

Positionspapier zum Psychiatrie-Konzept

1. Executive Summary

Nach eingehender Analyse des Psychiatriekonzept (in weiterer Folge: Psy-Konzept) können die Liechtensteinische Ärztekammer und der Berufsverband der Psychologinnen und Psychologen Liechtensteins (BPL) (in weiterer Folge: die Verbände) folgende Punkte im Sinne eines Resümees festhalten:

1. Das Psy-Konzept ist wichtig und überfällig.
2. Abstrakte, hypothetische Zahlenspielereien müssen nun auf Kohärenz mit der faktischen Lebensrealität der klinischen Praxis geprüft werden.
3. Der Bestandsaufnahme müssen zeitnah konkrete Massnahmen folgen, welche nicht nur einen theoretischen Nutzen entfalten, sondern spür- und messbar sind.
4. Die adäquate, zeitgerechte und zielgerichtete psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung muss jederzeit im Zentrum aller Überlegungen stehen.
5. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung ist kein Feld politischer Profilierung. Dahinter stehen echte Menschen mit Sorgen, Ängsten, psychischen Nöten – bis hin zu Suizidalität und Fremdgefährdung – sowie ihre Angehörigen, die diese Lasten mittragen
6. Der Aufbau einer adäquaten Versorgung mag Kosten verursachen, verhindert jedoch eindeutig weitaus höhere Folgekosten (insbesondere bei der Verhinderung vermeidbarer stationärer Behandlungen). Die im Psy-Konzept spürbare «Kostenangst» ist daher zu kurzfristig.
7. Die inländischen Fachexperten sind zwingend in die Ausarbeitung jeglicher Massnahmen einzubeziehen.
8. Vordringlich sind Massnahmen im Bereich Kinder und Jugendliche, bei intermediären Angeboten (für alle Altersgruppen) sowie bei der Notfallversorgung.
9. Der anstehende Personalwechsel im zuständigen Ministerium darf die Umsetzungsarbeiten nicht bremsen, dafür ist das Thema zu dringlich.
10. Die komplexe Verzahnung und Wechselwirkung von ambulanter, intermediärer und stationärer Versorgung ist bei der Lösungserarbeitung jederzeit zu berücksichtigen.

2. Historie

Am 17. Mai 2024 hat der Minister für Gesellschaft und Kultur den Medien das „Psychiatriekonzept für das Fürstentum Liechtenstein“ vorgestellt. Erstmals initiiert wurde die Erarbeitung eines Psychiatriekonzepts vor ca. fünfzehn Jahren, die Arbeiten verliefen jedoch im Sand. Im

Jahr 2022 hat das Ministerium für Gesundheit (MG) die Erarbeitung eines Psy-Konzepts neu lanciert, einen Entwurf erstellt und diesen ausgewählten Institutionen im April 2023, mit einer Frist von drei (!) Wochen, zur Stellungnahme übermittelt. Leider wurden dabei viele Institutionen, die einen relevanten Anknüpfungspunkt zur Thematik haben, nicht konsultiert. Die Verbände haben dies in ihren Stellungnahmen im April bzw. Mai 2023 moniert und die Nachholung empfohlen. Bedauerlicherweise ist das MG dieser Empfehlung nicht gefolgt, wodurch wichtige Inputs von betroffenen Institutionen bei der Erarbeitung des Psy-Konzepts unberücksichtigt blieben.

Die umfangreichen und durchaus kritischen Rückmeldungen aus der Kurzvernehmlassung haben das MG augenscheinlich dazu veranlasst, das Psy-Konzept nochmals grundsätzlich neu zu überdenken und neu aufzusetzen.

Ein Jahr später hat die Regierung das Psy-Konzept schliesslich verabschiedet und veröffentlicht.

3. Anlass

Das Psy-Konzept in der verabschiedeten Fassung wurde den Fachorganisationen vorgängig nicht mehr zur erneuten Konsultation vorgelegt, obwohl es sich de facto um eine Totalrevision des ersten Entwurfs handelt. Bedauerlicherweise hatten die Fachärzte¹ und Psychologen somit keine Möglichkeit, das Konzept in seiner finalen Form auf die Kohärenz mit der klinischen Realität zu überprüfen und darauf aufbauend Anmerkungen, Ergänzungen und Korrekturen einzubringen oder auf Fehler hinzuweisen.

Aus diesem Grund haben die Verbände beschlossen, das gegenständliche Positionspapier zu veröffentlichen, da bestimmte Annahmen und Aussagen im Psy-Konzept nicht unkommentiert bleiben können, da ein allfälliges Schweigen der Verbände von der Politik wohl als Zustimmung ausgelegt werden würde.

Nach einer grundsätzlichen Einordnung werden die Verbände nachfolgend auf ausgewählte Punkte eingehen und dazu Stellung beziehen.

4. Grundhaltung

Die Verbände begrüßen ausdrücklich, dass das Psy-Konzept nach jahrelanger Vorlaufzeit nun vorliegt. Eine erneute Konsultation aufgrund der Totalrevision des ersten Entwurfs vom Mai 2023 wäre jedoch, wie bereits erwähnt, nicht nur wünschenswert, sondern angezeigt gewesen.

Den Verbänden ist bewusst, dass das Psy-Konzept selbst noch keinen direkten Einfluss auf die bestehenden Unzulänglichkeiten bei der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung hat – diesen Anspruch erhebt das Psy-Konzept jedoch auch nicht.

¹ Auf geschlechterneutrale Formulierungen wird aus Gründen der Leserlichkeit grundsätzlich verzichtet, bei Personengruppen sind jeweils alle Geschlechter inkludiert.

Es lässt sich sicherlich darüber streiten, ob das gegenständliche Papier dem bereits vor langer Zeit gewählten Titel „Psychiatrie-Konzept“ gerecht wird. Es handelt sich vielmehr um eine Darstellung des Ist-Zustands, einer darauf aufbauenden Eruierung von Systemlücken und der Skizzierung von möglichen Lösungsansätzen.

Was jedoch aus Sicht der Verbände zu kurz kommt und den konzeptionellen Charakter bilden würde, ist eine zukunftsgerichtete Betrachtungsweise mit längerem Zeithorizont. Das vorliegende Psy-Konzept beschränkt sich grundsätzlich auf das „Hier und Jetzt“ und stellt daher primär ein Massnahmenpaket zur Lösung aktueller Versorgungsprobleme dar. Zukunftsgerichtete Ansätze, wie der international stark steigenden Anzahl an psychischen Erkrankungen langfristig begegnet werden soll, fehlen jedoch.

Insgesamt ist das Psy-Konzept sicherlich als Grundlagenpapier zur Auflösung aktueller Versorgungsprobleme geeignet. Entscheidend wird nun jedoch die anstehende Konkretisierungsphase, in welcher für die eruierten Problemstellungen konkrete, detailtiefe Lösungsansätze ausgearbeitet werden müssen. Die Verbände begrüßen es ausdrücklich, dass das Ministerium im Psy-Konzept explizit erwähnt, dass (inländische) Fachpersonen und -organisationen sowie Interessensvertretungen und Betroffene in die Weiterentwicklung des Konzeptes einbezogen werden sollen. Das Konzept basiert überwiegend auf Zahlen, daraus abgeleiteten abstrakten Berechnungen, Anlehnungen an ausländische Psychiatriekonzepte und verwaltungsinterner Expertise. Da dies jedoch teilweise nicht die Lebensrealität der klinischen Fachkräfte widerspiegelt, ist deren Einbezug in die konkrete Umsetzungsphase unerlässlich und geradezu zwingend.

5. Position zu ausgewählten Themen

Nachfolgend werden die Verbände auf ausgewählte Themen des Psy-Konzepts näher eingehen und diese aus Sicht der Peripherie kommentieren bzw. einordnen. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass das gegenständliche Positionspapier gemeinsam mit den niedergelassenen Psychiatern und Psychologen erstellt wurde. Es vereint somit sowohl klinische Expertise als auch eine realitätsnahe Darstellung der konkreten Lebensumstände, abseits rein statistischer Daten und theoretischer Extrapolationen.

5.1 Ambulante Versorgung

Im Zentrum des Positionspapiers steht wenig überraschend die Versorgungssituation der Peripherie, also der niedergelassenen Fachärzte und Psychotherapeuten für Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -psychotherapie. Die ambulante Versorgung ist jedoch unmittelbar mit der intermediären und stationären Versorgung verzahnt, diese drei Versorgungssettings beeinflussen sich wechselseitig.

In Abschnitt III. des Psy-Konzeptes wird das bestehende Angebot der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie als auch der nicht-ärztlichen Psychotherapeuten näher beschrieben. Darin werden zahlreiche Zahlen, Berechnungen sowie Extrapolationen

präsentiert, auf deren Basis Schlussfolgerungen gezogen werden. Dieses Unterkapitel bildet die Basis für die weiteren Überlegungen im Psy-Konzept und ist daher von grosser Relevanz. Zu diesem Unterkapitel sind seitens der Fachexperten zahlreiche Anmerkungen notwendig.

5.1.1. Anmerkungen der Fachärzte

Nachfolgend finden sich kurz zusammengefasst die wichtigsten Anmerkungen seitens der Ärztekammer, in Anhang 1 werden die untenstehenden Punkte in einem hohen Detaillierungsgrad näher beschrieben:

- **Fehlerhafte Kapazitätsberechnungen:** Im Psy-Konzept wird die Zahl der potentiell zusätzlichen Konsultationen durch den Einbezug aller Psychiater ohne OKP-Vertrag überschätzt. In der Realität sind diese Psychiater bereits sehr stark ausgelastet, sodass die Schaffung zusätzlicher OKP-Verträge nur marginale Kapazitätssteigerungen bringen würde.
- **Unrealistische Konsultationszahlen:** Die im Psy-Konzept errechneten Konsultationszahlen (5,43 Konsultationen pro Tag) sind zu niedrig angesetzt und spiegeln nicht die tatsächliche Arbeitsbelastung wider, da Behandlungen ausländischer Patienten nicht berücksichtigt wurden.
- **Zeitaufwendige Zusatzaufgaben:** Psychiater müssen, neben den üblichen administrativen Aufgaben wie Berichterstellung, Einholung von Kostengutsprachen etc., zahlreiche zeitintensive Zusatzaufgaben übernehmen. So z.B. Koordinationsfunktion bei Kriseninterventionen und Fürsorgerischen Unterbringungen inklusive Angehörigen- und Behördenmanagement. Diese Aufgaben könnten durch ein professionelles Case Management effektiver abgewickelt werden.
- **Notwendigkeit von Systemänderungen:** Die Schaffung neuer OKP-Verträge alleine reicht nicht aus, um die Versorgung zu verbessern. Stattdessen sind strukturelle Massnahmen wie z.B. die Einführung eines Case Managements notwendig, um zusätzliche Therapieeinheiten zu generieren und die Fallführungsqualität zu steigern.

5.1.2. Anmerkungen der Psychotherapeuten

Nachfolgend finden sich kurz zusammengefasst die wichtigsten Anmerkungen seitens des BPL, in Anhang 1 werden die untenstehenden Punkte in einem hohen Detaillierungsgrad näher beschrieben:

- **Fehlerhafte Zahlen:** Das Psy-Konzept nennt 24 nicht-ärztliche Psychotherapeuten in Liechtenstein, obwohl tatsächlich nur 22 tätig sind, davon 18 mit OKP-Zulassung. Es ist unklar, wie die Diskrepanz von zwei zusätzlichen Psychotherapeuten im Psy-Konzept zustande kommt.
- **Unstimmigkeiten bei den geleisteten Stunden:** Das Psy-Konzept gibt an, dass Psychotherapeuten jährlich durchschnittlich 12'791 Stunden leisten. Der BPL kann die Richtigkeit

dieser Zahl nicht bestätigen, da sie nicht mit den internen Stundenstatistiken der Psychotherapeuten übereinstimmt. Die Ursachen dieser Divergenz werden derzeit untersucht, da verlässliche Daten entscheidend sind, um die Arbeitsbelastung realistisch einzuschätzen und die Ressourcen im Gesundheitssystem optimal zu planen.

- **Differenz zwischen realen Klientenstunden und theoretischen Abrechnungsstunden:** Der im Psy-Konzept berechnete, angebliche Auslastungsgrad der Psychotherapeuten von 66% spiegelt nicht die tatsächliche Arbeitsbelastung der nicht-ärztlichen Psychotherapeuten wider, sondern lediglich die gemäss Tarifvertrag maximal genehmigten Arbeitsstunden. In der Realität stehen diese Maximalstunden aus verschiedenen Gründen nicht zur Verfügung, wie die Wartelisten vieler Psychotherapeuten verdeutlichen.
- **Theoretische Kapazitätserhöhung:** Das Psy-Konzept geht davon aus, dass sich das Behandlungsangebot verdoppeln könnte, wenn alle in Teilzeit oder ausserhalb der Bedarfsplanung tätigen Psychotherapeuten für die OKP arbeiten würden. Der BPL hält diese Überlegung für unrealistisch und realitätsfern. Zum einen arbeiten viele Psychotherapeuten gewollt in Teilzeit, etwa aufgrund familiärer oder anderer Verpflichtungen. Zum anderen sind Psychotherapeuten ohne OKP-Vertrag keineswegs untätig; sie haben bereits regen Zulauf und teils Wartelisten.

5.2. Intermediäre Versorgung

Die tagesklinische (teilstationäre) Versorgung, im Psy-Konzept «intermediäre» Versorgung genannt, nimmt einen äusserst hohen Stellenwert bei der Versorgung ein. Sie wirkt sich unmittelbar sowohl auf die ambulante als auch auf die stationäre Versorgung aus und beeinflusst somit die gesamte Versorgungslandschaft. Eine quantitativ unzureichende intermediäre Versorgung, wie sie heute unzweifelhaft stattfindet, führt zu einem Ausweichverhalten in den stationären und/oder ambulanten Sektor.

Zielt das Ausweichverhalten auf die stationäre Ebene ab, werden damit wichtige Therapieplätze belegt. Ist ein stationärer Aufenthalt nicht möglich – sei es, weil der Patient sich weigert oder kein Therapieplatz verfügbar ist –, muss der intensivierete Behandlungsbedarf notdürftig durch die Peripherie abgedeckt werden. Dies führt einerseits zu einer therapeutisch bedingten erhöhten Kadenz (engmaschige Betreuung), welche übermässig Kapazitäten beansprucht. Andererseits kann die ambulante Behandlung die intermediäre Versorgung mit ihrer Vielzahl aufeinander abgestimmter und verzahnter Therapieansätze (Einzelgespräch, Gruppentherapie, Maltherapie, Expositionstherapie, kognitive Verhaltenstherapie etc. etc.) nicht ersetzen. Auch kann der durch die tagesklinische Anbindung erzeugte und therapeutisch wichtige Tagesrhythmus nicht reproduziert werden. Die ambulante Betreuung ist somit ein alternativloser Workaround, welcher den Therapieerfolg einer intermediären Behandlung nicht ersetzen kann.

Die klinischen Fachexperten sind sich einig, dass die Zahl der intermediären Angebote

unzureichend ist und dringender Handlungsbedarf besteht. Die Verbesserung der intermediären Versorgung ist nicht nur aus therapeutischer Sicht entscheidend, sondern entlastet auch die stationären und insbesondere die ambulanten Strukturen. Dadurch entstehen Kapazitäten für zusätzliche Patienten, die dann zeitgerechter behandelt werden können.

Die Schaffung zusätzlicher Angebote durch neue Verträge mit ausländischen Anbietern erscheint auf den ersten Blick einfach und schnell umsetzbar. Das Potential dieser Massnahme wird von den klinischen Experten jedoch als äusserst gering eingeschätzt. Dies vor allem, da die regionalen Kapazitäten ausgeschöpft sind und im intermediären Bereich generell eine Unterversorgung zu beobachten ist. Der Abschluss neuer Verträge mit regionalen Anbietern wird aus fachlicher Sicht nur wenig bis gar keine zusätzlichen Kapazitäten schaffen.

Aus Sicht der Verbände kann die Situation nur durch inländische Angebote verbessert werden, da damit gänzlich neue Kapazitäten geschaffen werden und die Steuerungshoheit ins Inland verlagert wird. Selbstverständlich müssten auch schweizerische Patienten in einem zu definierenden Ausmass Zugang zum inländischen Angebot erhalten, um sicherzustellen, dass sich Liechtenstein gegenüber den schweizerischen Nachbarn nicht als «Rosinenpicker» präsentiert, indem die Gegenseitigkeit der Versorgung von Liechtenstein unterlaufen wird. Generell soll ein inländischer Anbieter jedoch primär die Versorgungslücke für die inländische Bevölkerung schliessen.

Bereits 2019 hat die Ärztekammer gemeinsam mit dem Krankenkassenverband in einem Letter of intent, zuhanden des damaligen Gesellschaftsministers, die Schaffung von tagesklinischen Angeboten im Inland dringlich empfohlen. Wohlweislich, dass von regionalen Anbietern bereits konkrete Angebote, eine Tagesklinik in Liechtenstein aufzubauen und zu betreiben, auf dem Tisch lagen. Leider hat der damalige Gesellschaftsminister diesen Vorschlag nonchalant abgelehnt. Der Letter of intent wird dem Positionspapier als Anhang 2 beigelegt.

Im Psy-Konzept wird für den Kinder- und Jugendbereich eine Kooperation mit externen Partnern sowie die finanzielle Beteiligung an Institutionen mit intermediären Angeboten vorgeschlagen, um den Zugang zu geeigneten Leistungen zu sichern. Allerdings wirft dieses Vorgehen, ähnlich wie bei den intermediären Angeboten im Erwachsenenbereich, die berechnete Frage nach der tatsächlichen Wirksamkeit dieser Massnahmen auf.

So ist ein möglicher Partner, der im Psy-Konzept genannt wird, die Stiftung Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste St. Gallen (KJPDSG). Laut ihrer Website bietet die KJPDSG acht Plätze für Kinder im Alter von sechs bis zwölf Jahren in der Tagesklinik St. Gallen sowie zwölf Therapieplätze für Jugendliche im Alter von zwölf bis 17 Jahren in der Tagesklinik Wattwil an. Angesichts der bekannten Unter- und Fehlversorgung in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grundversorgung im benachbarten Ausland erscheint die Anzahl der angebotenen Therapieplätze als sehr begrenzt und fragwürdig ausreichend. Zudem ist eine tägliche An- und Abreise von teils über einer Stunde mit dem öffentlichen Verkehr für Kinder als auch Jugendliche kaum zumutbar. Leider wird im Psy-Konzept nicht aufgeführt, ob es weitere

geeignete intermediäre Angebote in der näheren Region gäbe, die für eine Kooperation in Betracht gezogen werden könnten.

Eine vertraglich vereinbarte Kooperation mit ausländischen Leistungserbringern, deren Kapazitäten bereits ausgelastet sind oder aufgrund der langen An- und Abreisezeiten nicht in Anspruch genommen werden können, stellt lediglich auf dem Papier eine Verbesserung der Versorgungssituation dar. Auch im Kinder- und Jugendbereich ist somit anzunehmen, dass der Abschluss neuer Verträge kaum zusätzliche Kapazitäten generiert. Angesichts dieser Ausgangslage sollten daher dringend auch inländische Ressourcen und Potentiale evaluiert werden, wie beispielsweise die Erweiterung und Vertiefung des therapeutischen Angebots der sozialpädagogischen Dienste des Vereins für Betreutes Wohnen (VBW) oder andere geeignete Massnahmen.

5.3. Stationäre Versorgung

Die stationäre Versorgung findet, vorbehaltlich des Clinicums Alpinum, im Ausland statt. Die Schaffung zusätzlicher Angebote im Inland scheint (noch) nicht zielführend, die Versorgung wird auch weiterhin mehrheitlich im Ausland stattfinden.

Beim Zugang zu stationären Plätzen zeigt sich eine erhebliche Divergenz zwischen Erwachsenen sowie Kindern bzw. Jugendlichen: Während die Versorgungssituation bei Erwachsenen angespannt ist, ist die Situation für Kinder und Jugendliche prekär. Für diese Patientengruppe ist unstrittig eine markante Unterversorgung festzustellen, was hauptursächlich durch fehlende Verträge mit ausländischen Anbietern bedingt ist. Es liegt in der Verantwortung des Landes, mit Nachdruck weitere Verträge abzuschliessen. Besonders im Fokus steht dabei das Kinder- und Jugendpsychiatrische Zentrum (KJPZ) Sonnenhof in Ganterschwil. Der Einbezug dieser Spezialklinik in die Versorgung der liechtensteinischen Kinder und Jugendlichen ist nicht nur dringend erforderlich, sondern längst überfällig. Angesichts der bekannten Unter- und Fehlversorgung in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen im benachbarten Ausland, sollten ebenfalls inländische Ressourcen und Potentiale sorgfältig geprüft werden. Beispielsweise werden bereits heute Jugendliche in den sozialpädagogischen Diensten des VBWs stationär therapeutisch begleitet. Eine Prüfung der Erweiterung und Vertiefung dieses Angebots sowie die Möglichkeit, dass Kinder- und Jugendpsychiater ihre Patienten direkt zuweisen können, könnte ebenfalls zu einer Entlastung der prekären Versorgungssituation beitragen. Es ist schwer nachvollziehbar, weshalb das Land die stationäre Versorgungslücke im Kinder- und Jugendbereich nicht bereits geschlossen hat, insbesondere angesichts der kontinuierlich steigenden psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, die durch die Corona-Pandemie weiter verschärft wurden.

Obwohl sich die stationäre Versorgungslage von Kindern und Jugendlichen deutlich schlechter darstellt als bei Erwachsenen, darf die Situation im Erwachsenenbereich nicht verharmlost werden. Auch hier sind durch Vertragsabschlüsse zeitnah neue Kapazitäten zu schaffen, da der stationäre Bereich, wie bereits erwähnt, teilweise als Workaround für das noch knappere

Angebot an intermediären Angeboten fungiert.

Generell soll geprüft werden, ob das Land nicht mit Direktfinanzierung zur Schaffung neuer Behandlungsplätze in bestehenden Kliniken beitragen kann. Der Abschluss von Verträgen sorgt lediglich für die Kostenvergütung durch die OKP und damit den aus finanzieller Sicht barrierefreien Zugang zu ausländischen Kliniken. Aufgrund der überregional knappen Kapazitäten führen Verträge teilweise zu einem theoretischen Zugang, welcher aber in der Realität gar nicht wahrgenommen werden kann, da die Plätze belegt sind oder nach Region triagiert wird, indem beispielsweise im Falle von zu hoher Nachfrage kantonale Patienten vor ausserkantonalen/ausländischen Patienten aufgenommen werden. Nur die Schaffung neuer, zusätzlicher Kapazitäten (Betten, Betreuungsplätze) bringt die notwendige Luft ins System. Hier könnte das Land mit regionalen Anbietern eine Direktfinanzierung zusätzlicher Plätze prüfen, so z.B. auch im Bereich der Kriseninterventionsplätze. Die ausländischen Anbieter stehen bereits unter hohem Kostendruck und der Aufbau von zusätzlichen Plätzen bedingt zusätzlich hohe Investitions- und Betriebskosten (Infrastruktur, Personal etc.). Das Land Liechtenstein könnte mit einer Direktfinanzierung den notwendigen Impuls zum Ausbau der Betreuungsplätze setzen, unter der Voraussetzung, dass liechtensteinische Patienten als „kantonal“ gelten und somit gleichberechtigt aufgenommen werden. Davon würden selbstredend auch CH-Versicherte profitieren, diese Plätze können politisch nicht für Liechtensteiner freigehalten werden, aber das Land besitzt die notwendigen Finanzmittel, um hier regional einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungssituation zu leisten, von welchem auch liechtensteinische Patienten profitieren würden.

5.4. Psychiatrische Notfälle

Das Psy-Konzept fokussiert sich im Kapitel «Psychiatrische Notfälle» gänzlich auf die Fürsorglichen Unterbringungen (FU) bei Gefahr im Verzug. FU sind unstrittig ein relevanter Bestandteil psychiatrischer Notfälle, der Anstieg der Anzahl FU pro Jahr ist besorgniserregend. Dennoch ist es deutlich zu kurz gegriffen, bei psychiatrischen Notfällen lediglich auf FU abzustellen. Unterhalb der messbaren Kennzahl «FU» gibt es viele Fallkonstellationen, die unzweifelhaft als psychiatrische Notfälle qualifiziert werden müssen und dementsprechend eine dringliche Intervention bedingen:

- Psychiatrische Kriseninterventionen bei Notfällen und Krisen, die aufwendig deeskaliert werden und daher **nicht** in eine FU münden:
 - Suizidversuche ohne Zwangsweilweisung (z.B. freiwilliger Eintritt in Psychiatrie)
 - Suchtdruck
 - vom Patienten als Notfall wahrgenommenen Belastungssituationen (z.B. psychische Dekompensation («Nervenzusammenbruch»), Selbstverletzungsdruck, schwere depressive Episode etc.), die eine unmittelbare Behandlung und Deeskalation erforderlich machen.

- Zeitintensives Krisen-Management mit Betreuern und belasteten Angehörigen bei Patienten, die krankheitsuneinsichtig sind (psychotisch, Substanzkonsum, dement) → wird vom Parameter «Anzahl FU» ebenfalls nicht abgebildet
- Selbstverletzungen in (para-)/suizidaler Absicht, welche rein somatisch behandelt und nicht als psychische Problematik triagiert werden, z.B. auf dem Notfall eines Spitals. Ein psychiatrisches Krisenmanagement erfolgt erst mit Verzögerung und erscheint ebenfalls nicht im Parameter „Anzahl FU“ auf.

Die FU ist ein wichtiger und vor allem messbarer Marker für psychiatrische Notfälle und eine Herausforderung für alle involvierten Personen/Institutionen (Arzt, KIT, Landespolizei, Rettungsdienst, Aufnahmeklinik etc.), es handelt sich sicherlich um den «Paradefall» eines psychiatrischen Notfalls, jedoch insgesamt nur um die «Spitze des Eisbergs». Die Beschränkung auf die FU wird der Tragweite der Problematik jedoch nicht gerecht, die Notwendigkeit einer fachlich qualifizierten Anlaufstelle für psychiatrische Notfälle 24/7 ist erheblich grösser, als die ca. 80 FU pro Jahr vermuten lassen. Lösungsansätze müssen daher breiter gedacht werden und dürfen nicht nur die Lösung der FU-Thematik beinhalten.

6. Schlussbemerkung

Die Verbände bzw. deren Vertreter werden die oben ausgeführten Argumente und Anregungen (sowie weitere Expertise) in die konkreten Umsetzungsprojekte einbringen. Es erschien den Verbänden jedoch zwingend, dass die oben beschriebenen Punkte schriftlich dargelegt, dokumentiert und der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden.

Anhang 1 – ausführliche Erläuterungen zu „5.1 Ambulante Versorgung“

5.1. Ambulante Versorgung

a) Anmerkungen Fachärzte

5.1.1. Kapazitäten der Peripherie

Eingangs sei erwähnt, dass die Neurologie einen eigenständigen Fachbereich bildet, welcher auch in der Bedarfsplanung separat kontingentiert ist. Zwar wird je nach Staat und Zeitpunkt der fachärztlichen Weiterbildung auch der Facharztstitel „Psychiatrie und Neurologie“ verliehen, während andere Fachärzte den Facharztstitel „Psychiatrie und Psychotherapie“ erhalten. Somit ist die Neurologie teilweise direkt mit der Psychiatrie verknüpft, was aber nicht darüber hinwegtäuschen darf und soll, dass die Neurologie einen anderen Behandlungsfokus hat als die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, welche den Löwenanteil der Behandlung von psychischen Erkrankungen umfasst. Somit wird der Bereich Neurologie für die weiteren Überlegungen ausgeklammert.

5.1.1.1. Kapazitäten innerhalb der OKP

Das Psy-Konzept thematisiert die aktuell bestehenden Kapazitäten der Psychiatrie innerhalb der OKP. Dabei wird teilweise auf Fakten (OKP-Stellen) verwiesen, teilweise finden jedoch auch mathematische Gedankenspiele statt, welche aus Sicht der Experten an der Realität vorbeilaufen.

So wird ausgeführt, dass knapp 5'000 (4'888) Konsultationen pro Jahr zusätzlich geschaffen werden könnten, wenn alle in Liechtenstein konzessionierten Psychiater in die OKP aufgenommen werden würden. Die Berechnung fusst auf vier konzessionierten Psychiatern ohne OKP-Vertrag und der errechneten Durchschnittskonsultationszahl der 13 in der OKP tätigen Psychiater.

Diese Zahlen scheinen fehlerhaft zu sein. So weist die amtliche Ärzteliste 15 Fachärzte im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Psychiatrie und Neurologie aus. Die Regierung geht jedoch von 17 Fachärzten aus, was jedoch mit der amtlichen Ärzteliste, welche verbindlich ist, nicht übereinstimmt. Diese weist aktuell zwei Konzessionen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, eine Konzession für Psychiatrie und Neurologie, eine Konzession für Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie sowie elf Konzessionen für Psychiatrie und Psychotherapie aus, was insgesamt 15 Konzessionen ergibt.

Von diesen 15 Konzessionsinhabern haben zwölf einen OKP-Vertrag, davon zwei in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, einer in der Neurologie sowie neun in der Erwachsenenpsychiatrie. Drei Konzessionsinhaber haben keinen OKP-Vertrag, diese sind alle im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie konzessioniert.

Somit wären nicht fünf respektive vier weitere Ärzte im Inland verfügbar, sondern deren drei,

womit sich die skalierten Konsultationen, die durch zusätzliche OKP-Verträge möglich wären, von 4'888 auf 3'666 reduzieren. Faktisch ist jedoch auch diese Zahl aus folgenden Gründen nicht valide:

Dieses Zahlenspiel basiert auf der Annahme, dass die in Liechtenstein konzessionierten Fachärzte, die aktuell keinen OKP-Vertrag besitzen, quasi volle Kapazitäten bereitstellen könnten, wenn sie in die OKP aufgenommen werden würden. Das würde im Umkehrschluss bedeuten, dass diese Fachärzte aktuell untätig sind und die Ressourcen durch die Aufnahme in die OKP nur abgerufen werden müssten. Wie diese Ärzte aktuell ihr Auskommen erwirtschaften, bleibt dieses Gedankenspiel jedoch schuldig.

In der Realität ist seit Jahren zu beobachten, dass Psychiater, die in Liechtenstein konzessioniert sind, jedoch keine OKP-Zulassung haben, nicht etwa untätig sind und um ihre wirtschaftliche Existenz bangen, sondern regen Zulauf haben und mehr oder minder ausgelastet sind. Auf den ersten Blick mag das unrealistisch erscheinen, da ohne OKP-Zulassung keine Kostenübernahme durch die Grundversicherung stattfindet. Hier stösst jedoch die Theorie einmal mehr an ihre Grenzen: Aufgrund der starken und steigenden Nachfrage für ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen und der Tatsache, dass die OKP-Stelleninhaber komplett ausgelastet sind, erfahren auch die Psychiater ohne OKP-Zulassung massiven Zulauf. Dabei handelt es sich jedoch nur bei einem sehr geringen Teil um sogenannte Selbstzahler, der Grossteil der Patienten schliesst dazu die erweiterte OKP ab, so dass auch die Behandlung bei Psychiatern ausserhalb des OKP-Vertragsnetzes von der OKP bezahlt werden. Das Stigma, dass ein erheblicher Teil der Personen, die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen in Anspruch nehmen, einkommensschwach sind und sich keine Zusatzversicherung leisten können, mag hier zu einer falschen Schlussfolgerung verleiten. In der Realität suchen häufig Menschen, die sich die 480 Franken p.a. für die erweiterte OKP gut leisten können, psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfe. Dies hat zur Folge, dass auch die in der Peripherie tätigen Psychiater ohne OKP-Zulassung gut bis voll gebucht sind und die Aufnahme in die OKP keine relevanten Zusatzkapazitäten für die ambulante Versorgung schaffen würde.

Die im Psy-Konzept skalierten Zusatzkapazitäten durch Erweiterung der Bedarfsplanung um die in Liechtenstein konzessionierten Psychiater ohne OKP-Vertrag sind somit rein theoretischer Natur, in der Realität würden die verfügbaren Kapazitäten nur marginal ansteigen. Ein Ausbau der Kapazitäten würde somit nicht nur die Schaffung neuer Bedarfsstellen bedingen, sondern vor allem die Ansiedelung weiterer Psychiater in Liechtenstein. Nur dadurch liessen sich echte, zusätzliche Kapazitäten generieren.

5.1.1.2. Errechnete Konsultationszahlen

Obwohl vorgängig bereits hergeleitet wurde, dass die von der Regierung errechneten Zusatzkapazitäten von 4'888 Konsultationen hypothetischer Natur sind und in der Realität so nicht stattfinden würden, sieht sich die Ärztekammer gezwungen, weitergehende Ausführungen zu

diesem fiktiven Wert zu machen.

Abbildung 7 des Psy-Konzepts (S. 30) zeigt in einem Balkendiagramm die pro Tag und Arzt abgerechneten Konsultationen der 13 in der OKP tätigen Psychiater (inkl. Neurologen). Datenbasis bildet der SASIS-Datenpool, aus welchem für jeden Psychiater (inkl. Neurologen) mit OKP-Zulassung die im Jahr 2022 abgerechneten Konsultationszahlen extrahiert und mittels einer theoretischen Jahresarbeitszeit auf einen Arbeitstag heruntergebrochen wurden. Die daraus errechnete Anzahl Konsultationen pro Tag und Person wurde jeweils einem Balken zugeordnet, daraus wurde ein Mittelwert errechnet (5.43 Konsultationen pro Tag), welcher wiederum eine durchschnittliche Jahreskonsultationszahl von 1'222 Konsultationen pro Psychiater ergibt. Aus datenschutzrechtlichen Gründen wurde keine Unterscheidung zwischen halber und voller OKP-Stelle vorgenommen.

Dieses Diagramm soll eine approximative Berechnung möglicher Kapazitäten bei Einbezug aller konzessionierter Psychiater in die OKP darstellen, die Aussagekraft des Diagramms ist jedoch aus mehreren Gründen gering und die daraus resultierenden Schlussfolgerungen teilweise auch stossend.

Das Diagramm lässt die Behandlung von ausländischen Patienten komplett ausser Betracht, es werden nur die über die liechtensteinische OKP abgerechneten Konsultationen dargestellt. Es ist aber amtsbekannt, dass Liechtenstein vor allem mit dem angrenzenden Rheintal eine Versorgungsregion bildet. Je nach Versorgungsgrad im jeweiligen Fachgebiet findet eine mehr oder weniger starke Grenzbewegung der Patienten statt. So ist in Liechtenstein z.B. kein Pneumologe tätig, so dass diese fachärztlichen Leistungen ausschliesslich ausserhalb Liechtensteins in Anspruch genommen werden. Auch im Bereich Gynäkologie und HNO wird ein beträchtlicher Teil der Nachfrage von Ärzten in der Schweiz erbracht (Auslands-OKP-Stellen), gleichzeitig tragen im umgekehrten Fall liechtensteinische Ärzte zur Versorgung schweizerischer Patienten bei, so z.B. im Bereich Pädiatrie und eben auch in der ambulanten Psychiatrie. Der Anteil an schweizerischen Patienten ist pro Arzt unterschiedlich, beträgt aber bei einigen Ärzten bis zu ca. 50%. Diese Konsultationen, die über die schweizerische OKP abgerechnet werden, sind in Abbildung 7 eben nicht abgebildet, was die durchschnittliche Konsultationszahl pro Tag und Psychiater deutlich nach unten drückt. In der Realität ist der errechnete Schnitt von 5.43 Konsultationen pro Tag und Psychiater zu tief und erweckt den Eindruck, dass die Kadenz der Psychiater gering ist, dieser Eindruck wird mit der Errechnung der Arbeitszeit pro Konsultation (1h25) noch verstärkt. Der Ärztekammer ist bewusst, dass es äusserst schwierig wäre, die Konsultationszahlen der schweizerischen Patienten zu erheben, das soll auch nicht angestrebt werden. Dennoch hält die Ärztekammer an dieser Stelle dezidiert fest, dass der errechnete Durchschnittswert von 5.43 Konsultationen deutlich zu tief ausfällt und die Realität nicht abbildet.

5.1.2. Zusatzaufgaben

Im Psy-Konzept wird also festgehalten, dass einer Konsultation durchschnittlich 1h25

Zeitverbrauch zugrunde liegt, was sich aus dem Quotienten von 8.4 Stunden Tagesarbeitszeit (entspricht 42 Wochenstunden) und der durchschnittlichen Konsultationszahl von 5.43 ergibt. Eingangs hält die Ärztekammer fest, dass hier offensichtlich ein Rechenfehler vorliegt: Der Zeitaufwand für 5.43 Konsultationen bei 8.4 Arbeitsstunden (8h24) beträgt knapp 93 Minuten, nicht 85 Minuten. Dass die ärztliche Tätigkeit im Rahmen eines Vollzeitpensums in der Regel deutlich über der Standard-Sollarbeitszeit von 42 Wochenstunden liegt, sei nur am Rande erwähnt.

Selbst unter der Annahme, dass die durchschnittliche Konsultationszahl durch die Einrechnung von schweizerischen Patienten höher liegt als 5.43, erscheint die Konsultationszahl für den Leser insgesamt sehr niedrig. Das Psy-Konzept hält dazu fest, dass in den 85 (bzw. 93) Minuten die Vor- und Nachbereitung sowie allgemeine Tätigkeiten inkludiert sind. Die Regierung stellt somit richtigerweise fest, dass die Arbeitszeit der Psychiater bei weitem nicht nur reiner Konsultationszeit entspricht, sondern auch Vor- und Nachbearbeitung umfasst, die direkt mit der Konsultation zusammenhängen, z.B. Führung der Krankengeschichte, das Verfassen von Berichten, Aktenstudium, Fakturierung, Einholen von Kostengutsprachen, Uploads ins eGD etc. Aufgrund eines vergleichsweise geringen Patientendurchsatzes („Turnover“) beschäftigen Psychiater mehrheitlich keine MPA oder Arztsekretärin, da dies betriebswirtschaftlich nicht verhältnismässig wäre. Somit fallen diese Arbeiten dann beim Arzt selbst an, was wiederum Ressourcen für ärztliche Tätigkeiten blockiert.

Neben der direkt mit der Konsultation verbundenen Vor- und Nachbearbeitung fallen jedoch zahlreiche weitere Tätigkeiten an, die weitaus zeitintensiver sind, als die reine Vor- und Nachbearbeitung und welche massgeblich verantwortlich sind, warum die Konsultationszahl insgesamt eher niedrig erscheint. Hierunter zählen u.a. amtsärztliche, gutachterliche und supervisorische Aufgaben. Ins Gewicht bzgl. zeitlicher, nicht im Datenpool abgebildeter Aufwände fallen jedoch insbesondere Kriseninterventionen, welche pro Einsatz teils mehrere Stunden in Anspruch nehmen können. Diese werden im Datenpool nicht abgebildet, da sie bei Klinikeintritt gleichentags nicht über Tarmed abgerechnet werden dürfen. Somit ist der grösste Teil der erfolgreichen (da nicht im Suizid endenden) Krisenintervention nicht im Datenpool abgebildet.

Diese Einsätze werden auch nur teilweise über die Gesamtsumme der „FU“ erfasst, nämlich dann, wenn innerhalb des Krisenmanagements letztlich tatsächlich eine FU ausgesprochen werden musste, um eine Zuweisung zu erwirken. In der Realität kommt es jedoch häufig vor, dass ein Aufgebot von Rettung, Ärzten und Polizei unter Inaussichtstellung einer drohenden FU den Patienten zu einem „freiwilligen“ Eintritt bewegt.

Durch die fehlende Erfassung der genannten Notfalleinsätze, Dringlichkeitsbehandlungen und Kriseninterventionen entsteht ein deutlich verzerrtes Bild der Realität.

Massgebliche Ressourcen werden im Alltag zudem vor allem durch Tätigkeiten absorbiert, welche eigentlich von einem Case Management zu erledigen wären: So ist die Suche nach

einem Betreuungsplatz (intermediär, stationär) aufgrund des überregional verknüpften Angebots eine zeitliche und logistische Herausforderung, was sich bei dringlichen Fällen (Suizidalität, Selbst- und Fremdgefährdung im Allgemeinen, Fürsorgerische Unterbringung etc.) verstärkt akzentuiert.

Auch Hausärzte verlieren regelmässig viel Zeit durch die Triage und frustrane Suche nach stationären und ambulanten Behandlern. Hinzu kommt, dass der Psychiater notgedrungen die Drehscheibenfunktion für den Patienten übernehmen muss, da sich sonst keine Stelle dafür verantwortlich fühlt. Gerade bei komplexen Fallkonstellationen, so z.B. bei sozialpsychiatrischen Fällen, sind sehr viele Fachpersonen und Institutionen involviert (ASD, VBW, IV, Hausarzt, Kliniken, HPZ, Spitex, Suchtberatung, teilweise mitbetreuende Angehörige etc. etc.), deren Zusammenwirken eine zentrale Koordination erfordert. Diese äusserst zeitaufwendige Aufgabe bleibt in aller Regel beim niedergelassenen Psychiater hängen, kann aber aufgrund der Tarmed-Limitationen nur zu einem geringen Teil überhaupt abgerechnet werden (im Schnitt maximal 15 Minuten pro Woche für sämtliche Leistungen in Abwesenheit wie Telefonate mit Patienten oder Betreuern usw.) und erscheint daher in der Statistik auch nicht als „Konsultationszeit“.

So ist es, trotz der Tatsache, dass die durchschnittliche Konsultationszahl von 5.43 Konsultationen pro Tag mit grosser Vorsicht zu geniessen ist, für die niedergelassenen Psychiater durchaus kohärent mit der täglichen Erfahrung, dass die reine Konsultationszeit weit unter der effektiven Arbeitszeit zurückbleibt. Die aufwendigen Zusatzaufgaben haben somit erheblichen Einfluss auf die effektiven Therapieeinheiten pro Tag, verhindern die Betreuung eines quantitativ umfangreicheren Klientels und verhindern auch, dass der Psychiater/Psychotherapeut sich auf jene Tätigkeit konzentrieren kann, für die er ausgebildet und die vom Patienten nachgefragt wird: nämlich psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung. Einige der genannten Tätigkeiten ausserhalb der Therapieeinheiten sind selbstredend Teil des ärztlichen Berufs und allen Fachbereichen gemein, jedoch ist der Aufwand für Dokumentation und Berichtswesen im Fachgebiet Psychiatrie deutlich höher als in anderen Fachgebieten. Die aufwendigsten Zusatzaufgaben könnten jedoch durch ein griffiges Case Management abgefangen werden, was nicht nur freie Valenzen für zusätzliche Therapieeinheiten schaffen, sondern auch die Fallführungsqualität deutlich erhöhen würde. Case Management ist eine äusserst komplexe Aufgabe, die von professionellen Case Managern sicherlich noch effizienter und zielgenauer erledigt werden könnte, als von Psychiatern, die diese Aufgaben nebenher bewältigen müssen und in der Praxis nur begrenzt eine umfassende und kaum vergütete Betreuung mit Überblick über sämtliche sozialpsychiatrischen Angebote, Reintegrationsmassnahmen, staatlichen Angebote, gemeinnützigen Stiftungen und Selbsthilfegruppen usw. bieten können.

Die Schliessung von Systemlücken, vor allem im Bereich des Case Managements, wäre daher eine deutlich wirksamere Massnahme, um zusätzliche Therapieeinheiten zu generieren als z.B.

die Schaffung neuer OKP-Verträge für bereits ansässige Psychiater, was jedoch nicht bedeutet, dass im Sinne der Patienten diese Massnahme nicht ebenfalls umgesetzt werden sollte. Damit würde die Ungleichbehandlung der Patienten aufgrund der finanziellen Potenz beseitigt, da nicht alle Patienten 40 Franken Zusatzkosten pro Monat leisten können, um sich freien Zugang zu einer etwas zeitnäheren Therapie erkaufen zu können.

b) Anmerkungen der Psychotherapeuten

5.1.3. Fehlerhafte Zahlen

In Abschnitt III Ziff. 1.3 des Psy-Konzeptes wird von 24 nicht-ärztlichen Psychotherapeuten gesprochen. Dem BPL ist jedoch unklar, wie diese Zahl zustande kommt, da seines Wissens aktuell nur 22 psychologische Psychotherapeuten in Liechtenstein tätig sind, von denen 18 im Rahmen einer OKP-Zulassung arbeiten.

5.1.4. Unstimmigkeiten bei den geleisteten Stunden

Im Psy-Konzept wird angegeben, dass Psychotherapeuten mit OKP-Vertrag zwischen 2018 und 2021 durchschnittlich 12'791 Stunden pro Jahr zulasten der OKP erbracht hätten. Der BPL kann die Richtigkeit dieser Angaben jedoch nicht bestätigen, da sie von den internen Stundenstatistiken der psychologischen Psychotherapeuten abweichen. Die Diskrepanz zwischen den Zahlen im Psy-Konzept und den internen Statistiken deutet darauf hin, dass unterschiedliche Berechnungs- und Erfassungsmethoden angewendet wurden. Welche konkreten Abweichungen vorliegen und welche Methodik der Berechnung des Jahresdurchschnitts zugrunde lag, versucht der BPL derzeit zu klären. Eine Untersuchung dieser Differenzen ist von Bedeutung, um zuverlässige und konsistente Daten über die tatsächlich geleisteten Stunden zu erhalten. Diese Daten sind nicht nur notwendig, um eine realistische Einschätzung der Arbeitsbelastung der Psychotherapeuten vorzunehmen, sondern auch für die strategische Planung der aktuell und künftig benötigten Ressourcen im Gesundheitssystem.

5.1.5. Differenz zwischen realen Klientenstunden und theoretischen Abrechnungsstunden

Im Psy-Konzept wird zutreffend erwähnt, dass es für psychologische Psychotherapeuten mit OKP-Vertrag eine Bedarfsplanung gibt, die im Tarifvertrag festgelegt ist. Diese Planung sieht insgesamt zwölf Vollzeitstellen vor, davon acht für den Erwachsenenbereich und vier für den Kinder- und Jugendbereich. Die Bedarfsplanung unterscheidet zwischen Vollzeitstellen (mit einem Pensum von 20 bis maximal 40 Stunden pro Woche) und Teilzeitstellen (mit einem Pensum von maximal 20 Stunden pro Woche). Richtig ist auch, dass eine Vollzeitstelle maximal 1'760 Jahresstunden und eine Teilzeitstelle maximal 880 Jahresstunden umfasst – somit stünden *theoretisch* 21'120 Arbeitsstunden zur Verfügung.

Berücksichtigt man jedoch die tatsächlichen Gegebenheiten, anstatt sich nur auf theoretische Berechnungen mit Maximalzahlen zu stützen, wird deutlich, dass die maximal mögliche Wochenarbeitszeit in der Praxis aus verschiedenen Gründen nicht erreicht werden kann. Ein Beispiel hierfür sind abgesagte Termine, die nicht in Rechnung gestellt werden können, sowie

saisonale Schwankungen, etwa während der Schulferien, die sich im psychotherapeutischen Setting nur schwer ausgleichen lassen. Zudem ist es so, dass einige Psychotherapeuten gewollt weniger als die maximale Wochenarbeitszeit arbeiten, etwa aufgrund familiärer oder anderer Verpflichtungen. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, dass sowohl Voll- als auch Teilzeitstellen, insbesondere im Kinder- und Jugendbereich, oft nicht vollständig ausgelastet sind, weil äussere Faktoren, wie Schul- oder Arbeitszeiten der Klienten, die Anzahl der möglichen Therapieeinheiten pro Woche einschränken. Darüber hinaus erbringen psychologische Psychotherapeuten auch nicht verrechenbare Leistungen, die weder in den tatsächlich geleisteten noch in den theoretisch maximal möglichen Arbeitsstunden abgebildet werden. Und selbst wenn 40 Arbeitsstunden pro Woche realisiert werden könnten, handelt es sich hierbei nicht ausschliesslich um Behandlungsstunden mit Klienten, sondern auch um andere abrechenbare Tätigkeiten. Demnach handelt es sich, entgegen der Darstellung im Psy-Konzept, nicht um 21'120 maximal mögliche *Behandlungsstunden*, sondern um *Abrechnungsstunden* bzw. die maximal mögliche Gesamtarbeitszeit.

Aus diesen und weiteren Gründen ist die im Psy-Konzept aufgeführte Zahl von 21'120 Behandlungsstunden irreführend. Sie kann den Eindruck vermitteln, dass im ambulanten Bereich umfangreiche Kapazitäten zur Verfügung stünden. In Wirklichkeit ist diese theoretische Maximalauslastung, wie bereits erläutert, in der Praxis kaum realisierbar.

5.1.6. Irreführende Berechnungen des Auslastungsgrades

Die im Psy-Konzept angestellte Berechnung eines Auslastungsgrades von 66% (Verhältnis der tatsächlich geleisteten Stunden zur theoretischen Maximalauslastung gemäss Tarifvertrag) ist ebenfalls aus verschiedenen Gründen irreführend.

Erstens ist, wie oben bereits erwähnt, dem BPL nicht bekannt, wie die Zahl von durchschnittlich 12'791 geleisteten Stunden pro Jahr erhoben wurde. Darüber hinaus ist die tariflich festgelegte Maximalauslastung, wie zuvor detailliert erläutert, in der Praxis aus verschiedenen Gründen nicht realisierbar. Daher spiegelt der berechnete Auslastungsgrad nicht die tatsächliche Arbeitsbelastung der psychologischen Psychotherapeuten wider. Vielmehr vermittelt er den falschen Eindruck, dass die in Liechtenstein tätigen psychologischen Psychotherapeuten unterbeschäftigt seien und problemlos jederzeit neue Klienten aufnehmen könnten. In Wirklichkeit führen jedoch viele psychologische Psychotherapeuten Wartelisten. Vor diesem Hintergrund ist der berechnete Auslastungsgrad von 66 % nicht nur irreführend, sondern stellt auch eine unangemessene Darstellung der tatsächlichen Arbeitsrealität der psychologischen Psychotherapeuten dar.

5.1.7. Unrealistische theoretische Kapazitätserhöhung

Das Psy-Konzept stellt die Behauptung auf, dass eine theoretische Verdopplung des Behandlungsangebots möglich wäre, wenn alle Psychotherapeuten, die derzeit in Teilzeit arbeiten oder ausserhalb der Bedarfsplanung tätig sind, vollständig für die OKP arbeiten würden. Der

BPL betrachtet diese Annahme als unrealistisch und weit entfernt von der Lebensrealität.

Erstens haben sich viele Psychotherapeuten bewusst für eine Teilzeitstelle in der OKP entschieden, etwa aufgrund familiärer oder anderer Verpflichtungen. Diese Therapeuten können daher bei steigendem Bedarf nicht spontan zusätzliche Kapazitäten bereitstellen. Ähnlich kann ein Privatunternehmen nicht einfach von seinen Teilzeitmitarbeitern verlangen, ihr Pensum entgegen ihrer persönlichen Gegebenheiten zu erhöhen, nur weil die Aufträge langfristig zunehmen. Eine Ausweitung des Behandlungsangebotes ist daher vorwiegend nur durch die Einstellung zusätzlicher Fachkräfte möglich, die zunächst gefunden und rekrutiert werden müssen. Je nach Arbeitsmarktlage kann die Suche nach qualifizierten Therapeuten, die über alle für die OKP-Zulassung nötigen Qualifikationen erfüllen, erschwert sein.

Zweitens basiert der Vorschlag des Psy-Konzepts auch auf der Annahme, dass Psychotherapeuten ohne OKP-Vertrag ihre Kapazitäten ungenutzt lassen und diese durch die Aufnahme in die OKP plötzlich verfügbar würden. Diese Vorstellung impliziert, dass diese Therapeuten derzeit untätig sind und lediglich darauf warten, in die OKP einbezogen zu werden, um dann ihre vollen Ressourcen anzubieten. In Wirklichkeit ist dies jedoch nicht der Fall. Viele Psychotherapeutinnen ohne OKP-Vertrag sind stark ausgelastet, betreuen eine Vielzahl von Klienten und führen ebenfalls Wartelisten. Die Aufnahme in die OKP würde daher keine Erhöhung der Behandlungsstunden ermöglichen, sondern allenfalls eine Verschiebung bereits bestehender Arbeitskapazitäten.

Letztlich verkennt das Psy-Konzept die Lebens- und Arbeitsrealität vieler Psychotherapeuten. Die Annahme, dass eine einfache Veränderung der Vertragsstruktur oder des Pensums zu einer signifikanten Erhöhung des Therapieangebots führen könnte, ignoriert die komplexen Rahmenbedingungen, unter denen Psychotherapeuten tätig sind. Faktoren wie persönliche Präferenzen, externe Einflüsse und die bereits bestehende hohe Nachfrage müssen berücksichtigt werden, scheinen im Psy-Konzept aber unberücksichtigt geblieben zu sein.

Anhang 2

Letter of intent zu psychiatrisch-psychotherapeutischer Tagesklinik im Fürstentum Liechtenstein

Der Liechtensteinische Krankenkassenverband, LKV und die Liechtensteinische Ärztekammer stellen fest, dass Spezialisierung im Fachgebiet der Psychiatrie dringend notwendig ist. Aus historischen Gründen konnte sich eine Spezialisierung nicht ausreichend gut etablieren, wie dies in der Körpermedizin bereits passiert ist.

Es bedarf sowohl der Stärkung kinder- und jugendpsychiatrischer als auch erwachsenpsychiatrischer Kompetenzen, darüber hinaus ist auch das Gebiet der Alterspsychiatrie qualitativ und auch quantitativ zu stärken. Dabei ist v.a. grösster Wert auf Diagnostik, Behandlung, Therapieplanung und fachliche Kompetenz sowie auf die therapeutische Umsetzung zu legen. Nur so kann eine langfristig ressourcenschonende und bezahlbare psychiatrische Versorgung gewährleistet werden.

Wie bereits im Bereich der Körpermedizin erkennbar, ist auch in der Psychiatrie und der psychosomatischen Medizin ein deutlicher Trend in Richtung ambulante Behandlungsmaßnahmen zu erkennen. Dieser Trend wird von den Krankenkassen, der Ärzteschaft und der Politik unterstützt und im Sinne des Patienten für eine wohnortnahe und kosteneffiziente Behandlung gefördert. Es gilt jedoch zu berücksichtigen, dass sich auch im Bereich der teilstationären und stationären Spezialversorgung im psychiatrischen Kontext Veränderungen abzeichnen, um schwer erkrankten Patientinnen und Patienten auf dem Weg zur Gesundung ein nahtloses, aber vor allem qualitativ hochstehendes Angebot mit Fokus auf eine nachhaltige Gesundung zu ermöglichen.

Vor diesem Hintergrund ist sowohl für den LKV als auch für die Ärztekammer mit Beschau auf die bereits existenten und unmittelbar bevorstehenden Problemstellungen in der psychiatrischen Grundversorgung unabdingbar, in Abstimmung mit den bereits bestehenden Angeboten zeitgerecht die Schaffung dringend notwendiger Behandlungsstrukturen zu lancieren, um die augenscheinlich bestehenden Kapazitätsengpässe zu schliessen, Prozesse zu verbessern und die therapeutisch suboptimale, behelfsmässige Umlenkung der Patienten in die Peripherie oder in stationäre Einrichtungen schnellstmöglich zu beenden.

Als absolut prioritäre Massnahme ist die Etablierung einer psychiatrisch-psychotherapeutischen ausgerichteten, tragfähigen akutpsychiatrischen Tagesklinik unter ärztlicher Leitung, ergänzt durch Fachpsychologen und Fachtherapeuten mit psychiatrischer Expertise und Pflegefachpersonal auf liechtensteinischem Staatsgebiet essentiell. Die ausländischen Strukturen vermögen die Nachfrage nicht mehr bzw. nicht mehr zeitgerecht zu bedienen, was sich in einer ca. 8-wöchigen Wartezeit in der Tagesklinik Trübbach zeigt. Die nicht zeitgerechte Bereitstellung von Kapazitäten führt entweder zu verzögerten Behandlungen, welche der Genesung des Patienten stark nachteilig sind, oder zu Verlagerungen in die Peripherie, welche tagesklinische Behandlungsstrukturen nicht ersetzen kann. Da aktuell keine Bestrebungen zur Kapazitätserweiterung bei den Vertragspartnern ersichtlich sind, ist der Aufbau inländischer Kapazitäten unumgänglich, um eine bedarfsgerechte und patientenorientierte

Behandlung auch zukünftig sicherstellen zu können. Wir bitten die Entscheidungsträger, umgehend konkrete Umsetzungsschritte in diese Richtung zu setzen. Beide Partner, sowohl LKV und Ärztekammer, werden bei Bedarf gerne aktiv ihre Ressourcen und Erfahrungswerte in diesen Prozess einbringen und damit eine zeitnahe, lösungsorientierte und bedarfsge- rechte Umsetzung fördern.

Liechtensteinischer Krankenkassenverband



Dr. Donat P. Marxer
Präsident

Liechtensteinische Ärztekammer



Dr. Ruth Kranz
Präsidentin