abläufe und eine gestärkte interprofessionelle Zusammenarbeit zu einer Entlastung der Mitarbeitenden bei. Dies wirkt sich positiv auf die Arbeitszufriedenheit aus und kann die Fluktuation reduzieren. Darüber hinaus erhöhen verbesserte Aus- und Weiterbildungsmodelle sowie institutionsübergreifende Lern- und Rotationsmöglichkeiten die Attraktivität der Gesundheitsberufe.

Zusammenfassend liegen die zentralen Vorteile einer integrierten Versorgungsstruktur insbesondere in einer qualitativ hochwertigeren, besser koordinierten Versorgung, einer effizienteren Nutzung finanzieller und personeller Ressourcen

sowie in einer nachhaltigen Stärkung der Fachkräftesituation. Diese Potenziale können wirksam ausgeschöpft werden, wenn integrierte Versorgungsstrukturen klar definiert, verbindlich organisiert und schrittweise umgesetzt werden.

Im Folgenden wird betrachtet, in welchen Bereichen die bestehende Zusammenarbeit bereits gut funktioniert und wo Verbesserungsbedarf besteht, um die zuvor genannten Potenziale zu realisieren.

3.2 Bestehende Zusammenarbeit als Fundament

Wie bereits in Kapitel 2. ausgeführt, funktioniert die Zusammenarbeit des LLS, der LAK, der FHL und den Hausärzten und Hausärztinnen sehr gut. Die Institutionen verfügen über umfassendes Know-how und zahlreiche Bereiche der Zusammenarbeit laufen erfolgreich. Im Folgenden werden die verschiedenen Bereiche aufgezeigt, in welchen bereits eine etablierte Zusammenarbeit der verschiedenen Institutionen stattfindet.

3.2.1 Zusammenarbeit im Bereich Medizin und Pflege

Ein zentrales Element der bestehenden Zusammenarbeit ist das Case bzw. Care Management, das sowohl beim LLS, bei der FHL als auch bei der LAK etabliert ist. Die betroffenen Klientinnen und Klienten sowie deren Angehörige erhalten mit der Unterstützung des Case Managements auf ihren Bedarf zugeschnittene Lösungsangebote. Im Fokus jeder Fallprüfung steht grundsätzlich der Aspekt, dass die betreffenden Klientinnen und Klienten möglichst lange zu Hause leben können bzw. nach einem stationären Aufenthalt eine Rückkehr nach Hause ermöglicht werden kann. Ziel ist es, Schnittstellenunterbrüche bei Verlegungen innerhalb der Institutionen zu vermeiden, indem gemeinsam die beste Anschlusslösung definiert und ein umfassender Informationsaustausch sichergestellt wird. Ein regelmässiger Austausch zwischen den Systempartnern ist dabei bereits institutionalisiert.

Darüber hinaus besteht aufgrund des Tarifvertrages zwischen dem Liechtensteinischen Krankenkassenverband (LKV) und der Krebsliga Ostschweiz die Möglichkeit, im Bedarfsfall auf den palliativen Brückendienst der Krebsliga Ostschweiz zurückzugreifen. Eine Vereinbarung mit dem palliativen Brückendienst Graubünden, insbesondere in Zusammenarbeit mit der FHL, befindet sich derzeit in Bearbeitung durch das Amt für Gesundheit. Zusätzlich besteht ein Austausch mit dem Hospiz Werdenberg, um auch in komplexen palliativen Situationen eine abgestimmte Versorgung sicherzustellen. Ebenso ist die Krebshilfe Liechtenstein eine gut vernetzte Partnerin, welche die Ärztinnen und Ärzte sowie die Institutionen unterstützt.

Ein themenbezogener Austausch zu Behandlungsstandards und Richtlinien findet regelmässig statt, wenn dies fachlich geboten ist. Beispiele hierfür sind die Abstimmungen zum Ein- und Austrittsprozess zwischen LLS, LAK und FHL sowie die Zusammenarbeit im Bereich der Palliative Care zwischen LAK, FHL und anderen Institutionen.

Es finden regelmässige und fallbezogene Roundtables zwischen den drei Institutionen und weiteren Systempartnern wie etwa dem HPZ, dem Verein für Betreutes Wohnen (neu: Stiftung Psychische Gesundheit, SPGe) oder dem Clinicum Alpinum auf Gaflei statt. Diese Treffen ermöglichen es, aktuelle Herausforderungen gemeinsam zu analysieren und Lösungen zu entwickeln. Dies ist ein weiterer Beleg für die gelebte Kooperation.

Ergänzend dazu verfügt die LAK über zwei Heimarztverträge – einen für das Oberland und einen für das Unterland. Diese Heimärzte stehen für koordinative, organisatorische und fachliche Fragestellungen zur Verfügung und tragen wesentlich zur Qualität und Kontinuität der medizinischen Betreuung bei.

Eine weitere wichtige Zusammenarbeit zwischen der LAK und der FHL besteht in der Pflegeentwicklung. Die beiden Institutionen arbeiten gemeinsam an der Weiterentwicklung pflegerischer Standards, der Durchführung von Schulungen und dem Austausch von Fachexpertise. Diese Kooperation trägt wesentlich zur Qualitätssicherung und zur Professionalisierung der Pflege in Liechtenstein bei.

3.2.2 Zusammenarbeit in den Bereichen Aus-, Fort- und Weiterbildung

Auch im Bereich der Ausbildung zeigt sich die enge Verzahnung der Systempartner. Die Studierenden HF (= höhere Fachschule) der FHL und des LLS absolvieren gegenseitige Praxiseinsätze, sogenannte Aussenpraktika, wodurch ein wertvoller Wissenstransfer zwischen den Einrichtungen ermöglicht wird. Aufgrund der hohen Anzahl an Lernenden in der LAK sind Aussenpraktika mit dem LLS organisatorisch nicht oder nur bedingt möglich.

Besonders hervorzuheben sind die gemeinsamen Lerntage, die unter dem Motto „Lernen, Training und Transfer“ durchgeführt werden. Alle drei Institutionen beteiligen sich aktiv an der Vorbereitung und Durchführung dieser praxisnahen Fortbildung, die den interprofessionellen Austausch fördert und die Versorgungsqualität stärkt.

Ein weiteres Beispiel für die gelebte Kooperation ist die Berufsbildungsmesse „Next-Step“, bei der LAK, FHL und LLS mit einem gemeinsamen Stand auftreten. Das LLS übernimmt dabei meist die organisatorische Leitung, etwa bei der Anmeldung und Gestaltung von Informationsmaterialien.

Auch im Bereich der Fort- und Weiterbildung bestehen enge Verbindungen. Mitarbeitende des LLS und der FHL nehmen am internen Fortbildungsprogramm der LAK teil. Die Studierenden der verschiedenen Organisationen nehmen jeweils an der Fortbildung der LAK teil.

Die LAK und die FHL haben eine Weiterbildungsvereinbarung im Bereich Palliative Care abgeschlossen, sodass die Mitarbeitenden der FHL an den Kursen der LAK betreffend Palliative Care teilnehmen können. Das LLS hat Interesse bekundet, künftig auch an diesen Palliative-Care-Weiterbildungen teilzunehmen. Diese gemeinsame Bildungsarbeit stärkt die fachliche Kompetenz und fördert die Vernetzung der Mitarbeitenden.

3.2.3 Zusammenarbeit im Bereich Supportleistungen

Die Zusammenarbeit des LLS, der LAK und der FHL geht über die medizinisch-pflegerische Ebene hinaus und umfasst auch die IT-Koordination. So nutzt die FHL die IT-Plattform der LAK und profitiert von den Synergieeffekten. Das IT-Team der LAK ist für den Betrieb und die Störungsbehebung, die regelmässige Wartung und die Aktualisierung der IT-Infrastruktur und Applikationen der FHL ebenfalls verantwortlich.

Im Bereich der Verpflegung produziert die LAK in ihrer Zentralküche jährlich über 250 000 Verpflegungseinheiten. Neben den eigenen LAK-Häusern, dem Mahlzeitendienst der FHL und dem Landesgefängnis wird auch das LLS mit Verpflegung versorgt.

Der Mahlzeitendienst wird gemeinsam organisiert: Die LAK übernimmt die Produktion bzw. kocht das Essen, während die FHL für die Koordination zuständig ist. Die FHL rekrutiert und schult zudem die freiwilligen Zustellerinnen und Zusteller, welche die Mahlzeiten ausliefern.

Durch Volumenbündelung beim Einkauf erzielen das LLS, die LAK und die FHL gemeinsam verbesserte Konditionen. Dies wird zum Beispiel beim Einkauf von Desinfektionsmitteln oder Lebensmitteln gemacht.

Die Kooperationen gehen auch über das «Kerngeschäft» hinaus. Denn auch bei der Energieversorgung bestehen Synergien. So beliefern sich LAK und LLS gegenseitig mit Heizwärme und Warmwasser.

3.2.4 Strategische Zusammenarbeit im Bereich Führung und Organisation

Auf strategischer Ebene zeigt sich die Zusammenarbeit in der gegenseitigen Einsitznahme der Stiftungsratspräsidentinnen der LAK und der FHL in den Stiftungsratssitzungen der jeweils anderen Organisation. Ein solcher Austausch in den Stiftungsratssitzungen erfolgt etwa 6- bis 7-mal pro Jahr. Hinzu kommen die gemeinsamen Strategieratssitzungen der LAK und FHL, welche zweimal pro Jahr stattfinden.⁵

Ein Austausch auf Stufe der Geschäftsführungen zwischen der LAK und der FHL findet bedarfsweise statt. Das gemeinsame Ziel ist es, einen institutionalisierten Roundtable zwischen der LAK, der FHL und dem LLS zu etablieren, um die Zusammenarbeit weiter zu vertiefen.

Im Rahmen der Pflegeinitiative der Schweiz haben LLS, LAK und FHL eine gemeinsame Arbeitsgruppe gebildet. Diese beobachtet die Entwicklungen in der Schweiz und hat ein Massnahmenpaket für Liechtenstein ausgearbeitet, das gezielt auf die Herausforderungen im Pflegebereich eingeht.

3.3 Stärkung und strukturelle Verankerung der Zusammenarbeit

Die in Kapitel 3.2 aufgezeigte, gut funktionierende Kooperation des LLS, der LAK, der FHL und weiteren Akteuren wie den Hausärzten und Hausärztinnen in verschiedenen Bereichen bildet ein solides Fundament der Zusammenarbeit. Den-

⁵ Aufgrund der unterschiedlichen Rolle des LLS im Gesundheitswesen erscheint ein Einsitz von Vertretern und Vertreterinnen der LAK oder der FHL im Stiftungsrat des LLS nicht sinnvoll.

noch haben die beteiligten Organisationen im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) festgestellt, dass die integrierte Versorgung durch einige strukturelle und prozessuale Anpassungen weiter gestärkt werden kann.

Für eine nachhaltige integrierte Versorgung ist eine formal strukturierte, interprofessionelle und institutionalisierte Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten (Grundversorger und Spezialärzte), Pflegefachpersonen, Therapeutinnen und Therapeuten, Case Managerinnen, Sozialdiensten sowie weiteren relevanten Berufsgruppen erforderlich.

Im Folgenden werden die von LLS, LAK, FHL und der Ärztekammer im Rahmen der Erarbeitung dieser Postulatsbeantwortung identifizierten Optimierungspotenziale dargestellt, die künftig umgesetzt werden sollen.

3.3.1 Stärkung des Informationsaustausches

Ein effizienter und vollständiger Informationsaustausch zwischen allen an der Versorgung beteiligten Akteuren ist eine zentrale Voraussetzung für eine integrierte und koordinierte Versorgung in der Altersmedizin.

In der aktuellen Analyse wurde deutlich, dass der Informationsfluss an verschiedenen Schnittstellen, insbesondere bei der Verlegung von Patientinnen und Patienten zwischen Spital, Langzeitpflege, ambulanter Betreuung und Hausarztpraxen, nicht inhaltlich, sondern vor allem hinsichtlich Schnelligkeit, Vollständigkeit und Struktur optimiert werden sollte.

Als wichtiges Handlungsfeld wurde daher die Verbesserung des Informationsaustauschs zwischen dem Case Management der LAK, der FHL, dem Austrittsmanagement des LLS sowie den Hausärztinnen und Hausärzten identifiziert. Ziel ist es, Doppelspurigkeiten zu vermeiden, Verzögerungen zu reduzieren und die Übergänge im Versorgungsprozess reibungsloser zu gestalten.

Die Optimierung des Informationsflusses soll durch verschiedene kurzfristige und langfristige Massnahmen unterstützt werden. Dazu gehören:

- Strukturelle Anpassungen im Informations- und Prozessmanagement an den relevanten Schnittstellen,
- Pilotprojekte wie interdisziplinäre Visiten (LLS–LAK),
- die Einführung des elektronischen Gesundheitsdossiers (eGD) als längerfristige technische Lösung,
- die Klärung und Präzisierung ärztlicher Zuständigkeiten insbesondere an Übergangspunkten zwischen stationärer und ambulanter Versorgung.

Bis zur breiten Einführung des eGD wird durch organisatorische Massnahmen sichergestellt, dass Berichte, Medikationslisten und weitere Unterlagen schneller und vollständiger zwischen allen Beteiligten übermittelt werden.

Darüber hinaus ist der Informationsaustausch durch institutionalisierte Formate mit klarer Frequenz zu fördern. Vorgesehen ist ein jährlicher strategischer Austausch auf Ebene der Führungsgremien zu Themen wie strategischer Ausrichtung, Entwicklung der Altersmedizin oder gemeinsamen Herausforderungen.

Im Weiteren sollen zweimal jährlich Treffen der Geschäftsleitungen zur operativen Koordination stattfinden, etwa zu Fragen des Patientenflusses, der Personal- und Bildungsplanung sowie der Qualitätsentwicklung. Diese Struktur wird durch situative Treffen nach Bedarf ergänzt, zum Beispiel bei komplexen Fällen oder besonderen betrieblichen Herausforderungen.

3.3.2 Optimierung der Schnittstellen

Aufbauend auf den im Kapitel 3.3.1 beschriebenen Massnahmen zur Stärkung des Informationsaustausches ist es im Rahmen der Optimierung der Schnittstellen grundsätzlich erforderlich, die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten

Akteuren weiter zu verbessern. Besonders im Übertrittsmanagement kann dies durch interdisziplinäre Fallbesprechungen unterstützt werden. Auf diese Weise lassen sich Schnittstellen verbessern, Fehlplatzierungen vermeiden und die Qualität der Versorgung sowie die Zufriedenheit aller Beteiligten erhöhen.

Das Zusammenspiel an der Schnittstelle zwischen der Langzeitpflege und den Hausärztinnen und Hausärzten ist bei geplanten Ein- und Übertritten in der Regel gut eingespielt und basiert auf etablierten Abläufen. Die Organisationen sehen dennoch punktuell Optimierungspotenzial bei einzelnen Prozessen, die noch nicht ausreichend formalisiert oder dokumentiert sind. Diese Abläufe sollen weiter gestärkt werden, ohne zusätzlichen administrativen Aufwand zu erzeugen.

Eine besondere Herausforderung stellen selten auftretende Spontaneintritte in ein Pflegeheim dar. In diesen Situationen erfolgt die Kommunikation und Koordination zwischen Pflegeheim, hausärztlicher Versorgung und gegebenenfalls weiteren beteiligten Stellen derzeit nicht immer durchgängig nach einheitlichen Standards. Eine klarere Strukturierung der Abläufe kann dazu beitragen, diese Fälle effizienter und verlässlicher zu steuern.

Zur weiteren Verbesserung der Zusammenarbeit, insbesondere in anspruchsvollen oder komplexen Versorgungssituationen, bietet sich die stärkere Institutionalisierung interprofessioneller Fallbesprechungen beziehungsweise Roundtables an. Solche Formate bestehen bereits, könnten jedoch durch verbindlichere Abläufe und feste Rahmenbedingungen weiter gestärkt werden. In diesen Besprechungen sollten, abhängig vom Bedarf, insbesondere Patientinnen und Patienten beziehungsweise deren Angehörige, die Hausärzte oder die Hausärztinnen, die LAK sowie weitere relevante Partnerinstitutionen eingebunden werden. Dies ermöglicht eine gemeinsame Planung der weiteren Betreuung und stärkt die interdisziplinäre Abstimmung über die gesamte Versorgungskette hinweg.

Ein weiterer Optimierungsbereich betrifft die Schnittstelle zwischen den beteiligten Institutionen bei der raschen Aufnahme von Pflegenotfällen in Situationen begrenzter Ressourcen. Hierfür sind sogenannte «Floating Beds» erforderlich, also flexibel einsetzbare Pflegeplätze, die je nach Bedarf und Auslastung temporär aktiviert werden können. Diese Kapazitäten tragen dazu bei, kurzfristige Versorgungslücken zu überbrücken und Auslandsplatzierungen aufgrund fehlender Betreuungskapazitäten zu vermeiden oder zumindest zu reduzieren.

Zur Weiterentwicklung dieser Struktur wurde bereits ein gemeinsames Pilotprojekt zwischen dem LLS und der LAK aufgelegt, das im Januar 2026 gestartet ist. Im Rahmen des Projekts werden hochflexible Pflegeplätze für akute Pflegenotfälle eingerichtet. Die fachliche Betreuung in dieser Übergangsphase soll hierbei durch die Akutgeriatrie des LLS erfolgen.

Darüber hinaus gewinnt die Schnittstellenoptimierung im Zuge der fortschreitenden Ambulantisierung, etwa durch Modelle wie Hospital@Home, weiter an Bedeutung. Insbesondere an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung besteht ein erhöhter Koordinationsbedarf. Die Verlagerung von Behandlungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich erfordert daher eine klare Abgrenzung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten sowie klar definierte Schnittstellenprozesse und Zuständigkeiten. Nur durch eine enge Abstimmung der Behandlungs- und Pflegeprozesse kann ein reibungsloser Übergang sichergestellt und die rasche, effiziente Übernahme von Zuweisungen aus Spitälern, Rehakliniken und psychiatrischen Einrichtungen, auch aus dem Ausland, gewährleistet werden.

Im Zuge der Weiterentwicklung der Schnittstellen wird auch der zukünftige Einsatz von Advanced Practice Nurses (APN)⁶ in der Altersmedizin geprüft, wie dies von den Postulanten angeregt wurde. Hierzu untersucht die FHL derzeit, in welcher Form APN in ihre Strukturen eingebunden werden könnten, um einen möglichst hohen Mehrwert zu schaffen.

3.3.3 Hausärztliche Verfügbarkeit

Eine spezifische Herausforderung im Zusammenspiel zwischen der LAK und den Hausärzten und Hausärztinnen besteht in der zeitlichen Verfügbarkeit. In den Abendstunden, an Wochenenden, Feiertagen sowie während der Hauptferienzeit ist die durchgängige Erreichbarkeit der zuständigen Hausärzte und Hausärztinnen nicht immer gewährleistet. Teilweise ist auch keine klar benannte Stellvertretung vorhanden, die in diesen Zeitfenstern die medizinische Verantwortung für die Bewohnerinnen und Bewohner der LAK-Häuser übernimmt.

Diese Problematik ist allen beteiligten Akteuren bekannt und wird im Rahmen der Schnittstellenoptimierung nicht isoliert betrachtet, sondern als Teil der übergeordneten Fragestellung zur Sicherstellung der haus- und dienstärztlichen Versorgung ausserhalb der Regelarbeitszeiten. Nach Ansicht der Ärztekammer besteht hier konkreter Handlungsbedarf. Bereits im Jahr 2024 hat die Ärztekammer ein institutionsübergreifendes Projekt initiiert, um bestehende Angebotslücken zu schliessen. Dieses Projekt wurde gemeinsam mit den relevanten Stakeholdern evaluiert und weiterentwickelt.

⁶ Eine Pflegeexpertin APN-CH oder ein Pflegeexperte APN-CH ist eine registrierte Pflegefachperson, welche sich durch akademische Ausbildung mit mindestens einem Master of Science Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis angeeignet hat. Pflegeexpertinnen APN-CH oder Pflegeexperten APN-CH sind fähig, in unterschiedlichsten Settings vertiefte und erweiterte Rollen zu übernehmen und diese in eigener Verantwortung im interprofessionellen Team auszufüllen (vgl. <https://apn-ch.ch/>).

Aufgrund zahlreicher Absenzen und paralleler Belastungen der beteiligten Akteure konnte das Projekt in den vergangenen Monaten nicht weitergeführt werden. Geplant ist jedoch, das Projekt in absehbarer Zeit wieder aufzunehmen. Ein zentraler Bestandteil wird dabei explizit die Verbesserung der ärztlichen Erreichbarkeit für die Pflegeheime sowie die FHL während der Randzeiten sein, wodurch die Schnittstellenkoordination weiter gestärkt und Engpässe in der Versorgung minimiert werden sollen.

3.3.4 Aufbau eines Qualitätszirkels

Im Rahmen der Stärkung und strukturellen Verankerung der Zusammenarbeit wird von den beteiligten Akteuren der Aufbau eines formellen, interprofessionellen Qualitätszirkels als sinnvoll erachtet. Ein Qualitätszirkel ist eine strukturierte Arbeitsform, in der Fachpersonen verschiedener Disziplinen regelmässig zusammenarbeiten, um Versorgungsprozesse zu harmonisieren, die Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit von Massnahmen zu überprüfen und praxisnahe Verbesserungen umzusetzen. Er ergänzt die zuvor beschriebenen Massnahmen zur Optimierung des Informationsaustausches, zur Verbesserung der Schnittstellenkoordination sowie zur Lösung konkreter Herausforderungen wie der hausärztlichen Verfügbarkeit.

Die Landesgesundheitskommission setzt hierzu einen früher erteilten Auftrag um und erarbeitet die institutionelle Verankerung solcher Qualitätszirkel. Eine Arbeitsgruppe mit Vertretungen der LAK, der Liechtensteinischen Ärztekammer, des Apothekervereins Liechtenstein, des LLS, des Clinicum Alpinum und der FHL führt die inhaltlichen Arbeiten und legt die Grundlagen für eine regelmässige, verbindliche Zusammenarbeit. Die Arbeiten sind weit fortgeschritten. Der Bereich Alter dient als erstes Anwendungsfeld und unterstützt die in diesem Kapitel beschriebenen Ziele, indem der laufende fachliche Austausch, die Dokumentation und die kontinuierliche Optimierung in eine feste Struktur überführt werden.

Der Qualitätszirkel schafft eine Plattform für den fachlichen Austausch, fördert die gemeinsame Verantwortung für Versorgungsqualität und ermöglicht die Entwicklung praxisnaher Lösungen, die sowohl den Patientenbedürfnissen als auch den institutionellen Anforderungen gerecht werden. Durch die Einbettung in die bestehende Koordinationsstruktur trägt der Qualitätszirkel dazu bei, die nachhaltige Verankerung der Zusammenarbeit zwischen den Akteuren zu sichern und die kontinuierliche Optimierung der Altersmedizin zu unterstützen.

3.4 Gemeinsame medizinische Betreuung im stationären Bereich – instituti- onsübergreifende Ausgestaltung

Mit dem Postulat wird die Regierung aufgefordert zu prüfen, ob und wie eine gemeinsame medizinische Betreuung für den stationären Bereich, in enger Abstimmung mit Hausärzten und Hausärztinnen und unter Einbindung relevanter Gesundheitsberufe, etabliert werden kann.

Grundsätzlich sind für die Etablierung einer gemeinsamen medizinischen Betreuung im stationären Bereich, insbesondere in der Langzeitpflege, zentrale fachliche und strukturelle Voraussetzungen erforderlich. Fachlich liegt der Schwerpunkt auf den Bereichen Geriatrie, Gerontopsychiatrie und Palliative Care. Zudem muss sichergestellt werden, dass fachärztliche Expertise rasch und direkt in der ambulanten und stationären Pflege verfügbar ist, um unnötige Spitaleintritte zu vermeiden. Die Betreuung soll interprofessionell erfolgen, wobei neben der Ärzteschaft und der Pflege auch weitere Gesundheitsberufe wie Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie, Ernährungsberatung und Pharmazie gezielt einzubeziehen sind.

Für eine reibungslose Zusammenarbeit sind strukturierte digitale Kommunikationskanäle sowie abgestimmte Ein- und Austrittsprozesse erforderlich. Strukturell

bedarf es kompatibler IT-Systeme, definierter Qualitätsstandards und klarer klinischer Pfade.

Zum Thema einer gemeinsamen medizinischen Betreuung im stationären Bereich zwischen den Häusern der LAK und dem LLS kann sich die Ärztekammer insbesondere in fachärztlicher Hinsicht ein institutionsübergreifendes Modell vorstellen. Denkbar wäre, dass entweder ein Facharzt für Geriatrie oder, aus Sicht der Ärztekammer präferiert, ein Facharzt für Gerontopsychiatrie sowohl Patientinnen und Patienten des LLS als auch Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeheime regelmäßig visitiert, beurteilt und triagiert.

Der Bedarf an einem institutionsübergreifend tätigen Facharzt für Geriatrie wird aus Sicht der Ärztekammer zumindest im Bereich der Pflegeheime als moderat eingeschätzt. Hausärzte und Hausärztinnen sind in der Regel in der Lage, auch ältere und polymorbide Patientinnen und Patienten umfassend und eigenständig zu betreuen, ohne zwingend auf eine explizite geriatrische Facharztexpertise angewiesen zu sein.

Demgegenüber sieht die Ärztekammer einen klaren strukturellen Bedarf im Fachbereich der Gerontopsychiatrie. Angesichts der stetig zunehmenden Zahl an demenziellen Erkrankungen sowie weiterer altersassoziierter psychischer und psychosomatischer Krankheitsbilder besteht hier eine fachärztliche Versorgungslücke, die sowohl die Pflegeheime als auch das LLS betrifft. Eine institutionsübergreifend tätige gerontopsychiatrische Fachperson könnte einen wesentlichen Beitrag zur Versorgungsqualität leisten, die Hausärzte und Hausärztinnen entlasten und zur Stabilisierung komplexer Krankheitsverläufe beitragen.⁷

⁷ Obwohl es in diesem Kapitel 3.4 grundsätzlich um den stationären Bereich geht, ist von Seiten der FHL anzumerken, dass die FHL in den Bereichen psychiatrische Spitex sowie Gerontopsychiatrie steigende Fallzahlen verzeichnet. Demzufolge besteht auch bei der FHL Bedarf an einer gerontopsychiatrischen Ansprechperson.

Ein solches Modell würde die bestehende hausärztliche Betreuung ergänzen und die interprofessionelle Zusammenarbeit stärken. Dabei ist zentral, dass die medizinische Gesamtverantwortung weiterhin bei den behandelnden Hausärztinnen und Hausärzten verbleibt. Die Fachärzte sollen nicht ersetzend, sondern unterstützend tätig sein und als fachliche Schnittstelle zwischen Pflege und hausärztlicher Betreuung fungieren.

Die fachärztliche Einbindung könnte beispielsweise über regelmässige oder anlassbezogene Visiten erfolgen, mit anschliessender strukturierter Rückmeldung an die behandelnden Hausärzte oder Hausärztinnen. Diese Rückmeldungen sollen Einschätzungen zum Gesundheitszustand, Empfehlungen sowie Hinweise zum weiteren Vorgehen enthalten und damit die Entscheidungsgrundlage der Hausärzte stärken. Die hausärztliche Praxis bleibt dabei der zentrale Ort, an dem sämtliche medizinisch relevanten Informationen zusammenlaufen.

Aus Sicht der Ärztekammer lässt sich ein solches institutionsübergreifendes Modell gut in die bestehenden Strukturen integrieren. Es würde einen fachlichen Mehrwert für die Bewohnerinnen und Bewohner der LAK-Häuser schaffen und die Hausärztinnen und Hausärzte insbesondere bei komplexen geriatrischen und gerontopsychiatrischen Fragestellungen entlasten.

Bei der Planung eines solchen Modells ist zu berücksichtigen, dass die Rekrutierung von Fachpersonen in der Geriatrie und insbesondere in der Gerontopsychiatrie europaweit herausfordernd ist. Da geeignete Spezialistinnen und Spezialisten nur begrenzt verfügbar sind, ist die Einführung sowie die Aufrechterhaltung eines solchen Modells anspruchsvoll. Es besteht das Risiko, dass ein stark auf einzelne Schlüsselpersonen gestütztes System bei deren Weggang oder Ausfall an Stabilität verliert.

Die Prüfung, inwiefern der geplante Spitalneubau Möglichkeiten zur strukturellen Unterstützung dieser Zusammenarbeit bietet, ist derzeit noch in Planung. Unabhängig davon ist festzuhalten, dass sich die Regierung der Bedeutung der Geriatrie und der Gerontopsychiatrie für die Altersmedizin bewusst ist und die Prüfung eines Ausbaus der Geriatrie am LLS mit hoher Priorität verfolgt. So wurde diese Prüfung auch als Massnahme in die Altersstrategie für das Fürstentum Liechtenstein aufgenommen. Die entsprechende Massnahme lautet wie folgt:

«Prüfung des Ausbaus der Geriatrie am Landesspital

Prüfen, ob die stationären Leistungen des Landesspitals in den Bereichen Gerontologie und Gerontopsychiatrie sowie Kooperationen mit anderen Kliniken ausgebaut werden sollen.

Prüfung einer ambulanten Geriatrie am Landesspital mit gerontopharmakologischer Beratung, Inkontinenz- und Sturzsprechstunde sowie Memory Clinic zur Unterstützung von Hausärztinnen und Hausärzten bei der Diagnostik von Gedächtnisproblemen und bei der Beratung betroffener Familien.»⁸

Vor diesem Hintergrund zeigt sich, dass die Prüfung einer gemeinsamen medizinischen Betreuung im stationären Bereich nicht isoliert zu betrachten ist, sondern eng mit den strategischen Zielsetzungen der Altersstrategie verknüpft ist. Die dargestellten Überlegungen verdeutlichen, dass insbesondere eine institutionsübergreifende fachärztliche Unterstützung unter Wahrung der hausärztlichen Gesamtverantwortung einen sinnvollen Beitrag zur Weiterentwicklung der altersmedizinischen Versorgung leisten kann. Die weiteren Abklärungen erfolgen im Rahmen der bestehenden Planungen und unter Einbezug der relevanten Akteure.

⁸ Altersstrategie für das Fürstentum Liechtenstein, Massnahme Nr. 3.4, S. 24.

3.5 Fazit

Im Rahmen der Prüfung der im Postulat aufgeworfenen Fragestellungen erweist sich die integrierte Versorgung als grundsätzlich wirkungsvolles Instrument zur Weiterentwicklung der Altersmedizin. Gleichzeitig zeigt eine differenzierte Betrachtung, dass deren Umsetzung neben klaren Chancen auch systemische, organisatorische und prozessuale Herausforderungen mit sich bringt. Eine ausgewogene Würdigung ist daher unerlässlich.

Eine verbesserte Abstimmung zwischen den beteiligten Institutionen und Berufsgruppen kann die Versorgungsqualität erhöhen, insbesondere durch klar definierte Verantwortlichkeiten, koordinierte Behandlungs- und Pflegeplanung sowie strukturierte Übergänge an den zentralen Schnittstellen zwischen stationärer, ambulanter und langzeitpflegerischer Versorgung. Verlässliche Strukturen und eine gestärkte interprofessionelle Zusammenarbeit erhöhen zudem die Handlungssicherheit der Mitarbeitenden und unterstützen eine ganzheitliche Betreuung der Patientinnen und Patienten.

Demgegenüber ist festzuhalten, dass der Aufbau integrierter Versorgungsstrukturen mit einem erhöhten Koordinations- und Kommunikationsaufwand verbunden ist, der insbesondere in der Einführungsphase zusätzliche Belastungen für die beteiligten Berufsgruppen verursachen kann. Unterschiedliche Leistungsaufträge, Organisationsstrukturen, Arbeitsweisen und institutionelle Prioritäten erschweren die Umsetzung und machen einen kontinuierlichen Abstimmungsprozess erforderlich. Zudem führt eine stärkere Strukturierung der Zusammenarbeit nicht in jedem Fall automatisch zu einer Verbesserung der Ergebnisqualität, da in komplexen Versorgungssituationen zusätzliche Abstimmungen auch zu verlängerten Abläufen führen können. Die Einführung digital unterstützter Prozesse sowie die Harmonisierung von IT-Systemen sind hierfür zentrale Voraussetzungen, gehen jedoch mit erheblichen Investitionen und technischen Anpassungen einher.

In der Gesamtwürdigung bietet die integrierte Versorgung eine wichtige Chance, die Herausforderungen der Altersmedizin, insbesondere im Hinblick auf die demografische Entwicklung und den Fachkräftemangel, zielgerichtet anzugehen. Gleichzeitig ist sie kein Selbstläufer und kein Garant für automatische Verbesserungen. Entscheidend ist vielmehr eine schrittweise Weiterentwicklung mit klar definierten und überprüfbaren Zielsetzungen sowie unter enger Einbindung der beteiligten Akteure. Nur so können die erwarteten Mehrwerte realisiert und potenzielle Risiken frühzeitig erkannt und gesteuert werden.

II. ANTRAG DER REGIERUNG

Aufgrund der vorstehenden Ausführungen unterbreitet die Regierung dem Landtag den

Antrag,

der Hohe Landtag wolle diese Postulatsbeantwortung zur Kenntnis nehmen und das Postulat vom 21. August 2025 abschreiben.

Genehmigen Sie, sehr geehrter Herr Landtagspräsident, sehr geehrte Frauen und Herren Abgeordnete, den Ausdruck der vorzüglichen Hochachtung.

**REGIERUNG DES
FÜRSTENTUMS LIECHTENSTEIN**

gez. Brigitte Haas