

Planungsbericht des Regierungsrates an den Kantonsrat
19. August 2024

B 36



Planungsbericht über die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern 2024

Entwurf Kantonsratsbeschluss über die Kenntnisnahme

Zusammenfassung

Mit dem Planungsbericht über die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern definiert der Regierungsrat die strategischen Ziele und Grundsätze im kantonalen Gesundheitswesen. Der Bericht zeigt den Bedarf für die ambulante und die stationäre Gesundheitsversorgung der Bevölkerung auf und definiert die benötigten Mittel, damit die Gesundheitsversorgung sichergestellt werden kann. Das übergeordnete Ziel ist es, im Kanton Luzern auch weiterhin eine patientenorientierte, bedarfsgerechte, sichere und qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung zu tragbaren Kosten zu gewährleisten.

Die Gesundheitsversorgung ist aufgrund von verschiedenen Entwicklungen mit zahlreichen Herausforderungen konfrontiert: Die Gesellschaft altert, gleichzeitig akzentuiert sich der Fachkräftemangel. Die Erwartungen von Individuum und Gesellschaft an die Gesundheitsversorgung steigen, zugleich belasten die stark wachsenden Gesundheitskosten die Budgets von privaten wie öffentlichen Haushalten und der Kostendruck auf die Leistungserbringenden nimmt zu. Der Ruf nach einer integrierten Versorgung und einer schnelleren Digitalisierung wird lauter, die Umsetzung innovativer Lösungen hinkt jedoch hinterher. Angesichts dieser Entwicklungen wird es zunehmend herausfordernd, die gewohnte Grundversorgung für die ganze Bevölkerung im Kanton Luzern aufrechtzuerhalten. Ein Wandel muss angestossen werden, um auch in Zukunft eine qualitativ hochstehende und finanzierbare Versorgung für die gesamte Bevölkerung zu ermöglichen.

Der Regierungsrat reagiert auf diese Entwicklungen und Herausforderungen mit der Vision «Gesundheitsversorgung 2035 ff.». Die Vision zeigt auf, in welche Richtung sich die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern entwickeln soll, um mit den bestehenden Ressourcen weiterhin eine bedarfsgerechte und patientenzentrierte Gesundheitsversorgung sicherstellen zu können. Die Vision beinhaltet folgende zentrale Elemente:

- Die Versorgungsleistungen sind konsequent auf den Patientennutzen entlang des gesamten Behandlungspfades hin ausgerichtet (integrierte Gesundheitsversorgung) und Patientinnen und Patienten sind als Partnerinnen und Partner konsequent in die Prozesse integriert.
- Basis des integrierten Versorgungssystems bilden regionale Gesundheitsnetzwerke/-zentren.
- Die Spitäler agieren im inner- und interkantonalen Verbund. Spitäler und regionale Gesundheitsnetzwerke/-zentren arbeiten intensiv zusammen und bilden gegenüber den Patientinnen und Patienten eine gut koordinierte Einheit.
- Die Versorgungsprozesse werden digital unterstützt. Der elektronische Datenaustausch zwischen den Akteurinnen und Akteuren im Versorgungsprozess ist standardisiert, sicher und benutzerfreundlich.
- Qualitätsfördernde Vergütungsmechanismen über den gesamten Behandlungspfad sind eingeführt.

In den kommenden Jahren sollen die drei strategischen Stossrichtungen «Integrierte Gesundheitsversorgung», «Sicherung Grundversorgung» und «Inanspruchnahme/Eigenverantwortung» prioritär verfolgt werden. Den drei Stossrichtungen lassen sich acht Massnahmen in folgenden Themenbereichen zuordnen: Forum Integrierte Gesundheitsversorgung, regionale Gesundheitsnetzwerke/-zentren, Digitalisierung,

Fachkräftemangel, Mangellage, Notfallversorgung, Gesundheitskompetenz und Prävention. Mit der Umsetzung dieser Massnahmen zwischen 2025–2030 soll die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern der Vision einen ersten Schritt näherkommen.

Die im Planungsbericht vorgesehenen Massnahmen dienen den Zielen und Inhalten folgender übergeordneter politischer Planungsinstrumente respektive lehnen sich an diese an:

[Kantonsstrategie ab 2023](#)

- Globalisierung: Luzern steht für Offenheit [Megatrend 1.1]
- Digitaler Wandel: Luzern steht für Innovation [Megatrend 1.3]
- Gesellschaftlicher Wandel: Luzern steht für Zusammenhalt [Megatrend 1.4]

[Legislaturprogramm 2023–2027 \[H4 Gesundheit\]](#)

- Wir entwickeln die Gesundheitsversorgung auf der Grundlage des Planungsberichtes über die Gesundheitsversorgung im ganzen Kanton weiter.
- Wir entwickeln die Spitalregion Zentralschweiz weiter.
- Wir stärken die Gesundheitsförderung und den «One Health»-Ansatz.
- Wir erhöhen die Verfügbarkeit der psychiatrischen Angebote.

[Agenda 2030 der UN \[17 Ziele für eine nachhaltige Entwicklung\]](#):



Inhalt	
1 Einleitung	6
1.1 Auftrag und Ziel	6
1.2 Grundsätze der Luzerner Versorgungsplanung	7
1.3 Projekt: Organisation, Methodik und Datenquellen	8
1.4 Inhalt und Grenzen des Berichtes	9
1.5 Berichtstruktur	10
2 Ausgangslage	11
2.1 Rückblick auf die Versorgungsplanung 2015	11
2.2 Vorstösse Kantonsrat	14
2.3 Porträt des Kantons Luzern	14
2.4 Umfeld und Rahmenbedingungen	16
2.5 Finanzielle Beiträge des Kantons an die Gesundheitsversorgung	27
3 Übergeordnete Themen	30
3.1 Fachkräftemangel	30
3.2 Digitalisierung und digitale Transformation	40
3.3 Integrierte Gesundheitsversorgung	44
3.4 Gesundheitsförderung und Prävention	47
3.5 Palliativversorgung	60
3.6 Weitere Elemente der Gesundheitsversorgung	62
3.7 Schlussfolgerungen	64
4 Ambulante Versorgung	65
4.1 Grundlagen der ambulanten Versorgungsplanung	66
4.2 Rückblick	69
4.3 Angebot und Nachfrage aktuell	70
4.4 Angebot und Nachfrage in Zukunft	88
4.5 Schlussfolgerungen	90
5 Stationäre Versorgung	92
5.1 Grundlagen der Spitalplanung	92
5.2 Stationäre Akutsomatik	96
5.3 Stationäre Rehabilitation	119
6 Exkurs: Leistungsangebot LUKS Standort Wolhusen	140
6.1 Ausgangslage	140
6.2 Vorgehen	142
6.3 Ergebnis	143
7 Vision und strategische Stossrichtungen	145
7.1 Einleitung	145
7.2 Vision Gesundheitsversorgung 2035 ff.	146
7.3 Strategische Stossrichtungen 2025–2030	148
7.4 Rollen und Aufgaben	150
8 Massnahmen, Finanzierung und Ausblick	153
8.1 Massnahmen	153
8.2 Kosten und Finanzierung	162

8.3 Ausblick	163
9 Ergebnis der Vernehmlassung	164
9.1 Vernehmlassungsverfahren	164
9.2 Stellungnahmen und deren Würdigung	164
9.3 Wichtige Unterschiede Vernehmlassungsbotschaft - definitive Botschaft	178
10 Antrag	179
Entwurf	180
Beilagen	181

Der Regierungsrat des Kantons Luzern an den Kantonsrat

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir unterbreiten Ihnen einen Planungsbericht über die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern.

1 Einleitung

In diesem Kapitel werden Auftrag und Ziel (Kap. [1.1](#)), die Grundsätze der Luzerner Versorgungsplanung (Kap. [1.2](#)), die Organisation und die Methodik des Projekts (Kap. [1.3](#)) sowie der Inhalt und die Grenzen des kantonalen Planungsberichtes Gesundheitsversorgung (Kap. [1.4](#)) dargelegt. Abschliessend wird die Berichtsstruktur (Kap. [1.5](#)) aufgezeigt.

1.1 Auftrag und Ziel

Gemäss § 3 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Luzern (GesG) vom 13. September 2005 (SRL Nr. [800](#)) legt der Regierungsrat dem Kantonsrat mindestens alle sechs Jahre einen Planungsbericht zur Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern zur Stellungnahme vor (bis im Mai 2020 galt ein Rhythmus von acht Jahren). Der letzte Planungsbericht datiert von 2015 ([Planungsbericht B 21](#) über die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern vom 20. Oktober 2015; nachfolgend: Planungsbericht 2015). Aufgrund der erst per 1. Juni 2020 erfolgten Anpassung der Planungsperiodizität von acht auf neu sechs Jahre sowie der Covid-19-Pandemie, die das Gesundheits- und Sozialdepartement (GSD) während zweier Jahre stark in Anspruch genommen hat, wird der Planungsbericht mit entsprechender Verzögerung vorgelegt.

Ziel des Planungsberichtes Gesundheitsversorgung ist es, die strategischen Ziele und Grundsätze des Kantons im Gesundheitswesen zu definieren sowie den Bedarf für die ambulante und die stationäre Gesundheitsversorgung der Bevölkerung aufzuzeigen und die Mittel für deren Sicherstellung zu benennen. Das übergeordnete Ziel ist es, weiterhin eine patientenorientierte, bedarfsgerechte, sichere und qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung zu tragbaren Kosten für die Luzerner Bevölkerung zu gewährleisten.

Der Planungsbericht beinhaltet insbesondere auch die Spitalplanung nach Artikel 39 Absatz 1d des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR [832.10](#)) sowie § 4 Absatz 1 des kantonalen Spitalgesetzes vom 11. September 2006 (SRL Nr. [800a](#)). Die Spitalplanung im Rahmen des Planungsberichtes Gesundheitsversorgung bildet die Grundlage für die anschliessende Ausarbeitung der Spitalliste, die von unserem Rat verabschiedet wird.

1.2 Grundsätze der Luzerner Versorgungsplanung

Basis für die Versorgungsplanung bildet der verfassungsmässige und gesetzliche Auftrag der Kantone, eine «ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung zu gewährleisten» (Art. 117a der Bundesverfassung [BV]; SR [101](#)).

Diverse Instrumente der politischen Planung (Kantonsstrategie und Legislaturprogramm, UN-Ziele für eine nachhaltige Entwicklung) sind wichtige handlungsleitende Grundlagen für die Erarbeitung des Planungsberichtes.

Und schliesslich orientiert sich unser Rat bei der Planung an folgenden Grundsätzen:

- Im Mittelpunkt steht die Gesundheit der Luzerner Bevölkerung, wobei sich der Kanton Luzern am ganzheitlichen Gesundheitsbegriff nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation¹ orientiert (§ 1 Abs. 2 [GesG](#)): «Es [das Gesundheitsgesetz] bezweckt unter Berücksichtigung der Eigenverantwortung und der Wirtschaftlichkeit die Förderung, den Schutz, die Erhaltung und die Wiederherstellung der Gesundheit. Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen.»
- Die Gesundheit zu fördern, zu erhalten oder wiederherzustellen ist eine Aufgabe, die auf dem Engagement vieler Akteurinnen und Akteure basiert: Von der individuellen Eigenverantwortung, über die Fürsorgepflicht der Arbeitgebenden, der Verantwortung der ambulanten und stationären Leistungserbringenden bis zur Verbundaufgabe von Bund und Kantonen zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung.
- Kanton, Gemeinden und Leistungserbringende der Gesundheitsversorgung orientieren sich in ihrem Handeln am gesamten Versorgungsweg der Patientinnen und Patienten (Patientenpfad). Der Kanton Luzern geht von einem umfassenden Verständnis der Gesundheitsversorgung aus, welches Angebote der Gesundheitsförderung, der Prävention, der ambulanten und stationären Grund- und Spezialversorgung sowie der Rehabilitation beinhaltet.
- Das Leistungsangebot orientiert sich am Bedarf der Bevölkerung, an den WZW-Kriterien (wirksam, zweckmässig, wirtschaftlich) sowie an den etablierten Qualitätsstandards. Der Kanton Luzern orientiert sich bei der Spitalplanung an den [Empfehlungen](#) der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK).
- Eine qualitativ hochstehende medizinische Grundversorgung durch Spitäler ist für alle Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons sichergestellt. Komplex-spezialisierte Behandlungen ergänzen diese Grund- und Notfallversorgung und werden konzentriert in einem Zentrumsspital erbracht.
- Der medizinisch-technische und wissenschaftliche Fortschritt fliesst unter Berücksichtigung von ethischen und wirtschaftlichen Aspekten in die Versorgungsleistungen und die Versorgungsstruktur (integrierte Gesundheitsversorgung) ein.

¹ Gesundheit ist gemäss der [WHO](#) der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens. Der Aspekt der geistigen Gesundheit ist Gegenstand des [Planungsberichtes B 83](#) über die psychiatrische Versorgung im Kanton Luzern vom 7. September 2021.

- Die Leistungserbringenden sollen im Wettbewerb möglichst «gleich lange Spiesse» haben. Die Patientinnen und Patienten verfügen über eine echte Spitalwahlfreiheit.
- Ein funktionierendes Gesundheitswesen baut auf genügend und gut qualifizierten Fachpersonen auf. Der Kanton schafft die Rahmenbedingungen zur Aus- und Weiterbildung der Fachpersonen. Alle Einrichtungen stehen in der Pflicht, bedarfsgerecht Gesundheitspersonal aus- und weiterzubilden.
- Die Planung und Steuerung der Gesundheitsversorgung wird mit Blick auf die Entwicklung des Bedarfs der Bevölkerung sowie hinsichtlich der relevanten gesellschaftlichen, fachlichen und politischen Entwicklungen laufend überprüft und angepasst.

1.3 Projekt: Organisation, Methodik und Datenquellen

Der vorliegende Planungsbericht wurde durch das GSD erarbeitet. Detaillierte Informationen zur Projektorganisation sind im Anhang [1](#) zu finden.

Das Gesetz gibt vor, dass bei der Erarbeitung die Leistungserbringenden in angemessener Weise miteinzubeziehen sind (§ 3 Abs. 3 [GesG](#)). Im Rahmen der Arbeiten wurde grosser Wert auf einen umfassenden Einbezug der Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern gelegt. Einerseits fanden drei grosse Veranstaltungen statt, andererseits wurden diverse Arbeitsgruppen, bilaterale Gespräche sowie Befragungen von Leistungserbringenden und Berufsverbänden durchgeführt. Detaillierte Angaben zu den involvierten Personen sind in den Anhängen [2](#) und [3](#) zu finden.

Der Planungsbericht wurde auf Basis folgender rechtlicher Grundlagen, politischer Planungsinstrumente, quantitativer Daten, qualitativer Einschätzungen sowie Fachliteratur erarbeitet:

- *rechtliche Grundlagen*: Gesetzliche Vorgaben ([BV](#), [KVG](#), [KVV](#), [GesG](#), [Spitalgesetz](#), [UNO-Behindertenrechtskonvention](#), [Behindertengleichstellungsverordnung](#), [Behindertengleichstellungsgesetz](#)) und fachliche Empfehlungen (u. a. die Empfehlungen der GDK zur [Spitalplanung](#) und zur [integrierten Versorgung](#)),
- *politische Planungsinstrumente*: u. a. [Uno-Agenda 2030](#), nationale Gesundheitsstrategie [Gesundheit2030](#), [Kantonsstrategie und Legislaturprogramm 2023–2027](#), [Altersleitbild](#), [Demenzstrategie](#), [Leitbild «Leben mit Behinderungen»](#), [Planungsbericht B 83](#) über die psychiatrische Versorgung im Kanton Luzern 2021, [Bericht zur Versorgungsplanung Langzeitpflege Kanton Luzern 2018–2025](#) vom 4. Oktober 2017, Planungen der Gesundheitsversorgung der umliegenden Kantone (interkantonale Sicht),
- *quantitative Daten*: u. a. statistische Daten der Dienststelle Gesundheit und Sport (DIGE), Daten der Lustat Statistik Luzern, Analysen und Prognosen des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan)², Kostenschätzungen PwC,
- *qualitative Einschätzungen*: Einschätzungen von Akteurinnen und Akteuren der Luzerner Gesundheitsversorgung (Leistungserbringende, Berufsverbände, Partnerorganisationen und Politik) im Rahmen von Echo-Veranstaltungen, Befragungen,

² Der [Obsan-Versorgungsbericht 2024 Kanton Luzern](#) wurde Anfang März 2024 vom Obsan publiziert.

Arbeitsgruppen und bilateralen Gesprächen; Einschätzungen eines Experten für Spitalplanung,

- *Fachliteratur*: zu gesellschaftlichen, fachlichen und politischen Entwicklungen auf internationaler, nationaler und kantonaler Ebene (u. a. Mega-Trends).

1.4 Inhalt und Grenzen des Berichtes

Der Planungsbericht Gesundheitsversorgung setzt sich inhaltlich aus den folgenden Teilen zusammen:

- übergeordnete Themen der Gesundheitsversorgung,
- ambulante (ärztliche und nichtärztliche) Versorgung,
- stationäre Spitalversorgung³ (Akutsomatik und Rehabilitation) als Basis zur Erstellung der kantonalen Spitalliste,
- Vision zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern mit Massnahmen entlang der strategischen Stossrichtungen.

Mit Blick auf den gesamten Patientenpfad (integrierte Gesundheitsversorgung) gehören weitere Bereiche zur Gesundheitsversorgung, die als Querschnittsthemen behandelt werden. Zu verweisen ist an dieser Stelle insbesondere auf folgende Versorgungsbereiche, die aktuell in separaten Planungsberichten behandelt werden:

- *Psychiatrie*: 2005 und 2015 war die Psychiatrie Teil des Planungsberichtes Gesundheitsversorgung. Nach 20 Jahren wurde die psychiatrische Versorgung im Kanton Luzern 2021 in einem eigenen [Planungsbericht B 83](#) über die psychiatrische Versorgung im Kanton Luzern vom 7. September 2021 behandelt – dies in Erfüllung des [Postulats P 458](#) von Yvonne Zemp Baumgartner über bedarfsgerechte Angebote in der Luzerner Psychiatrie. In der nächsten Planungsphase wird die psychiatrische Versorgung voraussichtlich wieder Teil der Gesamtplanung Gesundheitsversorgung sein. Eine Zusammenfassung des aktuellen Stands der Umsetzung der Massnahmen aus dem Planungsbericht B 83 über die psychiatrische Versorgung im Kanton Luzern vom 7. September 2021 findet sich in Anhang [4](#).
- *Langzeitpflege*: Die Versorgung in der stationären und ambulanten Langzeitpflege wird bisher in einem separaten Bericht behandelt (nachfolgend Planungsbericht Langzeitpflege; aktuell [Bericht zur Versorgungsplanung Langzeitpflege Kanton Luzern 2018–2025](#) vom 4. Oktober 2017). Grund dafür ist zum einen die unterschiedliche Rechtsgrundlage: Die Spitalplanung erstellt der Kanton gemäss § 4 des [Spitalgesetzes](#); die Pflegeheimplanung gemäss § 2b des Betreuungs- und Pflegegesetzes (BPG; SRL Nr. [867](#)). Zum andern bezieht sich der Planungsbericht Langzeitpflege auf eine Aufgabe im Aufgabenbereich der Gemeinden, weshalb er unter enger Mitwirkung der Gemeinden erstellt wird. Mit Blick auf die Bedeutung der Langzeitpflege für das Funktionieren der gesamten Gesundheitsversorgung, die infolge der demografischen Entwicklung zukünftig noch grösser werden dürfte, das Bedürfnis einer stärkeren Integration der Versorgungsbereiche sowie auf die vorgesehene Einführung der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS, mehr Informationen dazu im Kap. [2.4.3](#)) wird zu prüfen sein, wie die Planungen der Langzeitpflege und der Gesundheitsversorgung künftig stärker ineinanderfliessen können.

³ Dieser Berichtsteil umfasst die Spitalplanung nach [KVG](#) (§ 4 Abs. 1 [Spitalgesetz](#)). Die Spitalplanung bildet die Basis zur Erstellung der Spitalliste.

Ein weiteres Thema, auf das in diesem Bericht nicht näher eingegangen wird, ist der interdisziplinäre und multisektorale Ansatz «[One Health](#)». Die Gesundheit und das Wohlergehen von Mensch, Tier und Umwelt sind eng miteinander verknüpft. Der «One Health»-Ansatz adressiert diese Zusammenhänge, zeigt Risiken auf und versucht, diese zu minimieren. Mit dem Ziel, die Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt sicherzustellen, vernetzen sich Human- und Veterinärmedizin sowie Natur-, Umwelt- und Lebensmittelwissenschaft und koordinieren ihre Massnahmen. Auf nationaler Ebene leitet das Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV) das «[Unterorgan One Health](#)» zur Koordination und Steuerung der Aktivitäten und hat verschiedene Themenschwerpunkte festgelegt: Coronavirus, Strategie Antibiotikaresistenzen Schweiz, Affenpocken und lebensmittelbedingte Krankheitserreger. Nebst diesen gibt es auch auf kantonaler Ebene verschiedene Themengebiete, die departements- und dienststellenübergreifend bearbeitet werden. So sind Programme zur Reduktion des Eintrages von Pflanzenschutzmittel in die Umwelt oder von organischen Giftstoffen wie PCB⁴ in die Lebensmittelkette in Bearbeitung. Der Kanton prüft derzeit die Etablierung eines kantonalen Koordinationsgremiums «One Health».

1.5 Berichtstruktur

Nach der Einleitung in Kapitel [1](#) wird in Kapitel [2](#) die Ausgangslage mit Blick auf gesellschaftliche, fachliche und politische Entwicklungen auf nationaler und kantonaler Ebene beschrieben. Kapitel [3](#) widmet sich übergeordneten Themen, die eine zentrale Bedeutung für die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern haben. In Kapitel [4](#) wird die ambulante Versorgung thematisiert. Kapitel [5](#) dreht sich um die stationäre Versorgung und beschreibt das aktuelle Angebot, die prognostizierte Bedarfsentwicklung sowie Herausforderungen in der stationären Akutsomatik und Rehabilitation. In Kapitel [6](#) wird die Frage nach dem zukünftigen Leistungsangebot im Luzerner Kantonsspital (LUKS) am Standort Wolhusen behandelt. Anschliessend werden in Kapitel [7](#) die Vision «Gesundheitsversorgung 2035 ff.» und die strategischen Stossrichtungen und in Kapitel [8](#) die Massnahmen präsentiert. In Kapitel [9](#) wird das Ergebnis der Vernehmlassung dargestellt.

⁴ Polychlorierte Biphenyle (PCB) sind giftige und krebsauslösende organische Chlorverbindungen.

2 Ausgangslage

Dieses Kapitel beleuchtet den Hintergrund, vor dem der vorliegende Planungsbericht Gesundheitsversorgung erarbeitet wurde. Zuerst erfolgt ein kurzer Rückblick auf die Versorgungsplanung 2015 (Kap. [2.1](#)). Dann werden die mit dem Planungsbericht abzuschreibenden politischen Vorstösse betreffend die Gesundheitsversorgung aus den Jahren 2021–2022 aufgeführt (Kap. [2.2](#)). Anschliessend folgt ein Porträt des Kantons Luzern mit Fokus auf die Gesundheit der Luzerner Bevölkerung (Kap. [2.3](#)). Sodann werden entlang der übergeordneten Mega-Trends die wichtigsten gesellschaftlichen, fachlichen und politischen Entwicklungen der letzten Jahre beschrieben (Kap. [2.4](#)). Abschliessend werden die finanziellen Beiträge des Kantons an die Gesundheitsversorgung dargelegt (Kap. [2.5](#)).

2.1 Rückblick auf die Versorgungsplanung 2015

Während der [Planungsbericht B 87](#) über die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern vom 4. März 2005 (nachfolgend: Planungsbericht 2005) teilweise grosse – vor allem strukturelle⁵ – Veränderungen beinhaltete, beschränkte sich der [Planungsbericht 2015](#) weitgehend auf eine Darstellung der damaligen Luzerner Gesundheitsversorgung und der in der nächsten Planungsperiode zu erwartenden Entwicklungen. Aus diesem Grund kann im Rahmen der vorliegenden Planung keine Überprüfung konkreter Massnahmen vorgenommen werden, da im Planungsbericht 2015 keine solchen definiert wurden. Einen thematischen Rückblick auf die wichtigsten Inhalte des Planungsberichtes 2015 gibt es gleichwohl in den Kapiteln [4](#) (ambulante Versorgung), [5.2](#) (stationäre Akutsomatik) und [5.3](#) (stationäre Rehabilitation).

Als wichtige Entwicklung im Bereich der Spitalstrukturen sind die Überführung des LUKS in eine gemeinnützige Aktiengesellschaft und die Integration des Kantonsspitals Nidwalden in die LUKS Gruppe im Jahr 2021 zu nennen. Damit wird die Versorgungsregion Zentralschweiz weiter gestärkt, und das LUKS kann seine Funktion als Erstversorgungs- und Zentrumsspital noch besser wahrnehmen. Weiter hat unser Rat im September 2023 die [Botschaft B 12](#) zum Verkauf der Luzerner Höhenklinik Montana verabschiedet – eine Entwicklung, die sich bereits im [Planungsbericht 2005](#) abgezeichnet hat. Ihr Rat hat am 6. Mai 2024 die erforderlichen Beschlüsse gefasst und damit dem Verkauf zugestimmt.

Als allgemeine Trends wurden in der Planung 2015 der Personalmangel, die Digitalisierung, der medizinische Fortschritt, die Ambulantisierung, die demografische Entwicklung, die wachsende Anspruchshaltung sowie die zunehmende Kostenverschiebung im Gesundheitswesen zulasten der Kantone genannt. Diese haben sich – neben der Pandemie – effektiv auch als die grössten Entwicklungen/Herausforderungen im Gesundheitsbereich erwiesen und werden dies vorderhand auch bleiben.

Einen wesentlichen Einfluss auf die Planung von 2015 hatte die per 1. Januar 2012 eingeführte neue Spitalfinanzierung. Diese sieht eine leistungsbezogene Finanzierung der Spitäler über Fallpauschalen vor, die anteilmässig von Wohnkanton (mind. 55 %) und Krankenversicherer (max. 45 %) übernommen werden, unabhängig von der Trägerschaft des Spitals. Die Versicherten können unter den von den Kantonen

⁵ Im Jahr 2008 wurden das Kantonsspital Luzern (KSL), das Kantonale Spital Sursee/Wolhusen (KSSW) und die Luzerner Höhenklinik Montana zum LUKS als öffentlich-rechtliche Anstalt mit eigener Rechtspersönlichkeit zusammengeführt.

für die jeweilige Behandlung zugelassenen Spitälern in der Schweiz frei wählen (Spitalwahlfreiheit). Der Kanton Luzern hat sich in diesem Zusammenhang klar dazu bekannt, den vom Gesetzgeber gewollten Wettbewerb unter den Spitälern und die Spitalwahlfreiheit der Versicherten zuzulassen. Dies beinhaltet, dass der Kanton jedem Spital einen Leistungsauftrag erteilt, das die geforderte Leistung wirtschaftlich und qualitativ hochstehend erbringt, und auf ein Ausschreibungsverfahren für die einzelnen Spitalleistungen verzichtet.

Bemerkungen des Kantonsrates

Im Folgenden wird zu den [Beschlüssen](#) der Beratung des Planungsberichtes vom 20. Oktober 2015 im Kantonsrat Stellung genommen:

1. Vom [Planungsbericht 2015](#) über die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern wird in zustimmendem Sinn Kenntnis genommen.
2. Ein fachlich kompetent zusammengesetzter Spitalrat hat neben der wichtigen betriebswirtschaftlichen Optik auch die gesundheitlichen Interessen und Vorstellungen der Luzerner Bevölkerung in seine Strategie miteinzubeziehen, was sich auch in seiner Zusammensetzung widerspiegeln soll.

Stellungnahme: Die Anforderungen an die Mitglieder des Verwaltungsrates sind übergeordnet in der [Eignerstrategie](#) sowie detailliert in einem Anforderungsprofil definiert.

3. Der Regierungsrat wird aufgefordert, in seiner Gesundheitsplanung die Entwicklung der Gesundheitsplanungen der Nachbarkantone vermehrt miteinzubeziehen.

Stellungnahme: Grundsätzlich werden die Entwicklungen betreffend die Gesundheitsversorgung in den Nachbarkantonen laufend beobachtet und analysiert. Ein regelmässiger Austausch zwischen den fachlich und politisch Verantwortlichen ist durch entsprechende Sitzungsgefässe sichergestellt. Die Inhalte der Planungsberichte der Nachbarkantone wurden bei der Erstellung des Luzerner Planungsberichtes Gesundheitsversorgung 2024 berücksichtigt. Des Weiteren stellt das GSD sicher, dass die Nachbarkantone in die Luzerner Planung involviert werden, u. a. durch Einladung zu den in Kapitel [1.3](#) erwähnten Veranstaltungen sowie durch den Vernehmlassungsprozess, an dem sich auch die Nachbarkantone beteiligen konnten. Eine nähere Zusammenarbeit mit den Nachbarkantonen in Fragen der Spitalplanung wird nach Möglichkeit angestrebt. Darüber hinaus findet mit den Zentralschweizer Kantonen eine Zusammenarbeit in überkantonalen Projekten statt.

4. Der Regierungsrat wird aufgefordert, die Leistungserbringer der Erfahrungs-Alternativmedizin in den Planungsbericht aufzunehmen und über die Angebote Auskunft zu geben.

Stellungnahme: Ausgewählte Verbände von Berufsgruppen der Alternativmedizin (Naturheilkunde, Osteopathie) wurden in die schriftliche Befragung involviert.

5. Im nächsten Planungsbericht ist konkreter auf kommende Herausforderungen und vorgesehene Massnahmen einzugehen.

Stellungnahme: Der vorliegende Planungsbericht geht ausführlich auf aktuelle und kommende Herausforderungen ein und definiert in Kapitel [8](#) konkrete Massnahmen als Antwort auf die identifizierten Herausforderungen.

6. Der Regierungsrat wird aufgefordert, mit den entsprechenden Zusammenarbeitspartnern dem drohenden Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten aktiv entgegenzuwirken.

Stellungnahme: Mit dem Institut für Hausarztmedizin und Community Care, dem Praxisassistentenprogramm sowie dem Luzerner Curriculum Hausarztmedizin hat der Kanton Luzern bereits vor Jahren wichtige Initiativen angestossen, um dem Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten im Kanton Luzern entgegenzuwirken. Mit den in Kapitel [8](#) aufgeführten Massnahmen soll der Mangel in der hausärztlichen Versorgung, der sich künftig noch akzentuieren wird, gedämpft werden.

7. Die ambulante medizinische Grundversorgung durch Leistungserbringer in eigener beruflicher Verantwortung im Bereich der Somatik und Psychiatrie ist zu fördern. Insbesondere sollen Massnahmen für eine flächendeckende Versorgungssicherheit (z. B. Ausbildung medizinischer Fachkräfte [Tertiärstufe]) sowie integrierte Versorgungsmodelle unterstützt und gefördert werden.

Stellungnahme: Dank dem kantonalen Praxisassistentenprogramm und dem Curriculum Hausarztmedizin hat sich die ambulante medizinische Grundversorgung verbessert. Weiter bietet die Universität Luzern in Zusammenarbeit mit der Universität Zürich seit 2020 das Masterstudium Humanmedizin an. 2023 wurden an der Universität die Fakultät für Gesundheitswissenschaften und Medizin sowie die Fakultät für Verhaltenswissenschaften und Psychologie eröffnet. Weitere Massnahmen zur Förderung der Ausbildung von Fachpersonen im Gesundheitswesen im Allgemeinen und zur Förderung der hausärztlichen Versorgung im Spezifischen sind geplant (siehe Kap. [8.1.4](#)).

Eine wichtige Entwicklung ist das neue Anordnungsmodell im [KVG](#) für psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Diese können auf ärztliche Anordnung seit dem 1. Juli 2022 zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) selbständig und auf eigene Rechnung tätig sein.

2023 lancierte der Kanton Luzern gemeinsam mit dem Zentrum für Hausarztmedizin und Community Care das Projekt «Advanced Practice Nurses (APN) in der Grundversorgung: Luzerner Modell». Die Etablierung weiterer integrierter medizinischer Versorgungsmodelle konnte bisher nicht wie erhofft vorangetrieben werden; hier sind aber ebenfalls neue Initiativen geplant (siehe Kap. [8.1.2](#)).

2.2 Vorstösse Kantonsrat

Die folgenden überwiesenen Vorstösse sollen mit dem vorliegenden Planungsbericht beschrieben werden:

- [Motion M 658](#) von Bernhard Steiner und Mit. über die medizinische Grundversorgung in der Luzerner Spitallandschaft vom 22. Juni 2021,
- [Motion M 875](#) von Marcel Budmiger und Mit. namens der Fraktionen SP und Die Mitte über mehr Mitsprache und Verbindlichkeit beim Leistungsangebot der Luzerner Spitäler sowie die Klärung des Leistungsangebots für das Spital Wolhusen vom 16. Mai 2022,
- [Postulat P 856](#) von Jim Wolanin namens der Kommission Gesundheit, Arbeit und Soziales (GASK) über die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege vom 16. Mai 2022,
- [Motion M 904](#) von Bernhard Steiner und Mit. über die Offenlegung der betriebswirtschaftlichen Modellrechnungen für das Spital Wolhusen vom 20. Juni 2022,
- [Postulat P 83](#) von Hannes Koch und Mit. über die Prüfung der Empfehlungen 1 und 3 aus der Evaluation der KLV-Regelung «Ambulant vor Stationär» im Rahmen der Erarbeitung des Planungsberichtes Gesundheitsversorgung vom 30. Oktober 2023,
- [Postulat P 161](#) von Bernhard Steiner und Mit. über die definitive Ausstattung der interdisziplinären Notfall- und Intensivpflegestation am LUKS-Standort Wolhusen vom 18. März 2024.

2.3 Porträt des Kantons Luzern

Mit rund 425'00 Einwohnerinnen und Einwohnern (Stand: Ende 2022) ist Luzern der siebtgrösste Kanton der Schweiz. Zwischen 2018 und 2022 ist die Bevölkerung um 3,7 Prozent gewachsen; damit liegt der Kanton Luzern über dem Schweizer Wachstumsdurchschnitt (3,2 %). Diese Dynamik widerspiegelt sich in der überdurchschnittlich hohen Geburtenrate sowie der im Vergleich zu den meisten Kantonen eher jungen Bevölkerung. Dennoch sind 40,3 Prozent der Luzernerinnen und Luzerner 50 Jahre oder älter.

Obwohl 2022 die Mehrheit der Luzernerinnen und Luzerner in urbanen Gebieten lebten (52,6 %), zählt der Kanton Luzern zu den ländlicheren Kantonen.

Sowohl in der Grundversorgung als auch in der Spezialmedizin weist der Kanton Luzern in der freien Praxis eine Ärztedichte aus, die deutlich unter dem Schweizer Durchschnitt⁶ liegt. Damit befindet sich Luzern jedoch im kantonalen Mittelfeld. Die tiefe Apothekendichte mit acht Apotheken auf 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner (2021) ist eine direkte Folge der Möglichkeit der Selbstdispensation in ärztlichen Praxen. Mit 125 Spitalaustritten im Bereich der Akutsomatik im Jahr 2021 pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner weist Luzern die viertiefste Hospitalisierungsrate aller Kantone aus. Überdurchschnittlich hoch ist im Kanton Luzern die Anzahl Plätze in Alters- und Pflegeheimen (65,9 Plätze pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner über 65 Jahre versus 58,2 Plätze im Schweizer Durchschnitt).

In der folgenden Tabelle werden ausgewählte Kennzahlen des Kantons Luzern mit den entsprechenden Schweizer Werten verglichen.

⁶ Es gilt zu beachten, dass die Schweizer Durchschnittswerte durch die traditionell starke Ambulantisierung in der Westschweiz massgeblich beeinflusst respektive «verzerrt» wird.

Kennzahl	LU	CH	Rang LU	Beschreibung der Kennzahl
<i>Bevölkerungsgrösse 2022</i>				Ständige Wohnbevölkerung am
Frauen	212'830	4'435'432	7	Jahresende, nach Geschlecht
Männer	212'021	4'379'953	7	
Total	424'851	8'815'385	7	
<i>Bevölkerungsentwicklung 2018–2022 (in %)</i>				Wachstum der ständigen Wohnbevölkerung am Jahresende zwischen 2018 und 2022, nach Geschlecht
Frauen	3,6	3,0	5	
Männer	3,9	3,4	9	
Total	3,7	3,2	8	
<i>Altersstruktur 2022 (in %)</i>				Anteil der Altersgruppen an der ständigen Wohnbevölkerung am Jahresende
0–14 Jahre	15,4	15,1	9	
15–34 Jahre	24,4	23,7	8	
35–49 Jahre	20,6	21,0	9	
50–64 Jahre	21,0	21,1	19	
65+ Jahre	18,5	19,2	21	
<i>Geburtenrate 2022 (pro 1000 Einwohnende)</i>	9,6	9,3	7	Anzahl Lebendgeburten pro 1000 Einwohnende
<i>Anteil der Bevölkerung in urbanen Regionen 2022 (in %)</i>	52,6	62,9	17	Anteil der Bevölkerung in städtischen Gebieten am Total der ständigen Wohnbevölkerung
<i>Ärztedichte 2022 (pro 10'000 Einwohnende)</i>				Anzahl Ärztinnen und Ärzte in freier Praxis pro 10'000 Einwohnende
Grundversorgung	12,9	15,7	16	
Spezialmedizin	6,7	8,3	12	
<i>Apothekendichte 2021 (pro 100'000 Einwohnende)</i>	8	21	21	Anzahl Apotheken ohne Spitalapotheken pro 100'000 Einwohnende
<i>Rate der belegten Spitalbetten 2021 (pro 1000 Einwohnende)</i>	1,9	2,0	10	Anzahl belegter Betten in Spitälern pro 1000 Einwohnende und pro Tag
<i>Hospitalisierungsrate 2021 (pro 1000 Einwohnende)</i>	125,0	141,2	23	Anzahl Fälle in Akutspitälern pro 1000 Einwohnende
<i>Aufenthaltsdauer in Akutspitälern 2021 (in Tagen)</i>	5,0	5,2	13	Mittlere Aufenthaltsdauer in Akutspitälern
<i>Plätze in Alters- und Pflegeheimen 2021 (pro 1000 Einwohnende über 65 Jahre)</i>	65,9	58,2	6	Anzahl belegter und nicht belegter Plätze in Alters- und Pflegeheimen pro 1000 Einwohnende

Tab. 1: Ausgewählte Kennzahlen des Kantons Luzern

Quellen: Bundesamt für Statistik (BFS) und Obsan (siehe Links in Beschreibung der Kennzahl)

Bemerkungen: Rang 1 bedeutet den höchsten Wert der jeweiligen Kennzahl. / Zur Grundversorgung zählen Ärztinnen und Ärzte mit Hauptfachgebiet Allgemeine Innere Medizin, Praktischer Arzt/Praktische Ärztin, Kinder- und Jugendmedizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Sämtliche andere Fachgebiete bilden die Spezialmedizin. / Die im nationalen Vergleich tiefe Luzerner Apothekendichte hängt mit der Möglichkeit zur ärztlichen Medikamentenabgabe (Selbstdispensation) zusammen, die nicht in jedem Kanton gegeben ist.

2.3.1 Gesundheit der Luzerner Bevölkerung

Seit 1992 findet alle fünf Jahre eine [nationale Gesundheitsbefragung](#) statt. Eine [erste Analyse](#) der Ergebnisse für den Kanton Luzern basierend auf den Daten aus dem Jahr 2022 zeigt, dass 87 Prozent der Luzerner Wohnbevölkerung ab 15 Jahren ihren

Gesundheitszustand als gut oder sehr gut beurteilen. Dieser Anteil ist damit gleich hoch wie 2017. Schweizweit beträgt der entsprechende Wert 84,9 Prozent. Die grundsätzlich positive Selbstbeurteilung des Gesundheitszustandes darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass 33,9 Prozent der Befragten aus dem Kanton Luzern bei der Gesundheitsbefragung 2022 angaben, mit chronischen Gesundheitsproblemen konfrontiert zu sein, die lange andauern (mind. sechs Monate). Der Schweizer Durchschnitt liegt bei 36 Prozent. Zugenommen hat der Anteil Personen ab 15 Jahren, die unter einer mittleren oder hohen psychischen Belastung leiden (2022: 13 %, 2017: 10 %); ebenso der Anteil Personen mit Einsamkeitsgefühlen (2022: 39 %, 2017: 34 %). Die detaillierte Auswertung der Daten für die Luzerner Bevölkerung anhand der neusten Befragung aus dem Jahr 2022 steht noch aus.

Angaben zur Gesundheit von Jugendlichen (11- bis 15-jährige Schülerinnen und Schüler) liefert die seit 1986 alle vier Jahre durchgeführte [HSBC-Studie](#) von [Sucht Schweiz](#). Gemäss den Ergebnissen der Befragung aus dem Jahr 2022 für den Kanton Luzern schätzen die Jugendlichen ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen positiv ein. Auffallend ist jedoch, dass 11 Prozent der 14- und 15-jährigen Mädchen ihre Lebenszufriedenheit und ihr psychisches Wohlbefinden deutlich schlechter einschätzen als die anderen an der Umfrage teilnehmenden Jugendlichen. Die Ergebnisse dienen dazu, die Massnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung sowie der Prävention für Kinder und Jugendliche optimal auszurichten (weitere Informationen zu Gesundheitsförderung und Prävention siehe Kap. [3.4](#)).

2.3.2 Vulnerable Bevölkerungsgruppen

Unter Vulnerabilität wird eine höhere Verwundbarkeit einer Person respektive einer Personengruppe verstanden. Es handelt sich beispielsweise um Menschen mit Behinderungen, Menschen mit einem Migrationshintergrund sowie bildungsferne und armutsgefährdete Menschen. Der barriere- und diskriminierungsfreie Zugang zur Gesundheitsversorgung ist bei Bedarf mit entsprechenden Massnahmen für vulnerable Bevölkerungsgruppen sicherzustellen.

Mit Blick auf die im folgenden Kapitel dargelegten Entwicklungen (z. B. Digitalisierung) ist darauf hinzuweisen, dass das Potenzial bei vulnerablen Bevölkerungsgruppen nicht im gleichen Mass ausgeschöpft werden kann, wie dies bei anderen Personengruppen der Fall sein wird.

2.4 Umfeld und Rahmenbedingungen

Im Folgenden werden entlang der übergeordneten Mega-Trends die wichtigsten Entwicklungen auf gesellschaftlicher, fachlicher und politischer Ebene dargelegt, die einen direkten oder indirekten Einfluss auf die Gesundheitsversorgung als System sowie auf Angebot und Nachfrage von Gesundheitsversorgungsleistungen haben.

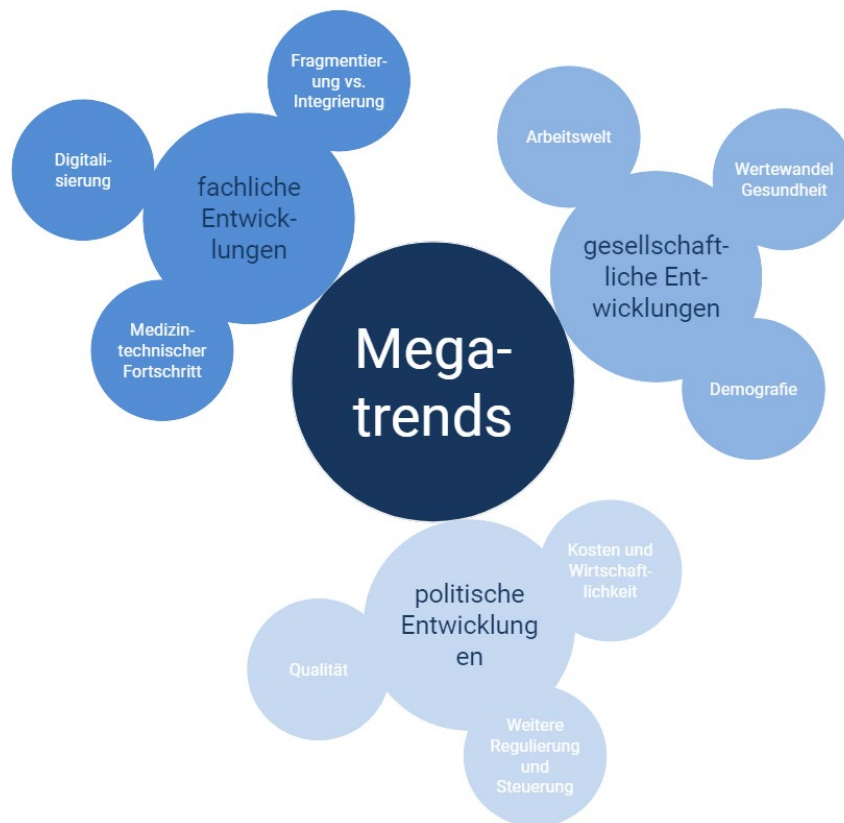


Abb. 1: Mega-Trends im Gesundheitswesen
Quelle: GSD

2.4.1 Gesellschaftliche Entwicklungen

Auf der Ebene der gesellschaftlichen Entwicklung sind namentlich die Demografie, der Wertewandel rund um den Bereich Gesundheit sowie die Veränderungen in der Arbeitswelt (Fachkräftemangel) relevant.

Demografische Entwicklung

Von 2015 bis 2021 ist die Luzerner Bevölkerung von 398'762 auf 420'326 Personen angewachsen. Gemäss Referenzszenario des BFS wächst die ständige Wohnbevölkerung des Kantons Luzern zwischen 2021 und 2035 um durchschnittlich 0,8 Prozent pro Jahr, was einer Zunahme von 420'326 auf 467'282 Personen entspricht. Das erwartete Bevölkerungswachstum ist somit nur geringfügig niedriger als im Zeitraum zwischen 2015 und 2021 (0,9 %).

Szenario	Anzahl Einwohnende		Δ 2021–2035		
	2021	2035	n	%	CAGR
Tief	420'326	451'753	+31'427	+7,5%	+0,5%
Referenz	420'326	467'282	+46'956	+11,2%	+0,8%
Hoch	420'326	482'659	+62'333	+14,8%	+1,0%

Tab. 2: Bevölkerungsprognose Kanton Luzern 2021–2025

Quelle: [Obsan](#) Versorgungsbericht 2024 Kanton Luzern (basierend auf den Bevölkerungsszenarien des BFS – STAT-POP)

Bemerkung: CAGR = Compound Annual Growth Rate (jährliche Wachstumsrate)

Bei den Obsan-Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung handelt es sich um Durchschnittswerte für den ganzen Kanton. Regionale Unterschiede innerhalb des Kantons

werden nicht ausgewiesen. Berechnungen der [Lustat Statistik Luzern](#) vom Dezember 2023 zeigen, dass die Bevölkerungsentwicklung 2023–2050 regional stark differenziert verlaufen dürfte. Kantonal rechnet die Lustat Statistik Luzern mit einem Wachstum von 15,7 Prozent bis 2050. Mit Ausnahme der beiden Regionen Entlebuch (–12,6 %) und Seetal (–3,6 %) ist in allen Luzerner Regionen mit einem Bevölkerungsanstieg zu rechnen. Einige Regionen verzeichnen dabei ein überdurchschnittliches Bevölkerungswachstum (Rooterberg/Rigi: 26,6 %, Agglomerationskern: 26,4 %, Unteres Wiggertal: 23,5 %, Stadt Luzern: 21,1 %), andere ein unterdurchschnittliches Wachstum (Sursee/Sempachersee: 14,5 %, Michelsamt/Surental: 10,0 %, Agglomerationsgürtel: 8,0 %). In den Regionen Willisau (2,2 %) und Rottal-Wolhusen (2,0 %) ist mit einer Stagnation zu rechnen.

Neben der quantitativen Bevölkerungsentwicklung gilt es vor allem auch die Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur zu beachten. Hier zeichnet sich für den Kanton Luzern ein überdurchschnittlicher Anstieg des Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung ab.

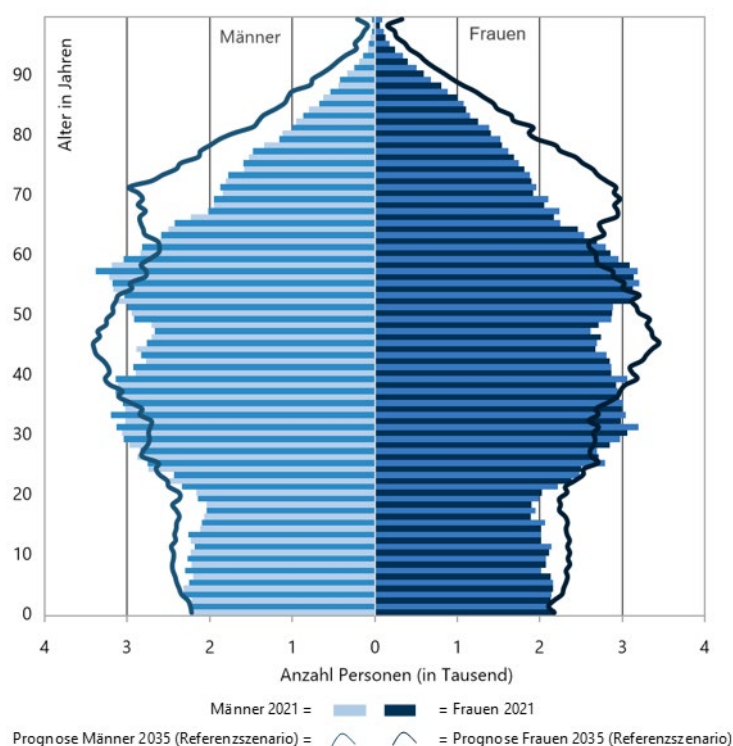


Abb. 2: Alterszusammensetzung Bevölkerung Kanton Luzern 2021/2035

Quelle: [Obsan](#) Versorgungsbericht 2024 Kanton Luzern (basierend auf den Bevölkerungsszenarien des BFS – STAT-POP)

Am stärksten wird die Bevölkerungszunahme in den Altersgruppen der 60- bis 79-Jährigen (+28 %) sowie der 80-Jährigen und Älteren (+54 %) ausfallen. Dementsprechend steigt der Altersquotient⁷ im Kanton Luzern bis 2035 von 30 auf 43 Prozent an. Für die Schweiz insgesamt steigt der Altersquotient im gleichen Zeitraum lediglich um 10 Prozentpunkte.

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko, an mehreren chronischen Erkrankungen gleichzeitig zu erkranken (Multimorbidität). Die Behandlung dieser Patientinnen und

⁷ Verhältnis der 65-Jährigen und älteren Personen gegenüber den 20- bis 64-Jährigen

Patienten ist anspruchsvoll und für alle Involvierten aufwendig. Das Bevölkerungswachstum, die steigende Lebenserwartung sowie der Trend hin zur «Silver Society»⁸ bedeutet für das Gesundheitswesen eine wachsende Nachfrage nach Versorgungsleistungen – nicht zuletzt in der Akutgeriatrie, der Übergangs-/Überbrückungspflege sowie der Rehabilitation.

Der Ausländeranteil beschreibt einen weiteren Aspekt der Bevölkerungsstruktur: 2022 betrug der Anteil gemäss der [Lustat](#) 19,8 Prozent, 2015 lag er bei 17,9 Prozent. Die steigende kulturelle Vielfalt in der Bevölkerung hat Implikationen für die Gesundheitsversorgung (transkulturelle Medizin/Pflege). Weitere Informationen zur Bevölkerungsstruktur des Kantons Luzern finden sich zudem in Kapitel [2.3](#).

Wertewandel Gesundheit: Verständnis, Bewusstsein und Anforderungen rund um die Gesundheit

Eine weitere wichtige gesellschaftliche Entwicklung stellt der Wertewandel rund um die Gesundheit dar: So haben sich das Gesundheitsverständnis, das Gesundheitsbewusstsein und die Anforderungen an die Gesundheitsversorgung seitens der Patientinnen und Patienten in den letzten Jahren verändert:

- *Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitskompetenz*⁹: Das Interesse an Gesundheitsinformationen und damit verbunden das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung insgesamt nehmen weiter zu. Präventiv-medizinische Gesundheitschecks und die Überwachung der Vitalfunktionen via Apps und Wearables gewinnen an Bedeutung.¹⁰ Nichtsdestotrotz zeigt die Hälfte der Schweizer Bevölkerung gemäss einer [Studie](#) der Careum Stiftung Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen. Im Kanton Luzern ist gemäss dieser Studie die generelle Gesundheitskompetenz im schweizweiten Vergleich unterdurchschnittlich – mögliche Erklärungen dafür finden sich in der Studie nicht. Personen mit einer höheren Gesundheitskompetenz weisen gemäss der Studie beispielsweise einen gesünderen Lebensstil (Ernährung, Bewegung) auf und können besser mit Gesundheitsproblemen oder chronischen Erkrankungen umgehen. Die Gesundheitskompetenz hat auch Einfluss auf die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen.
- *Gesundheitsverständnis*: Gesundheit wird zunehmend als komplexes Zusammenspiel von physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Faktoren verstanden. Patientinnen und Patienten erwarten ein entsprechend ganzheitlich ausgestaltetes Versorgungsangebot (Medizin, Therapie, Pflege, Psychiatrie/Psychotherapie/Psychologie, Sozialarbeit/Sozialberatung, Seelsorge).
- *Anspruchshaltung*: Patientinnen und Patienten erwarten eine Versorgung von hoher Qualität, welche bei Bedarf ohne lange Wartezeiten und möglichst wohnortsnah zur Verfügung steht. Man zahlt viel für die Krankenkasse und erwartet im Gegenzug eine hohe Dienstleistungsqualität des Gesundheitssystems.

⁸ Aufgrund der tieferen Geburtenrate und der steigenden Lebenserwartung hat sich die Altersstruktur der Gesellschaft verändert. Der Anteil älterer Personen an der Gesamtbevölkerung steigt, gleichzeitig lässt sich eine «Verjüngung» der Lebensphasen beobachten. Mit Letzterem ist gemeint, dass beispielsweise 70-Jährige heute so aktiv sind wie vor einigen Jahrzehnten die 60-Jährigen. Mehr Informationen zum Trend «[Silver Society](#)».

⁹ Die Gesundheitskompetenz umfasst die Motivation, das Wissen und die Fähigkeiten einer Person, Gesundheitsinformationen finden, verstehen, beurteilen und darauf basierend Entscheidungen bzgl. Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung treffen zu können, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken.

¹⁰ <https://www.zukunftsinstitut.de/dossier/megatrend-gesundheit/>

- *Mitsprache*: Patientinnen und Patienten wollen stärker in den Behandlungsprozess eingebunden werden. Sie möchten Zugriff auf ihre Patientendaten und als gleichberechtigte Partnerin oder gleichberechtigter Partner an der therapeutischen Entscheidungsfindung mitwirken.

Dieser Wertewandel bietet sowohl Chancen als auch Risiken für die Gesundheitsversorgung: Einerseits bringt es die Gesundheitsversorgung weiter, wenn Patientinnen und Patienten ihre Eigenverantwortung wahrnehmen, ihre Gesundheitskompetenz stärken und mit den Fachpersonen auf Augenhöhe gute Entscheidungen für ihre Gesundheit treffen. Andererseits stellt es das Gesundheitswesen vor Herausforderungen, wenn die Ansprüche an eine rund um die Uhr verfügbare, hoch qualitative sowie wohnortsnahe Versorgung den personellen und finanziellen Ressourcen gegenübergestellt werden.

Arbeitswelt: Fachkräftemangel und Wettbewerb um Fachkräfte, neue Arbeitsmodelle und Rollenbilder

Das Bevölkerungswachstum wächst kontinuierlich, die Patientinnen und Patienten werden älter, die Ansprüche an das Gesundheitswesen steigen und die Krankenkassenprämien fallen höher aus. Demgegenüber stehen diverse Entwicklungen in der Arbeitswelt:

- *Fachkräftemangel*: Verschiedene Branchen klagen schweizweit über einen zunehmenden Mangel an Fachkräften. Auch das Gesundheitswesen als kritischer Versorgungsbereich ist stark davon betroffen. Der Mangel wird sich in den kommenden Jahren voraussichtlich noch deutlich akzentuieren (siehe auch Kap. 3.1).
- *Wettbewerb um Fachkräfte*: Angetrieben durch den Fachkräftemangel verschärft sich der Wettbewerb um die Fachkräfte zunehmend. Diese Entwicklungen sind mit einer gewissen Sorge zu beobachten, da sich hohe Fluktuationsquoten, ein zunehmender Anteil von Temporär-Arbeitskräften sowie die Unsicherheiten rund um Personalengpässe negativ auf die Versorgungsqualität auswirken und nicht zuletzt auch massgeblich zum Wachstum der Gesundheitskosten beitragen.
- *Neue Arbeitsmodelle und Rollenbilder*: Gleichzeitig fördert der Fachkräftemangel seitens der Mitarbeitenden lang gewünschte und bisher nicht realisierte Entwicklungen, wie zum Beispiel attraktivere Anstellungsbedingungen (u. a. Lohn, Arbeitszeiten). Zudem entstehen neue Berufsrollen (z. B. die Pflegeexpertinnen und -experten bzw. Advanced Practice Nurses [APN]), und es werden bisherige Aufgaben- und Kompetenzverteilungen zwischen den verschiedenen Berufsgruppen (Skill-Mix) mit dem Ziel eines besseren Lastenausgleichs im System überprüft.

Trotz der vielen guten Ansätze im Umgang mit dem Fachkräftemangel zeichnet sich eine grosse Diskrepanz zwischen der künftigen Nachfrage (Versorgungsbedarf) und dem künftigen Angebot (Fachkräfte) ab. Dies stellt eine der grossen Herausforderungen und Unsicherheitsfaktoren für die Planung beziehungsweise die Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Grundversorgung dar.

2.4.2 Fachliche Entwicklungen

Auf der Ebene der fachlichen Entwicklung stellen der medizinisch-technische Fortschritt, die Fragmentierung der Versorgung versus die Förderung von Verbundlösungen sowie die Digitalisierung wichtige Treiber dar.

Medizinisch-technischer Fortschritt

Der wissenschaftliche Fortschritt sorgt dafür, dass laufend neue medizinisch-technische und pharmakologische Möglichkeiten (u. a. Arzneimitteltherapien, Robotik) zur Verfügung stehen. Diese Entwicklung schafft aktuell und zukünftig neue Angebote im Bereich der Prävention und Früherkennung (z. B. genetische Tests), des Gesundheitsschutzes, der Diagnostik, der Behandlung (z. B. mehr ambulant und weniger stationär), der Pflege (z. B. Pflegeroboter) und der Rehabilitation. Diese neuen Möglichkeiten haben das Potenzial, die Qualität der Versorgung zu erhöhen und – zumindest in Teilbereichen – die Effizienz der Versorgungsprozesse zu verbessern (z. B. stärkere Ambulantisierung oder kürzere Aufenthaltszeiten im Spital). Auch können gewisse Krankheiten früher erkannt und deren negativen Auswirkungen durch rechtzeitige Interventionen minimiert werden. Der medizinisch-technische Fortschritt hat aber auch das Potenzial, die Nachfrage nach (neuen) Versorgungsleistungen weiter anzukurbeln und letztlich das Kostenwachstum im Gesundheitswesen weiter zu steigern.

Digitalisierung

Die Digitalisierung weist ein grosses Potenzial auf, die Gesundheitsversorgung nachhaltig optimieren zu können. Digitale Lösungen können beispielsweise die Art der Zusammenarbeit zwischen Behandelnden und Patientinnen und Patienten sowie die Ausgestaltung von Behandlungssettings (z. B. Telemedizin, hospital@home) verändern. Ein Kernelement des digitalen Gesundheitswesens ist das elektronische Patientendossier (EPD), dessen breite Lancierung bisher aus verschiedenen Gründen nicht geglückt ist. Daneben wird es künftig eine Vielzahl von digitalen Werkzeugen geben, welche die (integrierte) Gesundheitsversorgung der Bevölkerung positiv unterstützen können. Die nötigen Voraussetzungen für einen nutzbringenden Einsatz digitaler Anwendungen müssen mit Nachdruck auf nationaler Ebene bereitgestellt werden. Dazu braucht es einerseits rechtliche Grundlagen, die den Einsatz digitaler Lösungen im Gesundheitswesen ermöglichen. Andererseits ist die Einigung auf einheitliche Standards für die elektronische Kommunikation respektive den Datenaustausch zwischen den verschiedenen Akteurinnen und Akteuren zentral. Detaillierte Informationen zum Thema Digitalisierung finden sich in Kapitel [3.2](#).

Fragmentierung der Versorgung versus Verbundlösungen/Vernetzung

Das heutige Gesundheitssystem ist stark fragmentiert. Viele, oft spezialisierte Leistungserbringende bieten eine für die Patientinnen und Patienten immer unübersichtlichere Auswahl an Leistungen an. Die Leistungserbringenden sind dabei untereinander oft ungenügend vernetzt. Die Gründe dafür sind vielfältig (z. B. rechtliche Rahmenbedingungen, Tarifsysteme, fehlende ICT-Standards¹¹ usw.). Das seit Jahren bestehende Vernetzungsdefizit in der Gesundheitsversorgung führt unter anderem zu Überdiagnostik, Über- und Falschmedikation, unnötigen Behandlungen und Komplikationen durch fehlende Abstimmung zwischen Behandelnden. Letztlich leidet sowohl die Qualität als auch die Wirtschaftlichkeit (hohe Kosten für wenig Nutzen) der Versorgung.

Gleichzeitig hat sich in den letzten Jahren in der Spitallandschaft Schweiz eine deutliche Entwicklung in Richtung Verbundlösungen abgezeichnet. Vor allem für kleinere Spitäler, welche eigenständig – ohne strukturelle Integration in ein Spitalnetzwerk – agieren, werden die Zeiten zunehmend schwierig. Als eine ideale Verbundorganisation im Spitalbereich hat sich das «[Hub-and-Spoke-Modell](#)» erwiesen. Dieses Modell

¹¹ ICT = Informations- und Kommunikationstechnologien

stellt eine abgestufte Versorgung im Netzwerk sicher. Medizinisch komplexe oder infrastrukturintensive Leistungen werden in einem Zentrum (Hub) angeboten. Die verschiedenen dezentralen Spokes stellen in enger Kooperation mit dem Hub die Grundversorgung sicher. Im Kanton Luzern wird dieser Ansatz bereits umgesetzt: So übernimmt das LUKS in Luzern die Rolle des Hubs und die angegliederten Regional-spitäler in Sursee, Wolhusen und Stans bilden die Spokes. Das Gleiche gilt für die Hirslanden Klinik St. Anna (Hub) mit den Standorten Meggen und Cham (Spokes).

Ähnlich wie bei den Spitälern ist auch bei den Arztpraxen eine Entwicklung von der Einzelpraxis hin zur Gruppenpraxis oder zum ambulanten Zentrum, in dem Ärztinnen, Ärzte und andere ambulante Leistungserbringende ihre Leistungen unter einem Dach erbringen, festzustellen. Auch hier steht die Nutzung von Synergien (z. B. in der Administration, der Notfallversorgung, der Materialbeschaffung und generell beim unterstützenden Personal) und eine möglichst umfassende Dienstleistung für die Patientinnen und Patienten im Vordergrund.

Die bereits bestehenden Entwicklungen für eine verbesserte integrierte Gesundheitsversorgung müssen künftig noch verstärkt werden – nicht zuletzt mit Blick auf den Fachkräftemangel. Eine integrierte Gesundheitsversorgung schafft optimale Voraussetzungen, damit Patientinnen und Patienten über den ganzen Behandlungspfad kompetent und koordiniert betreut werden können. Mehr Informationen zum Thema integrierte Gesundheitsversorgung folgen in Kapitel [3.3](#).

2.4.3 Politische Entwicklungen

Auf der Ebene der politischen Entwicklung sind insbesondere die Aspekte der Kosten, der Wirtschaftlichkeit, der Qualität sowie allgemein der Steuerung/Regulierung von Bedeutung.

Kosten

Die gesamten Kosten des schweizerischen Gesundheitswesens sind gemäss [BFS](#) von 2010 bis 2022 jährlich durchschnittlich um rund 3,2 Prozent angestiegen. In absoluten Zahlen stiegen die Kosten im gleichen Zeitraum von 62,5 Milliarden auf 91,5 Milliarden Franken. Der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt (BIP) betrug im Jahr 2022 in der Schweiz knapp 12 Prozent, während 2010 die Quote noch bei rund 10 Prozent lag.

Jahr	Kosten des Gesundheitswesens		Bruttoinlandprodukt (BIP)			Bevölkerung	Ausgaben pro Kopf u. Monat, in Fr.
	Nominal in Mio. Fr.	Anstieg zum Vorjahr	Nominal in Mio. Fr.	Index 1995=100	% des BIP		
2010	62'488	2%	624'545	149,7	10%	7'825'000	661
2015	73'510	3%	668'006	161,8	11%	8'282'000	740
2020	83'632	2%	706'242	167,0	12%	8'638'000	807
2021	89'234	7%	743'330	178,2	12%	8'705'000	854
2022	91'482	3%	781'460	187,3	12%	8'777'000	869

Tab. 3: Gesamtkosten im Gesundheitswesen Schweiz 2010–2022

Quelle: Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens [BFS \(Daten vom 18. April 2024\)](#)

Bezahlt werden diese Kosten durch diverse Kostenträger. Gemäss [BFS](#) übernahmen 2021 die privaten Haushalte rund 22 Prozent der Kosten (Krankenkassenprämien, Selbstbehalt, Kosten für nicht versicherte Leistungen). 42 Prozent werden von den Sozialversicherungen (36 % von der obligatorischen Krankenversicherung), 23 Prozent vom Staat (17 % von den Kantonen) und 13 Prozent über weitere Quellen (öffentlich und privat) finanziert.

Bruttokosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Die [Bruttokosten](#) der OKP werden am häufigsten diskutiert, weil sie sich direkt in den Krankenversicherungsprämien niederschlagen. Die Bruttokosten entsprechen dem Betrag, den die Krankenversicherer und die versicherten Personen für die Leistungserbringenden bezahlen. Im Jahr 2022 betrug die Bruttokosten der OKP pro versicherte Person im Schweizer Durchschnitt 4258 Franken, die Kosten im Kanton Luzern lagen mit 3716 Franken deutlich darunter.

Eine Zusammenstellung der finanziellen Beiträge des Kantons Luzern an die Gesundheitsversorgung folgt in Kapitel [2.5](#).

Krankenkassenprämien und Prämienverbilligung

Die steigenden Prämien der OKP und die damit verbundene Belastung der Budgets der Schweizer Haushalte beschäftigen die eidgenössische Politik anhaltend. Seit 1996 stieg in der Schweiz die durchschnittliche jährliche OKP-Prämie pro versicherte Person gemäss [Statistik](#) der obligatorischen Krankenversicherung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) von 1539 Franken auf 3766 Franken im Jahr 2022. Im Kanton Luzern stieg sie von 1265 Franken auf 3256 Franken.

Dieser starke Wachstumstrend gilt schweizweit, dennoch bestehen weiterhin grosse kantonale Unterschiede bezüglich der Prämienhöhe. So liegen die OKP-Prämien im Kanton Luzern bei allen Altersgruppen deutlich unter dem Schweizer Durchschnitt.

	Erwachsene (ab 26 J.)				Junge Erwachsene (19–25 J.)				Kinder (0–18 J.)			
	2023	2024	Δ 23–24		2023	2024	Δ 23–24		2023	2024	Δ 23–24	
	Fr.	Fr.	Fr.	%	Fr.	Fr.	Fr.	%	Fr.	Fr.	Fr.	%
LU	339,9	365,2	25,3	7	235,0	252,8	17,8	8	88,1	94,4	6,3	7
CH	392,9	426,7	33,8	9	276,8	300,6	23,8	9	103,9	111,8	8,0	8

Tab. 4: Kantonale monatliche mittlere Prämien 2023–2024 der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Quelle: [Medienmitteilung](#) des BAG zu den Prämienhöhung 2024

Das Krankenversicherungsgesetz sieht vor, die Prämien von Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen durch Bundes- und Kantonsbeiträge zu verbilligen. Für den Vollzug der Prämienverbilligung sind die Kantone zuständig.

Die Faktoren zur Berechnung der Prämienverbilligung werden jährlich durch unseren Rat festgelegt. 2014 wurde das kantonale Prämienverbilligungsgesetz revidiert, wodurch sich der Kreis anspruchsberechtigter Haushalte reduzierte (Einkommengrenze bei 54'000 Franken statt 100'000 Franken). Durch den Bundesgerichtsentscheid, gemäss dem der Grenzwert von 54'000 Franken als zu tief beurteilt wurde,

entstanden dem Kanton im Jahr 2019 Nachzahlungspflichten an zusätzlich berechnete Haushalte, die rückwirkend mit der neu festgelegten Einkommensgrenze von 78'154 Franken vorgenommen wurden.

Im Jahr 2023 wurden 112'005 Personen mit einer [individuellen Prämienverbilligung](#) (IPV) unterstützt. Dies entspricht einem Anteil von 26 Prozent der ständigen Wohnbevölkerung. Folgender Tabelle ist die Entwicklung der letzten Jahre zu entnehmen:

Jahr	Auszahlungen (in Mio. Fr.)	Anzahl beziehende Personen	Prozent der ständigen Wohnbevölkerung
2015	168,2	106'887	27%
2016	167,4	99'048	25%
2017	163,6	77'824	19%
2018	181,8	86'074	21%
2019	211,3	149'108 ¹²	36%
2020	184,8	102'112	25%
2021	196,3	103'990	25%
2022	201,3	103'955	25%
2023	217,0	112'005	26%

Tab. 5: Individuelle Prämienverbilligung Kanton Luzern 2015–2023

Quelle: [Lustat Statistik Luzern](#) und Angaben WAS Ausgleichskasse Luzern

Bei der IPV handelt es sich nicht um Gesundheitskosten, sondern um eine sozialpolitische Beitragsleistung zur Abfederung der Prämienlast.

Wirtschaftlichkeit

Auf Bundesebene laufen derzeit diverse Bestrebungen, um die Kostenentwicklung im Bereich der OKP zu bremsen:

- *Kostenbremse-Initiative und Gegenvorschlag Bundesrat*: Mit der [Initiative](#) der Mitte sollen sich die OKP-Kosten im Verhältnis zur schweizerischen Gesamtwirtschaft und zu den durchschnittlichen Löhnen entwickeln. Der Bundesrat hat einen indirekten Gegenvorschlag erarbeitet. Dieser sieht die Einführung von Kostenzielen für das Kostenwachstum in der OKP vor. Die eidgenössischen Räte haben dem Gegenvorschlag an der Herbstsession 2023 zugestimmt und bezüglich der Volksinitiative im Sinne einer Abstimmungsempfehlung Ablehnung empfohlen. Am 9. Juni 2024 haben Volk und Stände die Volksinitiative mit 62,8 Prozent abgelehnt. Damit setzt der Bundesrat den indirekten Gegenvorschlag in Kraft, sofern dagegen nicht innerhalb von 100 Tagen das Referendum ergriffen wird.
- *Massnahmen zur Kostendämpfung (Pakete 1 und 2)*: 2019 hat der Bundesrat die Botschaft zur Änderung des [KVG](#) betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung (Paket 1) verabschiedet. Das Parlament hat dieses Paket in die beiden Pakete [1a](#) und [1b](#) aufgeteilt und das Paket 1a am 18. Juni 2021 angenommen. Erste Massnahmen sind Anfang 2022 und 2023 in Kraft getreten (obligatorische Rechnungs-

¹² Ursache für die auffällige Zunahme der Anzahl beziehender Personen war das [Urteil 8C_228/2018](#) des Bundesgerichtes vom 22. Januar 2019, das zu vielen rückwirkenden Auszahlungen von Gesuchen aus den Jahren 2017–2019 führte, die im Jahr 2019 ausbezahlt wurden.

kopie für die Versicherten, nationale Tariforganisation für ambulante ärztliche Behandlungen, Förderung von ambulanten Pauschalen, Datenbekanntgabe im Tarifwesen sowie Experimentierartikel zur Einführung von Pilotprojekten). Das Paket 1b wurde am 30. September 2022 durch die eidgenössischen Räte verabschiedet (u. a. Einführung eines Monitorings der Entwicklung von Mengen, Volumen und Kosten in Tarifverträgen). Am 7. September 2022 hat der Bundesrat die Botschaft zur Änderung des [KVG](#) betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung ([Paket 2](#)) verabschiedet. Es befindet sich zurzeit in parlamentarischer Beratung.

Weitere wichtige Entwicklungen auf Bundesebene betreffen die Tarife und die Finanzierung im Gesundheitswesen:

- *Arzttarif*: Viele Tarifpositionen des geltenden Tarifs für die Abgeltung der ärztlichen Leistungen in der Praxis und im Spital (TARMED) entsprechen schon seit längerem nicht mehr der wirtschaftlichen Realität. Einige Tarifpositionen vergüten die ärztlichen Handlungen zu hoch, während andere die Kosten nicht decken. Dadurch entstehen falsche Anreize. Der neue Arzttarif TARDOC soll die ärztlichen Leistungen angemessener und transparenter verrechnen. Der TARDOC gehört zu den wichtigsten gegenwärtigen Reformen des Gesundheitssystems. Die seit 2004 geltende Tarifstruktur TARMED für ambulante ärztliche Leistungen wird per 1. Januar 2026 durch die neue Einzelleistungstarifstruktur TARDOC sowie durch eine Tarifstruktur für Pauschalen ersetzt.
- *Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS)*: Ambulante Leistungen werden heute vollständig von den Krankenversicherungen respektive den Versicherten finanziert. An den stationären Leistungen müssen sich die Kantone hingegen zu mindestens 55 Prozent beteiligen. EFAS will die unterschiedlichen Zuständigkeiten aufheben und sieht eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen vor. Hauptargument für die neue Finanzierung ist, dass die heutige Regelung zu Fehlanreizen führt und hinderlich ist (z. B. für integrierte Versorgungsmodelle). EFAS trägt auch dem Umstand Rechnung, dass die Kostensteigerung in der ambulanten Medizin infolge der Ambulantisierung zukünftig deutlich grösser sein wird als in der stationären Medizin. Die Einführung von EFAS soll für die Kantone kostenneutral erfolgen, wobei langfristig mit Mehrkosten für die Kantone zu rechnen ist. EFAS ist eines der grundlegendsten gesundheitspolitischen Reformprojekte seit der Einführung des [KVG](#) im Jahr 1996. Am 22. Dezember 2023 wurde EFAS durch die eidgenössischen Räte beschlossen. Gegen EFAS wurde das Referendum ergriffen. Die Volksabstimmung wird voraussichtlich im November 2024 sein. Wird die Vorlage in der Volksabstimmung angenommen, so tritt EFAS am 1. Januar 2028 in Kraft. Frühestens vier Jahre nach dem Inkrafttreten von EFAS sollen auch die Pflegeleistungen im Pflegeheim und in der Spitex in EFAS integriert werden.

Qualität

Die Qualität der Gesundheitsversorgung ist in der Schweiz allgemein hoch. Mit verschiedenen [Massnahmen](#) im Krankenversicherungsgesetz soll die Qualität noch weiter verbessert werden. Zentral sind hier:

- *Qualitätsverträge*: Gemäss Artikel 58a [KVG](#) schliessen die Verbände der Leistungserbringenden und der Versicherer gesamtschweizerisch geltende Verträge bezüglich Qualitätsentwicklung ab. Sie regeln u. a. die Qualitätsmessungen, Massnahmen zur Qualitätsentwicklung sowie die Zusammenarbeit der Vertragspartner bei

der Festlegung und Überprüfung von Verbesserungsmaßnahmen. Die Verträge werden vom Bundesrat genehmigt. Die Vereinbarung von Qualitätsverträgen erweist sich in der Praxis als schwierig. Bisher konnte ein Vertrag fertig verhandelt und vom Bundesrat am 22. Mai 2024 genehmigt werden (Qualitätsvertrag zwischen H+, curafutura und santésuisse).

- *Qualitätskriterien als Zulassungsvoraussetzung:* Seit dem 1. Januar 2022 sind die Kantone für die Zulassung von ambulanten Leistungserbringenden zur Tätigkeit zulasten der OKP zuständig (Art. 36 [KVG](#)). Gleichzeitig wurden mit dem Ziel der Erhöhung der Qualität im Gesundheitswesen die fachlichen Anforderungen an die Zulassung erhöht und/oder aktualisiert. So können seither nur noch Ärztinnen und Ärzte zur Leistungserbringung zulasten der OKP zugelassen werden, die mehr als drei Jahre an einer anerkannten Weiterbildungsstätte in der Schweiz tätig gewesen sind und erweiterte Sprachanforderungen erfüllen (befristete Ausnahmemöglichkeiten bei Unterversorgung bestehen in der Grundversorgung, in der Kinder- und Jugendmedizin sowie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie).
- *Veröffentlichung von Qualitätsdaten:* Es werden immer mehr Qualitätsdaten regelmässig veröffentlicht. Dazu gehören unter anderem die [Qualitätsindikatoren](#) des BAG einzelner Spitäler, die Messungen zur Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken durch den nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ([ANQ](#)), die Qualitätsindikatoren für die ambulante Medizin durch die [EQUAM Stiftung](#) sowie der Bericht mit Indikatoren zur Qualität in der Pflege durch die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung ([OECD](#)).
- *Mindestfallzahlen:* Bei der Beurteilung von Qualität und Wirtschaftlichkeit sollen die Kantone bei der Versorgungsplanung gemäss Artikel 58d Absatz 4 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR [832.102](#)) unter anderem die Mindestfallzahl (MFZ) der Spitalbehandlungen berücksichtigen. Die Mindestfallzahlen betreffen den Bereich der hochspezialisierten Medizin. Der Kanton Zürich hat seit 2012 auch Mindestfallzahlen für weitere medizinische Eingriffe eingeführt. Der Kanton Luzern hat bisher darauf verzichtet, orientiert sich jedoch an den MFZ von Zürich.

Weitere Regulierung und Steuerung

Neben Eingriffen zur Steuerung der Kosten und der Qualität der Gesundheitsversorgung setzt die Politik auf weitere Regulierungen. Dazu gehören unter anderem die folgenden:

- *Ambulant vor stationär (AVOS):* Aufgrund des medizinischen Fortschritts können immer mehr medizinische Leistungen ambulant erbracht werden. Diese Verschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich wird in Zukunft zunehmen. Im Vergleich zum Ausland hat die Schweiz immer noch ein grosses Nachholpotenzial. Die ambulante Leistungserbringung wird allgemein als medizinisch sinnvoll, patientengerecht und ressourcenschonend beurteilt. Am 1. Juli 2017 hat der Kanton Luzern als erster Kanton «AVOS» eingeführt. Bestimmte Eingriffe auf einer Liste werden seither vom Kanton nur noch dann mitfinanziert, wenn sie (nachgewiesenermassen und ausnahmsweise) nicht stationär erbracht werden können. Nach und nach haben andere Kantone die Liste ganz oder teilweise übernommen. Schliesslich hat auch der Bund in der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV; SR [832.112.31](#)) eine gesamtschweizerisch geltende Liste mit momentan 18 Eingriffen erlassen, die grundsätzlich ambulant durchgeführt werden müssen. Sie wurde letztmals per

1. Juli 2023 geändert und entspricht heute der bisher im Kanton Luzern geltenden Liste.

- *KVG-Zulassungsbeschränkung Ärzteschaft*: Mit dem Ziel der Kosteneindämmung im Gesundheitswesen sind die Kantone verpflichtet, per 1. Juli 2023 in mindestens einem oder mehreren medizinischen Fachgebieten oder in bestimmten Regionen die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte, die im ambulanten Bereich zulasten der OKP Leistungen erbringen, mittels Höchstzahlen zu beschränken (Art. 55a [KVG](#)). Der Kanton hat in enger Absprache mit der Ärzteschaft auf den 1. Juli 2023 eine Beschränkung vorerst für den Fachbereich Angiologie eingeführt.

Die Massnahmen zur Regulierung und Steuerung der Gesundheitsversorgung dienen dazu, die Kosten zulasten der Bevölkerung zu reduzieren und die Qualität der Versorgung für die Patientinnen und Patienten zu erhöhen. Sie erhöhen jedoch auch den administrativen Aufwand für die Leistungserbringenden. Diese Zeit fehlt dann für die eigentliche Arbeit mit den Patientinnen und Patienten. Insbesondere die für administrative Tätigkeiten verwendete Zeit im Zusammenhang mit Versicherungen oder Abrechnungen sowie das Zusammenstellen von Daten für staatliche respektive externe Organisationen werden gemäss [Obsan](#) im internationalen Vergleich als problematischer eingeschätzt. Ob die zunehmende Digitalisierung im Gesundheitswesen hier zu einer Entspannung führen kann, wird sich weisen. Angesichts des Fachkräftemangels sind Massnahmen zur Reduktion der administrativen Last dringender denn je. Diese liegen jedoch weitgehend ausserhalb des Einflussbereichs der Kantone.

2.5 Finanzielle Beiträge des Kantons an die Gesundheitsversorgung

Im Folgenden werden die Beiträge des Kantons an die Gesundheitsversorgung dargelegt. Nicht aufgeführt sind die Kosten der Langzeitpflege.

2.5.1 Beiträge an Gesundheitsleistungen

Nachfolgend sind die kantonalen Beiträge für die Gesundheitsversorgung der Luzerner Bevölkerung beschrieben.

Beiträge an stationäre und ambulante Leistungen im Bereich der OKP

Die Kosten für die stationären Leistungen zulasten der OKP werden zu 45 Prozent durch die Krankenkassen und zu 55 Prozent durch die Kantone getragen. Der Kanton Luzern hat diesbezüglich im Jahr 2022 rund 381,2 Millionen Franken aufgewendet. Die Kosten für ambulante Behandlungen werden zu 100 Prozent von den Krankenkassen (und den Versicherten) übernommen. Mit der EFAS-Vorlage, die voraussichtlich am 1. Januar 2028 in Kraft tritt, beteiligen sich die Kantone neu auch an den ambulanten Leistungen. Der Kostenteiler für die ambulanten und stationären Leistungen wird sich für den Kanton Luzern zunächst auf jeweils 24,5 Prozent verschieben. Nach dem Einbezug der Pflege in EFAS (geplant ab 2032) erhöht sich der Kantonsanteil auf jeweils 26,9 Prozent.

Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL)

Als GWL gilt der Kanton Luzern den Spitälern einerseits die Kosten für Leistungen ab, die nicht in die stationären Tarife eingerechnet werden dürfen, wie insbesondere die Kosten für die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen sowie für die Aus- und Weiterbildung von Medizinalpersonen (Art. 49 Abs. 3 [KVG](#)). Andererseits leistet der Kanton zur Sicherstellung der Versorgung auch

GWL an ambulante Leistungen der Spitäler, soweit die dafür vorgesehenen OKP-Tarife nicht kostendeckend sind. Dies ist vor allem in der Psychiatrie der Fall. Die Höhe der GWL ist stark abhängig von der Tarifentwicklung beziehungsweise den durch die Tarife nicht gedeckten Kosten. Wenn sich die Tarife nicht der Kostenentwicklung anpassen und sich Letztere nicht durch andere Massnahmen kompensieren lassen, wird die entsprechende Differenz grösser. Die Leistungserbringenden, insbesondere die Spitäler, beklagen diesen Effekt seit Jahren. Die Abgeltung von GWL ist in den letzten Jahren gestiegen und wird weiter steigen. Während im Jahr 2023 GWL der Spitäler mit insgesamt 31,3 Millionen Franken abgegolten worden sind, hat der Kanton für 2024 insgesamt 37,9 Millionen Franken für GWL budgetiert. Ursächlich dafür sind eine realistischere Abgeltung der Kosten der Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten (höherer Beitrag pro Vollzeitäquivalent, höhere Anzahl Assistenzärztinnen und Assistenzärzte) sowie eine höhere Transparenz in Bezug auf die effektiven Kosten der GWL. Auch der Spitalneubau in Wolhusen wird noch einmal zu höheren GWL für die Aufrechterhaltung der Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen an diesem Standort führen (zusätzliche Anlagenutzungskosten infolge des Neubaus, Kap. 6). Auch weitere Neubauten (z. B. Frauenklinik und Kinderspital) werden voraussichtlich zu ungedeckten Kosten führen. Die Entwicklung der Tarife sowie der Kosten kann jedoch nicht zuverlässig prognostiziert werden.

Gesamtüberblick

Folgende Tabelle fasst alle Beiträge des Kantons an die Gesundheitsversorgung der Luzerner Bevölkerung zusammen (exkl. Kosten für die Langzeitpflege):

Beiträge (in Mio. Fr.)	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Stationäre Spitalbehandlungen (OKP 55 %-Anteil)	345,9	360,3	354,3	390,5	381,2	401,2
GWL	18,5	16,7	19,6	24,1	26,2	31,3
Weitere Beiträge	2,7	3,3	3,3	3,5	4,0	5,5
Total	367,1	380,3	377,2	418,1	411,4	438,0

Tab. 6: Kantonale Beiträge an die Gesundheitsversorgung der Luzerner Bevölkerung 2018–2023

Quelle: [Jahresberichte 2018 bis 2023](#)

Bemerkungen: Stationäre Spitalbehandlungen (OKP 55 %-Anteil Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation), GWL (Gemeinwirtschaftliche Leistungen LUKS AG, Lups, private Spitäler, private Dritte), weitere Beiträge (u. a. Zentrum für Hausarztmedizin der Universität Luzern, Fachstelle Suchtberatung, Krebsregister, Projektbeiträge Gesundheitsförderung und Prävention, HPV-Impfprogramm). Bei der Betrachtung der Beiträge an die stationären Spitalbehandlungen ist zu beachten, dass im Jahr 2020 die Spitäler während rund zweier Monate aufgrund der Covid-19-Pandemie keine elektiven Eingriffe vornehmen durften. Im Jahr 2021 wurde ein Teil dieser Eingriffe nachgeholt.

Unser Rat geht davon aus, dass die Kosten im Gesundheitswesen generell und damit auch der finanzielle Beitrag des Kantons Luzern an die Gesundheitsversorgung aufgrund der künftigen Entwicklungen auch in den nächsten Jahren weiter steigen werden. Als Gründe für diese Entwicklung sind insbesondere die Alterung der Gesellschaft und die damit verbundene steigende Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, der medizintechnische Fortschritt (z. B. neue medikamentöse Therapien) und der grosse Erneuerungsbedarf bei den Spitalinfrastrukturen (siehe Kap. 2.5.2 sowie 5.2.4.3) zu nennen.

2.5.2 Eigner der kantonalen Spitalunternehmen

Ein massgeblicher Teil der Spitalversorgung im Kanton Luzern wird durch das LUKS und die Lups erbracht. Beide Unternehmen gehören zu 100 Prozent dem Kanton.

Unser Rat legt in seiner [Eignerstrategie](#) die wirtschaftlichen, ökologischen und sozialen Zielvorgaben fest. Darin sind insbesondere auch Vorgaben zum maximalen Verschuldungsgrad und zur EBITDA-Marge¹³ festgehalten. Zeichnet sich ab, dass die Vorgaben nicht erreicht werden, müssen Massnahmen ergriffen werden. Zwischen dem GSD und dem LUKS (resp. der Lups) findet hierzu ein institutionalisierter, strukturierter, regelmässiger Austausch statt. Seit 2024 nimmt auch das Finanzdepartement (FD) an diesen Sitzungen teil.

Das LUKS und die Lups weisen einen grossen Erneuerungsbedarf bei den Spitalbauten auf. Insbesondere beim LUKS sind neben den Neubauten in Wolhusen und Sursee auch am Standort Luzern grosszyklische bauliche Investitionen in der Umsetzung (Neubau Frauenklinik-Kinderspital) oder in Planung (Neubauten ambulantes und stationäres Zentrum). Diese Projekte sind aufgrund des Alters der bestehenden Spitalgebäude, der gestiegenen regulatorischen Anforderungen an Spitalbauten und für eine zukunftsgerichtete und prozessoptimierte Weiterentwicklung der Spitalversorgung (insb. Ambulantisierung) unerlässlich. Insgesamt ist bis 2035 von einem Bauvolumen von mehr als einer Milliarde Franken auszugehen. Wie alle Spitäler in der Schweiz stehen jedoch auch das LUKS und die Lups vor grossen finanziellen Herausforderungen. Stagnierenden Tarifen stehen in den letzten Jahren stark gestiegene Kosten (Teuerung, Energiekosten, Lohnmassnahmen usw.) gegenüber, welche die längerfristige Investitionsfähigkeit der beiden Unternehmen zunehmend gefährden. Einerseits sind deshalb die Unternehmen gefordert, dass sie gegenüber den Krankenversicherern auf sachgerechte Tarife pochen und selber stetig ihre Effizienz in Bezug auf Angebote und Prozesse verbessern. Andererseits ist der Kanton in der Pflicht, die nicht über die Tarife gedeckten Kosten von durch ihn bestellten Leistungen vollständig abzugelten, sofern das Unternehmen keine Möglichkeit hat, diese Unterfinanzierungen durch andere gewinnbringende Leistungen zu subventionieren. Verzichtet der Kanton auf eine vollständige Ausfinanzierung des Defizits und gibt es keine Anzeichen für eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit, dann ist das Unternehmen aufgrund der Rechnungslegung von Swiss GAAP FER gezwungen, eine Wertberichtigung (Impairment) auf seinen Investitionen vorzunehmen. Beim Impairment-Test, der jährlich durchgeführt wird, geht es vereinfacht gesagt darum, zu prüfen, ob mit den Anlagenutzungskosten (Abschreibungen) während der Lebensdauer des Anlageguts (z. B. Gebäude) eine schwarze Null erwirtschaftet werden kann. Ist dies nicht der Fall, muss der Wert des Anlageguts so weit reduziert werden, dass eine schwarze Null möglich ist. Ein Impairment schmälert die Eigenkapitalbasis eines Unternehmens und schwächt seine Investitionsfähigkeit weiter, da Fremdkapital nicht mehr oder nur zu schlechteren Konditionen beschafft werden kann.

Führt die Reduktion im Eigenkapital durch eine ausserordentliche Wertberichtigung gar zu einer bilanziellen Überschuldung des Unternehmens, müsste der Kanton als Eigner zur Stabilisierung des Unternehmens letztlich Sanierungsmassnahmen ergreifen, wie dies der Kanton Aargau im Jahr 2023 mit einem ausserordentlichen Beitrag von 240 Millionen Franken an das Kantonsspital Aarau leisten musste.

¹³ EBITDA (Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization) = Gewinn vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen auf Sachanlagen und Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände.

Zur Überprüfung der Angebotsstrategie, des Immobilienbedarfs und der Finanzierung der notwendigen Investitionen des LUKS ist ein Projekt mit Vertretungen seitens LUKS, GSD und FD in Arbeit. Bei der Lups wird per 2025 eine Aktienkapitalerhöhung geprüft, um ihre Investitionsfähigkeit zu sichern. Diese Aktienkapitalerhöhung steht im Zusammenhang mit der durch die Lups geleisteten Vorfinanzierung des neuen Wohnheims Sonnegarte.

3 Übergeordnete Themen

Dieses Kapitel behandelt übergeordnete Themen, die einerseits die ambulanten (Kap. 4) und stationären (Kap. 5) Versorgungsleistungen gleichermaßen betreffen und/oder andererseits mit diesen Versorgungsbereichen verknüpft sind respektive diese ergänzen. Den Themen ist gemeinsam, dass sie in den letzten Jahren aufgrund diverser Entwicklungen an Bedeutung gewonnen haben. Es handelt sich namentlich um folgende Themen:

- Fachkräftemangel in den Gesundheitsberufen (Kap. 3.1),
- Digitalisierung und digitale Transformation im Gesundheitswesen (Kap. 3.2),
- integrierte Gesundheitsversorgung (Kap. 3.3),
- Gesundheitsförderung und Prävention (Kap. 3.4),
- Palliativversorgung (Kap. 3.5),
- weitere Elemente der Gesundheitsversorgung (Kap. 3.6).

3.1 Fachkräftemangel

Auch im Schweizer Gesundheitswesen besteht ein ausgeprägter Fachkräftemangel, der sich mit der Covid-19-Pandemie noch weiter verstärkt hat. Dieser Fachkräftemangel hat systemische Ursachen, die den ganzen Arbeitsmarkt und alle Branchen betreffen: Aufgrund der demografischen Entwicklung (Alterung, Geburtenrückgang) werden in den kommenden Jahren mehr Personen altersbedingt aus dem Arbeitsmarkt ausscheiden als in diesen eintreten können. Dazu kommt ein verstärktes Bedürfnis der Arbeitnehmenden nach einer ausgewogenen «Work-Life-Balance», mitunter auch zur besseren Vereinbarkeit von Arbeit und Familie. Da alle Branchen um immer weniger verfügbare personelle Ressourcen kämpfen, stellt sich deshalb weniger die Frage, wie der Fachkräftemangel bekämpft, sondern wie er bewältigt werden kann. Dabei kommt den branchenspezifischen Arbeits- und Einstellungsbedingungen eine zentrale Bedeutung zu. Und diesbezüglich zeigen sich im Gesundheitswesen klare Nachteile wegen der Nacht- und Wochenendarbeit, der hohen psychischen Belastung und des Lohnniveaus. Dies führt zu vorzeitigen Austritten aus dem Beruf und zu Nachwuchsproblemen. Aufgrund der Systemrelevanz der Medizinal- und Gesundheitsberufe sind entsprechende Massnahmen umso dringlicher.

Gemäss dem [Fachkräftemangel-Index Schweiz](#) von Adecco und der Universität Zürich belegen die Spezialistinnen und Spezialisten der Medizinal- und Gesundheitsberufe (Ärzeschaft, Pflege, Pharmazie) den ersten Platz beim Fachkräftemangel-Ranking. Bereits vor der Pandemie bestand in diesen Berufsgruppen ein deutlicher Fachkräftemangel. Als massgebliche Gründe dafür werden angeführt, dass in der Schweiz zu wenig spezialisiertes Medizinal- und Gesundheitspersonal ausgebildet und ein

beträchtlicher Anteil im Ausland rekrutiert werde, um die bestehende Nachfrage decken zu können.¹⁴

Vor allem in den Pflege- und Betreuungsberufen (wie auch in den medizinisch-technischen Berufen) akzentuiert sich dieser Fachkräftemangel. Gemäss dem Versorgungsbericht des Obsan zum [Gesundheitspersonal in der Schweiz](#) beträgt der Bedarf an diplomierten Pflegefachpersonen bis ins Jahr 2029 40'000 Personen. In der Zentralschweiz besteht ein Nachwuchsbedarf von rund 3600 Personen auf der Tertiärstufe (Pflege HF und FH) und rund 2600 Personen auf Sekundarstufe II (Fachangestellte Gesundheit (FaGe), Assistentin oder Assistent Gesundheit und Soziales (AGS)).

Auch bei der Ärzteschaft bestehen Nachwuchsprobleme, da geburtenstarke Jahrgänge in Pension gehen. Zudem arbeiten jüngere Ärztinnen und Ärzte vermehrt in einem Teilzeitpensum, was zu einem kleineren Angebot führt. In letzter Zeit ist auch vermehrt eine begrenzte Verfügbarkeit von medizinischem Praxispersonal auf dem Arbeitsmarkt zu beobachten. Dies ist allenfalls mit den heute ungenügenden Möglichkeiten zur Berufs- und Laufbahnentwicklung in Verbindung zu bringen, wobei sich die 2015 eingeführte Weiterbildung zur medizinischen Praxiskoordinatorin (MPK) grundsätzlich bewährt. Mit ähnlichen Problemen sehen sich mittlerweile auch andere Berufsgruppen konfrontiert (z. B. Apothekerinnen und Apotheker).

Der Fachkräftemangel wurde im Rahmen der diversen Erhebungen (Echo-Veranstaltungen, Arbeitsgruppen, bilaterale Gespräche, Befragungen) von der Mehrheit der involvierten Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern als eine der grössten aktuellen und künftigen Herausforderungen identifiziert. In den Diskussionen und schriftlichen Rückmeldungen wurden zahlreiche Massnahmen genannt, die von der Ausbildung über die Kompetenzen (Personaleinsatz) bis hin zu den Arbeitsbedingungen reichen. Bund, Kantone, Leistungserbringende und Bildungsinstitutionen sind gleichermassen gefordert, in ihren Zuständigkeitsbereichen.¹⁵ effektive Massnahmen umzusetzen, um gemeinsam dem Fachkräftemangel zu begegnen.

Im Folgenden wird geschildert, mit welchen Massnahmen der Kanton Luzern dem Fachkräftemangel in den Berufsfeldern der Ärztinnen und Ärzte, der Apothekerinnen und Apotheker sowie der Pflegefachpersonen aktuell begegnet und künftig begegnen will.

Auch die Langzeitpflege und die Psychiatrie sind vom Fachkräftemangel betroffen. Die Massnahmen im Rahmen der Pflegeinitiative adressieren daher die Leistungserbringenden des gesamten Gesundheitsbereichs. Auch der [Planungsbericht B 83](#) über die psychiatrische Versorgung im Kanton Luzern vom 7. September 2021 hat bezüglich des Fachkräftemangels in der Psychiatrie Massnahmen definiert.

¹⁴ Gemäss Obsan beträgt der Anteil des diplomierten Pflegefachpersonals mit einem ausländischen Diplom in Schweizer Spitälern und Pflegeheimen im Jahr 2019 30 Prozent. Auf ein ähnliches Resultat kommt die FMH-Ärztetastistik in Bezug auf die Ärzteschaft (FMH = Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte [Foederatio Medicorum Helveticorum]).

¹⁵ Die übergeordneten Rahmenbedingungen liegen in der Kompetenz von Bund (Tarife) und Kantonen (Bildungsangebot, Berufsausübungsbewilligungen). Die Arbeitsbedingungen, die Definition des Personaleinsatzes und Massnahmen zur Förderung des Personalerhalts sind in erster Linie Aufgaben der Leistungserbringenden. Die Sicherstellung und Weiterentwicklung der Aus-/Weiterbildung liegen in der Zuständigkeit der Bildungsinstitutionen.

Für viele weitere Berufsgruppen stellt der Fachkräftemangel ebenfalls eine grosse Herausforderung dar. Ausführungen dazu folgen in Kapitel [4.3.2](#).

3.1.1 Ärztinnen und Ärzte

Der Fachkräftemangel beim medizinischen Personal zeigt sich insbesondere in der Hausarztmedizin¹⁶, aber auch in weiteren ärztlichen Fachbereichen wie beispielsweise in der Kinder- und Jugendmedizin, der Psychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Der Kanton Luzern ist bereits seit längerem aktiv geworden und fördert die Weiterbildung von zukünftigen Hausärztinnen und Hausärzten sowie Psychiaterinnen und Psychiatern mit verschiedenen Aktivitäten und Projekten.

Joint Medical Master der Universitäten Luzern und Zürich

Seit Herbst 2020 absolvieren pro Jahr rund 40 Studierende ihr [Masterstudium Humanmedizin an der Universität Luzern](#), das in Zusammenarbeit mit der Universität Zürich angeboten wird. Der Joint Medical Master gehört seit 1. Februar 2023 zur neu geschaffenen Fakultät für Gesundheitswissenschaften und Medizin der Universität Luzern. Im Herbst 2023 haben 31 Studierende aus dem ersten Jahrgang das Studium erfolgreich abgeschlossen.

In der praxisbezogenen Ausbildung lernen die Studierenden die Aufgaben und Rollen von Ärztinnen und Ärzten in den verschiedenen Gesundheitssektoren kennen. Ziel der Ausbildung ist das erfolgreiche Absolvieren der Eidgenössischen Abschlussprüfung, die Voraussetzung für den Beginn der ärztlichen Weiterbildung ist. Schwerpunkte im Curriculum sind die medizinische Grundversorgung und die interprofessionelle Zusammenarbeit. Die Ausbildung findet vorwiegend in der Versorgungsregion Zentralschweiz statt und bietet viel interaktiven Kleingruppenunterricht. Das LUKS, die Lups, die Klinik St. Anna und das Schweizer Paraplegiker-Zentrum (SPZ) sind Partnerinstitutionen.

Ein Ausbau des Medical Masters könnte zu einer Stärkung der Luzerner Gesundheitsversorgung und zu einem Anziehungspunkt für angehende Ärztinnen und Ärzte führen (Anzahl Studienplätze, Flexibilisierung während des Studiums usw.). Gespräche über einen Ausbau des Programms sind am Laufen.

Weiterbildung zum ersten Facharztstitel

Für Ärztinnen und Ärzte, die sich in Weiterbildung zum ersten eidgenössischen Weiterbildungstitel befinden, wurden die Spitäler im Kanton Luzern im Jahr 2023 mit 20'000 Franken pro Weiterbildungsstelle¹⁷ vom Kanton unterstützt. Gesamthaft unterstützte der Kanton im Jahr 2023 so die Weiterbildung zu einem Facharztstitel von 504 Ärztinnen und Ärzten (Vollzeitäquivalente) mit rund zehn Millionen Franken.

Förderung der hausärztlichen Versorgung

Schweizweit besteht ein Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten, der in den kommenden Jahren aufgrund diverser Entwicklungen noch zunehmen wird (mehr dazu in Kap. [4.3.1.1](#)). Gemäss [FMH](#) wird damit nicht nur die medizinische Versorgungssicherheit für die Bevölkerung gefährdet, auch die Kosten werden dadurch steigen.

¹⁶ Ausgeprägt ist der Mangel in der Hausarztmedizin auch in Pflegeheimen, wo sich die Behandlung multimorbider Patientinnen und Patienten zunehmend als anspruchsvoller erweist.

¹⁷ 2024: 25'000 Franken, 2025: 30'000 Franken pro Weiterbildungsstelle

Der Kanton Luzern hat deshalb bereits vor einigen Jahren Massnahmen getroffen, um die Hausarztmedizin zu fördern.

Kantonales Praxisassistentenprogramm

Seit rund elf Jahren unterstützt der Kanton Luzern die (ärztliche) Weiterbildung von angehenden Hausärztinnen und Hausärzten zusammen mit dem heutigen Zentrum für Hausarztmedizin und Community Care der Universität Luzern, der Luzerner Ärztesgesellschaft, der Vereinigung Luzerner Hausärzte (VLuHa), dem LUKS und den ärztlichen Lehrpraktikern in den Arztpraxen mit einem kantonalen Praxisassistentenprogramm. Ziel dieser Massnahme ist es, die Attraktivität des Hausarztberufes zu steigern (Nachwuchsförderung) und somit mittel- bis langfristig eine gute medizinische Grundversorgung im ambulanten Sektor im gesamten Kantonsgebiet zu gewährleisten.

Der Kanton beteiligt sich beim Praxisassistentenprogramm dabei substantiell an den Lohnkosten der angehenden Fachärztinnen und Fachärzte; im Jahr 2023 waren dies rund 684'000 Franken. Teilnehmen können Assistenzärztinnen und -ärzte, die sich in Weiterbildung zu einem Facharztstitel der Grundversorgung befinden und Interesse zeigen, nach Erlangung des Facharztstitels einer Praxistätigkeit im Kanton Luzern nachzugehen. Die Praxisassistentenz wird in einer Grundversorgerpraxis absolviert.

Zwischen 2013 und 2023 haben 130 Ärztinnen und Ärzte, die am Praxisassistentenprogramm teilgenommen haben, einen Weiterbildungstitel erlangt¹⁸. Davon haben 95 Ärztinnen und Ärzte den Facharzt «Allgemeine Innere Medizin» und 27 den Titel «Kinder- und Jugendmedizin» erworben.

Per Ende 2023 verfügen insgesamt 90 Fachärztinnen und Fachärzte, die das Praxisassistentenprogramm in den letzten elf Jahren absolviert haben, über eine Betriebsausübungsbewilligung des Kantons Luzern. Von den Absolvierenden dieses Programms waren Ende 2023 verteilt über den ganzen Kanton Luzern insgesamt 79 «praxistätig»: 22 in der Stadt Luzern, 10 im Wahlkreis Luzern-Land, 19 im Wahlkreis Sursee, 19 im Wahlkreis Hochdorf, 6 im Wahlkreis Willisau und 3 im Wahlkreis Entlebuch. Das Praxisassistentenprogramm leistet einen wichtigen Beitrag dazu, dass sich weiterbildende Ärztinnen und Ärzte auch in ländlichen Regionen des Kantons Luzern niederlassen. Das Programm hat sich bewährt und soll deshalb weitergeführt und ausgeweitet werden.

Curriculum Hausarztmedizin

Mit dem Curriculum Hausarztmedizin soll ebenfalls die Attraktivität der Hausarztmedizin gesteigert werden. Aufbauend auf dem kantonalen Praxisassistentenprogramm koordiniert der Verein für Hausarztmedizin & Community Care Luzern (VHAM & CC Luzern) in enger Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Hausarztmedizin und Community Care der Universität Luzern (ZHAM & CC) ein attraktives Curriculum Hausarztmedizin. Assistenzärztinnen und -ärzte, die sich in fortgeschrittener Weiterbildung befinden, können mit diesem Curriculum ihre Facharztausbildung in Allgemeiner Innerer Medizin in spezialisierten Fächern (Rotationsstellen) vervollständigen.

¹⁸ Sechs Ärztinnen und Ärzte haben den Weiterbildungstitel «Praktischer Arzt/praktische Ärztin» und je eine Person den Titel «Dermatologie und Venerologie» respektive den Titel «Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates» erworben.

Zwischen 2019 und 2023 absolvierten insgesamt 36 Assistenzärztinnen und -ärzte ein Curriculum Hausarztmedizin.

In Zusammenarbeit mit dem LUKS, der Lups, der Orthopädischen Klinik Luzern (Klinik St. Anna) sowie dem Zentrum für Schmerzmedizin am SPZ wurden attraktive Rotationsstellen mit gemeinsamen Lernzielen geschaffen. Auch das Curriculum Hausarztmedizin wird im Rahmen des Praxisassistentenprogramms vom Kanton mitfinanziert (im Jahr 2023 mit rund 50'000 Franken). Das Curriculum beinhaltet ein intensivierte Weiterbildungsprogramm mit ein bis drei Rotationsstellen in spezialisierten Kliniken von jeweils sechs Monaten Dauer im vorwiegend ambulanten Bereich und ist somit auf die Bedürfnisse der Hausarztmedizin zugeschnitten. Die Dauer des Curriculums umfasst sechs Monate bis maximal 1,5 Jahre (exkl. Praxisassistenten). Das Curriculum umfasst die Fächer Dermatologie, Rheumatologie/Orthopädie, Hals-, Nasen-, Ohren- und Gesichtschirurgie, Anästhesie, Psychiatrie, Pädiatrie, Schmerzmedizin, Kardiologie (KSOW), Notfallmedizin (KSOW) und Forschungsassistenten.

3.1.2 Apothekerinnen und Apotheker

Auch in den Apotheken im Kanton Luzern besteht ein Fachkräftemangel, wobei sowohl Apothekerinnen und Apotheker wie auch Pharma-Assistentinnen und Pharma-Assistenten betroffen sind. Derzeit ist es vor allem schwierig, freie Stellen mit Apothekerinnen und Apothekern mit Weiterbildungstitel zu besetzen, was seit 1. Januar 2018 für die Leitung einer Apotheke erforderlich ist. Analog zum hausärztlichen Praxisassistentenprogramm erarbeitet das GSD zusammen mit der Universität Luzern und dem Luzerner Apothekerverein ein Förderprogramm (Apotheken-Assistentenprogramm), um in Zukunft mehr Personen den Fachapothekertitel zu ermöglichen.

Vorgesehen ist, dass der Kanton diese Weiterbildung ab 2024 mit maximal 10'000 Franken pro öffentliche Apotheke jährlich unterstützt. Gesamthaft sollen 300'000 Franken pro Jahr zur Verfügung gestellt werden, das entspricht den Mitteln für 30 Apothekerinnen und Apotheker in Weiterbildung. Der Kanton Luzern nimmt mit dem Apotheken-Assistentenprogramm eine Pionierrolle ein. Geplant ist, dass bereits im Jahr 2024 Studienabgängerinnen und -abgänger davon profitieren können.

3.1.3 Pflegefachpersonen

Gemäss [Prognosen des Obsan](#) lassen sich für die Zentralschweiz bis 2029 mit dem verfügbaren Nachwuchs 78 Prozent des Bedarfs an Pflegefachpersonen auf der Tertiärstufe (HF und FH) und 86 Prozent der Sekundarstufe II (FaGe und AGS) decken. Die Zentralschweiz steht damit verglichen mit der Gesamtschweiz leicht besser da. Es sind aber dennoch dringend umfassende Massnahmen im Umgang mit dem Fachkräftemangel gefragt. Für den Zeitraum von 2019 bis 2029 besteht im Kanton Luzern ein Nachwuchsbedarf von rund 2020 Personen beim Pflegefachpersonal auf Tertiärstufe und von 2780 Personen auf Sekundarstufe II. Auf Sekundarstufe II sind zur Deckung dieses Nachwuchsbedarfs mehr Abschlüsse nötig, da die Mehrheit der Fachpersonen Gesundheit ihre Ausbildung in Richtung Tertiärstufe fortsetzt.

Ausbildungsverpflichtung für Pflegebetriebe

Der Kanton Luzern kennt bereits seit 2012 für die Spitäler und seit 2014 auch für die Pflegeheime und Spitex-Organisationen das System der Ausbildungsverpflichtung für Pflegeabschlüsse auf der Sekundarstufe II und der Tertiärstufe. Demnach sind die Betriebe im Verhältnis zu ihrer Betriebsgrösse (Personal oder erbrachte Leistungen)

verpflichtet, jährlich eine bestimmte Anzahl von Pflegepersonen beider Ausbildungsniveaus auszubilden. Betriebe, die ihr Ausbildungs-Soll nicht erreichen, haben eine Ausgleichszahlung zu entrichten (Malus), die an jene Betriebe verteilt wird, die ihre Vorgabe übererfüllen (Bonus). Die Ausbildungsverpflichtung ist als Erfolg zu werten, denn der Kanton Luzern schneidet zusammen mit der Zentralschweiz in Bezug auf die Pflegeabschlüsse besser ab als die übrige Schweiz. Die Ausbildungsverpflichtung ist – trotz der Ausbildungsoffensive für die Pflegeabschlüsse der Tertiärstufe – unbedingt für die Abschlüsse auf der Sekundarstufe II weiterzuführen. Dabei werden die Zielvorgaben an die aktuellsten Bedarfsprognosen des Obsan angepasst mit dem Ziel, auch auf der Sekundarstufe II die Zahl der Abschlüsse bis 2029 um 20 Prozent zu steigern.

Umsetzung der Pflegeinitiative

Gemäss dem neuen Verfassungsartikel «Pflege» (Art. 117b [BV](#)) anerkennen und fördern Bund und Kantone die Pflege als wichtigen Bestandteil der Gesundheitsversorgung und sorgen für eine ausreichende, allen zugängliche Pflege von hoher Qualität. Sie stellen sicher, dass eine genügende Anzahl diplomierter Pflegefachpersonen für den zunehmenden Bedarf zur Verfügung steht und dass die in der Pflege tätigen Personen entsprechend ihrer Ausbildung und ihren Kompetenzen eingesetzt werden.

Der neue Verfassungsartikel wird seit dem 1. Juli 2024 in einer ersten Etappe mit einer auf acht Jahre ausgelegten Ausbildungsoffensive gemäss dem neuen Bundesgesetz über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege vom 16. Dezember 2022 (SR [811.22](#)) umgesetzt. Die Kantone haben dabei folgende Aufgaben:

- Schaffung einer Ausbildungsverpflichtung für die praktische Ausbildung von Pflegefachpersonen der Tertiärstufe an höheren Fachschulen (HF) und Fachhochschulen (FH) für Spitäler, Pflegeheime und Spitex-Organisationen sowie Gewährung von Beiträgen für die von diesen erbrachten Ausbildungsleistungen,
- Gewährung von Beiträgen an die höheren Fachschulen in Pflege zwecks bedarfsgerechter Erhöhung der Anzahl Ausbildungsabschlüsse,
- Gewährung von Ausbildungsbeiträgen zur Sicherung des Lebensunterhalts an Personen, die den Bildungsgang Pflege HF oder den Studiengang in Pflege FH absolvieren möchten und Wohnsitz im Kanton haben.

Die Umsetzung der Ausbildungsoffensive im Kanton Luzern regelt das Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege (EGFAPG) vom 18. März 2024 (SRL Nr. [810](#)). Die Umsetzung erfolgt soweit sinnvoll in Koordination mit den übrigen Zentralschweizer Kantonen. Sie wird im Kanton Luzern in den nächsten acht Jahren zu geschätzten Kosten von durchschnittlich 9,5 Millionen Franken pro Jahr führen. Der Bund wird sich maximal zur Hälfte an den Kosten für die ausgerichteten Leistungen beteiligen, wobei er seine verfügbaren Mittel bereits ein erstes Mal gekürzt hat. Die Gemeinden haben sich mit 30 Prozent an den nach Abzug der Bundesbeiträge verbleibenden Kosten der Beiträge an die Betriebe und der Ausbildungsbeiträge zu beteiligen.

Ziel der Ausbildungsoffensive im Kanton Luzern ist es, die Anzahl Abschlüsse in der Pflege HF und FH bis 2029 um 20 Prozent zu steigern, um den vom Obsan errechneten Bedarf zu decken. Für die Einzelheiten, insbesondere die vorgesehene konkrete Umsetzung, wird auf die Vorlage verwiesen.

Im Hinblick auf die *zweite Etappe* hat der Bundesrat am 8. Mai 2024 die Vernehmlassung zum Vorentwurf zum Bundesgesetz über die Arbeitsbedingungen in der Pflege (BGAP) eröffnet. Das Bundesgesetz sieht Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und zur Förderung der beruflichen Entwicklung der Pflegeberufe vor. Teil der Vorlage ist auch eine Revision des Bundesgesetzes über die Gesundheitsberufe (GesBG; SR [811.21](#)). Damit sollen neu die beruflichen Kompetenzen der Pflegeexpertinnen und -experten APN und die Voraussetzungen für die selbständige Berufsausübung geregelt werden.

Weitere Massnahmen

Der Kanton Luzern hat teilweise alleine und teilweise im Rahmen der Zentralschweizer Gesundheitsdirektorenkonferenz (ZGDK) zusammen mit dem Bildungszentrum Gesundheit Zentralschweiz (XUND) eine Vielzahl von weiteren Massnahmen und Stossrichtungen zur Verbesserung der Pflegeversorgung identifiziert. Diese befinden sich teilweise bereits in der Umsetzung, in Vorbereitung oder in Evaluation. Folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Massnahmen, deren Umsetzungsstand und die beteiligten Akteurinnen und Akteure.

Handlungsfeld	Konkrete Massnahmen, mögliche Stossrichtungen	Verantwortliche und Beteiligte	Status
Rekrutierung	Kampagne Wiedereinstieg Diplompflege	XUND OdA, ZGDG/ZFG, Branchen/Betriebe	lanciert 2020
	Kampagne Quereinstieg Diplompflege	XUND OdA, Branchen/Betriebe	lanciert 2022
	Weiterführung Präsenz Zentralschweizer Bildungsmesse, Durchführung von Informationsveranstaltungen und Schnuppertagen	XUND OdA, Branchen/Betriebe	ständiger Auftrag
Ausbildung	Strategisches Programm Flow3X (Fokus Weiterentwicklung FaGe und Praxistraining stufenübergreifend)	XUND OdA und Bildungszentrum	in Arbeit
	FaGe Erwachsene (BBZG Sursee und GIBZ Zug)	Kantone LU/ZG	umgesetzt
	Förderung und Stärkung der Rolle der Berufsbildenden in der Praxis	Betriebe, XUND OdA und Bildungszentrum, Bund/Kantone	in Arbeit
	Programm Perspektive Pflege	Kanton LU (offen für ZCH), XUND	in Arbeit
	Konzept einer FH-Ausbildung Pflege in der Zentralschweiz	Hochschule Luzern (HSLU), XUND	in Arbeit
	Einsatz von Pflegeexpertinnen und -experten APN in Hausarztpraxen/Physician Associates (PA)	Kanton LU, VHAM & CC Luzern	in Arbeit
Personaleinsatz	Organisationsentwicklungsprozesse als Führungsaufgabe, für einen bedarfsschonenden und kompetenzgerechten Personaleinsatz	Betriebe/Branchen Bund/Kantone	ständiger Auftrag im Rahmen Umsetzung Pflegeinitiative
	Entlastung des Gesundheits-/Pflegepersonals von admin. und fachfremden Aufgaben		
	Massnahmen auf Systemebene (z. B. integrierte Gesundheitsversorgungsmodelle)		
Personalerhalt	Verbesserte Arbeitsbedingungen (Förderungs- und Hinderungsfaktoren für den Berufsverbleib)	Betriebe/Branchen Bund/Kantone	ständiger Auftrag im Rahmen Umsetzung Pflegeinitiative
	Übergang von der Ausbildung in den Arbeitsmarkt	XUND OdA und Bildungszentrum, Betriebe	in Arbeit

Tab. 7: Massnahmen zur Förderung der Gesundheitsfachpersonen in der Pflege

Quelle: Interne Daten des GSD

Bemerkungen: XUND (Bildungszentrum Gesundheit), XUND OdA (Berufsbildungsverband der Zentralschweizer Alters- und Pflegezentren, Spitäler und Spitex-Organisationen), ZGDG (Zentralschweizer Gesundheitsdirektorinnen- und -direktorenkonferenz), ZFG (Zentralschweizer Fachgruppe Gesundheit), VHAM & CC Luzern, HSLU.

Im Folgenden werden die wichtigsten Massnahmen beschrieben:

Quer- und Wiedereinstiegsprogramme

Im Sommer 2022 wurde eine Kampagne zur Förderung des Quereinstiegs lanciert. Diese hat zum Ziel, den Anteil an Quereinsteigenden von aktuell 20 Prozent deutlich anzuheben. Für den Quereinstieg in die Diplompflege gibt es den Weg einer angepassten Ausbildung (Dauer drei Jahre) an der Höheren Fachschule mit gleichzeitiger praktischer Tätigkeit in einem Ausbildungsbetrieb. Voraussetzung dafür ist eine abgeschlossene Grundbildung.

Ebenfalls ein grosses Potenzial liegt bei diplomierten Pflegefachpersonen, die den Pflegeberuf vorzeitig verlassen haben. Nebst dem Diplom auf Tertiärstufe bringen diese Personen wertvolle Berufs- und Lebenserfahrung mit. Besonders die Betriebe der Langzeitpflege sind interessiert an diplomierten Pflegefachkräften, die in ihren Beruf zurückkehren. Die Kampagne «wiedereinsteigen.ch» ist unter einer breit abgestützten Trägerschaft entstanden und wird finanziell (Entwicklung und Lancierung) durch die Zentralschweizer Kantone unterstützt – auch in diesem Bereich findet eine gute interkantonale Zusammenarbeit statt. Einerseits sollen mit einer zielgruppenorientierten Webseite (Porträts, Beratungsangebote, Online-Umfrage, Checkliste und Arbeitgeberübersicht) Personen zur Rückkehr in ihren Beruf motiviert werden, andererseits sollen auch die Arbeitgebenden für das ungenutzte Potenzial und die spezifischen Bedürfnisse dieser Zielgruppe sensibilisiert werden. Wenn die Rückkehr in den Beruf über einen Weiterbildungskurs oder ein ähnliches Unterstützungsangebot führt, unterstützen Bund und Kanton Wiedereinsteigende finanziell. Interessierte aus dem Kanton Luzern haben die Möglichkeit, eine einmalige Unterstützungsleistung von bis zu 5000 Franken zu beantragen.

Beide Programme werden über 2024 hinaus weitergeführt und teilweise auf die Abschlüsse der Sekundarstufe II ausgeweitet.

Neue Studiengänge an der Fachhochschule (FH) im Bereich Pflege

An der Hochschule Luzern werden ab dem Herbstsemester 2024 neue Pflegestudiengänge FH (Bachelor- und Masterstufe) geschaffen. Die Zentralschweiz verfügt bisher über kein eigenes solches Ausbildungsangebot. Studierende müssen deswegen für eine solche Ausbildung die Region verlassen und steigen deshalb vielfach andernorts ins Berufsleben ein. Diese Pflegefachpersonen fehlen anschliessend in der Zentralschweiz. Den Zentralschweizer Gesundheitsbetrieben entstehen durch die fehlenden Ausbildungsangebote gewisse Nachteile: Unterdurchschnittliche Ausbildungsquoten im nationalen Vergleich, unbesetzte Praktikumsplätze und Talentabwanderung. Mit einem eigenen Studienangebot kann das Rekrutierungspotenzial besser ausgeschöpft werden.

Die neuen Aus- und Weiterbildungsangebote bestehen aus einem regulären dreijährigen Bachelorstudiengang im Bereich Pflege FH, einem verkürzten Bachelorstudiengang von eineinhalb Jahren für dipl. Pflegefachpersonen HF und einem Masterstudium zur «Advanced Practice Nurse»¹⁹. Rückmeldungen aus der Praxis und aktuelle Entwicklungen im Gesundheitswesen zeigen Bereiche auf, bei denen Schwerpunkte

¹⁹ Zusätzlich soll ein revidierter Bachelorlehrgang «Medizintechnik/Life Science» angeboten werden.

gesetzt werden sollen – so etwa in den Bereichen Digitalisierung/hybride Versorgungsmodelle, psychosoziale Gesundheit, Alter/Demenz, Rehabilitation und Gesundheitsmanagement.

Pflegeexpertinnen und -experten APN

Pflegeexpertinnen und -experten APN sind qualifizierte Pflegefachpersonen, die im Rahmen eines Masterstudiums das Wissen und die Fähigkeiten erworben haben, die insbesondere für die Pflege von Menschen mit chronischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und komplexen Pflegesituationen erforderlich sind.

Das GSD hat im April 2024 zusammen mit dem ZHAM & CC das Luzerner Modell «Pflegeexpertinnen und -experten APN in der Grundversorgung» offiziell gestartet. Dabei werden Pflegeexpertinnen und -experten APN während zweier Jahre in vier bis fünf Hausarztpraxen im Kanton Luzern eingesetzt. Das Projekt verfolgt zwei Ziele: Erstens soll eine Kosten-Nutzen-Analyse zum Einsatz von Pflegeexpertinnen und -experten APN in den Hausarztpraxen erstellt werden. Zweitens wird ein breit abgestütztes Konsens-Statement zu den Tätigkeiten von Pflegeexpertinnen und -experten APN in Hausarztpraxen und der modernen, interprofessionellen Zusammenarbeit erarbeitet. Das Budget für das Projekt beträgt rund 250'000 Franken. Der Kanton Luzern nimmt damit eine Vorreiterrolle bei der Einbindung von Pflegeexpertinnen und -experten APN in Hausarztpraxen ein.

Der Einsatz von Pflegeexpertinnen und -experten APN ist eine wichtige Massnahme, um dem Fachkräftemangel zu begegnen. Ziel des Modells ist es unter anderem, einen Beitrag zu einer spürbaren Entlastung der Hausärztinnen und -ärzte zu leisten. Gleichzeitig führt das Modell dazu, dass der Pflegeberuf durch Kompetenzerweiterungen attraktiver wird. Denn die Pflegeexpertinnen und -experten APN können neue wichtige Pflegekompetenzen in eine Arztpraxis einbringen und gewisse delegierte ärztliche Tätigkeiten übernehmen. Beispiele dafür sind Hausbesuche oder die Betreuung und Visiten in Alters- und Pflegeheimen (z. B. erste Abklärungen für Diagnose und Behandlungen). Ein Pilotprojekt mit einer Pflegeexpertin im luzernischen Aesch hatte bereits im Jahr 2022 aufgezeigt, dass die Unterstützung durch die Pflegeexpertin zu einer Entlastung der Ärzteschaft geführt hat.

Weitere Einsatzfelder von Pflegeexpertinnen und -experten APN gibt es in Akutspitälern, Rehabilitationskliniken, Psychiatrien, Pflegeheimen oder Spitex-Organisationen.

Aktuell können Pflegeexpertinnen und -experten APN ihre erbrachten Leistungen nicht direkt zulasten der OKP abrechnen, weil sie nicht als Leistungserbringende gemäss [KVG](#) aufgelistet sind. Dies wäre aber wichtig, damit die durch Pflegeexpertinnen und -experten APN erbrachten Leistungen auch adäquat vergütet werden. Als erster Schritt dahin schlägt der Bund im Rahmen der Vernehmlassung zur Revision des [GesBG](#) vor, die fachlichen Kompetenzen der Pflegeexpertinnen und -experten APN und die Voraussetzungen für die fachlich selbständige Berufsausübung zu regeln.

Physician Associate (PA)

Die PA sind Gesundheitsfachpersonen mit einem CAS- (klinische Fachspezialistin, klinischer Fachspezialist) oder MAS-Abschluss (Physician Associate Skills). Sie übernehmen ärztlich delegierte klinisch-medizinische Aufgaben. Das Nutzenpotenzial liegt in der Entlastung der Ärzteschaft, der interprofessionellen Zusammenarbeit und der Optimierung von Patientenprozessen.

Das Berufsbild der PA ist vor allem in den Vereinigten Staaten und in Grossbritannien verbreitet und hat sich dort schon länger etabliert. Wie sich der Beruf der PA in der schweizerischen Gesundheitslandschaft in die anderen Berufe einordnen wird, ist noch ungewiss. Bisher bietet in der Schweiz nur die Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) einen Ausbildungsweg für die PA an: Den CAS-Studiengang Klinische Fachspezialistin/Klinischer Fachspezialist. Als Aufbaustudium bietet die ZHAW einen MAS in Physician Associate Skills an, der sich aus drei aufbauenden CAS zusammensetzt. Das GSD verfolgt die Entwicklung dieser Berufsgruppe weiter.

Begleitung in den Berufseinstieg

Steigen künftig aufgrund der erwähnten Massnahmen die Ausbildungszahlen, braucht es entsprechend mehr Berufsbildende in den Betrieben. Derzeit ist es schwierig, genügend Interessierte dafür zu finden. Die Betreuung der Lernenden und Studierenden ist jedoch eine Schlüssel- und Führungsfunktion, die es zu unterstützen gilt. Denn positive Erfahrungen in Bezug auf die Betreuung während der Ausbildung tragen dazu bei, dass die ausgebildeten Personen länger im Beruf arbeiten. Zurzeit gibt es insbesondere in den Bildungskommissionen und in den Branchenverbänden (OaA Gesundheit) Bestrebungen, um der Rolle der Berufsbildenden mehr Sichtbarkeit zu verleihen.

Der Gesundheitsbereich kann sich den Verlust von Pflegenden beim Übergang von der Ausbildung in den Arbeitsprozess sowie die Berufsaustritte des Pflege- und Betreuungspersonals wenige Jahre nach Ausbildungsabschluss nicht leisten. Nach der abgeschlossenen Ausbildung ist es wichtig, das Personal langfristig im Beruf halten zu können. Gelänge es, ausgebildetes Pflegepersonal über das ganze Berufsleben im Gesundheitswesen zu halten, liesse sich der Fachkräftemangel deutlich verringern. Für einen gelungenen Berufseinstieg ist es deshalb zentral, dass die Einarbeitung und die schrittweise Übernahme von Verantwortung geplant und eng begleitet werden. Gute Erfahrungen werden mit sogenannten Mentoring-Modellen für Berufseinstiegende gemacht.

Die Betriebe können die Beiträge, die sie künftig im Rahmen der Ausbildungsoffensive von Kanton und Gemeinden an die Kosten der praktischen Ausbildung erhalten, gezielt für solche Initiativen und damit für eine Stärkung der Ausbildungsstrukturen in der Pflege insgesamt verwenden.

3.2 Digitalisierung und digitale Transformation

Die Digitalisierung (Einsatz digitaler Technologien in bestehenden Prozessen) und in einem weiteren Schritt die digitale Transformation (Umwandlung der Prozesse) stellen eine grosse Chance zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens dar. Es bestehen viele Möglichkeiten zur Optimierung von Prozessen, zur Erhöhung der Versor-

gungsqualität und zur Förderung der Selbstverantwortung von Patientinnen und Patienten. Das Potenzial für qualitative und quantitative Verbesserungen im Luzerner und Schweizer Gesundheitswesen durch den vermehrten und regelmässigen Einsatz von digitalen Werkzeugen ist bedeutend. Eine koordinierte und integrierte Gesundheitsversorgung, welche auch die Behandlungsübergänge zwischen den verschiedenen Leistungserbringenden unterstützt, ist erst mit einer ganzheitlichen digitalen Vernetzung aller Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen möglich.

Leider schreiten die Digitalisierung und die digitale Transformation im Schweizer Gesundheitswesen bisher nur zögerlich voran. Um in den kommenden Jahren Fortschritte zu erzielen, ist ein koordiniertes Vorgehen zur Schaffung der finanziellen, personellen und rechtlichen Rahmenbedingungen unumgänglich.

Die folgenden Ausführungen fassen die wichtigsten Entwicklungen auf nationaler und kantonaler Ebene zusammen.

3.2.1 Entwicklungen auf Ebene Bund

Eine [Studie](#) im Auftrag der Bertelsmann Stiftung verortet das Schweizer Gesundheitswesen in Sachen Digitalisierung im internationalen Vergleich auf den hinteren Rängen. Spätestens die Covid-19-Pandemie hat den unzureichenden Digitalisierungsgrad des Schweizer Gesundheitswesens in aller Deutlichkeit aufgezeigt. Dies ist insofern erstaunlich, als dass die Schweiz mit ihren finanziellen und fachlichen Ressourcen, einer gut ausgebauten ICT-Infrastruktur und den seit vielen Jahren bestehenden nationalen und kantonalen Bestrebungen in Sachen Digitalisierung theoretisch über eine gute Ausgangslage in diesem Bereich verfügen würde.

Erste erfolgreiche ICT-Anwendungen sind im Schweizer Gesundheitswesen bereits eingeführt worden – beispielsweise ist die elektronische Rechnung heute in rund 95 Prozent aller Fälle die Norm. Insgesamt aber ist die Digitalisierung im Schweizer Gesundheitswesen noch wenig fortgeschritten.

Bereits seit 2007 gibt es eine nationale eHealth-Strategie (aktualisierte Version 2.0 vom 14. Dezember 2018) und eine von Bund und Kantonen getragene nationale Koordinationsstelle eHealth Suisse. In vielen Arbeits- und Koordinationsgremien werden seit Jahren eHealth-Themen besprochen und entsprechende Konzepte erarbeitet.

Mit dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG; SR [816.1](#)) im April 2017 hat sich der Fokus von Bund und Kantonen stark auf die Einführung des EPD konzentriert. Mit dem EPD sollen die behandlungsrelevanten Patientendaten für die Gesundheitsfachpersonen einfach und schnell verfügbar sein und damit die Behandlungsprozesse effizienter und effektiver gestaltet werden können. Leider hat sich in der Zwischenzeit gezeigt, dass das EPD in der aktuellen Form bei Bevölkerung und Gesundheitsfachpersonen sehr wenig Akzeptanz genießt. Deshalb will der Bundesrat das EPDG überarbeiten. Er beabsichtigt dabei neben den stationären Leistungserbringenden (Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime) neu auch ambulante Leistungserbringende (z. B. Hausarztpraxen) zur Nutzung des EPD zu verpflichten. Zudem soll für alle Personen, die in der Schweiz wohnen und obligatorisch kranken- oder militärversichert sind, automatisch und kostenlos ein EPD eröffnet

werden (sofern sie keinen Widerspruch einlegen). Die Vernehmlassung zum Vorschlag des Bundesrates für eine umfassende Revision des EPDG ist per 19. Oktober 2023 abgelaufen. Die definitive Botschaft zur EPDG-Revision ist zurzeit noch in Erarbeitung. Die eidgenössischen Räte haben am [15. März 2024](#) die Vorlage zur Übergangsfinanzierung verabschiedet. Das revidierte EPDG soll frühestens 2028 in Kraft treten.

Der Bundesrat und das nationale Parlament wollen der Digitalisierung im Gesundheitswesen zu neuem Schwung verhelfen. Neben der [EPDG](#)-Revision befinden sich aktuell folgende Themen in Bearbeitung:

- Übergangsfinanzierung EPD bis zum Abschluss der EPDG-Revision,
- Einführung eines eindeutigen Patientenidentifikators,
- Einführung einer digitalen Patientenadministration,
- Schaffung eines elektronischen Impfausweises,
- Mehrfachnutzung der Daten im Zusammenhang mit stationären Spitalaufenthalten (Projekt [SpiGes](#)).

Das Programm [DigiSanté](#) baut auf der Strategie [Gesundheit2030](#) auf. Mit dem Programm will der Bund zusammen mit allen relevanten Stakeholdern die nötigen Rahmenbedingungen für eine digitale Transformation im Gesundheitswesen bereitstellen. Mit dem Programm sollen medienbruchfreie und standardisierte Datenflüsse im Bereich der Behandlung, der Administration, des Monitorings, der Sicherheit und der Aufsicht realisiert werden. Die Gewährleistung von Datenschutz, informationeller Selbstbestimmung und Cyber-Sicherheit sind dabei zentral. Für die Umsetzung des Programms im Zeitraum von zehn Jahren (2025–2034) will der Bundesrat 392 Millionen Franken einsetzen. In diesem Zusammenhang hat im September 2022 die Fachgruppe Datenmanagement Gesundheitswesen (Leitung BAG mit Vertreterinnen und Vertretern von Kantonen, Gesundheitswesen, ICT) ihre Arbeit aufgenommen.

Neben vielen direkt mit der Gesundheitsversorgung zusammenhängenden Digital-Themen sind auch generelle ICT-Infrastrukturen und ICT-Basisdienste von grosser Wichtigkeit für die digitale Transformation im Gesundheitswesen. Als Beispiel sei hier die Verfügbarkeit einer staatlichen E-ID (elektronischer Identifikationsausweis) genannt, deren Anwendung im Gesundheitswesen unter anderem für das EPD von entscheidender Bedeutung ist.

3.2.2 Entwicklungen im Kanton Luzern

Im Kanton Luzern ist in den letzten Jahren bereits einiges unternommen worden, um die Digitalisierung im Gesundheitswesen zu fördern. Auf Initiative und unter der Führung des GSD wurde unter anderem der Verein eHealth Zentralschweiz ([eHZ](#)) gegründet, der die wesentlichen Akteurinnen und Akteure im Zentralschweizer Gesundheitswesen (Spitäler, Kliniken, Heime, Ärztesgesellschaft, Spitex, Apotheken und Patientenstelle) regelmässig an einen Tisch bringt, um digitale Themen gemeinsam zu koordinieren (vor allem die EPD-Einführung). Der Verein eHZ war es auch, der den eMediplan (elektronischer Medikationsplan, eMediplan-App) in der Region lanciert hat. In der Zwischenzeit werden im Kanton Luzern im schweizweiten Vergleich am meisten eMedipläne genutzt.

Ebenfalls einen grossen Schritt in Richtung Digitalisierung hat das LUKS mit der Einführung des Klinik-Informationssystems LUKiS getan. Hier wurden nicht nur die internen Prozesse stark digitalisiert, sondern auch die elektronische Kommunikation und der Informationsfluss zwischen dem LUKS und den Patientinnen und Patienten. Der digitale Datenaustausch zwischen dem LUKS und den zuweisenden und nachbehandelnden Stellen konnte mit entsprechenden Apps stark verbessert werden.

Im Dialog mit Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern (Echo-Veranstaltungen, Arbeitsgruppen, bilaterale Gespräche, Befragungen) bestätigte sich eindeutig, dass das Potenzial der Digitalisierung – gerade mit Blick auf den Fachkräftemangel einerseits und die Forderung nach einer integrierten Gesundheitsversorgung andererseits – endlich besser ausgeschöpft werden muss. Die Digitalisierung im Gesundheitswesen muss schlussendlich von den Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitswesen (Leistungserbringende, Kostenträger) umgesetzt werden. Die nötigen technischen Lösungen werden dabei vom ICT-Markt zur Verfügung gestellt. Für eine patientenorientierte und nutzbringende digitale Transformation im Gesundheitswesen braucht es jedoch regulatorische und konzeptionelle Grundlagen, die von Bund und Kantonen definiert werden müssen.

Der Handlungsspielraum des Kantons Luzern in Sachen Förderung der Digitalisierung innerhalb der Kantonsgrenzen ist dabei limitiert. Der Kanton kann beispielsweise kantonales Recht so ausgestalten, dass für die Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen Anreize für die Nutzung von digitalen Werkzeugen und das Mitwirken in Netzwerken entstehen. Zudem kann sich der Kanton als Koordinator und Moderator für die Förderung von digitalen Projekten engagieren und – sofern die nötigen Ressourcen vorhanden sind – finanzielle Anreize für innovative und erfolgsversprechende Digitalprojekte im Kanton vorsehen. Ebenso kann er als Eigner des LUKS und der Lups via Eignerstrategie darauf hinwirken, dass sie der Digitalisierung die nötige Aufmerksamkeit zukommen lassen. Schliesslich ist es auch eine Aufgabe des Kantons, die Bürgerinnen und Bürger über die digitalen Möglichkeiten im Gesundheitswesen zu informieren und sie dazu zu motivieren, diese zu beanspruchen und anzuwenden.

Mithilfe verschiedenster Massnahmen soll ein Digitalisierungsschub erzielt werden. Eine zentrale Herausforderung der nächsten Jahre und ein prioritäres Handlungsfeld für den Kanton Luzern bleibt die Einführung des EPD. Hier wird der Kanton – sobald die nötigen gesetzlichen Anpassungen in Kraft getreten sind – eine koordinierende Rolle übernehmen. Einerseits sollen die gesetzlichen Vorgaben eingehalten werden, und andererseits wird der Kanton die entsprechenden Umsetzungsaktivitäten koordinieren und sicherstellen, damit die Luzerner Bevölkerung einen möglichst einfachen Zugang zum EPD erhält. Seit dem 18. April 2024 haben Personen mit Wohnsitz im Kanton Luzern die Möglichkeit, ein EPD über den von der Post Sanela Health AG bereitgestellten Dienst online und kostenlos zu erstellen. Auf Wunsch besteht auch die Möglichkeit für eine assistierte EPD-Eröffnung.

Neben dem Patientendossier werden digitale Lösungen für die Kommunikation zwischen den Leistungserbringenden (Business-to-Business-Anwendungen [B2B]) immer wichtiger. Damit die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern von diesen B2B-Lösungen profitieren kann, ist es wichtig, dass hier möglichst einheitliche Standards

zum Einsatz kommen und alle Beteiligten im Gesundheitswesen bei Bedarf mit diesen Lösungen arbeiten können. Eine qualitativ hochstehende integrierte Gesundheitsversorgung benötigt eine gute digitale Basis, damit die nötige Koordination zwischen den einzelnen Akteurinnen und Akteuren effizient und patientenorientiert geschehen kann. Hier kann sich der Kanton aktiv im Projekt DigiSanté einbringen und mithelfen, dass die entsprechenden Vorgaben beziehungsweise Standards im Kanton Luzern zur Anwendung kommen.

Schliesslich kann der Kanton dafür sorgen, dass die gesetzlichen Grundlagen bei Bedarf so gestaltet werden, dass die digitale Transformation im Gesundheitswesen gefördert oder zumindest nicht behindert wird.

3.3 Integrierte Gesundheitsversorgung

Zwischen den ambulanten und stationären Leistungserbringenden der Gesundheitsversorgung einerseits und der Gesundheitsversorgung mit angrenzenden Leistungen der Pflege, Betreuung und Unterstützung andererseits bestehen viele Schnittstellen, deren Zusammenspiel und Durchlässigkeit sich auf die Qualität, Sicherheit und Effizienz der Versorgung von Patientinnen und Patienten auswirken.

Initiativen zur besseren Vernetzung und Koordination der Leistungserbringenden werden unter diversen Begrifflichkeiten geführt: Ob koordinierte, integrierte oder patientenzentrierte Gesundheitsversorgung – eine einheitliche Definition fehlt. Im Folgenden wird der Begriff «Integrierte Gesundheitsversorgung» in Anlehnung an die Definition der GDK verwendet.²⁰, wobei damit Versorgungsmodelle gemeint sind, die sich durch eine «strukturierte und verbindliche Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringenden und Professionen über den ganzen Behandlungspfad» auszeichnen und in welchen der Patient respektive die Patientin eine aktive Rolle in Behandlungsentscheidungen einnimmt. Damit die Patientinnen und Patienten selbst entscheiden können, wird eine gute Kommunikation zwischen Leistungserbringenden und Patientinnen und Patienten vorausgesetzt (siehe dazu auch das [WHO-Konzept des gesunden Alterns](#)).

Die integrierte Gesundheitsversorgung ist eine Massnahme, um patienten- beziehungsweise personenzentrierte Leistungen über den gesamten Behandlungs-, Pflege- und Betreuungspfad zu ermöglichen. Sie schafft strukturelle Voraussetzungen, die entscheidend zum Ziel beitragen, die Qualität, Sicherheit und Effizienz des gesamten Versorgungspfades von Patientinnen und Patienten beziehungsweise unterstützungsbedürftigen Personen zu verbessern. Je umfassender die Zusammenarbeit ist, je mehr Leistungserbringende einbezogen werden, desto wirkungsvoller ist das Modell der integrierten Gesundheitsversorgung. Die verbindliche und koordinierte Zusammenarbeit trägt dazu bei, dass weniger Lücken und Abbrüche in der Versorgung der Patientinnen und Patienten bestehen, dass es weniger Doppelspurigkeiten gibt, die Angebote räumlich und zeitlich aufeinander abgestimmt sind sowie Unterstützungsleistungen von Professionellen, Angehörigen und Freiwilligen koordiniert werden. Dies «bedingt ein Steuerungs- und Kooperationsregime auf kantonaler, regionaler oder kommunaler Ebene, das den Bedarf im Blick hat und die verschiedenen Interessen der Anbieter und die damit verbundene Konkurrenz zu einem

²⁰ Vgl. dazu «[Integrierte Versorgung in den Kantonen](#)» der GDK

gewissen Grad «zurückbindet».» (Studie «[Betreuung im Alter](#)» aus dem Jahr 2023 des Bundesamtes für Sozialversicherungen [[BSV](#)]).

In Zukunft wird es immer mehr ältere Menschen und mehr Menschen mit (mehrfachen) chronischen Krankheiten geben. Diese werden künftig mehr Leistungen beanspruchen, öfter einen Arzt oder eine Ärztin (und mehrere Fachpersonen) konsultieren und auch häufiger hospitalisiert. Aus diesen Gründen und mit Blick auf den sich akzentuierenden Fachkräftemangel werden konkrete Initiativen zur Förderung der koordinierten Gesundheitsversorgung immer wichtiger. Essenziell für das Gelingen der integrierten Gesundheitsversorgung ist jedoch eine sachgerechte und insgesamt anreizfördernde Abgeltung, insbesondere auch der Koordinationsleistungen, im Netzwerk. Diese Abgeltung kann im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes nur innerhalb der OKP erfolgen.

Im Folgenden werden zentrale Entwicklungen auf Ebene Bund und Kanton Luzern geschildert.

3.3.1 Entwicklungen auf Ebene Bund

Bereits im Bericht «[Gesundheit 2020](#)» vom 23. Januar 2013 hat der Bundesrat in seinen gesundheitspolitischen Prioritäten den Handlungsbedarf im Bereich der integrierten Gesundheitsversorgung erkannt. Und im darauf aufbauenden Bericht «[Gesundheit 2030](#)» vom 6. Dezember 2019 hat er die Förderung der koordinierten Versorgung als Stossrichtung definiert.

Anlässlich ihres 100-Jahr-Jubiläums hat die GDK 2019 mit dem Leitfaden «[Impulse für die integrierte Versorgung](#)» eine praxisorientierte Grundlage zur Förderung der integrierten Gesundheitsversorgung für die Kantone bereitgestellt; dies mit dem Ziel, einen Beitrag in Richtung einer besseren und zukunftsfähigen Versorgung zu leisten.

Das nationale Projekt «[Koordinierte Versorgung](#)» von 2015 hatte zum Ziel,

- die Versorgung für Patientinnen und Patienten mit aufwendigen und breit gefächerten Versorgungsleistungen (z. B. betagte, mehrfach erkrankte Menschen) zu verbessern,
- bestehende Aktivitäten zur Förderung der koordinierten Gesundheitsversorgung strategisch besser zu verankern und zu intensivieren,
- bessere Rahmenbedingungen in den Bereichen Finanzierung, Bildung und EPD zu schaffen.

Insbesondere auf der Ebene der Rahmenbedingungen bleibt auch 2024 ein grosser Handlungsbedarf bestehen. Der aktuelle Stand rund um die Einführung des EPD wurde bereits in Kapitel [3.2](#) geschildert. Im Bereich der Finanzierung hat der Bundesrat am 7. September 2022 die Botschaft zur Änderung des [KVG](#) betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung (sog. [Paket 2](#)) verabschiedet. Im Zentrum dieses Anliegens standen die Netzwerke der koordinierten Gesundheitsversorgung, die als neue Leistungserbringende nach Artikel 35 KVG definiert werden sollten. Die Idee: Gesundheitsfachpersonen unterschiedlicher Berufe schliessen sich in einem Netzwerk unter ärztlicher Leitung verbindlich zusammen, um die medizinische Betreuung «aus einer Hand» anzubieten. Der [Nationalrat](#) hat im September 2023 jedoch entschieden, Netzwerke zur koordinierten Gesundheitsversorgung nicht als Leistungserbringende anzuerkennen. Bestehende Regelungen sollen lediglich angepasst werden und so zu

einer besseren Koordination führen. Nachdem der Ständerat das zweite Massnahmenpaket zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen gutgeheissen hat, geht die Vorlage zurück in den Nationalrat. Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats hat am 21. Juni 2024 die Beratungen aufgenommen und beantragt dem Nationalrat mit 14 zu 10 Stimmen, an seinem Beschluss bezüglich der Netzwerke zur koordinierten Gesundheitsversorgung festzuhalten. Damit bleibt insbesondere die Frage der Finanzierung der integrierten Gesundheitsversorgung über die OKP vorderhand ungeklärt.

Die erhofften Fortschritte blieben bisher aus: Dazu haben einerseits die verpassten Chancen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen beigetragen, andererseits standen die unterschiedlichen Auffassungen zum Konzept der integrierten Gesundheitsversorgung bei den Leistungserbringenden im Weg. Diese Entwicklungen haben bei allen Akteurinnen und Akteuren zu einer gewissen Ernüchterung geführt. Der sich zuspitzende Fachkräftemangel könnte jedoch zu einem Treiber der integrierten Gesundheitsversorgung werden, indem er mutige Schritte zur Verbesserung der Rahmenbedingungen erleichtert und die Leistungserbringenden dazu forciert, bestehende Berufsrollen (Aufgaben, Kompetenzen, Verantwortung) weiterzuentwickeln und die vorhandenen Personalressourcen möglichst effizient und effektiv einzusetzen.

3.3.2 Entwicklungen im Kanton Luzern

Der Kanton Luzern hat 2019 zusammen mit einer breit abgestützten Trägerschaft (u. a. Ärztesgesellschaft Luzern) ein Projekt zur Schaffung von regionalen integrierten Versorgungsnetzen initiiert. Das Projekt Modellversorgung Luzern (MOVE) war modular aufgebaut, wobei jedes Modul einem bestimmten Krankheitsbild gewidmet war. Geplant war, mit dem Modul Diabetes in den Regionen Entlebuch und Willisau zu starten. Im Rahmen des Projekts sollte das Angebot der vorhandenen Präventionsstrukturen besser zwischen Betroffenen, Angehörigen, Leistungserbringenden und Gemeinden koordiniert werden. Weiter sollten bestehende Angebotslücken identifiziert und bedarfsgerecht geschlossen werden. Trotz politischer Unterstützung scheiterte das Vorhaben. Dies lag zum einen an der Entscheidung der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH), das Projekt nicht finanziell zu unterstützen. Zum anderen gelang es nicht, die für den nachhaltigen Erfolg eines integrierten Angebots notwendigen finanziellen und personellen Ressourcen von allen beteiligten Akteurinnen und Akteuren zu gewinnen.

Kurz nach der offiziellen Sistierung des Projekts MOVE hat sich der Kanton Luzern entschieden, als einer von vier Pilotkantonen beim FMH-Projekt [«PEPra – Prävention mit Evidenz in der Praxis»](#) teilzunehmen. PEPra will ein koordiniertes Gesamtpaket für evidenzbasierte Prävention in der ambulanten medizinischen Grundversorgung schaffen und ist damit ein Beispiel für die Stärkung der Koordination im Bereich der Prävention. Weitere Infos zum Projekt finden sich in Kapitel [3.4.2](#).

Das Projekt «Virtual Integrated Care» des LUKS wurde 2024 lanciert und hat das Ziel, die Versorgung patientenzentriert zu optimieren und die Schnittstellen stetig besser ineinander zu verzahnen. Auf Basis einer Prozessanalyse mit allen am Patientenpfad beteiligten Partnerinnen und Partnern werden digitale Möglichkeiten zur Ferndiagnostik und -überwachung identifiziert. Dafür wird ein Telehealth-Zentrum entwickelt, das unter anderem Patientinnen und Patienten in der Anwendung von Wearables

unterstützt, die Fernüberwachung übernimmt und auswertet (unterstützt durch künstliche Intelligenz) sowie Daten zuhanden der Patientinnen und Patienten und Leistungserbringenden zur Verfügung stellt. Das Telehealth-Zentrum nutzt die pflegerische Fachkompetenz von Pflegeexpertinnen und -experten APN und die digitale Plattform von Epic. Dieses Projekt zeigt auf, dass die digitale Transformation eine Grundvoraussetzung für die integrierte Gesundheitsversorgung darstellt.

Im Langzeitpflege- und Altersbereich sind mehrere Projekte zur integrierten Zusammenarbeit initiiert oder bereits umgesetzt. So bietet beispielsweise die [Biffig AG](#) in Schötz integrierte Langzeitpflege und -betreuung auf regionaler Ebene an. Sie ist 2022 aus dem Zusammenschluss der Mauritiusheim Schötz AG sowie den Spitex-Vereinen Schötz und Wauwil-Egolzwil entstanden. Teil des integrierten Angebots stellt zudem das Wohnen mit Assistenz dar. Mit dem erfolgten Zusammenschluss der Organisationen ist das Projekt nicht abgeschlossen. Derzeit wird ein Case Management erarbeitet, als wichtiger Bestandteil der integrierten Gesundheitsversorgung. Die Stadt Luzern arbeitet seit 2020 am Projekt «[Alterswohnen integriert](#)». Damit soll die Vernetzung aller Organisationen und Dienstleistungen im Altersbereich optimiert werden. Zusätzlich wird geprüft, wie eine integrierte Organisation, bestehend aus Viva Luzern und Spitex Stadt Luzern, aufgebaut werden kann. Die Versorgungsplanung in der Langzeitpflege, die 2018 um den ambulanten Bereich erweitert wurde, unterstützt die koordinierte Angebotsplanung der zuständigen Planungsregionen.

Seitens einer Mehrheit der involvierten Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern kam im Rahmen der diversen Erhebungen (Echo-Veranstaltungen, Arbeitsgruppen, bilaterale Gespräche, Befragungen) zum Ausdruck, dass die Schnittstellen zwischen den Leistungserbringenden eine grosse Herausforderung darstellen. So brauche es beispielsweise eine breit getragene interprofessionelle Vision als Basis für die Weiterentwicklung der Zusammenarbeit unter den verschiedenen Leistungserbringenden, ein kantonales koordiniertes Gremium zur Optimierung/Pflege der Schnittstellen, kantonale geförderte Pilotprojekte zur Förderung innovativer Modelle der integrierten Gesundheitsversorgung und nicht zuletzt grundsätzlich eine Abgeltung der Koordinationsarbeit. Erfolgsfaktoren zur (Weiter-)Entwicklung der integrierten und sozialraumorientierten Versorgung liefert unter anderem die 2021 publizierte [Studie](#) von CURAVIVA Schweiz, dem Institut et Haute Ecole de la Santé La Source sowie dem senior-lab.

Wir erachten den Konsens zum Handlungsbedarf im Bereich der integrierten und personenzentrierten Gesundheitsversorgung als wichtige Basis, um das bestehende Denken und Handeln in «Silos» in den nächsten Jahren aufbrechen und die Gesundheitsversorgung stärker auf die Patientinnen und Patienten sowie ihren gesamten Versorgungspfad ausrichten zu können. Dies betrifft nicht zuletzt auch die Konzipierung der kantonalen Versorgungsplanung, die künftig weniger entlang der Versorgungsbereiche strukturiert, sondern zunehmend auf den Patienten- respektive Behandlungspfad fokussiert sein sollte.

3.4 Gesundheitsförderung und Prävention

Nichtübertragbare Krankheiten (kurz: NCD für non-communicable diseases; auch bekannt als chronische Krankheiten) verursachen gemäss [BAG](#) rund 80 Prozent der gesamten Gesundheitskosten. Zu den häufigsten NCD gehören Krebs, Herz-Kreislauf-

Erkrankungen, chronische Atemwegserkrankungen, Diabetes sowie Erkrankungen des Bewegungsapparates. Diese fünf Krankheiten allein machen die Hälfte der durch die NCD verursachten Gesundheitskosten aus. Ursachen für die NCD sind die demografische Entwicklung, wenig Bewegung, Alkohol- und Tabakkonsum, unausgewogene Ernährung und zunehmender Stress.

Des Weiteren fühlen sich gemäss der [Schweizerischen Gesundheitsbefragung](#) von 2022 rund 18 Prozent der Schweizer Bevölkerung mittel bis stark psychisch belastet; dieser Anteil hat sich im Vergleich zu 2017 (15 %) erhöht. Die psychischen Erkrankungen wirken sich auf alle Lebensbereiche der Betroffenen und Angehörigen aus und können zu grossen Beeinträchtigungen führen.

Die NCD und die psychischen Erkrankungen stellen auch für die öffentliche Gesundheit im Kanton Luzern eine grosse Herausforderung dar. Gesundheitsförderung und Prävention sind in diesen Zusammenhang wichtige Pfeiler der Gesundheitsversorgung:

- Die Gesundheitsförderung will Individuen, Gruppen und Organisationen dazu befähigen, ihre Gesundheit mittels Veränderung der Lebensstile und Gestaltung der Lebensbedingungen zu verbessern.
- Die Prävention umfasst Massnahmen, die das Aufkommen von Krankheiten vorbeugen (Primärprävention), deren Fortschreiten eindämmen (Sekundärprävention) und Krankheitsfolgen minimieren (Tertiärprävention).

Massnahmen/Interventionen der Gesundheitsförderung und der Prävention bauen auf der individuellen Verantwortung der Menschen für ihre Lebensweise und ihr Verhalten sowie auf der Gestaltung der Lebensbedingungen auf. Sie zielen auf die Stärkung der Gesundheitskompetenz und der Eigenverantwortung der Bevölkerung²¹, informieren über die Folgen von gesundheitsschädigendem Verhalten, motivieren zu einem gesundheitsfördernden Lebensstil und setzen sich für bessere Lebensbedingungen ein (Wechselwirkung zwischen dem individuellen Verhalten und den Lebensbedingungen/Verhältnissen). Gesundheitsförderung und Prävention leisten einen entscheidenden Beitrag, um das Entstehen von Krankheiten zu verhindern oder zumindest zu verzögern. Gemäss eines [Syntheseberichtes](#) können so das Leiden der Betroffenen und Angehörigen wie auch die Kosten zulasten der Bevölkerung reduziert werden. Nicht zuletzt tragen Gesundheitsförderung und Prävention dazu bei, die Chancengerechtigkeit in der Bevölkerung zu erhöhen, da die Massnahmen einerseits die gesamte Luzerner Bevölkerung ansprechen, andererseits spezifisch auf vulnerable Bevölkerungsgruppen mit geringem sozioökonomischen Status ausgerichtet sind.

Gesundheitsförderung und Prävention stellen zentrale Themen der öffentlichen Gesundheit dar, auch wenn sie im Kontext der Gesundheitspolitik eine weniger bedeutende Rolle spielen. Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass auf Bundesebene eine gesetzliche Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention fehlt und die Finanzierung von Aktivitäten und Massnahmen fragmentiert ist. Das Monitoringsystem Sucht und NCD ([MonAM](#)) des BAG zeigt, dass die Investitionen des Kantons Lu-

²¹ Gesundheitsförderung und Prävention betreffen alle Personen und somit jede Lebensphase: Geburt (im Spital oder Geburtshaus), Kindertagesstätten, Kindergarten, Schule, Familie, Vereine, Lehrbetriebe, Arbeitgebende und Altersinstitutionen (Heime, Spitex, Pro Senectute usw.).

zern in Gesundheitsförderung und Prävention (GFP) im schweizweiten Vergleich unterdurchschnittlich ausfallen: Der Anteil der Ausgaben für GFP am Total der Gesundheitsausgaben betrug 2019 im Kanton Luzern 3 Prozent, der schweizweite Anteil betrug 4,7 Prozent, wobei die Bandbreite zwischen 1,5 (Kanton Appenzell Innerhoden) und 9,6 Prozent (Kanton Basel-Stadt) gross ist.

Im Rahmen der Kickoff-Veranstaltung mit Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern wurden die Themen Gesundheitsförderung, Prävention sowie Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten als prioritäre Handlungsfelder identifiziert.

Im Folgenden wird erläutert, wo die Gesundheitsförderung und die Prävention im Kanton Luzern stehen, weshalb sich die Investitionen in die Gesundheitsförderung und Prävention lohnen und warum eine Zusammenarbeit aller Politikbereiche notwendig ist.

Ergänzend ist an dieser Stelle auf den gesundheitsfördernden Beitrag weiterer Akteurinnen und Akteure im Bereich der Beratung, Hilfe und Betreuung hinzuweisen (siehe Kap. [3.6](#)).

3.4.1 Gesundheitsförderung

Die [Fachstelle Gesundheitsförderung](#) der DIGE erarbeitet Strategien, ergreift Massnahmen und setzt gemeinsam mit Partnern in der kantonalen Verwaltung, in Fach- und Selbsthilfeorganisationen und in den Gemeinden Programme und Projekte zur Förderung der Gesundheit der Luzerner Bevölkerung um.

Die Aktivitäten der Fachstelle Gesundheitsförderung sind dabei von der kantonalen Kommission Gesundheitsförderung und Prävention breit abgestützt und vernetzt. Die interdisziplinär und interdepartemental zusammengesetzte Kommission hat im Leitbild [Gesundheitsförderung 2021–2033](#) festgehalten, welche Vision die Gesundheitsförderung im Kanton Luzern verfolgt: *«Die Bevölkerung des Kantons Luzern lebt in einem gesundheitsfördernden Umfeld. Sie ist fähig, ihre Gesundheit selbstbestimmt und positiv zu beeinflussen».*

Als Handlungsfeld der ersten Umsetzungsphase des Leitbildes in den Jahren 2021–2024 ist die Förderung eines bewegungsfreundlichen Umfeldes festgelegt. Eine bewegungsfreundliche Umgebung fördert die Gesundheit, lädt zu Begegnungen ein, steigert das körperliche und geistige Wohlbefinden und wirkt sich positiv auf die Umwelt aus. Die Fachstelle Gesundheitsförderung setzt sich mit verschiedenen Aktivitäten für die Schaffung eines bewegungs- und begegnungsfreundlichen Umfeldes ein. Mit dem Award [«Gesundes Luzern»](#) werden beispielhafte Projekte und Initiativen von Luzerner Gemeinden, Quartieren und Vereinen, welche die Bewegung und Begegnung fördern, ausgezeichnet.

Effektive Gesundheitsförderung ist nur möglich, wenn die Bevölkerung, die Politik und die Wirtschaft gemeinsam dafür einstehen. Mit geeigneten Policy- und Vernetzungsmassnahmen wird eine positive und dauerhafte Veränderung des Lebensumfeldes der Bevölkerung angestrebt. Unsere gesellschaftlichen Strukturen sollen einen gesunden und aktiven Lebensstil ermöglichen. Die Fachstelle Gesundheitsförderung

strebt nach einer Zusammenarbeit über die Grenzen von Bereichen, Disziplinen, Hierarchiestufen, Institutionen und Projekte hinweg («Health in all policies»).

Kantonale Aktionsprogramme

Die Fachstelle Gesundheitsförderung erarbeitet und koordiniert die Umsetzung von kantonalen Aktionsprogrammen (KAP) in den Themen Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit. Im Rahmen der Umsetzung der KAP werden Anschubfinanzierungen geleistet, Projekte initiiert, Aktivitäten koordiniert und «Best Practice»-Beispiele adaptiert mit dem Ziel, erfolgreiche und breit akzeptierte Projekte in die Regelstruktur zu überführen.

Die Programme richten sich an die Zielgruppen Kinder/Jugendliche sowie ältere Menschen. Die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz prüft derzeit die Entwicklung eines KAP für die Zielgruppe Erwachsene, die zurzeit über die drei bestehenden KAP in der Rolle als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Eltern, Lehrpersonen, Bezugspersonen, Angehörige) angesprochen werden.

Die Programme sind auf die jeweilige Zielgruppe ausgerichtet. Bei der Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche liegt der Schwerpunkt darin, ihre individuellen Potenziale zu entfalten und Lebenskompetenzen aufzubauen. Die Gesundheitsförderung für ältere Menschen konzentriert sich darauf, die Lebensqualität zu verbessern und zu erhalten. Letzteres wird besonders wichtig, da mit zunehmendem Alter insbesondere chronische Krankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, chronische Atemwegserkrankungen, muskuloskelettale Erkrankungen und Demenz häufiger auftreten. In allen Altersgruppen steht die psychische und physische Gesundheit vulnerabler Bevölkerungsgruppen besonders im Fokus.

Aktuell setzt die Fachstelle Gesundheitsförderung drei kantonale Programme mit einer Laufzeit von 2022–2025 um:

[Ernährung und Bewegung bei Kindern und Jugendlichen](#): Das Programm beruht auf der Vision, dass regelmässige Bewegung und eine ausgewogene, saisonale Ernährung einen festen Bestandteil im Lebensalltag von Kindern und Jugendlichen bilden. Ausgewählte Massnahmen aus dem Programm:

- Das Projekt «Purzelbaum» verankert mit einfachen und praxisnahen Mitteln vielseitige Bewegung und eine gesunde Verpflegung im Alltag von Kindertagesstätten und Kindergärten.
- Bewegung in der Freizeit wird durch das Angebot der «offenen Turnhallen» (Öffnung der Turnhallen am Wochenende) und des freiwilligen Schulsports gefördert.
- Mütter- und Väterberatungsstellen arbeiten mit interkulturellen Vermittelnden (ikV) zusammen, um den Zugang zum Beratungsangebot für Familien mit Migrationshintergrund zu erleichtern. Im Rahmen des Projekts «Miges Balù» werden die Beratungsstellen sowie die ikV dabei unterstützt und begleitet.

[Verschiedene Angebote](#) der Dienststelle Volksschulbildung (DVS) unterstützen Schulen und Schulklassen in der Förderung einer ausgewogenen Ernährung und ausreichend Bewegung.

[Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen](#): Das Programm beruht auf der Vision, dass Kinder und Jugendliche im Kanton Luzern psychisch gesund sind und

belastende Situationen bewältigen können und dass Umfeld und Bezugspersonen die Entwicklung von Resilienz und Lebenskompetenzen der Kinder und Jugendlichen fördern.

Ausgewählte Massnahmen aus dem Programm:

- [«Mamamundo»](#) ist ein Geburtsvorbereitungskurs für Migrantinnen ohne Deutschkenntnisse, der auf die Förderung der Gesundheitskompetenz und die Erhaltung der psychischen Gesundheit zielt. Es wird stark körperzentriert gearbeitet, die Sequenzen werden durch interkulturelle Vermittlerinnen begleitet. Zusätzlich werden allgemeine Informationen aus dem Gesundheitswesen der Schweiz vermittelt.
- Das Programm [«MindMatters»](#) fördert gezielt die Lebenskompetenzen der Schülerinnen und Schüler in der Primar- und Sekundarstufe I und bezieht die ganze Schule mit ein. MindMatters leistet damit einen Beitrag zur Verbesserung der Schulqualität und stärkt ein gesundes Klassen- und Schulklima.
- Das Programm [«Herzprung»](#) fördert die Beziehungskompetenzen und einen respektvollen und gewaltfreien Umgang in Paarbeziehungen für Jugendliche zwischen 13 und 18 Jahren.
- Es wird ein Netzwerk Psychische Gesundheit Kanton Luzern aufgebaut, welches kantonale Institutionen, Dienstleistungsanbieter sowie Fach-, Berufs-, Betroffenen- und Angehörigenorganisationen in den Bereichen Gesundheitsförderung, Förderung der psychischen Gesundheit und Verminderung psychischer Erkrankungen vernetzt. Die Zusammenarbeit und der Transfer von Wissen über geeignete Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit und zur Früherkennung von psychischen Erkrankungen sollen unter den Akteurinnen und Akteuren gefördert werden.

[Gesundheit im Alter](#) (Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit): Das Programm beruht auf der Vision, dass ältere Menschen im Kanton Luzern bei angemessener physischer und psychischer Gesundheit möglichst lange selbständig leben können und über eine gute gesundheitsbezogene Lebensqualität verfügen. Das KAP leistet dadurch einen Beitrag, dass die Pflegebedürftigkeit verzögert, vermindert oder verhindert wird.

Ausgewählte Massnahmen aus dem Programm:

- Gemeinden werden durch die Fachstelle Gesundheitsförderung in einer gesundheitsfördernden Alterspolitik unterstützt und bei der Umsetzung konkreter Massnahmen (z. B. bewegungs- und begegnungsfreundliche Gestaltung von Wohn- und Lebensraum, Sturzprävention, Durchführung von Kochworkshops) beraten.
- Gangsicherheit und Sturzprävention: Gemeinden werden motiviert, niederschwellige Bewegungsangebote für ältere Menschen im öffentlichen Raum umzusetzen (z. B. Qi-Gong-Kurse). Die Angebote sollen die Gangsicherheit fördern und die Sturzgefahr verringern.
- Kontakt- und Impulstreffen: Jährlich wird ein Kontakt- und Impulstreffen für Seniorenräte, Alterskommissionen, Seniorengruppen und Interessierte durchgeführt. Dabei stehen der Austausch und das Kennenlernen von Praxisbeispielen als Impuls für Gemeinden, Organisationen und Vereinen im Zentrum. Die Teilnehmenden erfahren, warum Gesundheitsförderung im Alter wichtig ist und erhalten konkrete Tipps, wie in ihren Gemeinden die Gesundheit von Seniorinnen und Senioren aktiv gefördert werden kann.

Finanziert sind die Programme zu je 50 Prozent von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz²² und dem Kanton Luzern. Die jährlichen Mittel belaufen sich auf rund 1'115'000 Franken, wobei es sich bei den kantonalen Mitteln um Personalressourcen der Fachstelle Gesundheitsförderung handelt. Die Laufzeit der Programme beträgt jeweils vier Jahre. Anschliessend müssen die Programmkonzepte erneuert, vom GSD verabschiedet und vom Stiftungsrat der Gesundheitsförderung Schweiz genehmigt werden.

Themenschwerpunkt 1: Ernährung und Bewegung

Eine ausgewogene Ernährung und ausreichend Bewegung sind wichtige Grundlagen für ein gesundes Leben. Der individuelle Lebensstil und somit auch das Ernährungs- und Bewegungsverhalten haben unter anderem durch das Körpergewicht einen grossen Einfluss darauf, ob Menschen an einer nichtübertragbaren Krankheit erkranken. Da die Weichen für Übergewicht und Adipositas bereits in jungen Jahren gestellt werden, stehen insbesondere Kinder und Jugendliche im Fokus. Ernährung und Bewegung spielen während des gesamten Lebens und besonders im Alter eine wichtige Rolle. Dank regelmässiger Bewegung können bereits bestehende chronische Leiden positiv beeinflusst, das Sturzrisiko gesenkt, das Auftreten und das Ausmass der Gebrechlichkeit reduziert und somit die selbständige Lebensführung gefördert werden. Ein gesunder Lebensstil wirkt sich (in Wechselwirkung) auch massgeblich auf das psychische Wohlbefinden aus.

Themenschwerpunkt 2: Psychische Gesundheit

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert die [psychische Gesundheit](#) als Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zur Gemeinschaft leisten kann. Psychische Gesundheit ist Basis für das Wohlbefinden eines Menschen und Funktionieren einer Gesellschaft.

Psychische Erkrankungen sind vielfältig, weit verbreitet und können über die gesamte Lebensspanne auftreten. Sie haben gemäss [BAG](#) einschneidende Auswirkungen auf die Lebensqualität, können die Erwerbsfähigkeit vermindern und mit einem erhöhten Suizidrisiko einhergehen. Publikationen zur psychischen Gesundheit aus dem Jahr 2023 zeigen unter anderem, dass 38 Prozent der Bevölkerung sich mittel bis stark psychisch belastet fühlen, 48 Prozent der Bevölkerung sich um den Job, das Einkommen, das Essen oder einen sicheren Schlafplatz sorgen, 51 Prozent der IV-Renten eine psychische Erkrankung als Ursache haben und 35 Prozent der Bevölkerung im Jahr 2022 psychische Probleme erlebt haben.²³ Obwohl psychische Erkrankungen häufig vorkommen, sind sie nach wie vor tabuisiert. Es existieren zahlreiche Vorurteile, die dazu führen, dass Betroffene ausgegrenzt werden oder sich selber stigmatisieren. Dadurch werden die Möglichkeiten zur Früherkennung und Frühintervention eingeschränkt, was zu schweren und chronischen Krankheitsverläufen führen kann. Darüber hinaus gelangen auch Angehörige der Betroffenen oft an die

²² Jede Person in der Schweiz leistet über die obligatorische Krankenversicherung einen jährlichen Beitrag von Fr. 4,80 an die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz. Diese Mittel werden über kantonale Stellen in Projekte und Aktivitäten investiert. Im Kanton Luzern ist die Fachstelle Gesundheitsförderung für die Umsetzung von Programmen und Projekten verantwortlich.

²³ u. a. [Gesundheitsförderung Schweiz](#), [Obsan: Erfahrungen der Wohnbevölkerung ab 18 Jahren mit dem Gesundheitssystem](#), [Obsan: Psychische Gesundheit](#), [Bundesamt für Sozialversicherungen](#).

Grenzen ihrer Belastbarkeit. Es entstehen schliesslich unnötige Kosten, die das Gesundheits- und Sozialwesen belasten.

Mit den Aktivitäten der Fachstelle Gesundheitsförderung wird unter anderem Wissen zur psychischen Gesundheit und zu Krankheiten vermittelt, was einen wichtigen Beitrag zur Enttabuisierung leistet. Mit dem Aufbau des «Netzwerkes Psychische Gesundheit Kanton Luzern» sollen die Kräfte der kantonalen Akteurinnen und Akteure aus Fach- und Selbsthilfe gebündelt und die Wirksamkeit der ergriffenen Massnahmen erhöht werden. Ein niederschwelliges, gut zugängliches Beratungs- und Unterstützungsangebot soll Menschen jeden Alters in belastenden Lebenssituationen unterstützen und ihre Ressourcen und Lebenskompetenzen stärken. Ein guter Wissensstand bezüglich psychischer Gesundheit und Krankheit ermöglicht zum einen, Belastungen und Risikofaktoren früh zu erkennen und adäquat zu intervenieren. Zum anderen werden damit soziale, schulische sowie berufliche Ausgrenzungen verhindert. Neben den Aktivitäten im Rahmen der kantonalen Aktionsprogramme wird seit 2014 die Sensibilisierungskampagne «[Wie geht's dir](#)»²⁴ umgesetzt.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Arbeit ist ein wichtiger Faktor für ein erfülltes und gesundes Leben. 29 Prozent der Erwerbstätigen in der Schweiz fühlen sich gemäss [Gesundheitsförderung Schweiz](#) jedoch ziemlich oder sehr erschöpft. Die Arbeitswelt beeinflusst die Gesundheit der Mitarbeitenden massgeblich. Unternehmen können einen wichtigen Beitrag für gesunde, leistungsfähige und motivierte Mitarbeitende leisten. Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) zielt darauf ab, die Gesundheitspotenziale der Mitarbeitenden zu stärken, das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern und Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen.

Die Fachstelle Gesundheitsförderung organisiert gemeinsam mit der Suva, der Industrie- und Handelskammer Zentralschweiz IHZ sowie WAS²⁵ IV Luzern eine jährliche [KMU-Tagung](#) zur betrieblichen Gesundheitsförderung.

Gesundheitsförderung Schweiz will die Verbreitung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) fördern und plant dazu den Aufbau regionaler/kantonalen BGM-Foren. Zurzeit ist die Gründung des BGM-Forums Zentralschweiz in Vorbereitung. Der Kanton Luzern ist ein Trägerkanton, und die Fachstelle Gesundheitsförderung wird im Vorstand des Forums vertreten sein. Ziele und Aufgaben des zukünftigen Forums sind die Organisation von Veranstaltungen zu BGM-Themen und von Austauschtreffen sowie das Bereitstellen einer Wissensplattform mit praxisbezogenen Informationen.

Der Kanton Luzern setzt in der Rolle als Arbeitgeber eine Strategie des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) um, zu der die betriebliche Gesundheitsförderung, das Absenzenmanagement, das Case Management, die Sozialberatung sowie das Integrationsprogramm für Erwerbsbehinderte gehören. Als einer der grössten regionalen Arbeitgeber möchte der Kanton Luzern eine Vorbildfunktion wahrnehmen und

²⁴ Die Sozialvorstehenden der Luzerner Gemeinden werden regelmässig über die Kampagne informiert und können das Kampagnenmaterial bei der Fachstelle Gesundheitsförderung bestellen.

²⁵ Unter dem Dach des Sozialversicherungszentrums WAS Wirtschaft Arbeit Soziales koordinieren die Ausgleichskasse (AK), die Invalidenversicherung (IV) und die Abteilung Wirtschaft und Arbeit (Wira) ihre Leistungen und Beratungen.

beispielsweise mit der [Initiative](#) «Es goht der besser, wens der guet goht» das Bewusstsein für die Bedeutung der psychischen Gesundheit fördern. Zuständig für die Umsetzung ist die Fachstelle BGM der Dienststelle Personal.

3.4.2 Prävention nichtübertragbarer Krankheiten

Die DIGE verfügt über verschiedene Programme, Aktivitäten und Angebote der Prävention nichtübertragbarer Krankheiten, die im Folgenden vorgestellt werden.

Prävention und Früherkennung von spezifischen Krankheiten

Krankheitsspezifische Massnahmen haben zum Ziel, entweder die Verbreitung einer Krankheit in der Gesellschaft zu verhindern (z. B. Masernimpfung, Informationskampagne zu sexuell übertragbaren Krankheiten) oder eine bestimmte Krankheit bei einer Person frühzeitig zu erkennen (z. B. Darmkrebscreening). Mittels dieser Massnahmen soll im Kanton Luzern ein Beitrag geleistet werden, damit die Verbreitung von Krankheiten eingedämmt und spezifische Krankheiten auch frühzeitig erkannt werden können. Wichtige Aktivitäten sind namentlich:

- *Prävention mit Evidenz in der Praxis (PEPra)*: Bei PEPra handelt es sich um ein Projekt der FMH und weiterer Trägerorganisationen zur Förderung der Prävention und Früherkennung in der ambulanten medizinischen Grundversorgung. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Prävention und Früherkennung im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten (NCD) sowie der psychischen Erkrankungen und der Sucht. PEPra wird im Zusammenhang mit der Umsetzung der NCD-Strategie durch die Projektförderung «[Prävention in der Gesundheitsversorgung](#)» der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz unterstützt. Das Projekt bietet einerseits eine Informationsplattform für Prävention im Praxisalltag an, auf welcher sich die Grundversorgerinnen und Grundversorger über regionale Präventionsangebote informieren können. Andererseits werden durch PEPra Fortbildungsmodulare für Praxismitarbeitende (Ärztenschaft und medizinische Praxisfachpersonen) organisiert. Ein Ziel ist dabei die Vermittlung von Informationen und Werkzeugen zu patientenzentrierten Kommunikations- und Beratungsmethoden. Dadurch kann die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten gestärkt werden. Der Bereich Gesundheitsversorgung der DIGE unterstützt die FMH bei der Umsetzung des Pilotprojekts im Kanton Luzern. Eine weitere wichtige Partnerin bei der Projektumsetzung ist die Ärztesgesellschaft des Kantons Luzern. Im Kanton Luzern werden ausgewählte Module seit Frühling 2022 angeboten.
- *Darmkrebsvorsorgeprogramm*: Darmkrebs (damit gemeint ist in der Regel Dickdarmkrebs) gehört zu den häufigsten Krebsarten in der Schweiz. Ab dem 50. Altersjahr steigt das Risiko, an Darmkrebs zu erkranken, deutlich an. Der Kanton Luzern hat deshalb im Jahr 2022 ein systematisches und operatives [Darmkrebsvorsorgeprogramm](#) für Personen zwischen 50 und 69 Jahren lanciert. Der Luzerner Bevölkerung stehen zwei verschiedene Untersuchungen zur Früherkennung zur Verfügung: der «Blut-im-Stuhl-Test» und die Darmspiegelung. Die Kosten für eine Untersuchung im Rahmen des kantonalen Vorsorgeprogramms sind franchisebefreit und werden nach Abzug des Selbstbehalts von der Krankenkasse übernommen. Mittels dieser Untersuchungen kann Darmkrebs frühzeitig entdeckt und eine entsprechende Behandlung begonnen werden. Das Darmkrebsvorsorgepro-

gramm des Kantons Luzern ist breit abgestützt und wird von der Ärztesellschaft des Kantons Luzern, dem Luzerner Apothekerverein, der Krebsliga Zentralschweiz sowie der Patientenstelle Zentralschweiz unterstützt.

Suchtprävention

Viele Menschen konsumieren psychoaktive Substanzen, spielen um Geld, nutzen das Internet oder nehmen verordnete sowie selber besorgte Medikamente ein. Die meisten Menschen tun dies risikoarm, ohne sich und andere zu gefährden. Manchen Menschen gehen jedoch Risiken ein oder verlieren die Kontrolle über ihren Konsum oder ihr Verhalten. Risikoverhalten und Sucht (Abhängigkeit) sowie die daraus resultierenden Folgen verursachen grosses individuelles Leid, gesamtgesellschaftliche Belastungen und hohe Kosten. Die am meisten verbreiteten Suchtmittel sind nach wie vor Alkohol und Tabak/Nikotin, gefolgt von den illegalen Drogen. Aber auch Verhaltensabhängigkeiten wie Internetabhängigkeit und Spielsucht werden zunehmend ein Thema, ebenso Medikamentenmissbrauch und Mischkonsum mehrerer Substanzen. Sucht und ihre negativen Auswirkungen sollen verringert werden, indem der Einstieg verhindert, die Suchtentwicklung so früh wie möglich erkannt und unterbrochen sowie Probleme im Zusammenhang mit einer Chronifizierung abgeschwächt werden. Dies wird einerseits durch Massnahmen zur Sensibilisierung erreicht, andererseits müssen für eine nachhaltige Veränderung auch strukturelle Rahmenbedingungen geschaffen werden (z. B. Beratungsangebote, gesetzliche Bestimmungen zum Jugendschutz).

Die Suchtpolitik des Kantons Luzern orientiert sich an den Vorgaben der Nationalen Strategie Sucht und baut auf dem seit Jahren erfolgreich etablierten Vier-Säulen-Modell auf:

- Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung,
- Beratung und Therapie,
- Schadensminderung und Risikominimierung,
- Regulierung und Vollzug.

Das kantonale [Suchtleitbild](#) legt Grundsätze und Werte fest, an denen sich die Suchtpolitik im Kanton Luzern orientieren soll. Die kantonale Suchtbeauftragte ist für die Koordination der kantonalen Vier-Säulen-Politik im Suchtbereich verantwortlich. Die kantonale [Gremienstruktur](#) im Suchtbereich soll die Vernetzung der verschiedenen Akteurinnen und Akteure, den Informationsaustausch sowie die Koordination der Aktivitäten in und zwischen den verschiedenen Säulen unterstützen und optimieren.

Im Bereich der Prävention und Früherkennung werden Strategien und Programme erarbeitet sowie Massnahmen gemeinsam mit Partnern aus Fachorganisationen und der kantonalen Verwaltung umgesetzt. Der Bereich Prävention von [Akzent Prävention und Suchttherapie](#) ist das Kompetenzzentrum für Suchtprävention und Früherkennung im Kanton Luzern. Akzent wendet sich mit seinen Angeboten hauptsächlich an Schlüsselpersonen in abgegrenzten sozial-räumlichen Systemen wie Schule, Gemeinde und Familie und richtet sich an Menschen in allen Lebensphasen. Akzent arbeitet im Auftrag von Kanton und Gemeinden.

Der Kanton Luzern setzt folgende Präventionsprogramme um:

[Kantonales Tabakpräventionsprogramm 2022–2025](#): Die Vision des Programmes ist es, den Nikotinkonsum in der Bevölkerung zu reduzieren und einen Wandel der gesellschaftlichen Norm vom Rauchen hin zum Nichtrauchen zu erreichen. Ein Leben frei von Tabak und Nikotin soll zur Selbstverständlichkeit werden. Der Fokus liegt auf der Zielgruppe Kinder und Jugendliche.

Ausgewählte Massnahmen aus dem Programm:

- Akzent Prävention und Suchttherapie sowie die Lungenliga Zentralschweiz sind in verschiedenen Schulstufen und in der offenen Jugendarbeit präsent, um Kinder und Jugendliche zu erreichen. Nebst der Stärkung von Schutzfaktoren werden sie zum Thema Tabak und Nikotin altersgemäss sensibilisiert und aufgeklärt.
- Beim Projekt [«Offene Sporthallen»](#) öffnen die Gemeinden ihre Sporthallen und ermöglichen Kindern und Jugendlichen ein suchtmittelfreies Freizeitangebot.
- Auf Spielplätzen werden [rauchfreie Zonen](#) definiert, um Kinder zu schützen.
- Mit dem Projekt [«Femmes- und Männer-Tische»](#), das von Fabia Kompetenzzentrum Migration umgesetzt wird, werden Menschen mit Migrationshintergrund zum Thema Tabakprävention und Passivrauchschutz erreicht.

[Kantonales Suchtpräventionsprogramm 2023–2026](#)

Ausgewählte Massnahmen aus dem Programm:

- Das Projekt [«Luegsch»](#) von Akzent Prävention und Suchttherapie unterstützt Gemeinden mit Hilfsmitteln, Beratung und Veranstaltungen bei der Umsetzung des Jugendschutzes.
- Die Änderungen in der nationalen Tabakgesetzgebung werden auf kantonaler Ebene unter Mitwirkung der DIGE umgesetzt. Das neue Bundesgesetz über Tabakprodukte und elektronische Zigaretten (TabPG) tritt national voraussichtlich im Herbst 2024 in Kraft.
- Mitwirkung bei der Erweiterung der nationalen [Online-Schulung](#) «jalk.ch» auf den Bereich Tabak.

Wie viel Nutzen ein in die Prävention investierter Franken bringt, wurde in [Kosten-Nutzen-Analysen](#) untersucht. Basierend auf Daten von 2010 in den Bereichen Alkohol und Tabak konnte aufgezeigt werden, dass jeder investierte Franken einen belegbaren Nutzen von 23 Franken (bei Alkohol) respektive 41 Franken (bei Tabak) bringt.

Schulgesundheit

Die Schulgesundheit beinhaltet im Wesentlichen folgende Angebote:

- *Schulärztliche Untersuchungen und freiwillige Schulimpfungen*: Die schulärztlichen Untersuchungen bezwecken die Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der Lernenden sowie die frühzeitige Erfassung von Einschränkungen/Risiken. Die Impfquote bei den Kindern konnte verbessert werden, was zur Senkung der Prävalenz gefährlicher (Kinder-)Krankheiten beigetragen hat. Dies ist in Teilen auch der Wiedereinführung der freiwilligen kostenlosen Schulimpfungen und dem kantonalen HPV-Impfprogramm zu verdanken.
- *Schulzahnärztliche Untersuchungen und die Schulzahnpflege*: Die Schulzahnpflege im Kanton Luzern beruht auf drei Standbeinen: dem Prophylaxe-Unterricht durch Schulzahnpflegeinstruktorinnen und -instruktoren (SZPI) und Lehrpersonen; einem jährlichen kostenlosen Untersuch für schulpflichtige Kinder sowie der Behandlungsmöglichkeit allfälliger Schäden. Bei der Schulzahnpflege handelt es sich um ein seit 60 Jahren bestehendes Erfolgsmodell nachhaltiger Prophylaxe/Prävention im Bereich der Mundgesundheit. Die Karieszahlen bei Schulentlassung

sind um 95 Prozent tiefer als noch bei Einführung der Schulzahnpflege. Die Nachhaltigkeit zeigt sich durch einen geringen zahnärztlichen Behandlungsbedarf bis weit ins Erwachsenenalter. Nicht zu vernachlässigen sind zudem die stark integrativen Effekte bei der Migrationsbevölkerung. Die Hauptverantwortung für die Schulzahnpflege liegt bei den Gemeinden, der Kanton hat koordinative Aufgaben.

Das Modell Schulgesundheit hat sich seit seiner Einführung bewährt. Form und Prozesse der Schulgesundheit bedürfen jedoch einer Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung. So lässt sich beispielsweise eine Verschiebung von den Reihenuntersuchungen hin zu individuellen schulärztlichen Untersuchungen beobachten.

Mit einem Projekt, das von unserem Rat in der Stellungnahme vom 10. November 2020 auf das [Postulat P 205](#) von Helen Schurtenberger über die Prüfung der Grundlagen über die Durchführung der obligatorischen Schulzahnpflege in Auftrag gegeben wurde, sollen die Prozesse des gesamten Schulgesundheitswesens unter Einbezug betroffener Akteurinnen und Akteure überprüft und wo nötig angepasst werden. Die Hauptverantwortung für die Schulgesundheit liegt auf Ebene der Volksschulen bei den Gemeinden und auf Ebene der Kantons-, Privat- und Sonderschulen beim GSD und beim Bildungs- und Kulturdepartement (BKD). Der niederschwellige Zugang und die kostenlose Durchführung sollen auch in Zukunft Kindern aus allen Bevölkerungsschichten offenstehen.

Alterszahnprophylaxe

Eine gute Mundgesundheit steht in engem Zusammenhang mit der allgemeinen Gesundheit. Mit dem Aufbau einer funktionierenden Alterszahnprophylaxe sollen unselbständige Personen in Pflegeheimen die Gelegenheit erhalten, bezüglich ihrer Zahngesundheit schmerzfrei und interventionsarm die letzten Jahre ihres Lebens zu verbringen.

In Zusammenarbeit mit der Curaviva sowie der lokalen Sektion der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft SSO werden die notwendigen personellen wie auch strukturellen Voraussetzungen geschaffen, um der Bevölkerung am Lebensende möglichst viel Lebensqualität in Bezug auf die Zahngesundheit zu bieten. Folgende Massnahmen stellen die Grundpfeiler der Alterszahnprophylaxe dar und werden von den zuständigen Heimen (sowie vom Heimzahnarzt bzw. von der Heimzahnärztin) organisiert:

- Benennung eines verantwortlichen Heimzahnarztes oder einer verantwortlichen Heimzahnärztin für jedes Heim als Ansprechperson,
- obligater zahnmedizinischer Untersuchung bei Heimeintritt mit Erstellen einer individuellen und normierten Pflegeverordnung,
- begleitete tägliche Mundhygiene durch das Pflegepersonal unter Verwendung einer hochdosierten Fluoridpaste, unterstützt durch speziell ausgebildete Alterszahnpflegeassistentinnen und -assistenten.²⁶

²⁶ Eine offizielle Berufsbezeichnung für Prophylaxe-Assistentinnen und -Assistenten mit einer Fortbildung in Alterszahnmedizin fehlt derzeit. Prophylaxe-Assistentinnen und -Assistenten mit der Fortbildung in Alterszahnmedizin können ohne direkte zahnärztliche Aufsicht in Spitälern, geriatrische Kliniken sowie in Alters- und Pflegeheimen arbeiten.

3.4.3 Übertragbare Krankheiten

Das Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (EpG; SR [818.101](#)) regelt den Schutz des Menschen vor übertragbaren Krankheiten.²⁷ Es bezweckt, den Ausbruch und die Verbreitung übertragbarer Krankheiten zu verhindern und zu bekämpfen sowie die Auswirkungen von übertragbaren Krankheiten auf die Gesellschaft und die betroffenen Personen durch entsprechende Massnahmen zu reduzieren.

Bund und Kantone sind durch das [EpG](#) verpflichtet, Massnahmen in den Bereichen Prävention, Überwachung und Früherkennung übertragbarer Krankheiten durchzuführen und zu koordinieren. Die Rollen und Zuständigkeiten von Bund und Kanton unterscheiden sich je nach Lage. Im Kanton Luzern bilden die kantonale Epidemieverordnung (KEpV; SRL Nr. [835](#)) sowie die Regelungen zur Pandemie Vorbereitung und -bewältigung im [GesG](#) die wichtigsten rechtlichen Grundlagen.

Die DIGE engagiert sich in folgenden Feldern für die Prävention übertragbarer Krankheiten:

- Impfungen stellen das wirksamste Mittel zum Schutz vor schweren Infektionskrankheiten und deren Auswirkungen dar. Der Kanton leistet einen Beitrag zur Erhöhung der Durchimpfung mit den kostenlosen freiwilligen Schulimpfungen und dem HPV-Impfprogramm.
- Die DIGE erfasst Meldungen zu rund 50 Infektionskrankheiten gemäss der Meldeverordnung des BAG, um die epidemiologische Situation im Kanton laufend beurteilen und nötigenfalls Massnahmen treffen zu können. Weiter führt die DIGE Ausbruchsabklärungen bei Infektionskrankheiten durch, wenn diese im Kanton Luzern auftreten.
- Vorbereitung auf Pandemien: Der kantonale [Pandemieplan](#) stellt in Ergänzung zum nationalen Pandemieplan ein wichtiges Planungsinstrument zur Vorbereitung auf eine Pandemie dar. Ergänzt und aktualisiert wurde der Pandemieplan durch das Konzept Kontaktmanagement und das Impfkonzert mit einem Beschaffungs- und Verteilkonzept.

Die Covid-19-Pandemie hat gezeigt, dass eine Pandemie die Gesundheitsversorgung vor enorme Herausforderungen stellt. Die Gesundheitsversorgung der Luzerner Bevölkerung konnte – dank dem enormen Engagement und der sehr guten Zusammenarbeit aller Beteiligten – trotz zahlreicher Herausforderungen insgesamt gut sichergestellt werden.

Auch wenn sich künftige Pandemien stark von der Covid-19-Pandemie unterscheiden können, ist es zielführend, Lehren aus der vergangenen Pandemie zu ziehen und wo nötig Massnahmen umzusetzen. Mit dem [Rechenschaftsbericht B 146](#) vom 30. September 2022 über die Covid-19-Krisenbewältigung im Kanton Luzern im Zeitraum von März 2020 bis März 2022 wurden auf kantonaler Ebene die Erfahrungen aus der Covid-19-Pandemie reflektiert sowie Lehren für Organisationen und Prozesse gezogen. Der Bericht definiert Handlungsfelder, die unter der Führung der

²⁷ Das [BAG](#) definiert eine Epidemie als zeitlich und örtlich begrenzte unübliche Häufung einer Infektionskrankheit. Ein Beispiel ist die zeckenübertragene Hirnhautentzündung (Frühsommer-Meningoenzephalitis FSME) oder die Lyme-Borreliose. Der Begriff der Pandemie baut auf der Definition der Epidemie auf und bezeichnet die Ausbreitung einer bestimmten Infektionskrankheit in vielen Ländern bzw. Kontinenten. Sie kann einen grossen Teil der Weltbevölkerung gefährden. Beispiele einer Pandemie sind HIV-/AIDS-Pandemie und die Covid-19-Pandemie.

Konferenz der Departementssekretärinnen und -sekretäre aufgearbeitet werden. Folgende Tabelle fasst zusammen, welche Herausforderungen zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung während einer Pandemie bestehen und mit welchen Massnahmen auf diese Herausforderungen reagiert werden kann. Dabei werden Erfahrungen und Erkenntnisse aus der Covid-19-Pandemie mitberücksichtigt.

Bereich	Herausforderungen
Personal	Verstärkter Personalmangel durch Überlastung und Übernahme von Mehraufgaben; Verschiebung der Aufgaben und Prioritäten; Personalausfälle; Arbeit unter erschwerten Bedingungen; Bedarf an zusätzlichem Personal in unterstützender Funktion
Material	Versorgung mit medizinischen Gütern und persönlichem Schutzmaterial; Sicherstellung der Versorgung bei unterbrochenen Lieferketten (zusätzlicher Logistikbedarf); Produktionsverschiebung zugunsten von Schutzmaterial kann zu Versorgungsengpässen bei anderen Produkten führen
Infrastruktur	Fehlen von notwendigen Kapazitäten ambulant wie stationär; Bereitstellung ausreichender Labor-/Impf-/Testkapazität; Durchhaltefähigkeit der Organisation
Bereichsübergreifend	Die bereichsübergreifenden Herausforderungen sind detailliert im Rechenschaftsbericht B 146 unseres Rates zur Covid-19-Krisenbewältigung aufgeführt.

Tab. 8: Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung im Zusammenhang mit einer Pandemie

Quelle: Interne Daten der DIGE

Beispielhafte Massnahmen entlang dieser Bereiche und Herausforderungen sind in der ausführlichen Version der Tabelle im Anhang 5 aufgeführt. Diese Massnahmen sind – mit wenigen Ausnahmen – als langfristige und vorbeugende Instrumente zu verstehen und somit insbesondere in der normalen Lage zu planen und umzusetzen. Weiter sind die aufgelisteten Massnahmen nicht nur im Falle einer pandemischen Situation, sondern auch im Umgang mit anderen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung (z. B. akzentuierter Fachkräftemangel) und teilweise auch bei weiteren Ereignissen (z. B. Energiemangellage/Notlagen im Asylwesen) relevant.

Für die erwähnten Massnahmen werden die entsprechenden Rechtsnormen vorausgesetzt, respektive sind diese zu schaffen, wobei die Auflistung nicht abschliessend ist (z. B. Kompetenzdelegation an Gesundheitsfachpersonen in Bezug auf Testung und Impfung, gesetzliche Grundlage zur Schaffung eines Personalpools oder Unterstützung der Gesundheitseinrichtungen durch den Zivilschutz, Vorhalteleistung und Pflichtlager sowie Requisitionskompetenz von personellen und materiellen Ressourcen). Auch nationale Bestrebungen zur Stärkung der Gesundheitsversorgung sind auf kantonaler Ebene unterstützend zu berücksichtigen.

Zurzeit läuft auf nationaler Ebene die Revision des [EpG](#) sowie die Überarbeitung des Pandemieplans. Die Massnahmen auf kantonaler Ebene müssen auf die aktualisierten Vorgaben des Bundes abgestimmt werden.

3.5 Palliativversorgung

Die Palliativversorgung ([Palliative Care](#)) umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie beugt Leiden und Komplikationen vor und beinhaltet medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung am Lebensende.

Eine wichtige übergeordnete Funktion in der Palliativversorgung im Kanton Luzern kommt dem Verein Palliativ Luzern zu. Als Drehscheibe und Informationsplattform macht der Verein Betroffenen und Interessierten wichtige Informationen aus dem Gebiet der Palliative Care zugänglich, vernetzt die verschiedenen Anbieter von Palliative Care im Kanton Luzern, fördert die fachspezifische Weiter- und Fortbildung und informiert die Öffentlichkeit und die Politik über die Anliegen und Probleme der Palliative Care im Kanton Luzern. Die Geschäftsstelle von Palliativ Luzern wird bis Ende 2024 zu einem massgeblichen Teil durch den Kanton und die Gemeinden via Zweckverband für institutionelle Sozialhilfe und Gesundheitsförderung (ZiSG) finanziert. Ab 2025 ist eine vollumfängliche Finanzierung durch den Kanton in Prüfung.

Im Folgenden werden medizinische und pflegerische Angebote thematisiert.

Mit dem am 1. Januar 2021 in Kraft getretenen neuen § 44b [GesG](#) gab es erstmals eine gesetzliche Regelung der Palliativversorgung im Kanton Luzern. Danach sorgen der Kanton in den Spitälern und die Gemeinden in der Langzeitpflege jeweils für ein angemessenes Angebot an Palliativgrundversorgung. Gemeinsam betreiben und finanzieren sie einen spezialisierten mobilen Dienst für Palliative Care, wobei sie den Betrieb auch privaten oder öffentlich-rechtlichen Leistungserbringenden übertragen können.

Stationäre Angebote

In den Spitälern werden Leistungen in der akutstationären Palliativversorgung derzeit an drei Spitälern angeboten: An den drei Standorten des LUKS, an der Hirslanden Klinik St. Anna und am SPZ. Alle drei Spitäler verfügen über ein Kompetenzzentrum «Palliative Care», mit welchem sie im Rahmen der bestehenden Leistungsaufträge [KVG](#)-pflichtige Leistungen abrechnen können. Im Kinderspital Luzern wurde zudem eine Koordinationsstelle für Palliative Care errichtet. Dass sämtliche Akutspitäler einen Leistungsauftrag für Palliativmedizin erhalten, ist unabdingbar. Einerseits können spitalbedürftige Patientinnen und Patienten nur in einem Spital die erforderliche palliative Versorgung erhalten. Andererseits wäre es für spitalbedürftige Patientinnen und Patienten und deren Angehörige in der Regel nicht zumutbar, das Spital zu wechseln.

Die Pflegeheime im Kanton Luzern bieten alle Betreuung und Pflege bis ans Lebensende an. Die [Pflegeheimliste](#) des Kantons Luzern sieht diesbezüglich keine Ausnahmen vor (etwa in Form einer Einschränkung der zu erbringenden Pflegestufen). Die Sterbebegleitung und Palliative Care gehören zum Alltag beziehungsweise zu den Grundaufgaben der Pflegeheime. Viele der Bewohnenden haben eine oder mehrere

chronisch-degenerative Erkrankungen. Im Jahr 2022 sind gemäss der Statistik der Sozialmedizinischen Institutionen 2076 Personen aus einem Pflegeheim im Kanton Luzern ausgetreten, die Mehrheit davon (1801 Personen) ist im Pflegeheim verstorben. Aufgrund der Bedeutung der Palliative Care in Pflegeheimen setzen sich viele Betriebe vertiefter mit dem Thema auseinander, und mittlerweile verfügen fast alle über ein schriftlich festgehaltenes Palliative-Care-Konzept. Damit wird das Basiswissen im eigenen Team und der Zugang zur Expertise der spezialisierten Palliative Care entwickelt und gewährleistet.

Stationäre Angebote der spezialisierten Palliative Care für schwer kranke Menschen mit einer absehbaren Lebenszeit und einer komplexen Symptomatik, die jedoch nicht (mehr) spitalbedürftig sind, bieten im Kanton Luzern derzeit das Hospiz Zentralschweiz (zwölf Betten, sechs davon auf der Luzerner Pflegeheimliste) und die Palliativ-Care-Abteilung des zu Viva Luzern gehörenden Pflegeheims Eichhof (sieben Betten) an. Gemessen an der Auslastung dieser Angebote ist aktuell noch von einem ausreichenden Angebot auszugehen. Die grosse Herausforderung für diese Angebote ist die Finanzierung. Bewilligungs- und finanzierungsrechtlich gelten Hospize als Pflegeheime, weshalb die Regelungen der Pflegefinanzierung gemäss [KVG](#) anwendbar sind. Dies hat zur Folge, dass die Aufenthaltskosten (Hotellerie und Betreuung) – anders als die Kosten der Pflegeleistungen und im Gegensatz zu einem Spitalaufenthalt von den Patientinnen und Patienten (ausgenommen EL-Beziehende) – grundsätzlich selbst zu tragen sind. Die Einrichtungen gehen mit dieser Problematik bisher so um, dass sie ihren Patientinnen und Patienten bei finanziellen Engpässen nur einen Teil der Aufenthaltskosten in Rechnung stellen respektive die Privatkosten ganz erlassen und den Fehlbetrag über Spendengelder decken oder über andere Betriebsteile querfinanzieren. Zurzeit ist auf Stufe Bund dazu die [Motion 20.4264](#) SGK-SR «Für eine angemessene Finanzierung der Palliative Care» vom 16. Juni 2021 in Bearbeitung. Ob und wann mit einer entsprechenden Lösung gerechnet werden kann, ist jedoch offen. Verschiedene Kantone (z. B. AG und VS) haben deshalb eigene Finanzierungsregelungen für Hospize im kantonalen Recht geschaffen. Nach der bisherigen Ansicht unseres Rates müsste eine solche Mitfinanzierung der Aufenthaltskosten im Hospiz jedoch zwingend die Krankenversicherer berücksichtigen, um Fehlanreize zu vermeiden. Dies setzt wiederum nationale Vorgaben voraus, da kantonale Einzellösungen mit den Krankenversicherern nicht zielführend sind. Auch stellen sich bei einer Mitfinanzierung der Hospize durch die öffentliche Hand zahlreiche heikle Abgrenzungsfragen in Bezug auf die Pflegeheime, wo keine solche Mitfinanzierung erfolgt. Insbesondere müsste klar definiert und überprüft werden (können), wer künftig in ein Hospiz eintreten darf und welcher Standard mitfinanziert wird. Für eine Mitfinanzierung im Kanton Luzern müsste schliesslich zuerst eine entsprechende Rechtsgrundlage geschaffen werden. Dabei wäre eine Mitfinanzierung der Gemeinden analog dem spezialisierten mobilen Palliative-Care-Dienst zu fordern.

Die politische Diskussion alternativer Finanzierungsmodelle wird im Rahmen der Beantwortung der [Motion M 234](#) von Stephan Schärli über die Etablierung einer Finanzierung zertifizierter Hospize im Kanton Luzern erfolgen.

Ambulante Angebote

Spitex-Organisationen mit Versorgungspflicht²⁸ im Kanton Luzern übernehmen alle Pflegeleistungen, soweit sie diese fachlich vertreten können. Sie leisten Palliative Care, soweit diese zu Hause, oftmals auch mit Unterstützung von Angehörigen, möglich ist. Aber auch Spitex-Organisationen ohne Versorgungspflicht leisten Palliative Care. Bei aufwendigen Pflegesettings sind teilweise mehrere Spitex-Organisationen involviert.

Der von § 44b [GesG](#) geforderte spezialisierte mobile Palliative-Care-Dienst «Palliativ Plus» hat unter der administrativen Leitung des Vereins Palliativ Luzern seine Tätigkeit am 1. Januar 2023 aufgenommen. Palliativ Plus besteht aus einem spezialisierten interprofessionell arbeitenden Team, das über palliativmedizinische und palliativpflegerische Expertise verfügt. Das Team bietet zusätzliche pflegerische und ärztliche Unterstützung für schwerkranke Menschen zu Hause, in Alters- und Pflegeheimen sowie in Institutionen für Menschen mit Beeinträchtigung. Palliativ Plus ist im ganzen Kanton Luzern tätig. Teil von Palliativ Plus ist auch der Brückendienst der Spitex der Stadt Luzern, der für die Stadt Luzern und die Agglomerationsgemeinden schon seit längerem ein entsprechendes Angebot bereitstellt. Für die pädiatrische Expertise ist die Kinderspitex Zentralschweiz im ganzen Kanton Luzern tätig. Aktuell werden seitens Kanton und Gemeinden gesamthaft 600'000 Franken für Palliativ Plus bereitgestellt. Diese Beitragshöhe ist zumindest für die Einführungsphase des Dienstes angemessen, muss jedoch bei einer steigenden Inanspruchnahme des Dienstes überprüft werden.

Zur Stärkung der Palliative-Care-Grundversorgung initiiert und koordiniert Palliativ Luzern regionale Palliative-Care-Netzwerke. In den Regionen Seetal, Sempachersee, Entlebuch und Willisau wird darin der Austausch zwischen allen beteiligten Berufsgruppen, Institutionen und Freiwilligen bereits gewährleistet und eine umfassende, koordinierte Begleitung über die ganze Zeitspanne von Palliative Care unterstützt.

3.6 Weitere Elemente der Gesundheitsversorgung

Daneben sind – mit Blick auf ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis – weitere Angebote für die Versorgung der Patientinnen und Patienten zentral. Diese Angebote sind über den gesamten Patientenpfad wirksam – von der Gesundheitsförderung bis zur Palliativversorgung. Im Folgenden wird auf ausgewählte Angebote eingegangen.

3.6.1 Seelsorge

Den spirituellen Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen wird im Rahmen von seelsorgerischen Diensten begegnet. So tragen die drei Landeskirchen des Kantons Luzern (römisch-katholische Kirche, evangelisch-reformierte Kirche, christkatholische Kirche) und weitere Glaubensgemeinschaften mit ihren professionellen Seelsorgerinnen und Seelsorgern beispielsweise zur Palliativversorgung in Spitälern, Pflegeheimen, Hospizen und zu Hause bei. Die Seelsorge ist auch in die regionalen Palliative-Care-Netzwerke eingebunden.

²⁸ Es handelt sich um Spitex-Organisationen mit einem Leistungsauftrag von einer oder mehreren Gemeinden.

In den letzten Jahren hat generell die Bedeutung der «spirituellen Dimension» der Gesundheitsversorgung unter dem Begriff der «Spiritual Care» an Bekanntheit gewonnen.²⁹ Spiritualität spielt im Umgang mit Sinnfragen sowie bei der Bewältigung von Krisen und schwierigen Lebensereignissen eine wichtige Rolle. Spiritualität wird in diesem Zusammenhang als Teil der Gesundheit verstanden, den es in der Beratung, Behandlung und Betreuung systematischer zu berücksichtigen gilt – als interdisziplinäre Aufgabe von Gesundheitsberufen und der Seelsorge. Die Angebotsformen seelsorgerischer Begleitung müssen mit den Entwicklungen bei den unterschiedlichen Zielgruppen, insbesondere bei jüngeren Generationen, zukünftig Schritt halten können. Erwähnenswert sind in diesem Zusammenhang insbesondere die Schaffung neuer digitaler Angebote (Chat-Seelsorge) sowie – aufgrund des steigenden Anteils an konfessionslosen Bürgerinnen und Bürger – der Trend zu einer konfessionsunabhängigen Seelsorge.

Um die Seelsorge respektive die Spiritual Care noch stärker in die Gesundheitsversorgung integrieren und die vorhandenen Ressourcen noch besser nutzen zu können, müssen die bestehenden Angebote bekannter gemacht werden – in der Bevölkerung wie auch bei den Fachpersonen im Gesundheitswesen.

3.6.2 Engagement von Angehörigen und Freiwilligen

Das Engagement von Angehörigen und Freiwilligen stellt eine wichtige Ressource für die Gesundheitsversorgung dar – ganz grundsätzlich, aber insbesondere in der Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen. Damit beispielsweise eine Palliative-Care-Begleitung zu Hause gewährleistet werden kann, wird das Mitwirken von Angehörigen und Freiwilligen vorausgesetzt. So sind die Freiwilligen-Gruppen in den regionalen Palliative-Care-Netzwerken wichtige Partner.

Angehörige und Freiwillige befinden sich meist in einer anspruchsvollen und intensiven Situation. Aktuell bieten verschiedene Organisationen (z. B. Pro Senectute Luzern, Schweizerisches Rotes Kreuz Kanton Luzern, Alzheimer Luzern) entsprechende Kursangebote für betreuende An- und Zugehörige an. Für pflegende Angehörige hat sich ein Netzwerk von Caritas Schweiz, Schweizerisches Rotes Kreuz Luzern und Pro Senectute gebildet.

Das Engagement von Angehörigen und Freiwilligen gerät zunehmend unter Druck: So sind viele Angehörige beruflich eingebunden; ganz allgemein geht die Freiwilligenarbeit zurück. Um diese wichtige Stütze der Gesellschaft im Gesamten und des Gesundheitswesens im Besonderen zu erhalten, sind Lösungen zur Entlastung von Angehörigen, eine verstärkte Wertschätzung des freiwilligen Engagements sowie neue Konzepte (z. B. Caring Communities, Erteilung von Kompetenzen in der Grundpflege) gefragt. Infolge der Überarbeitung des [BPG](#) erhalten betreuende Angehörige seit dem 1. Januar 2024 eine jährliche [Anerkennungszulage](#) von 800 Franken. Betreute Personen haben Anspruch auf Gutscheine für Entlastungsangebote (Alltags- und Haushaltshilfe, Besuchsdienst, Entlastungsdienst, Palliativbegleitung, stationäre Entlastungsplätze) in der Höhe von 1200 Franken.

²⁹ Die reformierte Kirche des Kantons Luzern spricht neu von der «Gesundheitsseelsorge».

3.6.3 Beratung, Hilfe und Betreuung

Die psychosozialen Beratungsangebote nehmen in der Gesundheitsversorgung eine wichtige Rolle ein: Sie machen Massnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention für ausgewählte Zielgruppen zugänglich und unterstützen Individuen bei der Orientierung im komplexen Netzwerk der Angebote.

Der barrierefreie Zugang zu spezialisierten Angeboten der Sozialberatung für Ratsuchende wirkt entlastend auf die Strukturen der Gesundheitsversorgung. Auch alle für die Alltagsbewältigung von vulnerablen Menschen existierenden Angebote wie Betreuungs-, Begleit- oder Fahrdienste wirken entlastend.

3.7 Schlussfolgerungen

Für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung spielen zunehmend übergeordnete Themen und Aspekte eine entscheidende Rolle:

- Der *Fachkräftemangel* betrifft zwar alle Branchen, ist aber im Gesundheitswesen als kritischer Versorgungsbereich von besonderer Tragweite. Dieser Herausforderung müssen der Kanton Luzern und die Leistungserbringenden gemeinsam und entschieden begegnen (siehe Massnahme in Kap. [8.1.4](#)). Es gilt, auf bereits bestehenden Massnahmen aufzubauen (z. B. Praxisassistentenprogramm), diese zu adaptieren und neue kreative Ansätze zu verfolgen. Weitere Massnahmen betreffen die Aus-/Weiterbildung (z. B. neue Studiengänge in den Pflegeberufen), die Rekrutierung, den Personaleinsatz (z. B. neue Berufsrollen) und den Personalerhalt (z. B. attraktive Arbeitsbedingungen).
- Die *Digitalisierung und die digitale Transformation* stellen in den nächsten Jahren wichtige Grundlagen zur Weiterentwicklung einer effizienten, integrierten und patientenorientierten Gesundheitsversorgung dar. Mit verschiedenen Massnahmen auf kantonaler Ebene soll der Digitalisierung im Gesundheitswesen Schub verliehen werden. Der Kanton Luzern will dabei insbesondere eine koordinierende Rolle bei der Einführung des EPD einnehmen (siehe Massnahme in Kap. [8.1.3](#)).
- Die *integrierte Gesundheitsversorgung* ist bereits seit längerem ein intensiv debattiertes Thema. Die koordinierte Zusammenarbeit der Leistungserbringenden soll dazu dienen, auf dem gesamten Behandlungs-, Betreuungs- und Pflegepfad eine konsequent personenzentrierte Haltung einzunehmen und die Qualität der Behandlung von Patientinnen und Patienten über die ganze Behandlungskette hinweg zu verbessern. Die Mehrheit der im Rahmen des Planungsberichtes befragten Leistungserbringenden hat sich dafür ausgesprochen, dass es in diesem Bereich Massnahmen braucht. Unser Rat will mit einer Strategie die integrierte Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern fördern, ein neues Koordinationsgremium für einen zielorientierten Austausch schaffen sowie innovative Versorgungsmodelle mit finanziellen Mitteln unterstützen (siehe Massnahme in Kap. [8.1.1](#) und Kap. [8.1.2](#)).
- Das Potenzial von *Gesundheitsförderung und Prävention* ist im Kanton Luzern noch nicht ausgeschöpft, gerade hinsichtlich der im kantonalen Vergleich tiefen Gesundheitskompetenz der Luzerner Bevölkerung. Angesichts der Herausforderungen (u. a. demografische Entwicklung, Fachkräftemangel) ist eine Intensivierung der Aktivitäten in der Gesundheitsförderung und Prävention lohnenswert, da

sie nicht zuletzt die Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung reduzieren und das Gesamtsystem somit entlasten. Mit gezielten Massnahmen soll die Gesundheitskompetenz gestärkt werden (siehe Massnahme in Kap. [8.1.7](#)). Weiter gilt es, die Erfahrungen aus der Bewältigung der Covid-19-Pandemie zu nutzen, um die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern für künftige Herausforderungen vorzubereiten. In Analogie zum Darmkrebsprogramm plant unser Rat die Einführung eines qualitätskontrollierten, systematischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms als griffige Massnahme gegen die häufigste Krebserkrankung bei Frauen sowie die Prüfung weiterer Präventionsmassnahmen im Bereich Diabetes sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen (siehe Massnahme in Kap. [8.1.8](#)).

- Zur Förderung und zum Erhalt der Gesundheit, gerade auch im Bereich der Suchtprävention und des Jugendschutzes, bedarf es einer funktionierenden Zusammenarbeit aller Politik-, Sozial- und Gesellschaftsbereiche («health in all policies»).
- In den letzten Jahren konnte die *Palliativversorgung* im Kanton Luzern gestärkt werden. Weiterhin bestehen offene Anliegen, insbesondere bei der Palliativgrundversorgung in Pflegeheimen, bei der Finanzierung von Koordinationsleistungen in der Palliativgrundversorgung sowie bei der Finanzierung der Aufenthaltskosten in Hospizen und hospizähnlichen Strukturen.
- Weitere Dienste (z. B. Seelsorge, Sozialberatung und Entlastungsangebote) müssen mit Blick auf die Förderung der am Patientenpfad integrierten Gesundheitsversorgung berücksichtigt werden.

Die im Rahmen des vorliegenden Berichtes geplanten Massnahmen sind in Kapitel [8](#) zu finden.

4 Ambulante Versorgung

Die ambulante Gesundheitsversorgung nimmt eine immer zentralere Rolle im gesamten Gesundheitssystem ein. Die zunehmende Ambulantisierung des Gesundheitswesens geschieht aus unterschiedlichen Gründen, und es gibt entsprechend auch verschiedene Treiber dieser Entwicklungsrichtung. Einerseits ermöglicht der medizinische Fortschritt, immer mehr Eingriffe minimalinvasiv durchzuführen und die Patientinnen und Patienten wenige Stunden nach dem Eingriff aus dem Spital zu entlassen. Auch der Mangel an genügend Fachpersonal führt zu einer Behandlungsverschiebung vom stationären ins ambulante Setting. Zusätzlich treiben politische Entscheide (z. B. die Einführung des TARDOC-Systems, die Regelung «ambulant vor stationär» und EFAS) sowie der zunehmende Kostendruck die Ambulantisierung voran (siehe Kap. [2.4.3](#)). Andererseits entspricht die Stärkung der ambulanten Betreuung dem Patientenbedürfnis, eine wohnortnahe, flexible und niederschwellige Betreuung in Anspruch nehmen zu können. Auch die demografische Entwicklung und die Zunahme von chronisch erkrankten Personen tragen zu einer wachsenden Nachfrage nach medizinischen Leistungen auch im ambulanten Setting bei.

Aufgrund dieser Entwicklungen gewinnt die ambulante Versorgung im Rahmen der Versorgungsplanung immer mehr an Bedeutung. Dieses Kapitel umfasst die Grundlagen der ambulanten Versorgungsplanung (Kap. [4.1](#)), einen kurzen Rückblick auf die Entwicklungen seit dem [Planungsbericht 2015](#) (Kap. [4.2](#)), die Schilderung der aktuellen Nachfrage (Kap. [4.3](#)), einen Ausblick auf den künftigen Bedarf nach ambulanter Versorgung (Kap. [4.4](#)) sowie Schlussfolgerungen (Kap. [4.5](#)). Im Fokus stehen dabei

die ambulante ärztliche Versorgung, die ambulante nichtärztliche Versorgung, die Spitalambulante Versorgung sowie die Notfallversorgung.

4.1 Grundlagen der ambulanten Versorgungsplanung

Die ambulante Versorgung umfasst sämtliche medizinische Dienstleistungen, die nicht im stationären Setting erbracht werden; beispielsweise Spitalambulatorien, frei praktizierende Fachpersonen sowie selbständige Personen, Betriebe und Organisationen. Das ambulante medizinische Angebot wird von verschiedenen Fachpersonen im Gesundheitswesen erbracht, dazu gehören die fünf universitären Medizinalberufe³⁰ nach dem Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, [MedBG]; SR [811.11](#)) und die 17 Gesundheitsberufe³¹ gemäss der kantonalen Gesundheitsberufeverordnung (GbV; SRL Nr. [806](#)) beziehungsweise des [GesBG](#).

Gemäss § 3 Absatz 3 [GesG](#) besteht für den Kanton Luzern die Verpflichtung, im Planungsbericht über die Gesundheitsversorgung nicht nur den Bedarf für die ambulante Versorgung darzulegen, sondern auch die Mittel zur Sicherstellung des Bedarfs aufzuzeigen.

Während der Kanton im stationären Bereich über die Spitalplanung und die Leistungsaufträge nach [KVG](#) ein Instrument zur direkten Steuerung des Angebots hat, fehlt im ambulanten Bereich eine vergleichbare Steuerungsgrundlage. Die ambulante Gesundheitsversorgung ist im Wesentlichen privatwirtschaftlich und mehrheitlich unabhängig von kantonalen Aufträgen organisiert. Entsprechend können Leistungserbringende im ambulanten Bereich weitgehend eigenständig über ihr Angebot entscheiden.

Trotzdem hat der Kanton Möglichkeiten, das Angebot auch im ambulanten Sektor mitzugestalten, und trägt eine massgebliche Verantwortung für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten ambulanten Versorgung. Neben der Erteilung von gesundheitspolizeilichen Berufsausübungs- und Betriebsbewilligungen nach nationalem und/oder kantonalem Gesundheitsrecht, obliegt es seit Januar 2022 der Zuständigkeit der Kantone, Leistungserbringende (nach Art. 35 Abs. 2a-g, m und n [KVG](#)) zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zuzulassen. Bei einer Überversorgung kann der Kanton bei den Ärztinnen und Ärzten (Art. 55a KVG) und in der Pflege (Art. 55b KVG) rudimentär «steuernd» auf den ambulanten Bereich einwirken, indem er die Zulassung neuer Leistungserbringender zur Abrechnung zulasten der OKP beschränkt. Mit EFAS soll der Kanton die Zulassung der übrigen Leistungserbringenden beschränken können.

Datengrundlage

Die ambulante Bedarfs- und Versorgungsplanung beruht im Wesentlichen auf folgenden Grundlagen:

³⁰ Arzt/Ärztin, Zahnarzt/Zahnärztin, Chiropraktor/Chiropraktorin, Apotheker/Apothekerin, Tierarzt/Tierärztin

³¹ Optometrist/ Optometristin, Dentalhygieniker/ Dentalhygienikerin, Drogist/Drogistin, Hebamme, Ergotherapeut/Ergotherapeutin, Ernährungsberater/Ernährungsberaterin, Leiter/Leiterin Laboratorium, Logopäde/Logopädin, medizinischer Masseur/Masseurin, Neuropsychologe/Neuropsychologin, Osteopath/Osteopathin, Pflegefachmann/Pflegefachfrau, Physiotherapeut/Physiotherapeutin, Podologe/Podologin, Rettungssanitäter/Rettungssanitäterin, Zahntechniker/Zahntechnikerin, Naturheilpraktiker/Naturheilpraktikerin

Befragung der innerkantonalen ambulanten Leistungserbringenden

Im Rahmen des vorliegenden Planungsberichtes hat die DIGE im Frühjahr 2023 eine Befragung bei den ambulanten Leistungserbringenden durchgeführt (siehe Liste in Anhang 3). Die Fachpersonen beziehungsweise deren vertretende Berufsverbände wurden zu folgenden Themen befragt: Fachkräftemangel, Digitalisierung, Versorgungssituation im Kanton (Fokus auf die landschaftliche Versorgungsregion), Schnittstellen zwischen den Leistungserbringenden, innovative Versorgungsmodelle, Gesundheitsförderung und Prävention, Gesundheitskompetenz und Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten. Auf Grundlage dieser Erhebung lassen sich die gegenwärtigen und zukünftigen Herausforderungen in der ambulanten Gesundheitsversorgung aus der Perspektive der Berufsverbände im Kanton Luzern erfassen und analysieren.

FMH-Ärztestatistik

Zur Darstellung der Entwicklung der in der Grund- und spezialisierten Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte zwischen 2012 und 2022 wurden die Daten der [FMH-Ärztestatistik](#) herangezogen. Die seit 2008 durchgeführte Erhebung liefert Informationen zu soziodemografischen Merkmalen (Alter, Geschlecht) sowie zum Hauptfachgebiet. Einschränkend gilt es zu beachten, dass die Erhebung im Jahr 2022 gemäss Berechnungen des Kantons Luzern nur etwa 80 Prozent der im praxisambulanten Bereich tätigen Personen abdeckt.

Bedarfs- und Versorgungsanalyse des Obsan

Der [Gesundheitsreport des Obsan](#) enthält Daten zur Inanspruchnahme von ärztlichen Konsultationen. Dabei werden hausärztliche, spezialärztliche und spitalambulante Konsultationen unterschieden. Das Obsan hat im Auftrag des GSD die Datengrundlage zu den Gruppenpraxen (Anzahl Leistungserbringende, Rate der Konsultationen) berechnet.

Zur Beurteilung der ärztlichen Versorgungslage im Kanton Luzern werden neben der FMH-Ärztestatistik auch die [Versorgungsgrade](#) verwendet, die im Rahmen der Zulassungsbeschränkung gemäss Artikel 55a [KVG](#) als Mandat des Eidgenössischen Departements des Inneren (EDI) durch das Obsan und die volkswirtschaftliche Beratung BSS berechnet wurden. Die Versorgungsgrade zeigen auf, wie die Versorgung innerhalb einer Region gemessen an der Krankheitslast und der Struktur der behandelten Bevölkerung im Schweizer Vergleich aussieht.

Zur Mehrheit der nichtärztlichen Gesundheitsberufe liegen keine vergleichbaren Daten vor.

Das Obsan hat im Auftrag des GSD im Jahr 2023 eine Bedarfsanalyse und Bedarfsprognose für die stationäre Versorgung (Akutsomatik und Rehabilitation) durchgeführt ([Obsan Versorgungsbericht 2024 Kanton Luzern](#)). Für die ambulante Versorgung konnte das Obsan keine Prognose erstellen, da dafür folgende Entwicklungen hätten berücksichtigt werden müssen:

- Verlagerung von Einzel- zu Gruppenpraxen (wobei Probleme bei der Identifikation und Zuordnung von Leistungen in Gruppenpraxen bestehen),
- (unklare) Auswirkungen der Einführung von Höchstzahlen für ambulante Leistungserbringende,

- weitere Verlagerungen (z. B. Psychotherapie im Kontext des Anordnungsmodells) sowie strukturelle Veränderungen (z. B. neue Versorgungsmodelle in der Hausarztmedizin),
- Verlagerung von praxisambulanter Versorgung in den spitalambulantem Bereich.

Das Obsan weist darauf hin, dass diese Einflussfaktoren schwer abzuschätzen sind und sich deshalb nicht sinnvoll in ein Prognosemodell integrieren lassen. Hinzu kommt, dass Prognosen nach Fachgebieten erfolgen sollten, die Fachgebiete aber noch unvollständig in den Daten abgebildet sind: So werden weder die Abrechnungsdaten nach Fachgebiet ausgewiesen noch die Daten zu den Leistungserbringenden vollständig erhoben.

Kantonale Datenerhebungen

Die Analyse der nichtärztlichen Versorgungslage im Kanton Luzern gestaltet sich im Vergleich zur Analyse der ärztlichen Versorgung anspruchsvoller, da eine vergleichbare und durchgängige Datengrundlage im gewünschten Detailierungsgrad ausschliesslich für Ärztinnen und Ärzte vorliegt. Daten zu den anderen Berufen der ambulanten Fachpersonen sind aus unterschiedlichen Gründen nicht im gleichen Ausmass vorhanden. Zur Beurteilung der nichtärztlichen Versorgungslage werden daher die Informationen aus dem kantonalen Bewilligungsregister sowie die qualitativen Aussagen aus den Stellungnahmen der zuvor beschriebenen Befragung herangezogen.

Versorgungsatlas des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums

Eine weitere Informationsquelle für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bildet der [Versorgungsatlas](#) des Obsan. Der Atlas enthält über 100 Indikatoren zur medizinischen somatischen Versorgung in der Schweiz, wobei der stationäre Bereich auf Daten der medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) des BFS und der ambulante Bereich auf Daten des Tarifpools (TP) der SASIS AG beruht. Der Versorgungsatlas macht geografische Unterschiede und Muster der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sichtbar. Die Auswertung des Versorgungsatlas zeigt, dass sich – mit Ausnahme weniger Auffälligkeiten³² bei einzelnen Eingriffen – die Werte des Kantons Luzern im Mittelfeld bewegen. Die Ursachen für die Abweichungen können mit den vorliegenden Daten nicht erklärt werden, sondern erfordern vertiefte Analysen. Der Schweizer Versorgungsatlas bietet eine gute Grundlage für eine evidenzbasierte Diskussion der Ursachen regionaler Versorgungsunterschiede. Dieser wird mit Blick auf eine bedarfsgerechte Versorgungsplanung und -steuerung in Zukunft eine wichtige Rolle im Monitoring der (kantonalen) Gesundheitsversorgung spielen.

³² Beispiele: Erhöhte Werte bei Koronarangioplastik (PTCA), Koronarer Bypass; tiefe Werte bei Herzinfarkt (Hauptdiagnose)

4.2 Rückblick

Auszüge aus den Seiten 81, 87, 95, 98 und 99 aus dem [Planungsbericht 2015](#):

Die ambulante Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern ist flächendeckend adäquat gewährleistet. Die ambulante Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern hat an Bedeutung stark zugelegt, was auf verschiedene Angebots- und Nachfragefaktoren zurückzuführen ist. Dabei befinden sich die ambulanten Versorgungsstrukturen in einem dynamischen und steten Wandel, immer auch in Wechselwirkung mit der stationären Versorgungslage.

2012 waren insgesamt fast 44 Prozent der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzten im Kanton Luzern 55 Jahre oder älter. Fast ein Drittel der 2012 frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte im Kanton Luzern waren Frauen. In der Grundversorgung (inkl. Pädiatrie) lag der Frauenanteil 2012 bei genau 30 Prozent, in der Spezialmedizin bei 32,6 Prozent.

Eine von der DIGE durchgeführte Analyse im Jahr 2014 zeigt, dass in den Wahlkreisen Willisau, Hochdorf und Luzern-Land in der Grundversorgung eine sehr tiefe Ärztedichte besteht. Die höchste Ärztedichte weist mit Abstand die Stadt Luzern auf, sowohl in der Grund- als auch in der Spezialversorgung.

Im Jahr 2014 gab es im Kanton Luzern 37 öffentliche Apotheken, davon befanden sich 18 in der Stadt Luzern. Die 39 Drogerien waren im Jahr 2015 in allen Gebieten im Kanton Luzern vertreten, wovon sich aber acht in der Stadt Luzern und zwölf im Wahlkreis Luzern-Land befanden.

Der ärztliche (somatische) Notfalldienst ist lückenlos gewährleistet. Beim psychiatrischen Notfalldienst bestehen im Gegensatz dazu Lücken. Um die bestehenden Lücken zu schliessen, wird ein netzwerkartiger Einsatz mit einer während 24 Stunden betriebenen Telefonnummer vorgeschlagen. Damit sollen Betroffene und Angehörige bei Bedarf beraten werden. Es soll zudem bei Bedarf innert 24 Stunden ein Konsilium bei einem Psychiater oder einer Psychiaterin ermöglicht werden.

Der Anteil an frei praktizierenden Ärztinnen hat zwischen 2012 und 2023 sowohl in den Fachgebieten der Grundversorgung wie auch in den meisten spezialisierten Fachbereichen zugenommen (siehe Kap. [4.3.1](#)). Die im Jahr 2014 vorhandene tiefe Ärztedichte in der Grundversorgung in den ländlichen Wahlkreisen besteht 2023 weiterhin. Daneben sank die Anzahl der öffentlichen Apotheken sowie Drogerien innerhalb der letzten zehn Jahre. Bei den Apotheken ist der Rückgang im Wahlkreis Stadt-Luzern am stärksten, während die Drogerien in Luzern-Land stark zurückgegangen sind.

Die Versorgungslage der Spitex wurde bereits im [Planungsbericht 2015](#) punktuell analysiert. Im vorliegenden Planungsbericht wird bewusst auf eine erneute Vertiefung der Spitex-Versorgung verzichtet, da diese Gegenstand des im Jahr 2022 veröffentlichten [Berichtes zur Versorgungsplanung Langzeitpflege 2018–2025](#) vom 4. Oktober 2017 ist.

4.3 Angebot und Nachfrage aktuell

In der ambulanten Versorgung ist eine hausärztliche Praxis häufig die erste Anlaufstelle für unterschiedliche medizinische Anliegen. Es zeigt sich dabei, dass der Anteil Personen in der Luzerner Bevölkerung mit mindestens einer hausärztlichen Konsultation innerhalb der letzten zwölf Monate gleich hoch ist wie im Schweizer Durchschnitt (rund 71 %). Beim Anteil Personen mit mindestens einer spitalambulanten Konsultation liegt der Kanton Luzern leicht unter dem Schweizer Durchschnitt (31 % vs. 33 %). Bei den spezialärztlichen Konsultationen innerhalb der letzten zwölf Monate vor der Befragung liegt der Anteil im Kanton Luzern noch tiefer (37 % vs. 43 %).

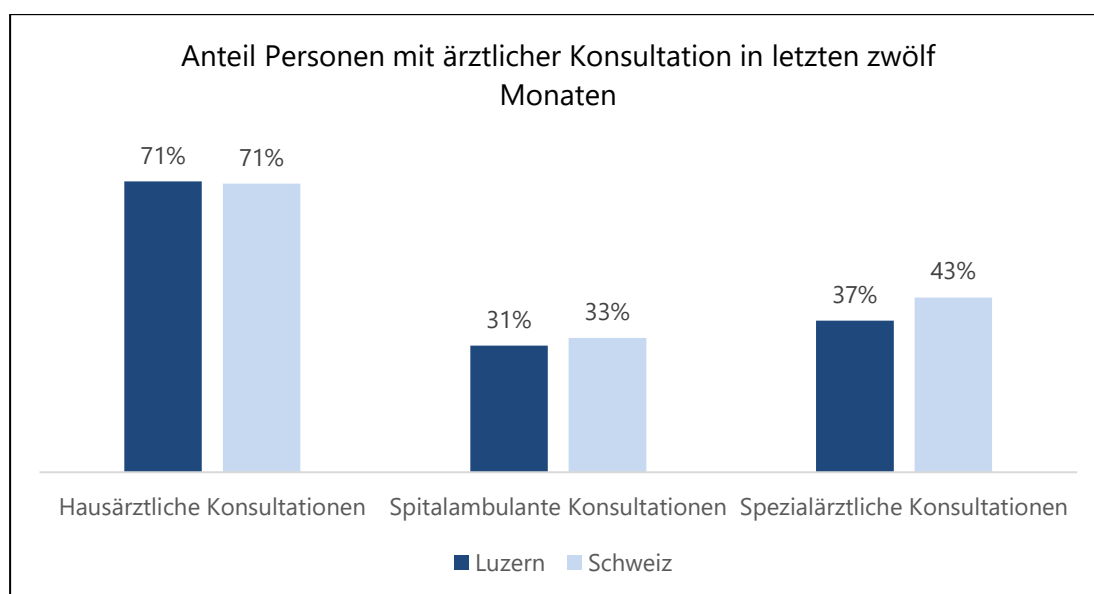


Abb. 3: Anteil Personen im Kanton Luzern / in der Schweiz mit mindestens einer ärztlichen Konsultation in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung (gerundet)

Quelle: Obsan [Gesundheitsreport](#) des Kantons Luzern 2019

Die im schweizweiten Vergleich tiefe spezialärztliche Konsultationsrate widerspiegelt sich auch in den durch den Bund für alle ärztlichen Fachbereiche berechneten Versorgungsgrade (Verordnung des EDI über die Festlegung der regionalen Versorgungsgrade je medizinisches Fachgebiet im ambulanten Bereich; SR [832.107.1](#)). Diese Versorgungsgrade sind die zentrale Datengrundlage der Kantone für die am 1. Juli 2023 in Kraft getretene Zulassungsbeschränkung für Ärztinnen und Ärzte zur Tätigkeit zulasten der OKP (Art. 55a [KVG](#)).

Eine interessante Entwicklung zeigt sich in der zunehmenden Verbreitung von Gruppenpraxen (Praxen, die verschiedene medizinische Fachrichtungen abdecken). Zwischen 2012 und 2021 ist deren Zahl im Kanton Luzern von 14 auf 92 gestiegen. Innerhalb dieser Zeitspanne hat sich die Anzahl der Konsultationen vervierfacht. Im Jahr 2021 waren rund 726'000 Konsultationen von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Luzern zu verzeichnen. Die Konsultationsrate in Gruppenpraxen pro versicherte Person liegt im Kanton Luzern deutlich über dem landesweiten Durchschnitt. Die Bedeutung der Gruppenpraxen im Verhältnis zu den Einzelpraxen nimmt somit zu.

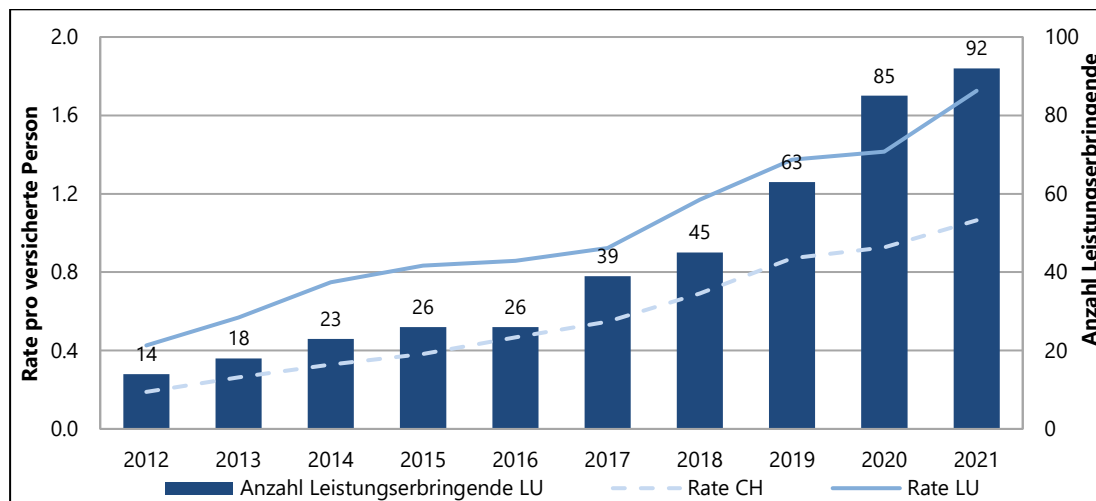


Abb. 4: Anzahl Leistungserbringende und Rate der Konsultationen in Gruppenpraxen, LU und CH, 2012–2021

Quelle: [Obsan Versorgungsbericht 2024 Kanton Luzern](#)

Weiter zeigen die Daten des Obsan auf, dass die durchschnittliche Anzahl Konsultationen in der Grundversorgung (unter Ausschluss von Gruppenpraxen) mit 1,7 Konsultationen pro versicherte Person im Kanton Luzern deutlich niedriger ist als die schweizerische Rate von 2,1 Konsultationen pro versicherte Person.

Im Folgenden wird näher auf die ambulante ärztliche, die ambulante nichtärztliche, die spitalambulante sowie die Notfallversorgung eingegangen.

4.3.1 Ambulante ärztliche Versorgung

Zur Beurteilung der ärztlichen Versorgungslage des Kantons Luzern im Gesamten und der Wahlkreise im Einzelnen werden die Versorgungsgrade herangezogen, die im Rahmen der Zulassungsbeschränkung gemäss Artikel 55a [KVG](#) als Mandat des EDI durch das Obsan und die volkswirtschaftliche Beratung BSS berechnet wurden. Die Versorgungsgrade zeigen auf, wie die Versorgung innerhalb einer Region gemessen an der Krankheitslast und der Struktur der behandelten Bevölkerung im Schweizer Vergleich aussieht.

Die ambulante ärztliche Versorgung findet sowohl in der Praxis als auch im spitalambulanten Bereich statt. Die nachfolgenden Angaben zur Entwicklung der Ärzteschaft im ambulanten Bereich bezieht sich mit Ausnahme der Versorgungsgrade auf den spitalexternen Bereich.

4.3.1.1 Erweiterte Grundversorgung

Zur erweiterten Grundversorgung zählen die Fachtitel Allgemeine Innere Medizin und Praktischer Arzt/Praktische Ärztin (hausärztliche Versorgung), Kinder- und Jugendmedizin (Pädiatrie), Gynäkologie und Geburtshilfe (Gynäkologie), Psychiatrie und Psychotherapie (Psychiatrie) sowie Kinder-/Jugendpsychiatrie und Kinder-/Jugendpsychotherapie (Kinder- und Jugendpsychiatrie).

Alters- und Geschlechterstruktur

Folgende Abbildung zeigt die Alters- und Geschlechterverteilung der im Kanton Luzern in der Grundversorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte. Die Gesamtzahl der täti-

gen Personen ist zwischen 2012 und 2022 von 423 auf 546 (29 %) gestiegen. Auffällig ist die deutliche Zunahme des Frauenanteils auf 51 Prozent (+17 %). Bei den Ärztinnen und Ärzten hat die Anzahl berufstätiger Personen nach Erreichen des Rentenalters von 65+ Jahren zwischen 2012 und 2022 von 34 auf 87 (156 %) zugenommen.

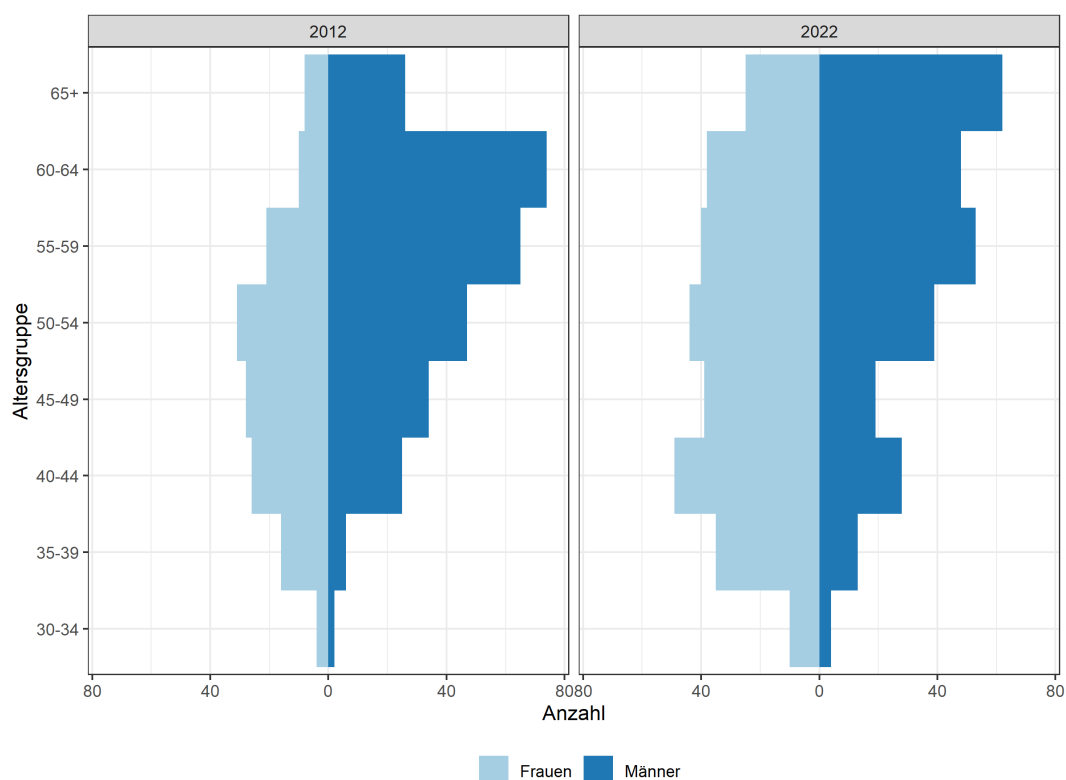


Abb. 5: Alters-/Geschlechterverteilung der in der Grundversorgung tätigen Ärztinnen/Ärzte im Kanton Luzern 2012/2022

Quelle: [FMH-Ärztestatistik](#)

Detailliert nach Fachgebieten in der Grundversorgung ist die Entwicklung von 2012 bis 2022 in untenstehender Tabelle ersichtlich:

Fachgebiet	Anzahl		Anteil Frauen		Anteil 60 oder älter	
	2012	2022	2012	2022	2012	2022
Gynäkologie	33	62	52%	77%	24%	24%
Hausärztliche Versorgung	291	340	29%	44%	27%	30%
Kinder- und Jugendpsychiatrie	11	6	45%	50%	27%	50%
Pädiatrie	29	62	45%	69%	34%	26%
Psychiatrie	59	76	44%	50%	32%	49%

Tab. 9: Anzahl Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung im Kanton Luzern nach Geschlecht und Alter 2012/2022

Quelle: [FMH-Ärztestatistik](#)

- Die Anzahl der berufstätigen Personen hat mit einer Ausnahme in allen Fachgebieten der Grundversorgung zugenommen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein deutlicher Rückgang festzustellen.

- Der Anteil Frauen hat in allen fünf Fachgebieten zugenommen. Ausser in der hausärztlichen Versorgung beträgt der Frauenanteil in allen Fachgebieten mindestens 50 Prozent; in der Pädiatrie und der Gynäkologie bilden die Ärztinnen im Gegensatz zu 2012 klar die Mehrheit.

Bei einer gleichmässigen Verteilung der Anzahl Ärztinnen und Ärzte über die acht Altersgruppen würde man einen Anteil von 25 Prozent an Personen erwarten, die mit 60 oder älter noch berufstätig sind.³³ In der hausärztlichen Versorgung wird dieser Anteil bereits mit 30 Prozent überschritten. Deutlich höhere Anteile zeigen sich jedoch in der Psychiatrie mit 49 Prozent und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit 50 Prozent. Bis 2026 werden daher etwa die Hälfte der im Jahr 2022 tätigen Personen in diesen Fachgebieten das Rentenalter erreichen, sofern sie das Rentenalter nicht bereits heute erreicht haben. Sollten nicht ausreichend neue Ärztinnen und Ärzte nachkommen, könnte dies aus Sicht der Versorgung problematisch werden – insbesondere da die Psychiatrie und die Kinder- und Jugendpsychiatrie bereits gegenwärtig unterdurchschnittlich versorgt sind (siehe obenstehende Tabelle). Die herausfordernde Lage in der Psychiatrie und insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde eingehend im umfassenden [Planungsbericht Psychiatrie](#) beleuchtet. Der Anteil Personen ab 60 Jahren ist in den psychiatrischen Fachgebieten seit 2012 stark gestiegen, während er in der hausärztlichen Versorgung und der Gynäkologie relativ stabil blieb und in der Pädiatrie rückläufig war.

Versorgungsgrade

Zur Beurteilung der Versorgungslage im Kanton Luzern insgesamt sowie auf Ebene Wahlkreis werden die vom [Obsan und von BSS](#) im Rahmen der Zulassungsbeschränkung gemäss Artikel 55a Absatz 1 [KVG](#) berechneten Versorgungsgrade herangezogen. Diese bilden die Versorgungslage in einer Standortregion unter Berücksichtigung der Krankheitslast und der Struktur der behandelten Bevölkerung ab. Ein Versorgungsgrad von über 100 Prozent bedeutet, dass die Versorgung im Vergleich zur jener in der gesamten Schweiz überdurchschnittlich ist. Bei einem Versorgungsgrad von unter 100 Prozent ist sie entsprechend unterdurchschnittlich. Berechnet wurden die Versorgungsgrade aufgrund der Leistungsdaten 2019. Der spitalambulante Bereich wurde hier miteinbezogen.

Einschränkend ist darauf hinzuweisen, dass die Versorgungsgrade lediglich Aufschluss über die «relative» Versorgung geben können, also die Versorgung im Vergleich zu anderen Standortregionen und im Vergleich zum Schweizer Durchschnitt. Sie liefern keine Indikation für eine «absolute» Unter- oder Überversorgung. Um eine solche Beurteilung vornehmen zu können, müsste die Versorgungslage in der gesamten Schweiz quantifiziert werden. Und auch wenn diese Daten vorliegen würden, bestünde weiterhin eine Unschärfe: So könnte ein Versorgungsgrad von über 100 Prozent sowohl auf eine ideale wie auch auf eine mangelnde Versorgung hinweisen, abhängig davon, ob die Gesamtversorgung in der Schweiz ausreichend ist oder nicht. Entsprechendes gilt in umgekehrter Richtung für Versorgungsgrade von unter 100 Prozent.

³³ Es handelt sich hier lediglich um einen Richtwert. Die Altersgruppen unter 40 sind aufgrund der langen Ausbildung zum eigenverantwortlich tätigen Arzt / zur eigenverantwortlich tätigen Ärztin weniger zahlreich vertreten, während Personen von 65 oder älter bereits in Pension gehen könnten und die Altersgruppe somit ebenfalls geringere Zahlen aufweist.

Nicht hinreichend im Modell zur Berechnung der Versorgungsgrade berücksichtigt sind zudem gewisse regionale Besonderheiten. Dazu gehört beispielsweise die Schnittstelle zwischen dem ärztlichen und nichtärztlichen Bereich, die insbesondere in den psychiatrischen Fachgebieten aufgrund der Arbeitsteilung mit Psychologinnen und Psychologen eine Rolle spielt.

Aufgrund der beschriebenen methodischen Vorbehalte sowie infolge mangelnder Verfügbarkeit/Qualität der Daten und um eine gewisse regionale Variation zuzulassen, empfehlen das Obsan und BSS einen Toleranzbereich, der nachfolgend bei 10 Prozent festgesetzt wird. Trotz dieser Vorbehalte stellen die Versorgungsgrade die derzeit beste Grundlage dar, um die Versorgungslage in einer Region zu bewerten.

Folgende Abbildung zeigt die Versorgungsgrade entlang der fünf Fachgebiete der Grundversorgung. Wird der Toleranzbereich von 10 Prozent berücksichtigt, ist die Versorgungslage im Kanton Luzern sowohl in der Psychiatrie als auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unterdurchschnittlich.

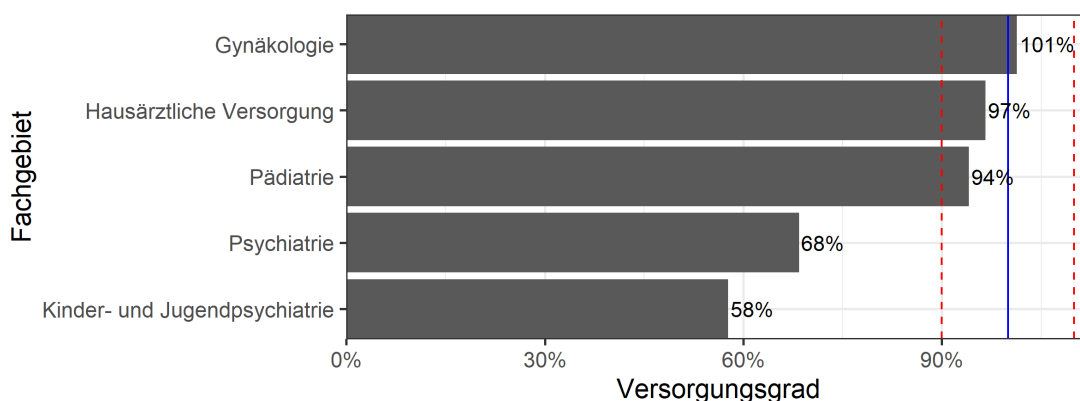


Abb. 6: Versorgungsgrade des Standortkantons Luzern in der Grundversorgung 2019

Quelle: [Obsan](#) und [BSS](#)

Bemerkungen: Blaue Linie bei 100 %, rot gestrichelte Linien bei 90 % und 110 % für den Toleranzbereich.

In obenstehender Abbildung sind die Versorgungsgrade in der Grundversorgung (ausgenommen die Kinder- und Jugendpsychiatrie) auf Ebene der Wahlkreise abgebildet. Patientenströme zwischen den Wahlkreisen und aus anderen Kantonen sind bei der Berechnung der Versorgungsgrade berücksichtigt:

- Es zeigt sich deutlich, dass der Wahlkreis Entlebuch in sämtlichen Fachgebieten unter Berücksichtigung des Toleranzbereichs von 10 Prozent unterdurchschnittlich versorgt ist.
- In der Pädiatrie gilt dies auch für die Wahlkreise Sursee (74 %) und Willisau (68 %).
- Willisau ist zudem auch in der Gynäkologie unterversorgt mit einem Versorgungsgrad von 88 Prozent.
- In der Psychiatrie sind sämtliche Wahlkreise mit Versorgungsgraden zwischen 67 und 71 Prozent stark unterdurchschnittlich versorgt.
- Eine überdurchschnittliche Versorgung mit einem Versorgungsgrad von über 110 Prozent ist in keinem Wahlkreis auszumachen.

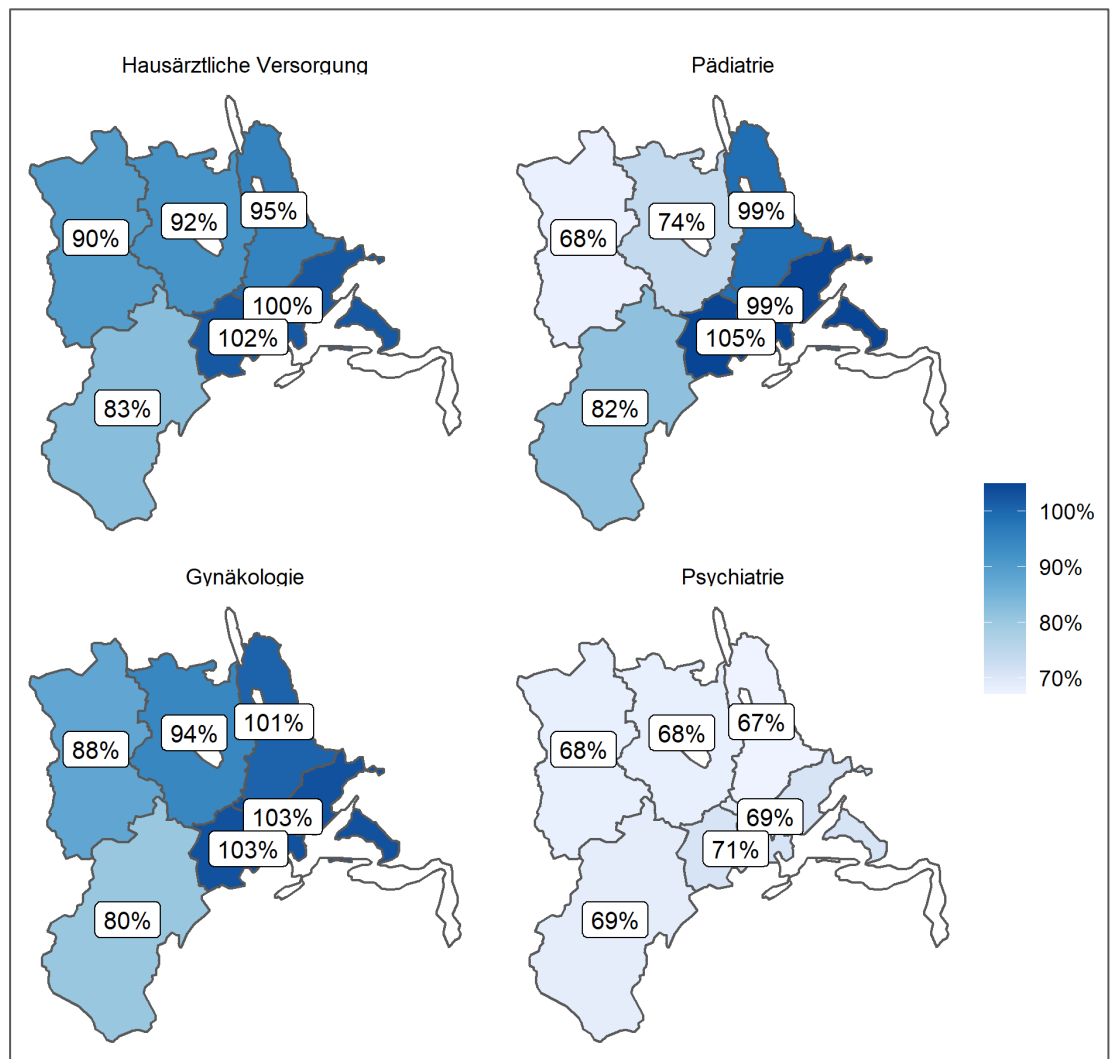


Abb. 7: Versorgungsgrade der Grundversorgung nach Wahlkreis im Kanton Luzern 2019

Quellen: [Obsan](#) und [BSS](#)

Bemerkungen: Ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie

4.3.1.2 Spezialisierte Versorgung

Zur spezialisierten Versorgung zählen sämtliche Fachgebiete, die nicht zu den fünf oben erwähnten Fachgebieten der erweiterten Grundversorgung gehören. Der Einfachheit halber wird der Fachtitel «Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates» im Folgenden Orthopädie/Traumatologie genannt.

Alters- und Geschlechterstruktur

Untenstehende Tabelle vergleicht die Anzahl Ärztinnen und Ärzte pro Fachgebiet in den Jahren 2012 und 2022. Jene Fachgebiete, die weniger als sechs tätige Personen im Jahr 2022 umfassen, wurden unter «andere Fachgebiete» zusammengefasst:

- In sämtlichen abgebildeten Fachgebieten hat die Anzahl tätiger Ärztinnen und Ärzte zugenommen.
- In vielen Bereichen ist der Frauenanteil stark angestiegen, so beispielsweise in der Chirurgie, der Kardiologie und der Radiologie.
- In anderen Fachgebieten ist der Frauenanteil zurückgegangen, so unter anderem in der Dermatologie und Venerologie, der medizinischen Onkologie und der Rheumatologie. In vielen Fachgebieten ist er stabil auf relativ tiefen Niveau.

- Bei einer gleichmässigen Verteilung der Anzahl Ärztinnen und Ärzte über die Altersgruppen würde man einen Anteil von 25 Prozent an Personen erwarten, die im Alter von 60+ Jahren noch berufstätig sind. Dieser Richtwert wird in der Chirurgie (50 %) und der Rheumatologie (58 %) deutlich überschritten. In diesen Fachgebieten ist die Versorgung gefährdet, sollten viele dieser Ärztinnen und Ärzte in den nächsten Jahren in den Ruhestand gehen und nicht ausreichend Personen nachkommen.
- Weiter ist auffällig, dass im Gegensatz zur Grundversorgung der Frauenanteil bei der spezialisierten Versorgung mit 6 Prozentpunkten auf 30 Prozent nur schwach zugenommen hat.

Fachgebiet	Anzahl		Anteil Frauen		Anteil ≥ 60 Jahre	
	2012	2022	2012	2022	2012	2022
Anästhesiologie	15	20	27%	40%	13%	25%
Angiologie	4	9	25%	22%	50%	11%
Chirurgie	15	18	7%	33%	20%	50%
Dermatologie und Venerologie	12	18	58%	44%	17%	22%
Gastroenterologie	5	7	20%	14%	0%	29%
Kardiologie	10	17	0%	18%	20%	24%
Medizinische Onkologie	4	7	50%	43%	0%	14%
Neurologie	9	15	33%	40%	22%	13%
Ophthalmologie	28	40	32%	48%	14%	20%
Orthopädie/Traumatologie	17	32	6%	13%	35%	28%
Oto-Rhino-Laryngologie	13	17	15%	29%	15%	12%
Pneumologie	4	6	0%	17%	25%	17%
Radiologie	1	10	0%	20%	100%	20%
Rheumatologie	10	12	40%	33%	20%	58%
Urologie	5	13	20%	15%	20%	15%
andere Fachgebiete	30	43	23%	26%	13%	19%

Tab. 10: Anzahl Ärztinnen und Ärzte in der spezialisierten Versorgung im Kanton Luzern nach Geschlecht und Alter 2012/2022

Quelle: [FMH-Ärztestatistik](#)

Bemerkungen: Andere Fachgebiete = Allergologie und klinische Immunologie, Arbeitsmedizin, Endokrinologie/Diabetologie, Gefässchirurgie, Handchirurgie, Herz- und thorakale Gefässchirurgie, Infektiologie, Intensivmedizin, Klinische Pharmakologie und Toxikologie, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Nephrologie, Neurochirurgie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Prävention und Public Health, Radio-Onkologie/Strahlentherapie und Tropen- und Reisemedizin.

Versorgungsgrade

Bei der Betrachtung der Versorgungsgrade in untenstehender Abbildung, die im Kontext der Zulassungsbeschränkung gemäss Artikel 55a Absatz 1 [KVG](#) durch das [Obsan und BSS](#) berechnet wurden, zeigt sich (unter Berücksichtigung des Toleranzbereichs von 10 Prozent) Folgendes:

- Die Versorgung im Fachgebiet Rheumatologie ist im Kanton Luzern durchschnittlich. Die Chirurgie ist mit 111 Prozent hingegen leicht überdurchschnittlich versorgt. Dennoch wäre ein Wegfall von 50 Prozent der tätigen Ärztinnen und Ärzte in diesen Fachgebieten kritisch und würde die Versorgungssicherheit gefährden.

- Eine überdurchschnittliche Versorgung weist der Kanton Luzern in der Angiologie, der Kinderchirurgie, der Nuklearmedizin, der Ophthalmologie, der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgie und der Chirurgie auf.
- Daneben gibt es zahlreiche Fachgebiete mit einem auffällig tiefen Versorgungsgrad von unter 90 Prozent.
- Allgemein ist zu erwähnen, dass methodische und datenbezogene Unzulänglichkeiten bei der Berechnung der Versorgungsgrade in kleineren Fachgebieten ausgeprägter sind.³⁴ Daher ist beispielsweise der Versorgungsgrad von über 110 Prozent in der Kinderchirurgie, der Nuklearmedizin und der plastischen Chirurgie kein verlässlicher Indikator für eine überdurchschnittliche Versorgung. Gleichzeitig erfordern sehr niedrige Versorgungsgrade in der Infektiologie und der Handchirurgie aufgrund ihrer erheblichen Abweichung von 100 Prozent eine vorsichtige Interpretation.

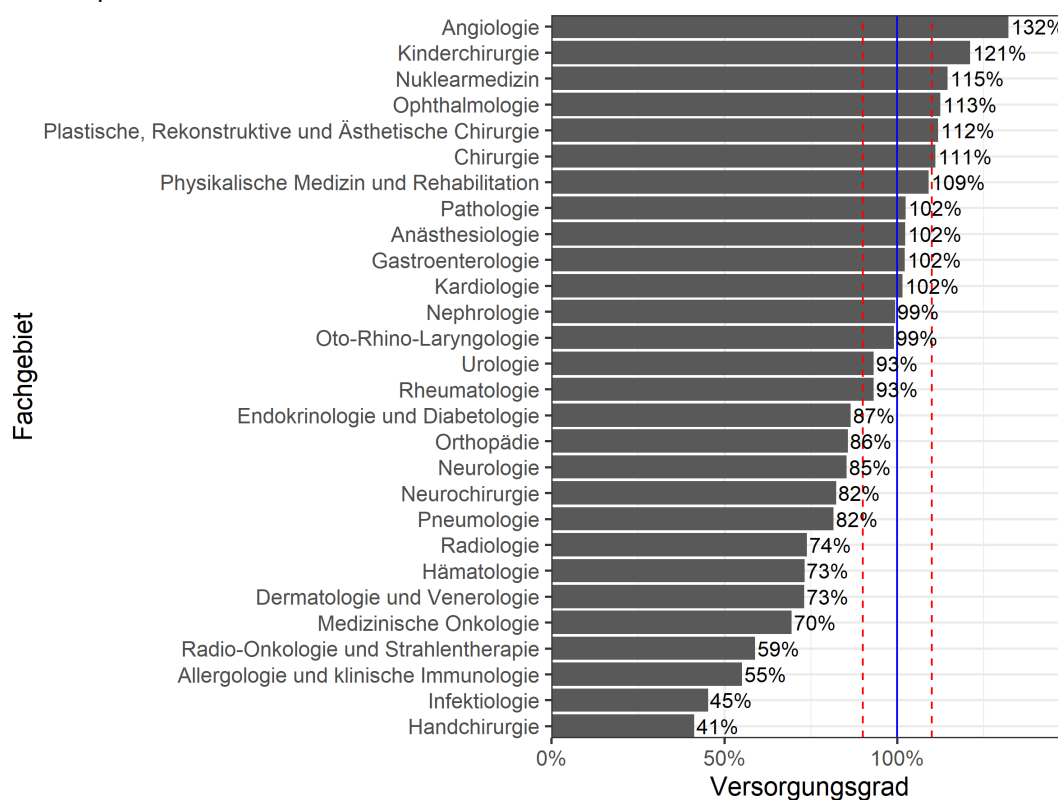


Abb. 8: Versorgungsgrade des Standortkantons Luzern in der spezialisierten Versorgung 2019

Quellen: [Obsan](#) und [BSS](#)

Bemerkungen: Blaue Linie bei 100 %, rot gestrichelte Linien bei 90 % und 110 % für den Toleranzbereich.

4.3.1.3 Übergeordnete Aspekte

Im Folgenden wird auf zwei übergeordnete Aspekte eingegangen, welche die Planung der ambulanten ärztlichen Versorgung betreffen.

Vollzeitäquivalente

Die in den Kapiteln [4.3.1.1](#) und [4.3.1.2](#) präsentierten Daten zur Entwicklung in der ärztlichen Versorgung beschreiben die Anzahl berufstätiger Ärztinnen und Ärzte,

³⁴ Die Grösse eines Fachgebiets lässt sich unter anderem anhand des gesamtschweizerischen OKP-Leistungsvolumens einschätzen. 2019 reichte das Spektrum von 14 Millionen Franken in der Infektiologie bis zu 2297 Millionen Franken in der Allgemeinen Inneren Medizin (inkl. Praktischer Arzt/Praktische Ärztin und Tropenmedizin). Die Leistungsvolumina finden sich in der [Begleitdokumentation](#) zu oben genanntem Bericht des Obsan.

ohne dabei das Pensum zu berücksichtigen. Infolge der Veränderungen in der Alters-/Geschlechterstruktur der Ärzteschaft sind Effekte auf die durchschnittlichen Vollzeitäquivalente (VZÄ) zu erwarten.

Die im Rahmen der Zulassungsbeschränkung gemäss Artikel 55a Absatz 1 [KVG](#) durchgeführte Erhebung der Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten im Kanton Luzern im Jahr 2022 liefert hierzu Daten. In die Erhebung wurden sämtliche Ärztinnen und Ärzte mit einer gültigen Zulassung und einer Tätigkeit im praxisambulanten oder belegärztlichen Bereich im Kanton Luzern eingeschlossen. Die Grundgesamtheit bestand aus 1075 Ärztinnen und Ärzten, wovon 76 Prozent an der Befragung teilnahmen. Die Vollzeitäquivalente der Nicht-Teilnehmenden wurden über eine statistische Methode (Regressionsanalyse) geschätzt.

Dabei zeigen sich folgende Entwicklungen:

- Die VZÄ der Ärztinnen sind durchschnittlich signifikant tiefer als jene der Ärzte. In der Grundversorgung beträgt die Differenz bei unter 65-Jährigen im Durchschnitt 0,17 (M: 0,78 VZÄ; F: 0,61 VZÄ). In der Spezialversorgung zeigt sich das gleiche Bild, auch wenn die VZÄ insgesamt tiefer sind: Die Differenz bei den unter 65-Jährigen beträgt 0,16 (M: 0,70 VZÄ, F: 0,54 VZÄ).
- Vergleicht man die VZÄ zwischen Personen unter 50 Jahren sowie Personen zwischen 50 und 65 Jahren, zeigen sich nur signifikante Unterschiede bei den Ärztinnen in der Grundversorgung: So haben Ärztinnen unter 50 Jahren durchschnittlich tiefere VZÄ als jene zwischen 50 und 65 (0,58 vs. 0,64 VZÄ). Ab dem Pensionsalter sinken die durchschnittlichen VZÄ naturgemäss, bei Personen bis 64 Jahren ist das Alter aber (im Vergleich zum Geschlecht oder zum Fachgebiet) nur ein untergeordneter Faktor zur Erklärung des Tätigkeitsvolumens.

Angesichts des seit 2012 steigenden Frauenanteils in der Grundversorgung ist ein Rückgang der durchschnittlichen VZÄ absehbar, wodurch sich die höhere Anzahl tätiger Ärztinnen und Ärzte wieder relativiert.

Zulassungsbeschränkung

Wie in Kapitel [4.1](#) beschrieben, sind die Kantone seit dem 1. Juli 2023 dazu verpflichtet, in einem oder mehreren medizinischen Fachgebieten die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte auf eine Höchstzahl zu beschränken (Art. 55a Abs. 1 [KVG](#)). Gestützt auf Artikel 55a Absatz 2 KVG hat der Bundesrat die Kriterien und methodischen Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen in der Verordnung über die Festlegung der Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich (SR [832.107](#)) erlassen.

Die zu beschränkenden Fachgebiete wurden im Kanton Luzern wie folgt ausgewählt:

- Vorselektioniert wurden Fachgebiete, in denen auf Basis der Versorgungsgrade unter Berücksichtigung eines Toleranzbereichs von 10 Prozent eine überdurchschnittliche Versorgung ersichtlich war (siehe Abb. [8](#)).
- Ausgeschlossen wurden Fachgebiete, die zur Grundversorgung gehören oder ein Leistungsvolumen von unter 100 Millionen Franken aufwiesen (Ebene Schweiz, im

Referenzjahr 2019).³⁵ Letzteres ist deshalb angezeigt, weil sich Mängel in der Methodik und der Datengrundlage bei sehr kleinen Fachgebieten stärker auf die Berechnung der Versorgungsgrade auswirken und diese somit weniger zuverlässig sind. Des Weiteren sollten kleinere Fachgebiete nicht auf Ebene der einzelnen Kantone, sondern innerhalb von grösseren Regionen betrachtet werden.

- Für die verbliebenen Fachgebiete wurden vertiefte medizinische und statistische Analysen durchgeführt sowie Gespräche mit der Ärztesgesellschaft des Kantons Luzern und den Spitälern geführt. Als Grundlage zur Einschätzung der Versorgungslage wurden darüber hinaus die Resultate der Versorgerbefragung der Ärztesgesellschaft des Kantons Luzern hinzugezogen, welche dem Kanton zu diesem Zweck zur Verfügung gestellt wurden. Zusätzlich wurden die Patientenstelle und die Versicherer angehört.

Die zur Umsetzung der Zulassungsbeschränkung überarbeitete Verordnung über die Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kantonale Zulassungsverordnung, VZL, SRL Nr. [865c](#)) trat am 1. Juli 2023 in Kraft. Seitdem ist der Fachbereich Angiologie im Kanton Luzern auf eine Höchstzahl beschränkt. Aktualisierungen der Versorgungsgrade werden durch den Kanton Luzern laufend verfolgt und Änderungen an der Auswahl der zu beschränkenden Fachgebiete oder den Versorgungsregionen entsprechend geprüft.

4.3.1.4 Herausforderungen gemäss den Fachverbänden

Die befragten Fachverbände der Ärztinnen und Ärzte berichten von bedeutenden Herausforderungen für ihren Beruf:

- Allem voran stelle der *Fachkräftemangel* ein gravierendes Problem dar, insbesondere in den Bereichen Psychiatrie, Pädiatrie und hausärztlicher Medizin (siehe ergänzend die Ausführungen in Kap. [3.1.1](#)). Dieser Mangel werde verschärft durch bevorstehende Pensionierungen von Ärztinnen und Ärzten, während junge Medizinerinnen und Mediziner zeitgemässe Arbeitsmodelle einforderten (z. B. die Möglichkeit zur Teilzeitarbeit). Schicht- und Wochenendarbeit wird von den Beschäftigten ebenfalls zunehmend kritisch betrachtet. Die Abhängigkeit von ausländischen Fachkräften wird von den Fachverbänden als besonders hoch eingeschätzt, nicht zuletzt aufgrund der nach wie vor unzureichenden Anzahl Ausbildungsplätze von Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz. Neben der zu tiefen Anzahl Studienplätze wird auch die Drop-out-Quote bei jungen Ärztinnen und Ärzten aus dem Beruf als eine grosse Herausforderung bezeichnet: Rund 30 Prozent der Personen wenden sich während der Weiterbildung zum Facharzt oder zur Fachärztin vom Beruf ab oder richten sich neu aus. Der demografische Wandel werde zu einer verstärkten Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung führen und das Problem des Fachkräftemangels weiter verschärfen. Der Wechsel von einer Überversorgung in eine Unterversorgung wird mit Sorge beobachtet. Die Neuregelung der Zulassungsbeschränkung wird von den befragten Fachverbänden aufgrund der befürchteten Versorgungslücken negativ bewertet.
- Der Beruf des Arztes und der Ärztin verliert laut den Fachverbänden zunehmend an Attraktivität, da der *administrative Aufwand und die Bürokratie* stetig wachsen und somit weniger Zeit für den direkten Kontakt mit Patientinnen und Patienten

³⁵ Im Mittel hatten die Fachgebiete 2019 ein Leistungsvolumen von 279 Millionen Franken. in der Schweiz. Die Leistungsvolumina finden sich in der [Begleitdokumentation](#) zu oben genanntem Bericht des Obsan.

bleibt. Zahlreiche Vorschriften und Reglemente würden die selbständige ärztliche Arbeit einschränken.

- *Zeitgemässe Arbeitsmodelle*, die insbesondere von den jüngeren Generationen gefordert werden, fehlten.
- Die aktuelle Wahrnehmung der *Digitalisierung* sei eher belastend als erleichternd, wobei das elektronische Patientendossier beispielhaft für Fehlentwicklungen in diesem Bereich stehe.
- Zudem wirke sich der allgemeine *Kostendruck* negativ aus, da ärztliche Leistungen im Spital häufig nicht nach ihrer Qualität, sondern nach finanziellen Aspekten beurteilt würden.
- Der Beruf im Kanton Luzern werde zusätzlich durch den *niedrigsten Taxpunkt* in der Schweiz geschwächt, der seit 20 Jahren nicht angepasst wurde. Die ungleichen Taxpunkte im spital- und praxisambulanten Bereich werden als ungerecht empfunden. Die veralteten Tarife und die Unterfinanzierung würden das unternehmerische Risiko erheblich erhöhen. Es wird auch beklagt, dass das Sozialversicherungswesen schlecht koordiniert ist, was oft dazu führe, dass Ärztinnen und Ärzte mehrere Anfragen zu Patientinnen und Patienten zu einem gleichen Sachverhalt bearbeiten müssen.
- Weiter wird auf eine zunehmende *Konkurrenz* zwischen den Bereichen stationär, spitalambulant und praxisambulant hingewiesen. Obwohl Modelle für die integrierte Versorgung entwickelt wurden, würden diese zu wenig gefördert. Der Strukturwandel von Einzel- zu Gruppenpraxen wird ebenfalls als Herausforderung beschrieben.
- Nicht zuletzt wird auch das gegenwärtige *Notfalldienstmodell* als problematisch erachtet, da es unzureichend organisiert und veraltet sei.

4.3.2 Ambulante nichtärztliche Versorgung

Die ambulante Gesundheitsversorgung durch nichtärztliche Gesundheitsberufe nimmt schweizweit einen hohen Stellenwert ein.³⁶ Nichtsdestotrotz stehen für die meisten dieser Berufe bisher nur wenige Daten zur Verfügung. Mit der Überarbeitung der Verordnung über das Register der Gesundheitsberufe (SR [811.216](#)) sowie der geplanten Einführung eines zentralen Leistungserbringerregisters (LeReg) wird zukünftig eine Verbesserung der Datenlage erwartet. Eine fundierte Datengrundlage ist zentrale Voraussetzung dafür, qualitativ hochstehende und fundierte Aussagen treffen zu können.

Im Folgenden wird das Angebot der nichtärztlichen Versorgung entlang der Anzahl erteilter Berufsausübungsbewilligungen präsentiert. Anschliessend werden die Resultate der Befragung zur Situation der nichtärztlichen Gesundheitsberufe vorgestellt.

Wie bereits in Kapitel [4.2](#) dargelegt, wird in diesem Bericht nicht spezifisch auf das Angebot der Spitex eingegangen, da dieses bereits Gegenstand des [Berichtes zur Versorgungsplanung Langzeitpflege 2018–2025](#) vom 4. Oktober 2017 ist. Die Spitex war jedoch Teil der im Frühjahr 2023 durchgeführten Befragung der innerkantonalen ambulanten Leistungserbringenden (siehe Anhang [3](#)).

³⁶ «Zukünftige ambulante Grundversorgung: Einstellungen und Präferenzen von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen ausgewählter Berufsgruppen» ([Obsan](#) 2023)

4.3.2.1 Berufsausübungsbewilligungen

Untenstehende Tabelle zeigt die Anzahl der gesamten Berufsausübungsbewilligungen der Jahre 2013 und 2022. Beim Vergleich der Anzahl Berufsausübungsbewilligungen zwischen den beiden Jahren sind folgende Punkte zu berücksichtigen: Erstens werden Berufsausübungsbewilligungen zeitlich unbegrenzt ausgestellt. Dies führt dazu, dass Personen, die nicht mehr im Kanton tätig oder pensioniert sind, auch in der Statistik abgebildet werden, sofern sie sich nicht abgemeldet haben. Zweitens haben sich die Voraussetzungen für den Erhalt einer Berufsausübungsbewilligung bei den einzelnen Berufen zwischen 2013 und 2022 unterschiedlich entwickelt, was den direkten Vergleich zwischen den Jahren respektive die Interpretation der Entwicklung innerhalb der Zeitspanne erschwert.

Die Bewilligungsvoraussetzungen der einzelnen Berufe im Kanton Luzern sind der kantonalen Medizinalberufverordnung (MbV; SRL Nr. [805](#)), der Gesundheitsberufverordnung ([GbV](#)) und der Psychotherapeutenverordnung (SRL Nr. [806a](#)) zu entnehmen. Die Bewilligungsvoraussetzungen wurden zwischen 2013 und 2022 mehrfach angepasst. Erwähnenswert ist hierbei die Anpassung 2020 (Beschlussdatum 3. März 2020) aufgrund der [KVG](#)-Teilrevision (Zulassung von Leistungserbringern). Für die Naturheilpraktikerinnen und Naturheilpraktiker sowie für die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen wurde 2013 neu eine Bewilligungspflicht in der [GbV](#) definiert, für die Zahntechnikerinnen und Zahntechniker 2015. In Tabelle 11 sind ausschliesslich Berufsausübungsbewilligungen aufgeführt, bei denen der DIGE eine aktive Tätigkeit gemeldet wurde. Explizit nicht erfasst werden somit Personen mit einer Berufsausübungsbewilligung ohne gemeldete aktive Tätigkeit. Beispielsweise sind im Kanton Luzern 26 Optometristinnen und Optometristen mit einer gemeldeten aktiven Tätigkeit registriert.

Beruf	Stand 2013	Stand 2022
Apotheker/Apothekerin	38	184
Chiropraktor/Chiropraktorin	22	26
Dentalhygieniker/Dentalhygienikerin	8	11
Drogist/Drogistin	39	46
Ergotherapeut/Ergotherapeutin	43	61
Ernährungsberater/Ernährungsberaterin	16	26
Hebamme	108	108
Leiter/Leiterin eines Laboratoriums	8	5
Logopäde/Logopädin	26	5
Med. Masseur/Masseurin	76	209
Naturheilpraktiker/Naturheilpraktikerin	0	430
Neuropsychologe/Neuropsychologin	0	3
Optometrist/Optometristin	105	26
Osteopath/Osteopathin	17	29
Pflegefachpersonen	241	434
Physiotherapeut/Physiotherapeutin	315	429
Podologe/Podologin	77	75
Psychotherapeut/Psychotherapeutin ³⁷	254	289

³⁷ mit eidg. anerkannter Weiterbildung

Beruf	Stand 2013	Stand 2022
Rettungssanitäter/Rettungssanitäterin	1	2
Zahnarzt/Zahnärztin	339	445
Zahntechniker/Zahntechnikerin	46	55

Tab. 11: Anzahl Berufsausübungsbewilligungen im Kanton Luzern 2013/2022
Quelle: Interne Daten der DIGE

Ergänzend zu den Berufsausübungsbewilligungen liegen Daten zur Anzahl der Apotheken und der Drogerien vor. Insgesamt hat die Anzahl Apotheken seit 2014 im Kanton Luzern leicht abgenommen (von 37 auf 34). Auffällig ist dabei der Rückgang im Wahlkreis Luzern-Stadt. Die Zahl der Drogerien hat sich in einem ähnlichen Verhältnis verringert (von 39 auf 36).

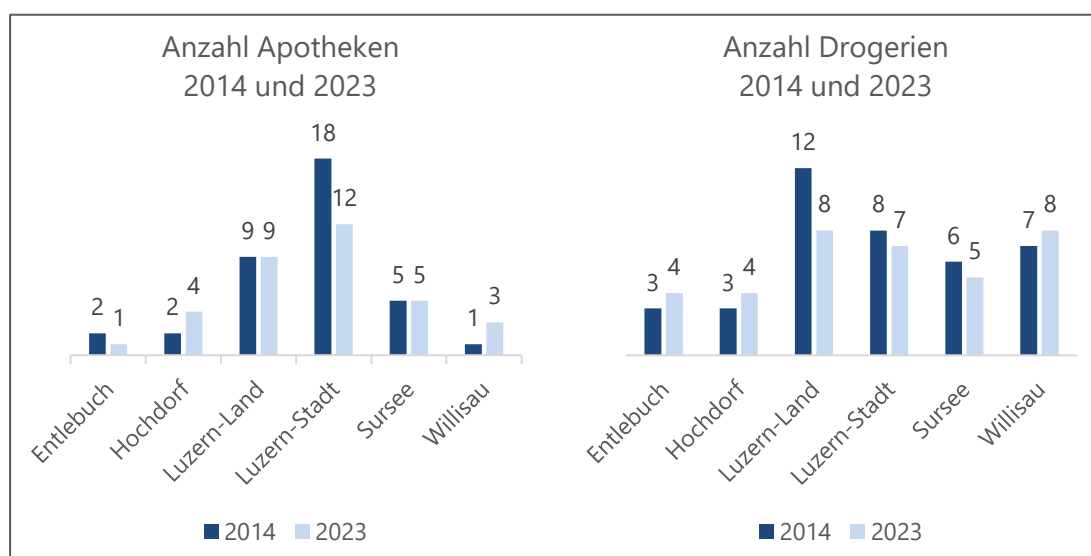


Abb. 9: Anzahl Apotheken und Drogerien im Kanton Luzern 2014/2023
Quelle: Interne Daten der DIGE

4.3.2.2 Herausforderungen gemäss den Fachverbänden

Von den 24 angeschriebenen Berufsvertretenden respektive Berufsverbänden haben 23 eine Stellungnahme eingereicht (siehe Liste im Anhang 3). Die Patientenstelle wurde als Vertreterin der Patientinnen und Patienten angeschrieben und deren Ansicht wird jeweils explizit erwähnt.

Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse der Befragung entlang der Themenschwerpunkte zusammenfassend dargelegt. Eine Liste der von den befragten Berufsvertretenden/Berufsverbänden vorgeschlagenen Massnahmen sowie Lösungsansätze findet sich in Anhang 6.

Fachkräftemangel

Ambulante Leistungserbringende sehen sich mit einer Vielzahl von Herausforderungen konfrontiert, wobei der Mangel an qualifizierten Fachpersonen in den meisten Berufen als eine der bedeutendsten Herausforderungen betrachtet wird. Für 21 von 24 Berufen (nachfolgend in der Form «21/24» angegeben) wurde die Situation des Fachpersonals im Rahmen der Umfrage als «angespannt» oder «sehr angespannt»

eingeschätzt. Dies zeigt sich daran, dass mehr als eine der folgenden Merkmale erfüllt sind (nach absteigender Häufigkeit sortiert):

- Offene Stellen, die während längerer Zeit unbesetzt bleiben,
- Akzeptanz bezüglich tieferem Qualifikationsniveau bei Anstellungen; zunehmende Fluktuationsrate,
- Zunahme ausländischer Diplome,
- zunehmender Rückgriff auf Personalvermittler und überbrückungsweise temporäres Personal.

Die Naturheilpraktikerinnen und Naturheilpraktiker sowie die Zahnärztinnen und Zahnärzte stufen die Fachkräftesituation innerhalb ihrer Berufsgruppe als «unproblematisch» ein. Elf der befragten Berufe gaben Unterschiede zur Fachkräftesituation zwischen den Tätigkeitsgebieten beziehungsweise den Regionen an. Genannt wurden insbesondere Unterschiede zwischen ambulantem und stationärem Setting, zwischen dem Langzeit- und dem Akutsetting, zwischen der Grundversorgung und den Spezialgebieten sowie zwischen Land- und Stadtgebiet.

Mögliche Massnahmen im Umgang mit dem Fachkräftemangel wurden im Rahmen der Befragung entlang der Handlungsfelder Ausbildung, Personalrekrutierung und Personalerhalt erfragt. Von übergreifender Relevanz wurden das Berufsimagen (8/24) sowie Lohnanpassungen (11/24) eingebracht. Die weiteren erwähnten Massnahmen sind der Tabelle im Anhang [6](#) zu entnehmen.

Das Image der nichtärztlichen Gesundheitsberufe hat gemäss Umfrageergebnissen in den letzten Jahren unter anderem durch die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie gelitten. Einige Berufe sehen ihr Image zusätzlich durch nicht- oder niedrigqualifiziertes Personal bedroht, welches die Qualifikation gegenüber den Patientinnen und Patienten nicht ausreichend ausweist. Weiter verstärkte sich der Fachkräftemangel und damit auch die Imageproblematik selbst durch die dabei entstehende höhere Arbeitslast und somit durch die gesteigerten Anforderungen und Erwartungen an die einzelne Person. Das negativ behaftete Image führe dazu, dass mit den sich in Ausbildung befindenden Fachpersonen die Lücke durch frühzeitige Berufsausstiege und Pensionierungen nicht gefüllt werden könne.

Tarife und Löhne hätten sich kaum mit den Anforderungen im Berufsalltag und der wachsenden Verantwortung weiterentwickelt. Dieser Umstand würde nebst der Fachkräftesituation auch das Berufsimagen stark negativ beeinflussen.

Die Diskussion rund um kostendeckende Tarife zeigt sich auch am Beispiel der Bereitschaftsentschädigung für die Hebammen. Das [Postulat P 926](#) von Melanie Setz Isenegger vom 21. Juni 2022 forderte unseren Rat auf, im Kanton Luzern die Ausrichtung der Bereitschaftsentschädigung an freipraktizierende Hebammen bei der Betreuung im Wochenbett oder bei der Geburt einheitlich zu regeln. Das Postulat wurde von Ihrem Rat teilweise erheblich erklärt. Eine Einführung einer Bereitschaftsentschädigung im Kanton Luzern wird zu prüfen sein, nachdem Abklärungen ergeben haben, dass eine Vergütung im Rahmen der OKP derzeit nicht möglich ist.

Ergänzende Ausführungen zum Fachkräftemangel bei den Apotheken und in der Pflege finden sich in den Kapiteln [3.1.2](#) und [3.1.3](#).

Digitalisierung

Das EPD wurde grossmehrheitlich als laufende Herausforderung im Rahmen der Digitalisierung eingeschätzt. Die Berufe sowie die Vertretung der Patientinnen und Patienten waren sich einig, dass hier eine offene und koordinierte Kommunikation unabdingbar ist, um das Vertrauen ins Patientendossier zu stärken. Angemessener Datenschutz (11/24) und geregelte Schnittstellen (10/24) werden ebenfalls als wichtige Grundsteine betrachtet, um die Nutzung des EPD durch die Bevölkerung voranzutreiben. Eine Plattform wie das EPD sei für die Gesundheitsberufe nur eine Arbeitserleichterung, wenn sie flächendeckend von Patientinnen und Patienten sowie Gesundheitsfachpersonen eingesetzt werde. Insbesondere die medizinisch-therapeutischen und die Medizinalberufe wünschen, in die Planung des EPD involviert zu werden – ein effizienter Informationsfluss wird angestrebt.

Die aktuelle Ausgestaltung der Digitalisierung führe laut 6/24 Berufen zu einem höheren Aufwand. Es wird befürchtet, dass – zulasten der Patientinnen und Patienten – noch mehr Zeit für administrative Tätigkeiten benötigt wird. Bereits jetzt seien die administrativen Tätigkeitsbereiche ungenügend bis nicht vergütet und der wichtige Austausch zwischen den involvierten Fachpersonen werde dadurch unattraktiv. Digitalisierungsprojekte müssten einen Mehrwert bringen und dürften die eigentliche Behandlungszeit nicht verkürzen. Aktuell nehme die benötigte IT-Infrastruktur laufend zu, was nicht zuletzt auch finanziell eine Herausforderung darstelle, insbesondere für kleinere Arzt- und Gesundheitspraxen. Hier wird finanzielle Unterstützung durch den Kanton gefordert (6/24).

Versorgungsregionen/Versorgung Landschaft

Eine Versorgungslücke in ländlichen Regionen wurde von der überwiegenden Mehrheit der Gesundheitsberufe wahrgenommen (18/24). Die Lösungsansätze für diese Problematik gestalten sich vielseitig und sind abhängig von den individuellen Voraussetzungen eines Berufes (siehe Liste in Anhang [6](#)). Einige Lösungsansätze überschneiden sich mit dem folgenden Abschnitt «Innovative Versorgungsmodelle».

Innovative Versorgungsmodelle

Die Befragten fordern eine deutlich stärkere Integration der nichtärztlichen Gesundheitsberufe in Projekte der Gesundheitsversorgung. Neue Berufsfelder sollen durch die Überprüfung und Verschiebung von Kompetenzen geschaffen und gestärkt werden. Durch niedrige administrative Hürden und mithilfe finanzieller Unterstützung durch den Kanton könnten innovative Versorgungsmodelle getestet werden. Der Direktzugang zu nichtärztlichen Gesundheitsberufen solle bei klar definierten Krankheitsbildern geprüft werden, wodurch langfristig eine Entlastung der Ärztinnen und Ärzte erzielt werden könnte. Eine innovative Gestaltung der Schnittstellen wird gewünscht, beispielsweise im Sinn der interdisziplinären Fallbesprechungen aus dem stationären Bereich.

Schnittstellen

Die grundsätzliche Herausforderung liege in der ungenügenden oder fehlenden Entschädigung für interprofessionelle Zusammenarbeit. Abklärungen und Absprachen würden entweder unentgeltlich oder auf Kosten der Behandlungszeit der Patientin respektive des Patienten durchgeführt. Weiter fehle es an einer einheitlichen Doku-

mentenplattform sowie an Kommunikationsgefässen zwischen stationären und ambulanten Versorgerinnen und Versorgern einerseits und zwischen ärztlichem und nichtärztlichem Fachpersonal andererseits.

Gesundheitsförderung und Prävention

Es wird besonders auf die Bedeutung der Sensibilisierung für gesundheitsförderndes Verhalten und präventive Massnahmen hingewiesen. Die Sensibilisierung der Bevölkerung könne in Zusammenarbeit von Kanton und Gesundheitsberufen gesteigert werden. Eine Herausforderung liege darin, dass die gewünschte Zielgruppe mit den aktuellen Angeboten nur teilweise erreicht werde und es aufgrund starker regionaler Unterschiede schwierig sei, den Überblick über die jeweiligen Angebote zu behalten. Es wird gewünscht, dass der Kanton das Angebot kontinuierlicher und kantonal einheitlicher gestalte. Als ungenügend werden die Abrechnungsmöglichkeiten von Leistungen in der Gesundheitsförderung und der Prävention erachtet. Stärkere finanzielle Unterstützung von Projekten mit langfristiger Wirkung wird gefordert.

Eigenverantwortung/Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten

Die Vertretenden der nichtärztlichen Gesundheitsberufe wünschen sich eine höhere Eigenverantwortung von Patientinnen und Patienten. Der Informationsbedarf und die Informationsquellen unterscheiden sich jedoch stark pro Altersgruppe, was die Leistungserbringenden fordert. Um eigenverantwortliches Handeln und Entscheiden von Patientinnen und Patienten zu fördern, müsse Informationsmaterial in verschiedenen Sprachen zielgruppengerecht und niederschwellig zur Verfügung gestellt werden. Patientenedukation sowie Anleitung zu Selbstmanagement sei bereits in vielen Gesundheitsberufen ein fester Bestandteil, müsse aber weiter gestärkt werden. Auch die Patientenstelle ist der Ansicht, dass die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung gestärkt werden müsse.

Viele dieser Anregungen wurden in die Massnahmen aufgenommen (siehe Kap. 8).

4.3.3 Spitalambulante Versorgung

Unter der spitalambulant Versorgung werden alle nicht stationär erbrachten Leistungen in Spitälern und Kliniken verstanden. Als stationäre Behandlung nach Artikel 49 Absatz 1 [KVG](#) gelten gemäss dem [Swiss DRG](#)-Regelwerk Aufenthalte

- von mindestens 24 Stunden,
- von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird,
- im Spital oder im Geburtshaus bei Überweisung in ein (anderes) Spital,
- bei Todesfällen.

Um die spitalambulante Versorgung im Kanton Luzern zu beschreiben, können die Konsultationen sowie die Patientenströme im spitalambulantem Bereich als Indikatoren herangezogen werden:

- Das Obsan hat auf der Basis der Anzahl Konsultationen, die über die OKP abgerechnet wurden, eine Analyse vorgenommen. Im Jahr 2021 waren für Luzernerinnen und Luzerner rund 784'000 Konsultationen im spitalambulantem Bereich zu verzeichnen. Mit Blick auf die Entwicklung der letzten Jahre zeigt sich, dass die durchschnittliche Anzahl Konsultationen pro versicherte Person im Kanton Luzern von 1,5 Konsultationen (2012) auf 1,9 Konsultationen (2021) zugenommen hat. Die Inanspruchnahme spitalambulanter Dienste liegt im Kanton Luzern unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt.

- Der Anteil Konsultationen in der ambulanten Spitalversorgung von ausserkantonalen versicherten Personen am Total der in Luzern erbrachten Konsultationen (Zustrom) ist seit 2012 relativ konstant bei rund 21 Prozent geblieben. Der Anteil ausserkantonalen Konsultationen in der ambulanten Spitalversorgung von in Luzern versicherten Personen ist in den letzten Jahren gestiegen: 2012 betrug er noch weniger als 10 Prozent, 2021 rund 11 Prozent (2021: 86'915 Konsultationen).

4.3.4 Notfallversorgung

Der Luzerner Bevölkerung stehen in medizinischen Notfallsituationen unterschiedliche Glieder von Rettungsketten zur Verfügung:

- Die stationäre Notfallversorgung umfasst die Rettungsdienste sowie die Notfallstationen der Spitäler.
- Die ambulante notfallmedizinische Grundversorgung umfasst die Notfallpraxen sowie die hausärztliche Notfallversorgung.
- Ergänzend leisten geschulte First Responder (Ersthelfende) wertvolle Dienste, um die Zeit bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes zu überbrücken und medizinische Ersthilfe zu leisten.

4.3.4.1 Rettungsdienste

In der Zentralschweiz erfolgt die Koordination der Rettungsdienste des Kantons Luzern sowie der angeschlossenen Kantone Uri, Zug, Nidwalden, Obwalden und des Bezirks Küssnacht am Rigi durch die interkantonale Sanitätsnotrufzentrale 144 (SNZ 144). Im Kanton Luzern operieren zwei Rettungsdienste: Der [Rettungsdienst des LUKS](#) mit insgesamt fünf Standorten (Luzern, Emmen, Sursee, Wolhusen und Feuerwehr Luzern) und der [Rettungsdienst Seetal](#). Beide Dienste stehen der Luzerner Bevölkerung rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr zur Verfügung. Der Rettungsdienst des LUKS verfügt über den umfassendsten Leistungsumfang in Bezug auf die geografische und bevölkerungsbezogene Versorgungsregion. Die mehr als hundert Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter sowie Notärztinnen und Notärzte leisten jährlich über 25'000 Notfalleinsätze und gewährleisten so eine essenzielle präklinische Notfallversorgung im Kanton Luzern. Die Luzerner Rettungsdienste werden durch die Rettungsdienste der angrenzenden Kantone sowie durch die [Schweizerische Rettungsflugwacht Rega](#) und weitere Flugrettungsdienste ergänzt.

Im Jahr 2022 wurden im Kanton Luzern insgesamt 25'319 Rettungseinsätze geleistet. Der Rettungsdienst des Standorts Luzern trug dabei den grössten Anteil (43 %) der Einsätze. Die aufgeführten Rettungseinsätze in der untenstehenden Tabelle umfassen Einsätze aller drei Dringlichkeitsstufen. Das bedeutet, dass es sich sowohl um lebensbedrohliche Notfallsituationen als auch um vorab angemeldete Einsätze handelte, wie beispielsweise Verlegungen in eine Spezialklinik. Seit September 2018 koordinieren die Rettungsdienste des LUKS und der Kantonsspitäler Nidwalden, Obwalden und Uri ihre Rettungsteams und -fahrzeuge gemeinsam. Im gleichen Jahr eröffnete der Rettungsdienst des LUKS einen neuen Stützpunkt in Emmen. Im Jahr 2020 wurde ein Fahrzeug des Rettungsdienstes des LUKS vom Gelände des Stützpunktes LUKS Luzern zum Stützpunkt der Feuerwehr Stadt Luzern verlegt.

Insgesamt werden knapp neun von zehn Einsätzen (89 %) auf Luzerner Boden von einem Rettungsdienst mit Standort im Kanton Luzern durchgeführt. Die übrigen Einsätze werden von den Diensten der angrenzenden Kantone sowie durch so-

nannte Simultaneinsätze übernommen. Bei Simultaneinsätzen (luft- und bodengebunden) handelt es sich um Rettungseinsätze, die nicht mit den im Kanton Luzern vorhandenen Rettungsmitteln durchgeführt werden können und daher an Dritte weitergegeben werden.

Rettungsdienst	2018	2019	2020	2021	2022
RD LUKS Luzern	11'864	11'148	10'069	10'297	10'968
RD LUKS Sursee	2594	2467	2852	3663	3943
RD LUKS Wolhusen	1740	1657	1850	1911	2133
RD Seetal	1949	1971	2125	2230	1998
RD LUKS Stützpunkt Emmen	373	1197	1244	1581	1996
RD LUKS Stützpunkt Feuerwehr Luzern	-	-	1028	1480	1448
RD OW im Kanton Luzern	192	871	858	936	979
RD UR im Kanton Luzern	127	608	600	632	734
Simultaneinsätze bodengebunden	464	422	491	553	662
Simultaneinsätze Luftrettung	129	102	164	235	335
RD NW im Kanton Luzern	29	126	127	109	123
Total	19'461	20'569	21'408	23'627	25'319

Tab. 12: Rettungsdiensteinsätze im Kanton Luzern nach Rettungsdienst 2018–2022

Quelle: Interne Daten des LUKS

Bemerkungen: Sortierung erfolgte nach Einsatzhäufigkeit im Jahr 2022. Der LUKS-Stützpunkt Feuerwehr Luzern wurde erst im Jahr 2020 in Betrieb genommen.

Die Anzahl der Rettungseinsätze ist in den letzten fünf Jahren um 30 Prozent gestiegen, während die Bevölkerung im Kanton Luzern lediglich um gut 3 Prozent gewachsen ist. Dies führt zu einer Einsatzrate von knapp 60 Einsätzen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr 2022. Die Gründe für diesen Anstieg an Rettungsdiensteinsätzen konnten noch nicht abschliessend geklärt werden. Mögliche Gründe könnten der Fachkräftemangel bei Hausärztinnen und Hausärzten, ein erhöhtes Sicherheitsbedürfnis oder ein verändertes Dienstleistungsverständnis seitens der Bevölkerung sein. Im Zusammenhang mit der Massnahme Notfallversorgung (siehe Kap. 8.1.6) soll dieses Phänomen vertieft analysiert werden.

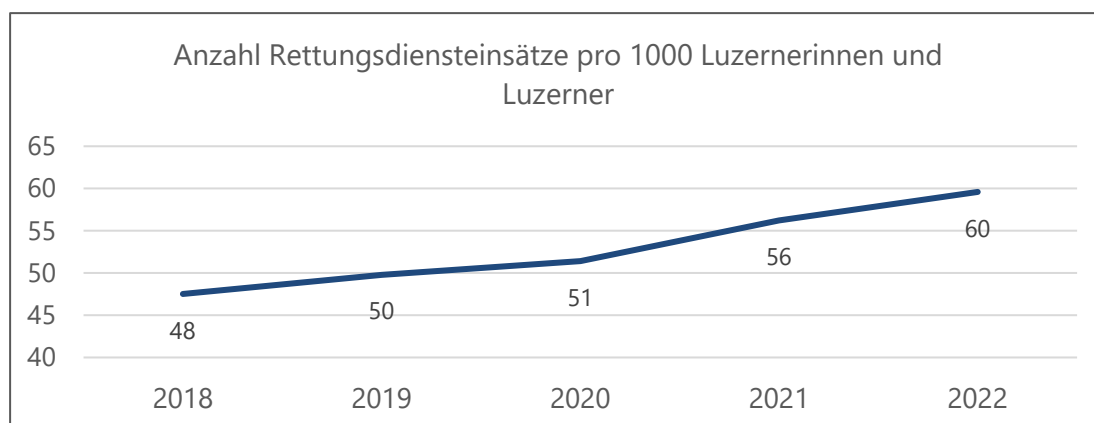


Abb. 10: Rettungsdiensteinsätze im Kanton Luzern pro 1000 Einwohnende 2018–2022

Quellen: LUKS und [Lustat Statistik Luzern](#)

4.3.4.2 Ambulante Notfallversorgung

Die ambulante Notfallversorgung im Kanton Luzern umfasst sowohl die hausärztliche Notfallversorgung als auch die Notfallpraxen beziehungsweise Notfallzentren.

Die Organisation des ambulanten Notfalldienstes im Kanton Luzern erfolgt durch die entsprechenden Berufsverbände, darunter die Ärztesgesellschaft des Kantons Luzern, der Luzerner Apotheker Verein und die Luzerner Zahnärzte-Gesellschaft. Die Notfalldienstpflicht für Personen, die einen universitären Medizinalberuf fachlich, selbständig und gewerblich ausüben, ist im [MedBG](#) sowie in der [MbV](#) festgelegt.

Der hausärztliche Notfalldienst, auch als ärztlicher Hintergrunddienst bezeichnet, hat das Ziel, jeder Person im Kanton Luzern zu jeder Zeit eine ärztliche Notfallbehandlung zu ermöglichen. Diese ambulante Notfallversorgung wird gemäss § 32 [GesG](#) durch die Ärztesgesellschaft Luzern organisiert. Das Luzerner Kantonsgebiet ist dabei in Notfalldienstkreise unterteilt, um eine zeitnahe und leicht zugängliche Notfallversorgung für die Bevölkerung zu gewährleisten.

Die Fachbereiche Psychiatrie, Ophthalmologie und Gynäkologie sowie die in einem Spital tätigen Anästhesistinnen und Anästhesisten organisieren sich separat mit einem eigenständigen Notfalldienst. Die psychiatrische Notfallversorgung ist unter anderem aufgrund des Mangels an niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern komplex organisiert. Die Luzerner Psychiatrie hat zusammen mit der Ärztesgesellschaft Luzern und dem GSD ein Konzept «Psychiatrie Notfallversorgung im Kanton Luzern» erstellt. Es besteht ein Single Point of Entry für psychiatrische Notfälle bei der Luzerner Psychiatrie, welche dann die Triage übernimmt. Details zur ambulanten psychiatrischen Notfallversorgung kann dem [Planungsbericht B 83](#) über die psychiatrische Versorgung im Kanton Luzern vom 7. September 2021 entnommen werden.

Die hausärztliche Notfallversorgung sieht sich einem stetig wachsenden Druck gegenüber. Dies betrifft insbesondere ländliche Regionen wie beispielsweise das Entlebuch, wo die Anzahl der praktizierenden Hausärztinnen und Hausärzte im Vergleich zu den anderen Regionen sehr gering ist (siehe Kap. [4.3.1](#)). Die tiefe Ärztedichte führt zu einer steigenden Belastung der Hausärztinnen und Hausärzte durch vermehrte Notfalldienste. Dies wiederum mindert die Attraktivität, in einer Region mit niedriger hausärztlicher Dichte eine Praxis zu betreiben. Diese akuten Herausforderungen wurden erkannt, und der Kanton Luzern erarbeitet in Kooperation mit der Ärztesgesellschaft Luzern und weiteren Partnern entsprechende Massnahmen (siehe Kap. [8.1.6](#)).

Des Weiteren wird die kostenpflichtige Notfall-Nummer des ärztlichen Hintergrunddienstes auch von vielen Personen umgangen, und die Notfallstationen der Luzerner Kliniken werden vermehrt von Personen mit nicht lebensbedrohlichen Notfällen aufgesucht.

4.4 Angebot und Nachfrage in Zukunft

Die zukünftige Entwicklung der ambulanten Gesundheitsversorgung dürfte massgeblich von einem komplexen Zusammenspiel verschiedener Einflussfaktoren geprägt werden. Dazu zählen unter anderem der fortlaufende medizintechnische Fortschritt, demografische und gesellschaftliche Entwicklungen sowie politische Entscheide

(siehe Kap. [2.4](#) zu den Entwicklungen). Wie bereits in Kapitel [4.1](#) erwähnt, konnte das Obsan für die ambulante Gesundheitsversorgung keine Prognosemodelle erstellen, da die zukünftige Entwicklung von einer Vielzahl nicht quantifizierbarer Einflussfaktoren abhängt. Die folgenden Ausführungen beschränken sich deshalb auf qualitative Aussagen.

In der Zukunft wird insbesondere die Bedeutung von interprofessionellen/-disziplinären und patientenzentrierten Versorgungsmodellen zunehmen. Diese Entwicklung wird durch den Fachkräftemangel (vorhandene Ressourcen optimal einsetzen), durch die voranschreitende Spezialisierung innerhalb der Medizin (fordert eine verstärkte Zusammenarbeit) sowie durch die zunehmende Anzahl Personen mit chronischen Erkrankungen und Mehrfacherkrankungen infolge der demografischen Entwicklung vorangetrieben. Die befragten Fachverbände prognostizieren diese Entwicklung in ihren Stellungnahmen. Die meisten Berufe betrachten den Druck zur Weiterentwicklung des Versorgungssystems nicht nur als eine Herausforderung, sondern auch als eine Chance für ihre Profession sowie für die Gesamtqualität der Versorgungslandschaft in Luzern.

Die bereits jetzt bestehenden grossen Herausforderungen in der hausärztlichen Versorgung werden laut den Fachverbänden in naher Zukunft weiter zunehmen. Eine schweizweite [Obsan-Studie](#) zum zukünftigen Bestand und Bedarf an Fachärztinnen und -ärzten in der Schweiz aus dem Jahr 2022 zeigt, dass – ausgehend von einer aktuellen Unterversorgung an Hausärztinnen und Hausärzten – der zukünftige Bestand im Jahr 2030 den Bedarf an Hausarztmedizin nicht decken wird. Je nach Szenario wird der Bestand an ausgebildeten Hausärztinnen und Hausärzten zwischen 3 Prozent und 16 Prozent unter dem Bedarf liegen. Wichtig zu beachten ist, dass diese Szenarien davon ausgehen, dass weiterhin ausländische Hausärztinnen und Hausärzte in die Schweiz migrieren. Ohne diesen Zufluss an ausländischem Fachpersonal würde der Bestand gar 33 Prozent und 41 Prozent unter dem Bedarf liegen. Diese Zahlen verdeutlichen einerseits die Abhängigkeit von ausländischem Personal in der Hausarztmedizin und untermauern andererseits die Wichtigkeit, die Hausarztmedizin zu unterstützen.

Um die ambulante Grundversorgung mittelfristig sicherstellen zu können, braucht es neben der Stärkung der Hausarztmedizin weitere Ansätze. Ein solcher Ansatzpunkt ist die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung in Form einer Überprüfung und Verschiebung von Aufgaben/Kompetenzen der unterschiedlichen Berufsgruppen. So könnten Leistungen, die bisher von Hausärztinnen und Hausärzten erbracht wurden, neu an andere Berufsgruppen delegiert werden, was zu einer Entschärfung der knappen hausärztlichen Versorgung beitragen könnte. Auch werden angesichts der demografischen Entwicklungen die geriatrischen Kompetenzen der Fachpersonen immer zentraler. Die Ergebnisse der kantonalen Befragung sowie der [Obsan-Studie](#) zur zukünftigen ambulanten Grundversorgung verdeutlichen, dass nichtärztliches Gesundheitspersonal bereit ist, eine erweiterte Verantwortung bei Erstkontakten und bei der Erstellung von Behandlungsplänen zu übernehmen. Diese Entwicklung entspricht auch unserer Einschätzung, wonach interprofessionelle Gesundheitsnetzwerke/-zentren zukünftig an Bedeutung gewinnen werden.

Auch der spitalambulante Bereich wird in den kommenden Jahren aufgrund der Verlagerung von stationären Eingriffen in den ambulanten Sektor weiterwachsen. Die

Entwicklungen der letzten Jahre werden sich angesichts der zu erwartenden Fortschritte in der Medizintechnik, des zunehmenden Fachkräftemangels und der politisch geforderten Kostenbegrenzung im Gesundheitswesen fortsetzen. In seinen Prognosen geht auch das Obsan von einer weiteren Zunahme der Ambulantisierung der Spitalleistungen aus (siehe Kap. [5.2.4.1](#) und Anhang [9](#)).

Neben den Bestrebungen zur Stärkung der ambulanten medizinischen Grundversorgung sowie zur Förderung von interprofessionellen/interdisziplinären Ansätzen wird auch die überregionale und überkantonale Versorgungsplanung im ambulanten Bereich immer wichtiger werden. Im Rahmen der [Obsan-Studie](#) zur Berechnung der Versorgungsgrade für die Höchstzahlen in der ambulanten ärztlichen Versorgung aus dem Jahr 2022 wurden auch die Patientenströme für die ärztliche ambulante Versorgung berechnet. Diese zeigen, dass Luzernerinnen und Luzerner in den allermeisten Fällen auch in Luzern behandelt werden. Im Gegensatz dazu werden im Kanton Luzern in verschiedenen Fachgebieten viele Patientinnen und Patienten aus anderen Kantonen ambulant behandelt. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, die ambulante Versorgung über die Kantons Grenzen hinaus zu betrachten und zu planen.

4.5 Schlussfolgerungen

Die Bedeutung der ambulanten medizinischen Grundversorgung nimmt kontinuierlich zu, gerade auch hinsichtlich der sich wandelnden Angebots- und Nachfrageverhältnisse. Gleichzeitig sieht sich der ambulante Sektor mit grossen Herausforderungen konfrontiert – zusammenfassend hier die wichtigsten genannten Herausforderungen:

- Der Fachkräftemangel manifestiert sich zunehmend in den ländlichen Regionen des Kantons Luzern. Die Mehrheit der befragten Berufsverbände betont, dass die Versorgung in diesen Gebieten teilweise erheblich gefährdet ist. Besonders deutlich werden die geografischen Unterschiede im Bereich der ärztlichen Grundversorgung. Während in den urbanen Gebieten überwiegend eine Grundversorgung auf schweizweitem Niveau gewährleistet ist, zeigt sich in den ländlichen Gebieten – insbesondere in der Region Entlebuch und teilweise in der Region Willisau – eine niedrige Versorgungsrate. Die Problematik der unterversorgten ländlichen Gebiete in der medizinischen Grundversorgung wird von der Ärztesgesellschaft Luzern als bedeutende Herausforderung identifiziert. Diese Versorgungslücke wird jedoch auch von der Mehrheit der nichtärztlichen Berufsverbände erkannt und nahezu alle befragten Verbände sprechen sich dafür aus, innovative Modelle und verstärkte koordinative Massnahmen in diesem Bereich umzusetzen.
- Die Notfallversorgung, die durch den ärztlichen Hintergrunddienst gewährleistet ist, steht unter Druck und ist in einigen Gebieten gefährdet.
- Eine zentrale Herausforderung im Bereich der ambulanten Versorgung liegt in der Abgeltung (Tarife) sowie in der Finanzierung (Kostenträger) der Leistungen. Diese Herausforderungen müssen angegangen werden, um die ambulante Versorgung nachhaltig fördern zu können. Der Kanton Luzern setzt sich deshalb für sachgerechte Tarife ein.
- Der zunehmende administrative Aufwand sowie die vorgegebenen Vorschriften und Reglemente setzen die befragten Berufsverbände erheblich unter Druck und führen zu einer kontinuierlichen Abnahme der Attraktivität verschiedener Berufe, insbesondere im Bereich der ärztlichen Versorgung.

- Die Stärkung von Gesundheitskompetenzen durch altersgerechte Sensibilisierung sowie die Förderung von Gesundheitsförderung und Prävention wird von den meisten Berufsverbänden als essenziell betrachtet.

Auf Bundesebene laufen derzeit zwei zentrale Bestrebungen, um die Herausforderungen in der ambulanten Versorgung anzugehen:

- Der neue Tarif TARDOC soll den bisherigen Tarif TARMED ersetzen und alle medizinischen Leistungen in der Arztpraxis und im ambulanten Spitalbereich angemessen abgelden. Der TARDOC gehört zu den wichtigsten aktuellen Reformen des Gesundheitssystems. Die Einführung ist per 1. Januar 2026 geplant.
- Ambulante Leistungen werden heute vollständig von den Krankenversicherungen respektive den Versicherten finanziert. An den stationären Leistungen müssen sich die Kantone hingegen zu mindestens 55 Prozent beteiligen. [EFAS](#) (Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen) will die unterschiedlichen Zuständigkeiten aufheben (weitere Informationen in Kap. [2.4.3](#)).

Die erhofften Fortschritte im Bereich der integrierten Versorgung blieben auf nationaler Ebene bisher aus (siehe Kap. [3.3.1](#)).

Wir erachten es als dringlich, den ambulanten Sektor nachhaltig zu stärken. Im Hinblick auf die genannten Herausforderungen sieht er folgende Massnahmen vor:

- Luzern hat per 1. Juli 2017 als erster Kanton eine Liste «ambulant vor stationär» eingeführt, die mittlerweile schweizweit gilt. Die Pionierrolle des Kantons Luzern in der Förderung ambulanter Leistungen soll beibehalten werden. Eine Erweiterung der Avos-Liste bis ins Jahr 2030 um mehrere Indikationen ist anzustreben.
- Der medizintechnische Fortschritt soll im Umgang mit dem Fachkräftemangel aktiv genutzt werden. Eine Förderung ambulanter interdisziplinär/interprofessionell zusammengesetzter Versorgungszentren zur Versorgung der Patientinnen und Patienten «aus einer Hand» ist angezeigt. Das starke Wachstum von Gruppenpraxen im Kanton Luzern verdeutlicht die wachsende Relevanz von interdisziplinären Versorgungsmodellen (siehe Massnahme in Kap. [8.1.2](#)).
- Um den Austausch zu koordinieren sowie innovative und integrierte Modelle finanziell zu unterstützen, plant der Kanton die Einrichtung eines Gremiums (siehe Massnahme in Kap. [8.1.1](#)).
- In Zusammenarbeit mit der Ärztesgesellschaft Luzern, den Spitälern und weiteren Partnern sollen neue Lösungen in der Notfallversorgung entwickelt werden (siehe Massnahme in Kap. [8.1.6](#)).
- Der Kanton plant Massnahmen, mit welchen die Gesundheitskompetenz sowohl bei der Bevölkerung als auch bei Fachpersonen und Organisationen gestärkt werden kann (siehe Massnahme in Kap. [8.1.7](#)).
- Die kantonale Planung muss zukünftig aufgrund der immer grösser werdenden Bedeutung der ambulanten Versorgung stärker aus einer interkantonalen respektive überregionalen Perspektive angegangen werden. Weiter ist eine Verbesserung der Datenlage in allen Fachbereichen erstrebenswert. Eine umfassende Datenbasis über das Angebot und die Inanspruchnahme in der ambulanten nicht-ärztlichen Versorgung würde die Planung unterstützen. Dies unterstützt eine datengestützte und evidenzbasierte Gesundheitspolitik. Es ist jedoch darauf zu achten, dass die Datengewinnung die administrative Belastung nicht weiter erhöht.

Im Gesamtüberblick erfährt die ambulante Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern fortwährend einen bedeutenden Wandel. Dieser dynamische Prozess ist von essenzieller Bedeutung für eine qualitativ hochwertige und gut funktionierende medizinische Versorgung. Dies gilt nicht nur angesichts der bereits bestehenden Herausforderungen, sondern auch im Hinblick auf zukünftige Entwicklungen und die bevorstehenden Aufgaben. Dieser Wandel ermöglicht es, neue Ansätze in der ambulanten Versorgung zu verfolgen, wobei Veränderungen und Massnahmen auf nationaler, kantonaler und betrieblicher Ebene gleichermaßen gefragt sind. Die im Rahmen des vorliegenden Berichtes geplanten konkreten Massnahmen sind in Kapitel [8](#) zu finden.

5 Stationäre Versorgung

Die Planung der stationären Versorgung erfolgt im Sinn der gemäss dem Krankenversicherungsgesetz vom Kanton zu erstellenden Spitalplanung. Der [Planungsbericht 2015](#) deckte die Spitalplanung für die stationäre Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation mit Planungshorizont bis 2023 ab. Für den Bereich der Psychiatrie wurde die Spitalplanung im Rahmen des [Planungsberichtes B 83](#) über die psychiatrische Versorgung im Kanton Luzern vom 7. September 2021 mit Planungshorizont 2021–2035 vorgezogen. Das vorliegende Kapitel beschreibt die Grundlagen der Spitalplanung (Kap. [5.1](#)) und umfasst die aktualisierte Spitalplanung für die Bereiche Akutsomatik (Kap. [5.2](#)) und Rehabilitation (Kap. [5.3](#)) für den Zeitraum 2023–2035. Die Spitalplanung bildet die Grundlage für die separat von unserem Rat vorzunehmende Erstellung der Spitalliste und die Erteilung der Leistungsaufträge an die Listenspitäler. Anders als in der Pflegeheimplanung kommt den Gemeinden bei der Spitalplanung keine Rolle zu.

Das Leistungsangebot des LUKS am Standort Wolhusen wird in Kapitel [6](#) behandelt. Mit dem geplanten Neubau des LUKS am Standort Sursee (voraussichtlicher Bezug 2031) wird eine adäquate Versorgung der Bevölkerung in den wachsenden Regionen Wiggertal und Sursee sichergestellt. In der Arbeitsgruppe Spital Sursee mit Vertreterinnen und Vertretern des GSD, des LUKS und von Zuweisenden (siehe Anhang [2](#)) bestand Konsens bezüglich Leistungsangebot und -umfang.

5.1 Grundlagen der Spitalplanung

Die Spitalplanung umfasst gemäss Artikel 39 [KVG](#) die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung (inkl. Geburtshäuser) für die Luzerner Bevölkerung. Der Kanton hat dabei die vom Bundesrat auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit festgelegten Planungskriterien zu beachten (Art. 58a ff. [KVV](#)). Das Krankenversicherungsgesetz verpflichtet die Kantone, ihre Planungen zu koordinieren (Art. 39 Abs. 2 KVG). Dies geschieht einerseits mit Blick auf die Stärkung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und zur Vermeidung von Überkapazitäten in der Spitalversorgung. Andererseits sind ausserkantonale Spitäler für die Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung unverzichtbar. In der hochspezialisierten Medizin erfolgt die Koordination der Angebote über eine entsprechende Interkantonale Vereinbarung (Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG; IVHSM, SRL Nr. [865d](#)).

Die bundesrechtlichen Bestimmungen zur Spitalplanung werden durch entsprechende [Empfehlungen](#) der GDK vom 20. Mai 2022 weiter konkretisiert. Diese Empfehlungen sind für die Kantone nicht verbindlich, sollen aber ein gemeinsames Verständnis der kantonalen Spitalplanung fördern und die interkantonale Koordination unterstützen. Die GDK stützte sich dabei insbesondere auf die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts und des Bundesgerichts.

5.1.1 Prozess und Rahmenbedingungen

Die Spitalplanung beinhaltet folgendes dreistufiges Vorgehen:

- *Bedarfsanalyse*: Die Kantone ermitteln ihren Versorgungsbedarf in nachvollziehbaren Schritten. Sie müssen sich dabei auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche stützen und für die Prognose relevante Einflussfaktoren berücksichtigen. Die Kantone ermitteln auch das Angebot, das in Spitälern und Geburtshäusern beansprucht wird, die nicht auf der von ihnen erlassenen Spitalliste aufgeführt sind (Art. 58b [KVV](#)). Dazu sind sowohl Patientenzuwanderungen in den Kanton als auch Patientenabwanderungen aus dem Kanton zu analysieren (Art. 58e [KVV](#)).
- *Angebotsbestimmung*: Basierend auf dem ermittelten Versorgungsbedarf bestimmen die Kantone das Angebot, das durch inner- und ausserkantonale Spitälern zu sichern ist, damit die Versorgung der (kantonalen) Wohnbevölkerung gewährleistet ist (Art. 58b [KVV](#)). Für die akutsomatische Versorgung in Spitälern und Geburtshäusern ist die Planung leistungsorientiert. Für die stationäre Rehabilitation (wie auch die Psychiatrie) kann die Planung auch kapazitätsbezogen erfolgen (Art. 58c [KVV](#)). Leistungsorientiert bedeutet, dass die Ermittlung des Bedarfs sowie die Evaluation des Angebots aufgrund von Leistungszahlen (insbes. Anzahl und Schwere von diagnosebezogenen Fällen) erfolgen. Bei einer kapazitätsorientierten Planung sind demgegenüber Bettenbelegung, Aufenthaltsdauer oder Pflage tage die massgebenden Bezugsgrössen. Bei der Beurteilung und der Auswahl des Angebots berücksichtigen die Kantone insbesondere die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungserbringung, den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist sowie die Bereitschaft und die Fähigkeit der Einrichtungen zur Erfüllung des Leistungsauftrags. Für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Spitälern haben die Kantone insbesondere auf die Nutzung von Synergien, auf die Mindestfallzahlen und auf das Potenzial der Konzentration von Leistungen für die Stärkung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Versorgung zu achten (Art. 58d [KVV](#)). Ein Kernelement für die Festlegung und Genehmigung der Tarife durch die Regierung ist deren Wirtschaftlichkeit. Die Erhebung von Qualitätsdaten und die diesbezügliche Berichterstattung sind in den Leistungsvereinbarungen zwischen den Luzerner Listenspitälern und der DIGE geregelt. Dazu gehört erstens eine Teilnahme an den Erhebungen des nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ). Die ANQ-Messungen sind zwischen Kanton, Leistungserbringenden und Versicherungen vertraglich geregelt. Der [Messplan](#) bietet eine Übersicht über die Indikatoren und die Erhebungsmethoden (z. B. Patientenzufriedenheit, ungeplante Re-Hospitalisierungen). Zweitens wertet die DIGE regelmässig die Daten des spitalinternen Beschwerdemanagements aus. Drittens konsultiert die DIGE die jährlich publizierten Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitälern. Auf die Festlegung von Mindestfallzahlen (MFZ) hat der Kanton Luzern bisher verzichtet, orientiert sich jedoch an den MFZ des Kantons Zürich.

- *Sicherung des Angebots (Spitalliste):* Zur Sicherung des ermittelten Angebots erstellen die Kantone gestützt auf die Spitalplanung eine Spitalliste gemäss Artikel 39 Absatz 1e [KVG](#). Die Kantone haben inner- und ausserkantonale Spitäler in ihre Spitallisten aufzunehmen, soweit dies für die Sicherstellung der Versorgung notwendig ist (Art. 58b [KVV](#)). In der Spitalliste sind für jede Einrichtung die dem Leistungsauftrag entsprechenden Leistungsgruppen aufzuführen (Art. 58f KVV). Unser Rat erstellt die Spitalliste durch Aufnahme der Leistungserbringenden in diese und erteilt einen entsprechenden Leistungsauftrag für das ihnen zugewiesene stationäre Leistungsspektrum auf Grundlage der Planung in Form einer beschwerdefähigen Verfügung pro Leistungserbringer und Leistungserbringerin.

Die Spitalplanung des Kantons Luzern orientiert sich in Ergänzung zu den geschilderten gesetzlichen Vorgaben sowie den Empfehlungen der GDK an den im Kapitel [1.2](#) genannten Grundsätzen der Luzerner Versorgungsplanung. Der Kanton will den Wettbewerb unter den Spitälern fördern und der Bevölkerung eine echte Wahlfreiheit ermöglichen. Der Kanton verzichtet deshalb – auch mit Blick auf die im Vergleich zu anderen Kantonen eher «schlanke» innerkantonale Spitallandschaft – weiterhin auf ein Ausschreibungsverfahren und eine daraus folgende Aufteilung der innerkantonalen Spitalversorgung unter den Anbietenden. Grundsätzlich gilt deshalb auch künftig, dass alle Spitäler mit jenen Leistungen in die Spitalliste aufgenommen werden, die sie qualitativ hochstehend und wirtschaftlich erbringen können. Steuerungseingriffe werden dann notwendig, wenn die Versorgung nicht mehr ausreichend oder nicht mehr in guter Qualität gewährleistet werden kann.

Die Spitalplanung im vorliegenden Bericht fokussiert auf die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern. Die Koordination mit anderen Kantonen erfolgt derzeit über informelle Austausche und über den Einbezug der anderen Kantone in die Vernehmlassung zum vorliegenden Planungsbericht. Eine stärkere Zusammenarbeit mit den Nachbarkantonen in Fragen der Spitalplanung wird künftig nach Möglichkeit angestrebt.

5.1.2 Datengrundlage

Die vorliegende Planung der Spitalversorgung in den Bereichen Akutsomatik und Rehabilitation beruht im Wesentlichen auf folgenden Grundlagen:

Bedarfsanalyse und -prognose des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums

Das Obsan hat im Auftrag des GSD im Jahr 2023 eine Bedarfsanalyse (Daten aus dem Jahr 2021) und eine Bedarfsprognose (Perspektive bis 2035) durchgeführt ([Obsan Versorgungsbericht 2024 Kanton Luzern](#)). Das Prognose-Modell des Obsan berücksichtigt folgende zentralen Einflussfaktoren³⁸:

- *Demografische Entwicklungen:* Die Demografie hat weitreichende Implikationen auf die Gesundheitsversorgung. Einerseits rechnet das Obsan zwischen 2021 und 2035 im Kanton Luzern mit einem Bevölkerungswachstum von 11 Prozent (entspricht der schweizweiten Entwicklung). Zudem nimmt der Anteil der Personen im Alter von 60+ weiter zu: Von 24,6 Prozent im Jahr 2021 auf 29,6 Prozent im Jahr 2035 (schweizweit nimmt der Anteil leicht weniger stark zu).

³⁸ Bei der Berechnung der Prognosen berücksichtigt das Obsan nur Einflussfaktoren, die einerseits auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen und einem breiten fachlichen Konsens beruhen und andererseits quantifizierbar sind. Detaillierte Informationen zu den Einflussfaktoren finden sich in den Anhängen [9](#) und [10](#).

- *Medizintechnische Entwicklungen:* Neue Technologien und Verfahren in Diagnostik, Therapie und Prävention wirken sich ganz unterschiedlich aus – in einer Zu- oder Abnahme der Fallzahlen sowie in einer Verschiebung von stationär zu ambulant – und stehen meist in einer Wechselwirkung mit ökonomischen Entwicklungen. Berücksichtigt werden in der Akutsomatik zwei Entwicklungen: Eine Verschiebung bei der Behandlung von Schlaganfällen und eine Zunahme der Revisionen bei Knie- und Hüftprothesen. In der Rehabilitation werden keine weiteren medizintechnischen Entwicklungen berücksichtigt, da die erwarteten Innovationen gemäss Expertinnen und Experten keine grossen Effekte auf die Entwicklung der Fallzahlen haben werden.
- *Ökonomische Entwicklungen:* Sowohl das Angebot von als auch die Nachfrage nach Leistungen der Gesundheitsversorgung wird durch ökonomische Anreize beeinflusst. Durch die Ambulantisierung werden bisher stationär erbrachte Leistungen zunehmend ambulant durchgeführt, was wiederum eine Reduktion der Fallzahlen im stationären Bereich oder eine Verkürzung der Hospitalisierungsdauer mit sich bringt. Die Verkürzung der Aufenthaltsdauer wird einerseits durch den medizintechnischen Fortschritt und andererseits durch ökonomische Anreize (Fallpauschalen Swiss DRG) angetrieben.
- *Weitere Faktoren:* Die Hospitalisierungsrate hängt nicht nur vom Bedarf, sondern auch vom Angebot (Über-/Unter-/Fehlversorgung) ab. Das Obsan berücksichtigt in den drei Szenarien unterschiedliche Annahmen bezüglich der Annäherung der kantonalen Raten an die gesamtschweizerischen Hospitalisierungsraten nach Geschlecht, Altersgruppe und Leistungsgruppe.

Das Obsan unterscheidet in seinen Prognosen zwischen drei Szenarien, um die Bandbreite der möglichen Entwicklungen abbilden zu können: Das Minimal- und das Maximalszenario beschreiben die Unter- respektive die Obergrenze der möglichen Entwicklungen, das Basisszenario stellt die wahrscheinlichste Entwicklung dar. Eine detaillierte Darstellung der Szenarien folgt in den Kapiteln [5.2](#) (Stationäre Akutsomatik), [5.3](#) (Stationäre Rehabilitation) sowie in den Anhängen [9](#) und [10](#). Je nach Szenario weichen die Prognosen deutlich voneinander ab. Der Kanton stützt sich bei der Versorgungsplanung der nächsten Jahre auf das Basisszenario, das gemäss Obsan am plausibelsten ist. Die Aussagekraft der Prognosen ist jedoch beschränkt, da sich viele Entwicklungen nur bedingt abschätzen lassen. Es ist deshalb unabdingbar, die Entwicklungen laufend zu beobachten und in die laufende Versorgungsplanung einfließen zu lassen.

Für die folgenden Analysen sind diverse Indikatoren von Bedeutung: Dazu gehören insbesondere die Fallzahlen, die Pfl egetage, die Hospitalisierungsrate und die mittlere Aufenthaltsdauer (siehe Glossar im Anhang [11](#)).

Befragung der innerkantonalen stationären Leistungserbringenden

Die auf der Luzerner Spitalliste geführten innerkantonalen Spitäler und Kliniken wurden im Frühjahr 2023 durch das GSD befragt. Im Fokus der Befragung standen ein Rückblick (bzgl. der Entwicklungen seit dem letzten [Planungsbericht 2015](#) auf Ebene Kanton und Organisation), ein Ausblick auf erwartete Entwicklungen auf Ebene der einzelnen Organisationen sowie Einschätzungen zu den wichtigen Handlungsfeldern auf Ebene der Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern. Mit allen Leistungserbrin-

genden wurden die schriftlichen Rückmeldungen in Rahmen eines bilateralen Gesprächs vertieft. Übergeordnete Themen wurden in den Arbeitsgruppen Akutsomatik und Rehabilitation behandelt.

Versorgungsatlas des Obsan

Eine weitere Informationsquelle für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bildet der [Versorgungsatlas](#) des Obsan. Der Atlas enthält über 100 Indikatoren zur medizinischen somatischen Versorgung in der Schweiz, wobei der stationäre Bereich auf Daten der medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) des BFS und der ambulante Bereich auf Daten des Tarifpools (TP) der SASIS AG beruht. Der Versorgungsatlas macht geografische Unterschiede und Muster der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sichtbar. Die Auswertung des Versorgungsatlas zeigt, dass sich die Werte des Kantons Luzern im Mittelfeld bewegen – mit Ausnahme von wenigen Auffälligkeiten.³⁹ bei einzelnen Eingriffen. Die Ursachen für die Abweichungen können mit den vorliegenden Daten nicht erklärt werden, sondern würden vertiefte Analysen erfordern. Der Versorgungsatlas bietet eine gute Grundlage für eine evidenzbasierte Diskussion der Ursachen regionaler Versorgungsunterschiede. Dieser wird mit Blick auf eine bedarfsgerechte Versorgungsplanung und -steuerung in Zukunft eine wichtige Rolle im Monitoring der (kantonalen) Gesundheitsversorgung spielen.

5.2 Stationäre Akutsomatik

Die Akutsomatik umfasst die stationäre Behandlung von Krankheiten und Verletzungen in den Bereichen Medizin und Chirurgie. Dieses Kapitel beinhaltet einen kurzen Rückblick auf die Entwicklungen seit dem [Planungsbericht 2015](#), die Schilderung der aktuellen Inanspruchnahme der Leistungen sowie eine Prognose des künftigen Bedarfs nach akutsomatischer Versorgung.

5.2.1 Einleitung

Die Analysen zur akutsomatischen Spitalversorgung basieren auf der von der GDK empfohlenen und vom Kanton Zürich entwickelten Systematik der Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG-Konzept). Das Konzept unterscheidet zwischen einer Vielzahl an Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG), die eindeutig anhand von spezifischen Diagnose- (ICD) und Behandlungs- (CHOP) Codes definiert sind. Für jede SPLG sind detaillierte Anforderungen als Voraussetzung für die Vergabe von Leistungsaufträgen definiert. Das SPLG-Konzept wird jährlich den neusten Entwicklungen angepasst.

³⁹ Beispiele: Erhöhte Werte bei Koronarangioplastik (PTCA), Koronarer Bypass; tiefe Werte bei Herzinfarkt (Hauptdiagnose)

Die Analyse-Ergebnisse des Obsan werden nach den folgenden Spitalplanungs-Leistungsbereichen (SPLB) gruppiert:

Leistungshauptbereiche	Spitalplanungs-Leistungsbereiche (SPLB)
Basispaket	
Nervensystem und Sinnesorgane	Dermatologie, Hals-Nasen-Ohren, Neurochirurgie, Neurologie, Ophthalmologie
Innere Organe	Endokrinologie, Gastroenterologie, Viszeralchirurgie, Hämatologie, Gefässe, Herz, Nephrologie, Urologie, Pneumologie, Thoraxchirurgie, Transplantationen
Bewegungsapparat	Bewegungsapparat, Rheumatologie
Gynäkologie und Geburtshilfe	Gynäkologie, Geburtshilfe, Neugeborene
Übrige	(Radio-) Onkologie, Schwere Verletzungen

Tab. 13: Übersicht über die Spitalplanungs-Leistungsbereiche

Quelle: [GDK](#)

5.2.2 Rückblick

Auszüge aus den Seiten 45, 48, 51 und 110 aus dem [Planungsbericht 2015](#):

Das Leistungsangebot für die Luzerner Bevölkerung ist umfangreich; die Leistungen in den Luzerner Spitälern werden in guter Qualität erbracht. Gesamthaft gesehen ist die akutsomatische Gesundheitsversorgung für die Luzernerinnen und Luzerner adäquat sichergestellt.

Mit Einführung der neuen Spitalfinanzierung haben sich die interkantonalen Patientenströme verändert. Nachdem sich der Netto-Zustrom in den Kanton Luzern im Jahr 2012 leicht verringert hat, ist er im Jahr 2013 wieder stärker angestiegen. Ob diese Tendenz auch in den folgenden Jahren anhalten wird, ist aber noch ungewiss. Erste Analysen zeigen, dass die Schweizer Bevölkerung von der freien Spitalwahl Kenntnis hat und diese auch nutzt.

Prognostiziert wird für die Luzerner Bevölkerung bis ins Jahr 2023 eine Zunahme an Pflgetagen von knapp 10 Prozent auf rund 296'000 Pflgetage und einen Anstieg der Anzahl Hospitalisierungen von rund 14 Prozent (von 47'160 auf 53'836 Fälle).

Die Spitäler im Kanton Luzern sind auf eine wachsende Patientenzahl und eine sich verändernde Patientenstruktur gut vorbereitet. Dies zeigt sich auch in den geplanten Investitionsvorhaben, die in vielen Spitälern im Kanton Luzern in den nächsten Jahren anstehen.

Mit Blick auf die aktuellen Zahlen der Inanspruchnahme der akutsomatischen Leistungen im Jahr 2021 (zwei Jahre vor dem Prognose-Zeitpunkt) zeigt sich, dass die erwartete Zunahme der Pflgetage um 10 Prozent nicht eingetreten ist. Im Gegenteil, die Pflgetage gingen im Vergleich zum Jahr 2012 um 2 Prozent zurück. Die Prognose der Hospitalisierungen (+14 %, 53'836 Fälle) ist hingegen sehr nah an der effektiven Entwicklung im Jahr 2021 (+12 %, 52'535 Fälle). Diese Entwicklung könnte mit der per 1. Januar 2012 erfolgten Einführung der Fallpauschalen nach Swiss DRG

in der Akutsomatik zusammenhängen, welche zu einer Verkürzung der Aufenthaltsdauer geführt hat.

Die Netto-Wanderung (Differenz Zuwanderung und Abwanderung) hat sich von 3567 (2013) auf 5060 Fälle (2021) deutlich erhöht. Damit hat sich der Trend von 2015 fortgeführt respektive akzentuiert. Das LUKS und die Hirslanden Klinik St. Anna nehmen das Ansteigen der Patientenströme deutlich wahr.

Eine ausreichende stationäre akutsomatische Versorgung konnte in den letzten Jahren sichergestellt werden. Allerdings zeichneten sich erste Verknappungen beziehungsweise Engpässe ab – so wurde die stationäre akutsomatische Versorgung insbesondere aufgrund des knappen Angebots im vorgelagerten ambulanten Angebot (hausärztliche Versorgung, Notfallversorgung) und im nachgelagerten stationären Angebot (Übergangs-/Überbrückungspflege) belastet. Diese Herausforderung wird sich künftig aufgrund diverser Entwicklungen (u. a. Fachkräftemangel, demografische Entwicklung) weiter akzentuieren.

Der [Planungsbericht 2005](#) enthielt eine Vielzahl konkreter Massnahmen, deren Umsetzungsstand im [Planungsbericht 2015](#) detailliert festgehalten wurde. Die meisten Massnahmen wurden erfolgreich umgesetzt oder haben sich aufgrund anderer Lösungen erübrigt. Wenige Massnahmen sind auch 2023 weiterhin aktuell:

- Der Bedarf nach einem Angebotsausbau in der Akutgeriatrie und der Übergangs-/Überbrückungspflege ist weiterhin und hinsichtlich der demografischen Entwicklung zunehmend gegeben.
- Ebenfalls besteht ein Bedarf nach einer Stärkung der Psychosomatik (Konzept und Angebotsausbau).
- Auch die Notfallversorgung steht weiterhin und akzentuiert vor diversen Herausforderungen.

Eine Überprüfung der Umsetzung beschlossener Massnahmen aus dem [Planungsbericht 2015](#) entfällt, da in diesem Bericht keine Massnahmen definiert wurden.

Auf Basis der Versorgungsplanung 2015 hat unser Rat per 1. April 2016 die neue Spitalliste in Kraft gesetzt.

5.2.3 Angebot und Nachfrage aktuell

Auf der [Spitalliste](#) listet der Kanton Luzern jene Institutionen auf, die für die Abdeckung des Bedarfs an medizinischen Leistungen notwendig sind. Gleichzeitig definiert er damit, welche Institution welche Leistungen zu erbringen hat. Im Rahmen der OKP können Luzernerinnen und Luzerner für die stationäre Akutsomatik grundsätzlich unter allen Spitälern wählen, die vom Kanton Luzern oder von ihrem Standortkanton in die Spitalliste aufgenommen worden sind (Spitalwahlfreiheit). Die Aufnahme eines Spitals in die Luzerner Spitalliste und die damit verbundene Erteilung eines Leistungsauftrags durch den Kanton Luzern bedeutet zusätzlich, dass das betreffende Spital eine Aufnahmepflicht für Luzerner Patientinnen und Patienten hat. Zudem werden die Kosten der stationären Behandlung im betreffenden Spital von Kanton (55 %) und Krankenversicherer (45 %) in jedem Fall vollständig übernommen und nicht bloss im Umfang, wie die Behandlung in einem Listenspital gekostet hätte (Referenztarif).

Im Kanton Luzern sind drei akutsomatische Spitäler mit teilweise mehreren Standorten sowie ein Geburtshaus mit zwei Standorten stationiert:

- LUKS (mit den Standorten Luzern, Sursee, Wolhusen),
- Hirslanden Kliniken (St. Anna, St. Anna im Bahnhof und Klinik Meggen),
- SPZ in Nottwil,
- Geburtshaus Terra Alta in Oberkirch und Luzern (neuer Standort seit 2022).

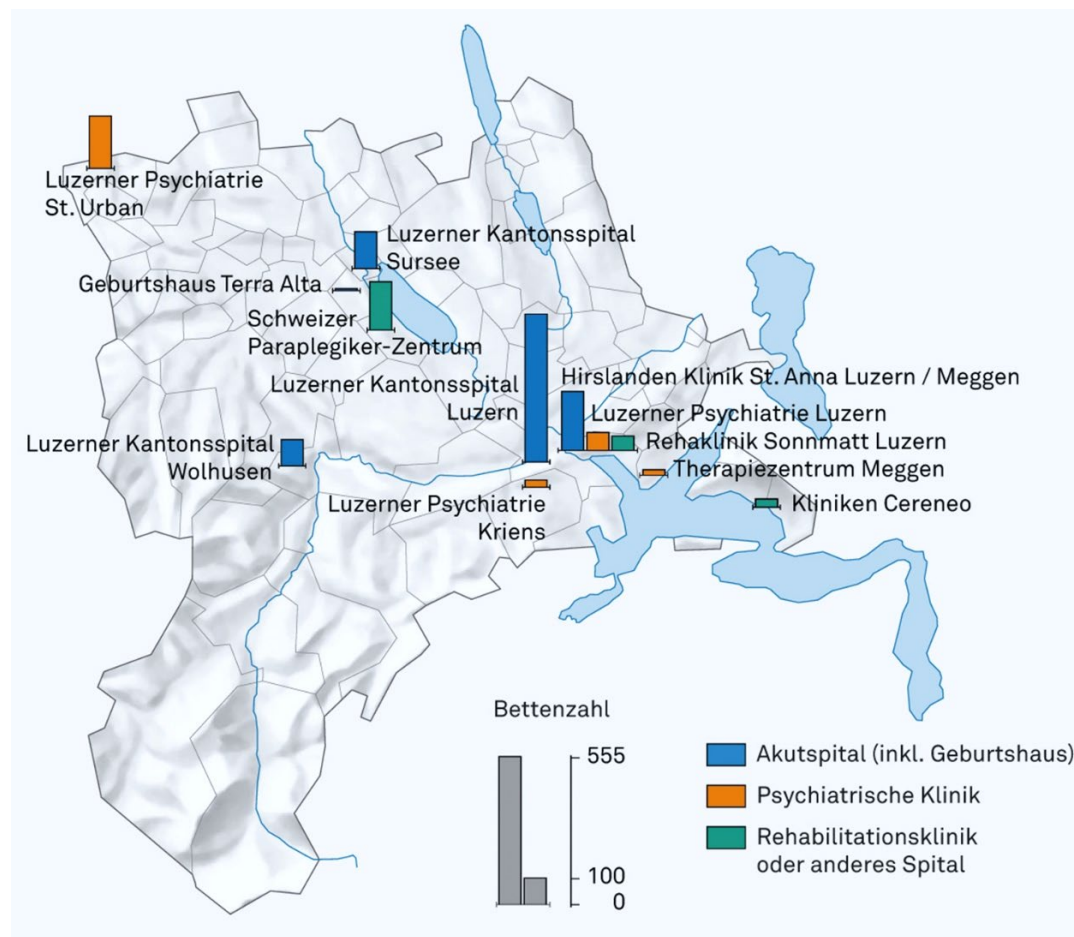


Abb. 11: Kartogramm der Luzerner Akutspitäler, Geburtshäuser und Rehabilitationskliniken 2021

Quelle: [Lustat Statistik Luzern](https://www.lustat.ch)

Im Anhang 7 werden die innerkantonalen Leistungserbringenden der stationären Akutsomatik in einem kurzen Porträt entlang der wichtigsten Kennzahlen vorgestellt.

Aufgrund der im Kanton Luzern geltenden Spital-Wahlfreiheit kann die Luzerner Bevölkerung auch die Leistungen weiterer, ausserkantonaler Leistungserbringenden in Anspruch nehmen.

5.2.3.1 Inanspruchnahme der Leistungen

Im Folgenden wird dargelegt, wie die stationären akutsomatischen Leistungen von der Luzerner Bevölkerung in Anspruch genommen wurden. Die folgenden Zahlen stammen aus der Obsan-Analyse, die im Auftrag des GSD erstellt wurde, und beziehen sich grösstenteils auf die Jahre 2018–2021.

Globale Indikatoren zur Versorgungssituation

Folgende Abbildung bietet einen Überblick über die wichtigsten Kennzahlen, mit denen die Inanspruchnahme der akutstationären Leistungen im Kanton Luzern beschrieben werden kann.

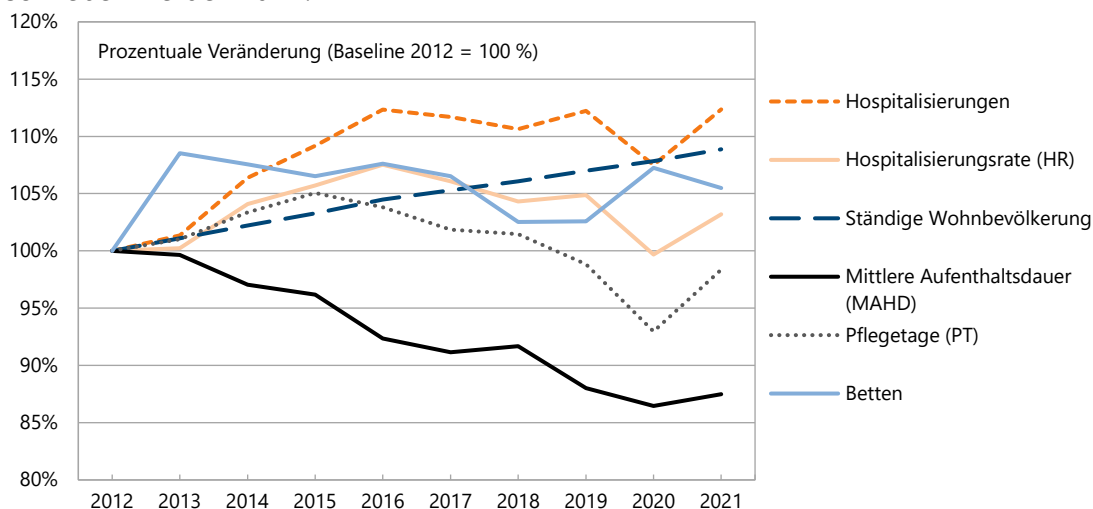


Abb. 12: Globale Indikatoren zur Versorgungssituation im Kanton Luzern (Akutsumatik) 2012–2021

Quelle: [Obsan](#) Versorgungsbericht 2024 Kanton Luzern

Es zeigt sich, dass zwischen 2012 und 2021

- die Zahl der Hospitalisierungen – trotz Knick infolge der begrenzten Kapazität während der Covid-19-Pandemie im Jahr 2020 – um 12 Prozent gestiegen ist. Dieser Anstieg ist höher als die Zunahme der ständigen Wohnbevölkerung (+9 %) im selben Zeitraum,
- die mittlere Aufenthaltsdauer im Spital (MAHD) deutlich gesunken (–13 %) und die Anzahl Pflergetage (PT) leicht rückläufig (–2 %) ist,
- die Anzahl Spitalbetten um 6 Prozent zugenommen hat.

Fallzahlen

Folgende Tabelle zeigt, wie sich zwischen 2018 und 2021 die Fälle von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Luzern nach Spitalplanungs-Leistungsbereich (SPLB) entwickelt haben:

- Der grösste Anteil der Fälle ist dem Basispaket⁴⁰ (35 % im Jahr 2021) zuzuschreiben. An zweiter Stelle steht die Orthopädie (Bewegungsapparat) mit 15 Prozent der Behandlungen, gefolgt von den Bereichen Geburtshilfe (9 %), Neugeborene (8 %), Herz (5,6 %) und Urologie (4 %).
- Insgesamt stieg die Zahl aller Fälle zwischen 2018 und 2021 von 51'736 auf 52'535 (+2 %).
- Am grössten ist der Anstieg in den Bereichen Neurochirurgie (+55 %), Rheumatologie (+35 %) und Gefässe (+27 %). Die stärkste Abnahme verzeichnet der Bereich Pneumologie (–39 %).

⁴⁰ Alle medizinischen Leistungen, die nicht explizit einer der aufgeführten Leistungsgruppen zugewiesen werden, werden im Basispaket zusammengefasst.

Bereich	SPLB	2018	2021	Δ (%)	Anteil 2021 in %	
	Basispaket	18'214	18'532	+2%	35%	
Bewegungs- apparat	Bewegungsapparat	7927	7889	-0%	15%	
	Rheumatologie	112	151	+35%	0%	
Gynäkologie & Geburtshilfe	Geburtshilfe	4872	4956	+2%	9%	
	Gynäkologie	1375	1324	-4%	3%	
	Neugeborene	4377	4383	+0%	8%	
Innere Organe	Endokrinologie	305	309	+1%	1%	
	Gastroenterologie	1222	1382	+13%	3%	
	Viszeralchirurgie	921	1029	+12%	2%	
	Hämatologie	598	601	+1%	1%	
	Gefässe	741	941	+27%	2%	
	Herz	2750	2953	+7%	6%	
	Nephrologie	122	151	+24%	0%	
	Urologie	2435	2282	-6%	4%	
	Pneumologie	948	580	-39%	1%	
	Thoraxchirurgie	114	118	+4%	0%	
	Transplantationen	28	27	-4%	0%	
	Nervensystem & Sinnesorgane	Dermatologie	193	169	-12%	0%
		Hals-Nasen-Ohren	2001	1833	-8%	3%
Neurochirurgie		265	411	+55%	1%	
Neurologie		1130	1275	+13%	2%	
Ophthalmologie		586	638	+9%	1%	
Übrige	(Radio-) Onkologie	362	439	+21%	1%	
	Schwere Verletzungen	138	162	+17%	0%	
Total		51'736	52'535	+2%	100%	

Tab. 14: Anzahl Fälle von Luzerner Patientinnen und Patienten nach Leistungsbereich 2018–2021 (gerundet)

Quelle: [Obsan](#) Versorgungsbericht 2024 Kanton Luzern

Lesebeispiel: Der Leistungsbereich «Bewegungsapparat» verzeichnete 15 Prozent am Total aller Fälle im Jahr 2021.

Hospitalisierungsrate

Um die Entwicklung der Hospitalisierungsrate im Kanton Luzern mit dem Wert der gesamten Schweiz vergleichen zu können, werden die Raten nach Alter und Geschlecht standardisiert. So werden die Raten nicht durch Unterschiede in der Alters- oder Geschlechterstruktur der Bevölkerung verzerrt. Mit einer standardisierten Hospitalisierungsrate von 125,1 pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr 2021 weist der Kanton Luzern eine vergleichsweise niedrige Rate auf (Schweiz: 140,4).

Die Hälfte aller Hospitalisierungen betrifft Personen zwischen 18 und 64 Jahren (2021: 51 %). Rund 40 Prozent der Hospitalisierungen betreffen Personen ab 65 Jahren. Nur 8 Prozent der stationären Behandlungen betreffen Personen bis 17 Jahre.

Mittlere Aufenthaltsdauer

Folgender Tabelle ist die Entwicklung der mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD) der akutsomatischen Spitalaufenthalte für den Kanton Luzern und die gesamte Schweiz zwischen 2018 und 2021 zu entnehmen:

	2018	2019	2020	2021
CH	5,4	5,4	5,3	5,2
LU	5,3	5,1	5,0	5,0

Tab. 15: Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) in Tagen Kanton Luzern vs. Schweiz 2018–2021

Quelle: [Obsan](#) Versorgungsbericht 2024 Kanton Luzern

Sowohl im Kanton Luzern wie in der Gesamtschweiz zeigt sich im Analysezeitraum eine rückläufige Tendenz bei der MAHD, wobei die MAHD für den Kanton Luzern jeweils geringfügig unterhalb der gesamtschweizerischen Werte lag.

Kennzahlen Luzerner Listenspitäler

Folgende Tabelle zeigt die wichtigsten Kennzahlen der Luzerner Listenspitäler:

Kt.	Spital	Fälle 2021	Δ %Fälle 2018–2021	%LU	%OKP	%HP/P	%Notfälle	Ø Alter
Listenspitäler gemäss Spitalliste des Kantons Luzern mit Standort innerhalb des Kantons								
LU	Geburtshaus Terra Alta, Oberkirch	1022	+15%	79%	100%	4%	35%	31,8
	Hirslanden Klinik Meggen	845	–19%	74%	72%	37%	0%	47,4
	Hirslanden Klinik St. Anna Luzern	13'867	+7%	81%	96%	44%	33%	63,2
	Kinderspital Luzern	4607	+3%	60%	80%	18%	69%	5,1
	LUKS, Luzern	23'681	–3%	72%	94%	21%	47%	58,5
	LUKS, Sursee	8255	+6%	92%	94%	17%	53%	56,2
	LUKS, Wolhusen	4671	–3%	95%	92%	15%	48%	57,9
	SPZ, Nottwil	647	+87%	48%	92%	17%	7%	58,8
	Total	57'595	+2%	78%	93%	25%	45%	47,4
Listenspitäler gemäss Spitalliste des Kantons Luzern mit Standort ausserhalb des Kantons								
AG	Kantonsspital Aarau	29'361		1%	93%	17%	56%	50,9
BE	Inselspital (Universitätsspital), Bern	49'399		1%	91%	15%	42%	51,2
BS	Universitätsspital Basel	39'151		1%	93%	21%	48%	59,9
NW	Kantonsspital Nidwalden	5205		17%	91%	22%	45%	57,2
ZH	Kinderspital Zürich	8030		1%	68%	23%	53%	5,3
	Klinik Lengg, Zürich	931		7%	85%	13%	7%	37,1
	Universitätsklinik Balgrist	6176		2%	76%	32%	12%	53,4
	Universitätsspital Zürich	39'478		1%	93%	19%	43%	54,8

Tab. 16: Kennzahlen der Listenspitäler gemäss kantonaler Spitalliste (Akutsomatik) 2021

Quelle: [Obsan](#) Versorgungsbericht 2024 Kanton Luzern

Bemerkungen: Fälle = Anzahl im Spital behandelte Fälle ungeachtet des Wohnkantons des Patienten oder der Patientin; Δ %Fälle 2018–2021 = prozentuale Veränderung der Fallzahlen zwischen 2018 und 2021; %LU = Anteil Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Luzern; %OKP = Anteil Fälle, bei denen die OKP der Hauptkostenträger ist (alternative Kostenträger machen 7 % aus. Dazu zählen Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Selbstzahler und Militärversicherung); %HP/P = Liegeklasse halbprivat oder privat; %Notfälle = Anteil Fälle mit Eintrittsart «Notfall» (darunter zählen auch Spontangeburt); Ø Alter = Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten (für die Variable Alter wurden die gesunden Neugeborenen anhand der DRG-Codes P66D und P67D ausgeschlossen).

Dabei zeigt sich Folgendes:

- Insgesamt ist die Anzahl der Spitalaufenthalte in den innerkantonalen Spitälern zwischen 2018 und 2021 um rund zwei Prozent gestiegen.
- Mit 23'681 Fällen im Jahr 2021 ist der Standort Luzern des LUKS der grösste Leistungserbringer, wobei die Anzahl der Fälle an diesem Standort im Zeitraum 2018 bis 2021 leicht rückläufig (–3 %) ist.
- Die grösste prozentuale Zunahme ist im SPZ (+87 %) und im Geburtshaus Terra Alta Oberkirch (+15 %) zu beobachten, während die Hirslanden Klinik Meggen (–19 %) im selben Zeitraum die stärkste Abnahme verzeichnet.

Der Anteil Luzerner Patientinnen und Patienten unterscheidet sich je nach Leistungserbringer:

- Die beiden Standorte des LUKS in Sursee (92 %) und Wolhusen (95 %) behandeln fast ausschliesslich Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Luzern.
- Das SPZ (48 %), das Kinderspital Luzern (60 %) sowie der Standort des LUKS in Luzern (72 %) weisen einen deutlich tieferen Anteil an innerkantonalen Patientinnen und Patienten auf, was die überkantonale Versorgungsrolle dieser Leistungserbringenden verdeutlicht.
- In den ausserkantonalen Listenspitälern machen Luzerner Patientinnen und Patienten insgesamt nur einen sehr geringen Anteil aus (weniger als 2 % des gesamten Patientenkollektivs). Zwei Ausnahmen bilden dabei das Kantonsspital Nidwalden als Teil der LUKS Gruppe mit einem Anteil von 17 Prozent und die Klinik Lengg als Spezialklinik für Epilepsie mit einem Anteil 7 Prozent Luzerner Patientinnen und Patienten.

Der Abdeckungsgrad der Spitalliste informiert darüber, wie angemessen das Angebot auf der Spitalliste eines Kantons ist. Konkret geht es dabei um den Anteil Luzerner Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Luzern, die in Spitälern/Kliniken behandelt wurden, die für den jeweiligen Leistungsbereich über einen Leistungsauftrag verfügen. Da ein Abdeckungsgrad von 100 Prozent nicht realistisch ist, liegt der zu erreichende Wert bei 80 Prozent. In den meisten Leistungsbereichen wird dieser Wert erreicht oder gar übertroffen – somit ist die Spitalliste als bedarfsgerecht zu beurteilen. In 17 Leistungsbereichen liegt der Abdeckungsgrad unter 80 Prozent. Dies betrifft insbesondere die Bereiche Bewegungsapparat chirurgisch, Hals-Nasen-Ohren, (Radio-)Onkologie sowie Schwere Verletzungen. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass Patientinnen und Patienten im Rahmen ihrer Spitalwahlfreiheit für ihre Behandlung auch Spitäler wählen können, die nicht auf der Luzerner Spitalliste sind. So können sie Spitäler mit einer herausstehenden Expertise im entsprechenden Fachbereich wählen, aber auch solche an der gegenüberliegenden Seite der Kantongrenze. Betroffen sind zudem auch Unfallbehandlungen, die in Abhängigkeit zum Unfallort oft ausserkantonale erfolgen. In Bezug auf die Sicherstellung des künftigen Bedarfs besteht diesbezüglich jedoch kein Handlungsbedarf.

Der Kanton Luzern hat bisher auf die Festlegung von Mindestfallzahlen (MFZ) verzichtet, sich jedoch an den MFZ des Kantons Zürich orientiert. Das Obsan hat folglich eine Analyse entlang der vom Kanton Zürich festgelegten MFZ vorgenommen. Diese zeigt, dass in allen Luzerner Listenspitälern einzelne Leistungsgruppen bestehen, in denen die definierten MFZ nicht erreicht wurde. Die MFZ müssen immer in Kombination mit weiteren Qualitätsindikatoren analysiert werden, um aussagekräftige Schlussfolgerungen ziehen zu können.

Die regelmässigen Analysen der DIGE zeigen, dass die Qualitätsindikatoren der Luzerner Listenspitäler (ANQ-Messungen, Qualitätsindikatoren BAG, Beschwerdemanagement) grossmehrheitlich nicht vom Mittelwert abweichen und die Qualität somit auf gutem Niveau gewährleistet ist.

5.2.3.2 Patientenströme

Im Folgenden wird dargelegt, wie sich Patientinnen und Patienten einerseits innerhalb des Kantons Luzern (innerkantonal) und andererseits zwischen den Zentralschweizer Kantonen (interkantonal) bewegen. Die Untersuchung der inner- und interkantonalen Patientenströme stellt eine wichtige Grundlage für die Versorgungsplanung dar, da sie die Vernetzung und die Abhängigkeiten der kantonalen Versorgungssysteme aufzeigt.

Innerkantonale Patientenströme

Folgende Abbildung illustriert die Patientenströme nach Wahlkreis:

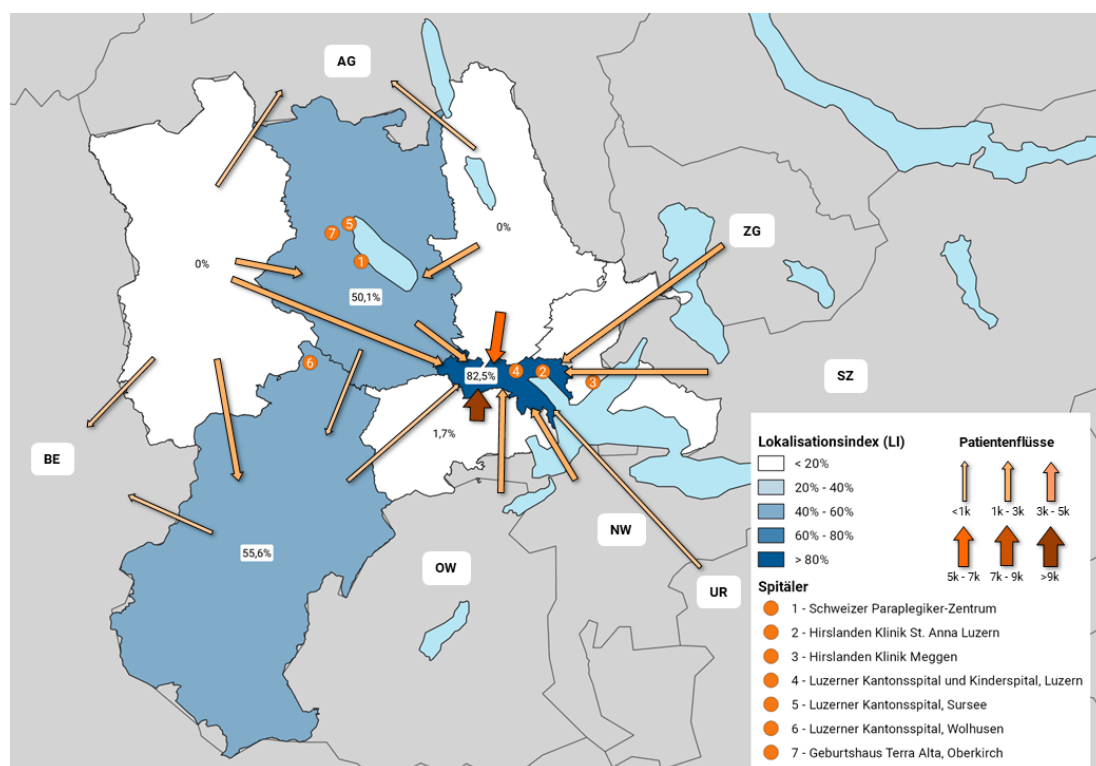


Abb. 13: Patientenströme der stationären Akutsomatik nach Luzerner Wahlkreisen 2021

Quelle: [Obsan](#) Versorgungsbericht 2024 Kanton Luzern

Bemerkungen: Die Pfeile stellen Patientenströme dar. Die Dicke der Pfeile spiegelt die Anzahl Patientinnen und Patienten (in absoluten Zahlen) wider. Dargestellt sind Patientenströme in andere Regionen, die mindestens 5 % der Patientinnen und Patienten in der Herkunftsregion beziehungsweise im Herkunftskanton umfassen. Der Referenzpunkt ist somit das Patientenkollektiv aus der Herkunftsregion beziehungsweise aus dem Herkunftskanton. Die Abwanderung zeigt die Bedeutung der Zielregion für die Sicherstellung der Versorgung in der Herkunftsregion beziehungsweise im Herkunftskanton auf.

- Die grosse Mehrheit der im Wahlkreis Luzern-Stadt wohnhaften Patientinnen und Patienten werden in ihrem Wahlkreis hospitalisiert (82,5 %).
- Auch im Wahlkreis Entlebuch ist der Anteil der innerhalb der Wohnregion (LUKS Wolhusen) behandelten Patientinnen und Patienten mit 55,6 Prozent erheblich; ebenso in der Region Sursee (50,1 %), in der das SPZ, das LUKS Sursee sowie das Geburtshaus Terra Alta ihren Standort haben.

- Die Zuwanderung in den Wahlkreis Luzern-Stadt erfolgt aus praktisch allen Wahlkreisen, insbesondere jedoch aus den Wahlkreisen Luzern-Land und Hochdorf.
- In den Wahlkreis Entlebuch sind vorwiegend Patientenströme aus den Wahlkreisen Willisau und Sursee auszumachen.
- Im Wahlkreis Sursee werden insbesondere auch Personen aus den Wahlkreisen Hochdorf und Willisau behandelt.

Interkantonale Patientenströme

Die interkantonalen Patientenströme verdeutlichen, welche Abhängigkeiten zwischen den kantonalen Versorgungssystemen bestehen und wie wichtig die interkantonale Koordination der kantonalen Spitalplanungen ist.

Untenstehende Tabelle fasst die wichtigsten Indikatoren zusammen:

- Im Jahr 2021 liessen sich insgesamt 12'721 ausserkantonale Patientinnen und Patienten in einem Spital mit Standort im Kanton Luzern behandeln (Zuwanderung), wohingegen 7661 Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Luzern für eine Behandlung ein Spital ausserhalb des Kantons aufsuchten (Abwanderung).
- Die Differenz aus Zuwanderung und Abwanderung ergibt die Nettowanderung, die sich für den Kanton Luzern auf 5060 Fälle beläuft. Somit ist der Kanton ein «Importkanton». Im interkantonalen Vergleich liegt der Kanton Luzern an achter Stelle aller «Importkantone».

Bereich	Indikator	2018	2019	2020	2021
Import	Zuwanderung (Fälle)	11'926	12'642	12'004	12'721
	Zustrom, %	21%	22%	22%	22%
Export	Abwanderung (Fälle)	7061	7193	7179	7661
	Abfluss, %	14%	14%	14%	15%
	Nettowanderung (Fälle)	4865	5449	4825	5060

Tab. 17: Indikatoren zu den Patientenströmen für den Kanton Luzern (Akutsomatik) 2018–2021

Quelle: [Obsan](#) Versorgungsbericht 2024 Kanton Luzern

Im Folgenden wird ein detaillierter Blick auf Zuwanderung/Zustrom und Abwanderung/Abfluss geworfen.

Zuwanderung und Zustrom

Folgende Tabelle zeigt auf, aus welchen Kantonen die ausserkantonalen Patientinnen und Patienten zwischen 2018 und 2021 gekommen sind:

- Die meisten zugewanderten Patientinnen und Patienten stammen aus den umliegenden Innerschweizer Kantonen, insbesondere aus den Kantonen Zug und Schwyz mit je 17 Prozent des Zustroms.
- Auch die Zuwanderung aus dem Kanton Zürich ist in dieser Zeitspanne stark gestiegen (+24 %).
- Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Aargau, die 13 Prozent des Zustroms ausmachen, verzeichnen 2021 insgesamt 1668 Fälle. Das entspricht 10 Prozent mehr als im Jahr 2018.
- Weiter ist ein erheblicher Rückgang von Patientinnen und Patienten aus dem Ausland (–16 %) sowie aus dem Kanton Nidwalden (–6 %) festzustellen.

Herkunft	2018	2021	Δ (%)	Anteil 2021 in %
ZG	2029	2151	+6%	17%
SZ	1942	2127	+10%	17%
AG	1512	1668	+10%	13%
NW	1648	1542	-6%	12%
OW	1310	1397	+7%	11%
UR	861	982	+14%	8%
ZH	599	743	+24%	6%
TI	505	505	+0%	4%
BE	425	429	+1%	3%
SO	155	197	+27%	2%
GR	103	137	+33%	1%
Ausland	397	332	-16%	3%
Übrige	440	511	+16%	4%
Total	11'926	12'721	+7%	100%

Tab. 18: Zuwanderung im Kanton Luzern nach Patientenherkunft 2018–2021 (ohne Trend)

Quelle: [Obsan](#) Versorgungsbericht 2024 Kanton Luzern

Bemerkung: Die Zunahme von 7 Prozent entspricht der Veränderung des Zustroms zwischen 2018 und 2021. Der Anteil des Zustroms am Total der Fälle im Kanton Luzern hat zwischen 2018 und 2021 lediglich um 1 Prozent zugenommen (siehe Tab. 17).

Das Obsan hat die Zuwanderung auch entlang der Leistungsbereiche untersucht:

- Der Anteil ausserkantonaler Patientinnen und Patienten ist in den Bereichen Ophthalmologie (63,4 %), Thoraxchirurgie (40,1 %) und Schwere Verletzungen (38,3 %) besonders hoch.
- Am tiefsten ist der Zustrom für den Bereich Nephrologie (14,3 %) und Gastroenterologie (14,5 %).
- Seit 2018 ist in den Bereichen (Radio-)Onkologie (+43 %), Thoraxchirurgie (42 %), Hämatologie (+34 %) und Endokrinologie (+32 %) ein starker Anstieg der Zahl ausserkantonaler Patientinnen und Patienten zu beobachten.
- Eine starke Abnahme hingegen ist in den Bereichen Dermatologie (–49 %) und Nephrologie (–35 %) festzustellen, wobei beide Bereiche sehr tiefe Fallzahlen aufweisen und die Entwicklungen entsprechend mit Vorsicht zu interpretieren sind.

Abwanderung und Abfluss

Folgende Tabelle veranschaulicht die Patientenströme von im Kanton Luzern wohnhaften Patientinnen und Patienten, die in einem anderen Kanton hospitalisiert wurden:

- Spitäler in den Kantonen Aargau und Zürich werden am häufigsten von Luzerner Patientinnen und Patienten aufgesucht (je 20 % im Jahr 2021), gefolgt von Bern (15 %) und Nidwalden (13 %).
- Am stärksten zugenommen hat die Abwanderung in die Kantone Obwalden (+65 %), Graubünden (+35 %) und Nidwalden (+27 %).

Zielkanton	2018	2021	Δ (%)	Anteil 2021 in %
AG	1696	1522	-10%	20%
ZH	1362	1521	+12%	20%
BE	1112	1179	+6%	15%
NW	772	980	+27%	13%
ZG	537	610	+14%	8%
OW	286	471	+65%	6%
BS	333	328	-2%	4%
SZ	215	249	+16%	3%
GR	155	210	+35%	3%
Übrige	593	591	-0%	8%
Total	7061	7661	+8%	100%

Tab. 19: Abwanderung von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Luzern nach Zielkanton 2018–2021

Quelle: [Obsan](#) Versorgungsbericht 2024 Kanton Luzern

Nettowanderung

Die Nettowanderung drückt die absolute Differenz zwischen der Zuwanderung in den Kanton Luzern und der Abwanderung aus dem Kanton aus. Die Nettowanderung ist in fast allen Leistungsbereichen positiv, mit Ausnahme der Rheumatologie (–5), der Dermatologie (–13) und den Transplantationen (–27). Die Ophthalmologie (+1012) und das Basispaket (+709) sind die beiden Bereiche mit der höchsten Nettowanderung.

5.2.4 Angebot und Nachfrage in Zukunft

In den folgenden Abschnitten steht die künftige Entwicklung von Angebot und Nachfrage im Fokus, wobei die Ausführungen einerseits auf den Prognosen des Obsan (bezüglich Nachfrage) und andererseits auf den Angaben der Leistungserbringenden (bezüglich Angebot) basieren.

5.2.4.1 Zukünftige Inanspruchnahme der Leistungen

Den Bedarfsprognosen des Obsan in der stationären Akutsomatik liegen drei Szenarien (Min, Basis, Max) mit jeweils unterschiedlichen Einflussfaktoren und Annahmen zugrunde. Als Ausgangspunkt für die Berechnung der Prognose dienen die Daten der medizinischen Statistik der Krankenhäuser für das Referenzjahr 2021. Der Prognosezeitraum erstreckt sich bis zum Jahr 2035 (Prognosehorizont). Weitere Angaben zur Bedarfsprognose finden sich in Anhang [9](#).

Um eine nachvollziehbare und möglichst zuverlässige Schätzung des künftigen Leistungsbedarfs zu erhalten, gilt es gemäss Artikel 58b Absatz 1 [KVV](#) die für die Prognose des Bedarfs relevanten Einflussfaktoren zu berücksichtigen. Folgende Tabelle legt dar, von welchen Entwicklungen innerhalb der Einflussfaktoren in den drei Szenarien (Min, Basis, Max). ausgegangen wird.

Entwicklung Fallzahlen und Pflergetage

Bei der Prognose der künftigen Inanspruchnahme der akutsomatischen Leistungen interessiert hauptsächlich die Entwicklung der Fallzahlen, der mittleren Aufenthaltsdauer (MHAD) und der Pflergetage.

Folgende Tabelle zeigt auf, wie sich die Fallzahlen entlang der Leistungsbereiche je nach Szenario entwickeln.

- Im Basisszenario wird für fast alle Leistungsbereiche eine Zunahme des Versorgungsbedarfs erwartet. Die höchste Zunahme betrifft die Bereiche Gastroenterologie (+32 %), Rheumatologie (+32 %), Nephrologie (+31 %), Neurologie (+28 %), Pneumologie (+28 %), Endokrinologie (+26 %), Hämatologie (+25 %) und Schwere Verletzungen (+25 %).
- Lediglich in den Bereichen Ophthalmologie, Geburtshilfe und Neugeborene wird eine leichte Abnahme der stationären Fallzahlen erwartet. In Bezug auf die Augenmedizin dürfte dies mit einer noch stärkeren Verlagerung in den ambulanten Bereich zusammenhängen, bei der Geburtshilfe und den Neugeborenen mit dem allgemeinen Trend rückläufiger Geburten.

Bereich	SPLB	Referenz	Min		Basis		Max	
		2021	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)
	Basispaket	18'532	22'026	+19%	22'886	+23%	23'792	+28%
Nervensystem und Sinnesorgane	Dermatologie	169	181	+7%	196	+16%	220	+30%
	Hals-Nasen-Ohren	1833	1883	+3%	1970	+7%	2084	+14%
	Neurochirurgie	411	426	+4%	451	+10%	491	+19%
	Neurologie	1275	1568	+23%	1630	+28%	1704	+34%
	Ophthalmologie	638	499	-22%	616	-3%	822	+29%
Innere Organe	Endokrinologie	309	369	+19%	388	+26%	414	+34%
	Gastroenterologie	1382	1782	+29%	1829	+32%	1874	+36%
	Viszeralchirurgie	1029	1205	+17%	1238	+20%	1274	+24%
	Hämatologie	601	728	+21%	753	+25%	783	+30%
	Gefässe	941	883	-6%	1033	+10%	1279	+36%
	Herz	2953	3012	+2%	3345	+13%	3899	+32%
	Nephrologie	151	194	+28%	198	+31%	202	+34%
	Urologie	2282	2709	+19%	2797	+23%	2901	+27%
	Pneumologie	580	722	+24%	740	+28%	759	+31%
	Thoraxchirurgie	118	137	+16%	142	+20%	151	+28%
	Transplantationen	27	27	+0%	28	+4%	29	+7%
Bewegungsapparat	Bewegungsapparat	7889	8629	+9%	9206	+17%	9832	+25%
	Rheumatologie	151	193	+28%	199	+32%	204	+35%
Gynäkologie und Geburtshilfe	Gynäkologie	1324	1408	+6%	1458	+10%	1516	+15%
	Geburtshilfe	4956	4455	-10%	4919	-1%	5398	+9%
	Neugeborene	4383	3943	-10%	4352	-1%	4774	+9%
Übrige	(Radio-)Onkologie	439	481	+10%	507	+15%	550	+25%
	Schwere Verletzungen	162	196	+21%	202	+25%	208	+28%
Total		52'535	57'657	+10%	61'081	+16%	65'158	+24%

Tab. 20: Prognostizierter Leistungsbedarf (Fallzahlen) nach SPLB und Prognoseszenario 2035

Quelle: [Obsan](#) Versorgungsbericht 2024 Kanton Luzern

Seit 2012 handelt es sich bei der Planung der Akutsomatik zwingend um eine Leistungsplanung und nicht mehr um eine Bettenplanung. Deshalb ist für die Planung insbesondere die Entwicklung der mittleren Aufenthaltsdauer (MHAD) relevant, da sie einen Vergleich der Spitäler untereinander ermöglicht.

In den letzten Jahren ist die MHAD aufgrund diverser Faktoren stetig gesunken, unter anderen durch die Einführung der Swiss DRG und aufgrund des medizintechnischen Fortschritts. Wie sich die MHAD entwickeln wird, darüber gibt es verschiedene

fachliche Einschätzungen. So ist es plausibel, dass sich diese Entwicklung aufgrund des medizintechnischen Fortschritts fortsetzen beziehungsweise noch verstärken wird. Es gibt aber auch Meinungen, die davon ausgehen, dass sich die MHAD auf dem erreichten Niveau stabilisieren wird, da bei stationären Eingriffen die Aufenthaltsdauer nicht beliebig reduziert werden kann (Eingriffe, die zukünftig ambulant durchgeführt werden können, sind davon ausgenommen). Mit Blick auf die alternde Bevölkerung könnte die MHAD sogar wieder ansteigen, da hochaltrige multimorbide Patientinnen und Patienten nach Eingriffen grundsätzlich eine längere Erholungsphase benötigen.

Das Obsan hat mit Blick auf diese Diskussionen folgende Annahme getroffen: Im Basisszenario wird sich die MAHD bis ins Jahr 2035 auf das 50. Perzentil gemäss Verteilung der MAHD pro SPLG reduzieren (siehe Anhang 9). Abhängig von dieser Annahme, weiterer Einflussfaktoren und der erwarteten Entwicklung der Fallzahlen lässt sich die Entwicklung der Pflgetage (Dauer der Hospitalisierungen) abschätzen.

Untenstehender Tabelle ist zu entnehmen, dass

- im Basisszenario die relative Zunahme der Pflgetage (+12 %) etwas geringer ausfällt als die Zunahme der Fallzahlen (+16 %), weil von einer Reduktion der mittleren Aufenthaltsdauern (MAHD) ausgegangen wird,
- im Maximalszenario die Pflgetage hingegen um +26 Prozent und somit leicht stärker als die Fallzahlen (+24 %) steigen,
- im Minimalszenario eine Zunahme der Pflgetage um 6 Prozent prognostiziert wird.

Bereich	SPLB	Referenz	Min		Basis		Max	
		2021	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)
	Basispaket	86'443	97'500	+13%	100'995	+17%	111'114	+29%
Nervensystem und Sinnesorgane	Dermatologie	1062	1053	-1%	1131	+6%	1427	+34%
	Hals-Nasen-Ohren	6001	5257	-12%	5508	-8%	6877	+15%
	Neurochirurgie	3749	3865	+3%	4100	+9%	4483	+20%
	Neurologie	7780	8337	+7%	8667	+11%	11'496	+48%
	Ophthalmologie	1429	1010	-29%	1230	-14%	1846	+29%
Innere Organe	Endokrinologie	2348	2804	+19%	2947	+26%	3149	+34%
	Gastroenterologie	9659	12'453	+29%	12'782	+32%	13'098	+36%
	Viszeralchirurgie	11'182	12'089	+8%	12'381	+11%	14'105	+26%
	Hämatologie	5901	6487	+10%	6772	+15%	7408	+26%
	Gefässe	7237	8167	+13%	9069	+25%	10'187	+41%
	Herz	14'803	15'941	+8%	17'303	+17%	19'640	+33%
	Nephrologie	1352	1741	+29%	1774	+31%	1805	+34%
	Urologie	8922	10'120	+13%	10'427	+17%	11'337	+27%
	Pneumologie	5360	6559	+22%	6741	+26%	7019	+31%
	Thoraxchirurgie	992	1128	+14%	1168	+18%	1270	+28%
	Transplantationen	666	593	-11%	612	-8%	638	-4%
	Bewegungsapparat	Bewegungsapparat	42'512	44'082	+4%	47'489	+12%	55'087
Rheumatologie		898	1096	+22%	1128	+26%	1214	+35%
Gynäkologie und Geburtshilfe	Gynäkologie	4333	4159	-4%	4284	-1%	4993	+15%
	Geburtshilfe	18'586	15'995	-14%	17'653	-5%	20'239	+9%
	Neugeborene	18'958	14'855	-22%	16'393	-14%	20'651	+9%
Übrige	(Radio-)Onkologie	2718	3115	+15%	3228	+19%	3387	+25%

Schwere Verletzungen	1901	1791	-6%	1847	-3%	2392	+26%
Total	264'792	280'196	+6%	295'629	+12%	334'862	+26%

Tab. 21: Prognostizierte Pflergetage nach SPLB und Prognoseszenario 2035

Quelle: [Obsan](#) Versorgungsbericht 2024 Kanton Luzern

Effekte einzelner Einflussfaktoren

In den obigen Prognosen wurden die Effekte der einzelnen Einflussfaktoren zusammengefasst. An dieser Stelle sollen die Effekte gesondert betrachtet werden:

Effekte der demografischen Entwicklung

Die demografische Entwicklung hat für die Prognose des künftigen Leistungsbedarfs eine zentrale Bedeutung – sowohl das erwartete Bevölkerungswachstum als auch die demografische Alterung führen zu einem wesentlichen Anstieg der prognostizierten Fallzahlen. Die demografische Entwicklung führt im Basisszenario bis 2035 zu einer Zunahme des Leistungsbedarfs um 19 Prozent (Min: +15 %, Max: +23 %).

Effekte durch die Angleichung der Hospitalisierungsraten

Der Kanton Luzern verzeichnet im nationalen Vergleich generell niedrigere Hospitalisierungsraten. Zwischen den Altersgruppen und den Geschlechtern bestehen Unterschiede:

- Bis ungefähr ins Alter von 20 Jahren sowie zwischen 45 und 55 Jahren sind die Hospitalisierungsraten von Frauen und Männern sehr ähnlich.
- Zwischen 25 und 44 Jahren ist die Rate bei Frauen höher als bei Männern (zurückzuführen auf die Leistungen im Zusammenhang mit stationären Geburten).
- Ab zirka 60 Jahren ist die Häufigkeit stationärer Behandlungen bei Männern deutlich höher als bei Frauen.
- Mit zunehmendem Alter, insbesondere ab 80 Jahren, wird der Unterschied zwischen der Luzerner Bevölkerung und der Schweizer Bevölkerung grösser.

Aufgrund der Angleichung an die gesamtschweizerischen Hospitalisierungsraten kommt es zu folgenden Effekten: Im Minimalszenario führt die Angleichung zu einer Abnahme des prognostizierten Leistungsbedarfs um 1,5 Prozent, im Basisszenario um 1 Prozent.

Effekte durch die Ambulantisierung

Die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich wurde in der vorliegenden Bedarfsprognose auf Basis der Liste des BAG (siehe Anhang 1 der [KLV](#) per 1. Januar 2023) in die Prognosen einbezogen. Für den Kanton Luzern wurden im Referenzjahr 2351 Spitalaufenthalte (4,5 %) mit ambulant durchführbaren Eingriffen identifiziert. Nicht alle diese Fälle können aber auch tatsächlich ambulant behandelt werden (wenn beispielsweise eine schwere Nebenerkrankung vorliegt). Unter Berücksichtigung der Kriterien zur Rechtfertigung einer stationären Behandlung bleibt für den Kanton Luzern ein Verlagerungspotenzial von 1947 Fällen (3,7 %). Jedoch lassen sich nicht alle Kriterien aus der Medizinstatistik ableiten (z. B. soziale Faktoren). Des Weiteren ist die Realisierung des Verlagerungspotenzials massgeblich von regulatorischen und tarifarischen Massnahmen abhängig.

Aufgrund dieser Überlegungen wird im Basisszenario davon ausgegangen, dass bis 2035 die Hälfte des Verlagerungspotenzials realisiert wird (973 Fälle, die 2021 noch

stationär aufgenommen wurden, würden im Jahr 2035 ambulant behandelt). Im Basisszenario führt die Verlagerung in den ambulanten Bereich zu einer Reduktion der Fallzahlen um 1,9 Prozent, im Minimalszenario um 2,8 Prozent und im Maximalszenario um 0,4 Prozent. Den grössten Effekt hat die Ambulantisierung für die Leistungsbereiche Gefässe und Ophthalmologie.

Effekte durch medizintechnische und übrige Einflussfaktoren

Die Operationalisierung der Effekte aufgrund der medizintechnischen und übrigen Entwicklungen ist der Tabelle im Anhang 9 zu entnehmen. Aufgrund der Zunahme von Knie- und Hüftprothesenrevisionen im Leistungsbereich Bewegungsapparat chirurgisch (+1,8 %) und aufgrund der Zunahme der Fallzahlen im Bereich Geburtshilfe (+5,3 %) steigen im Basisszenario die Fallzahlen bis 2035 insgesamt um 0,8 Prozent. Im Maximalszenario beträgt die erwartete Zunahme der Fallzahlen 1,4 Prozent.

5.2.4.2 Zukünftige Patientenströme

Eine Prognose in Bezug auf die Patientenströme ist gemäss Obsan im Allgemeinen schwierig beziehungsweise mit grossen Unsicherheiten behaftet. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Patientenströme vorab durch die (vermutete) Qualität eines Spitals, aus persönlicher Annehmlichkeit der Patientinnen und Patienten (Distanz zum Wohnort, Zusatzversicherung) und den zuweisenden Ärztinnen und Ärzten beeinflusst werden. Darüber hinaus können auch Veränderungen in der Spitallandschaft massgebliche Auswirkungen auf die Wahlmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten und somit auf die künftigen Patientenströme haben. Zudem ist davon auszugehen, dass auch die Vergabe der Leistungsaufträge über die kantonale Spitalliste die Patientenströme beeinflusst. Dies ist anzunehmen, obwohl seit der [KVG](#)-Revision zur Spitalfinanzierung grundsätzlich die Spitalwahlfreiheit gilt, wonach die Patientinnen und Patienten in der Wahl des Leistungserbringers grundsätzlich weder auf die Spitäler mit Standort im Wohnkanton noch auf die Listenspitäler des Kantons beschränkt sind.

Aufgrund dieser Unsicherheiten sind die folgenden Zahlen zur prognostizierten Abwanderung von Luzerner Patientinnen und Patienten mehr als Orientierungshilfe zu interpretieren, mit welcher die Entwicklungen im Prognosezeitraum eingeordnet werden können.

Auf Basis der Annahmen im Basisszenario (siehe Anhang 9) wird im Total ein Anstieg der Abwanderung um 1164 Fälle (+15 %) auf 8825 Fälle prognostiziert. Ausgehend von den ausserkantonalen Hospitalisierungen im Referenzjahr ist vor allem eine Zunahme der Behandlungen von Luzerner Patientinnen und Patienten in Spitälern der Kantone Aargau, Zürich, Bern und Nidwalden zu erwarten. Gemäss Prognose werden die Spitäler in diesen Kantonen im Jahr 2035 mehr als 1000 stationäre Behandlungen von Luzerner Patientinnen und Patienten verzeichnen.

5.2.4.3 Entwicklungen aus Sicht der stationären Leistungserbringenden

Das GSD hat sich bei den drei akutsomatischen Spitälern und dem Geburtshaus nach den geplanten Entwicklungen in den nächsten Jahren erkundigt. Im Folgenden werden die wichtigsten von den Spitälern genannten Entwicklungen auf Ebene Organisation, Leistungsangebot, Partnerschaften/Kooperationen zusammengefasst inklusive Nennung der Top-Herausforderungen aus Sicht der Leistungserbringenden.

Entwicklungen in der Akutsomatik beim LUKS

Prognose (Fälle und Pflegetage)

Aufgrund der demografischen Entwicklung geht das LUKS von einer Zunahme der stationären Patientenaufnahmen bis 2032 von 17 Prozent aus, mit grosser innerkantonaler Varianz (insbes. hohe Zunahme in der Region Sursee, Abnahme in der Region Entlebuch). Gleichzeitig rechnet das LUKS mit einer weiterhin sinkenden durchschnittlichen Aufenthaltsdauer.

Leistungsangebot

Das LUKS möchte sein Leistungsangebot vermehrt standortübergreifend organisieren und teilweise bündeln, um der zunehmenden Ressourcenknappheit (Fachkräftemangel, demografische Entwicklung) Rechnung zu tragen. Bereits jetzt zeigt sich im kantonalen Spitalbetrieb, dass kleine Fachbereiche bei Personalausfällen sehr vulnerabel sind und die 24/7-Dienstleistungen nicht mehr abdecken können. Ausserdem plant das LUKS, den Einsatz von neuen Technologien (Chatbot, Symptom-Checker, Telemedizin, analog-digitale Behandlungsangebote vor allem bei chronischen Krankheiten usw.) zu fördern. Zusätzlich sollen das akutgeriatrische Leistungsangebot ausgebaut und das pädiatrische Angebot am Standort Sursee vergrössert werden. Um präventivmedizinische Ansätze zu fördern, sieht das LUKS den Bedarf, ein Institut für Präventivmedizin aufzubauen.

Organisation

Per 1. Januar 2021 wurde das LUKS in eine gemeinnützige Aktiengesellschaft überführt, zu der ab dem 1. Juli 2021 auch das Spital Nidwalden gehört.

Seit dem 21. September 2019 führt das LUKS ein [papierloses Klinikinformationssystem](#). Das LUKS hat sich als erstes deutschsprachiges Spital in Europa für die Zusammenarbeit mit dem amerikanischen Unternehmen [Epic](#) entschieden. Die Integration des [Spitals Nidwalden](#) in dieses Klinikinformationssystem ist per 1. Januar 2024 erfolgt.

Baulich sieht das LUKS folgende Investitionen vor:

- Standort Luzern: Neubau Pathologie (Bezug 2024), Neubau Kinderspital/Frauenklinik (Bezug 2026), Neubau Ambulantes Zentrum (voraussichtlicher Bezug 2031), Neubau Stationäres Zentrum (voraussichtlicher Bezug 2036),
- Standort Wolhusen: Spitalneubau (voraussichtlicher Bezug 2028),
- Standort Sursee: Spitalneubau Schwyzermatt in Schenkön (voraussichtlicher Bezug 2031),
- Spital Nidwalden: Erweiterungsneubau Medizinisches Zentrum (voraussichtlicher Bezug 2027/2028),
- alle Standorte: Diverse grössere Projekte im Bereich von Unterhalt und Erhaltung der Spitalinfrastruktur (inkl. Energie- und Medienversorgung).

Partnerschaften, Vernetzungen, Kooperationen

Das LUKS ist das Zentrum eines breit angelegten Versorgungsnetzwerkes. Kooperationen mit anderen Spitälern sind bereits zu einem grossen Teil realisiert und werden weiterhin angestrebt, insbesondere mit Spitälern der Zentralschweiz sowie mit Universitätsspitalern. Weitere öffentliche und private Spitäler sowie die Luzerner Psychiatrie sind durch die enge Verflechtung klinischer Leistungen ebenfalls

gut untereinander verbunden; diese Zusammenarbeit soll weiter intensiviert werden. Die LUKS Gruppe sowie das Kantonsspital Obwalden (KSOW) prüfen im Rahmen des Projekts KLUG eine mögliche Integration des KSOW in die LUKS Gruppe. Eine weitere Partnerschaft pflegt das LUKS mit Viva Luzern, um die integrierte Gesundheitsversorgung voranzutreiben. Eine neue Partnerschaft seit dem letzten [Planungsbericht 2015](#) besteht mit der Universität Luzern: Das LUKS beteiligt sich mit allen Standorten massgeblich und erfolgreich am neu geschaffenen [Master-Studiengang Medizin](#) als Joint Degree der Universitäten Zürich und Luzern. Die Kooperation mit der Universität Luzern im Bereich Lehre und Forschung ist bestens etabliert und soll weiter ausgebaut werden.

Herausforderungen und Massnahmen

Das LUKS hat zwei zentrale Herausforderungen für die Zukunft benannt: Erstens die Schliessung von Versorgungslücken, bei welchen das LUKS insbesondere folgende Handlungsfelder identifiziert hat: Sicherstellung der Notfallversorgung und Notfalldisposition, Aufbau Akutgeriatrie, Ausbau pädiatrisches Angebot sowie Aus-/Aufbau Schmerz- und Herzmedizin in Sursee, Schaffung von Angeboten zur Übergangspflege, Anschubfinanzierung für assistierte Peritoneal-Dialyse, Schliessen diverser Versorgungslücken auf der Landschaft, Sicherstellung der Antibiotikaversorgung und Behebung weiterer Lieferkettenprobleme. Zweitens die Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung angesichts des Fachkräftemangels und der demografischen Entwicklung. Um die Gesundheitsversorgung aufrechtzuerhalten, will das LUKS unter anderem die vorhandenen Ressourcen bündeln und kantonale telemedizinische Programme unter Einbezug der stationären und ambulanten Leistungserbringenden entwickeln (sog. hospital@home u. a. bei Herzinsuffizienz, COPD, Diabetes, Asthma). Das LUKS regt an, Notfalldienste so zu gestalten, dass Leistungserbringende, die ihre Leistungen nicht 24 Stunden pro Tag und 7 Tage in der Woche anbieten, einen finanziellen Anteil an der Gesundheitsversorgung leisten sollen. Weiter regt das LUKS an, Vorbereitungen für zu erwartende Versorgungskrisen zu tätigen (u. a. Versorgungspflicht für alle Leistungserbringenden, Einführung Bürgerdienst, diverse Massnahmen rund um die Aus-/Weiterbildung namentlich von pflegerischem Fachpersonal).

Erwartungen an den Kanton Luzern

- Vollständige Ausfinanzierung der vom Kanton zur Aufrechterhaltung aus regionalpolitischen Gründen bestellten Leistungen als GWL,
- Förderung neuer Lösungen zur integrierten Versorgung am Übergang akut/post-akut, u. a. Schaffung von Übergangspflegebetten,
- Digitalisierung: Schaffung einer Rechtsgrundlage und Finanzierung von Telemedizinprojekten, Schaffung einer Rechtsgrundlage und Finanzierung zur Evaluation und Einsatz von «Remote Monitoring Devices» RPM (Geräte zur Fernüberwachung von Patientinnen und Patienten),
- Entwicklung neuer Rollen in der Pflege: Betreuung von Patientinnen und Patienten zu Hause, beispielsweise durch telemedizinische Visiten oder durch Fernüberwachung von Vitalparametern wie Blutdruck, Sauerstoffsättigung usw. (hospital@home),
- Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung: Beispielsweise Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Gesundheitskommunikation, Tertiärprävention in den Bereichen Rehabilitation und Palliativmedizin,

- Vorbereitende Massnahmen zur Bewältigung von zu erwartenden Versorgungskrisen, das heisst Unterstützung bei der Bewältigung des Fachkräftemangels, im Speziellen durch Nutzung von Synergien und Skaleneffekten durch Bündelung der Kräfte.

Entwicklungen in der Akutsomatik bei der Hirslanden Klinik St. Anna AG

Prognose (Fälle und Pflage)

Im letzten Planungsbericht wurde von einer Wachstumsprognose von 1 Prozent pro Jahr ausgegangen. Effektiv betrug das Wachstum jedoch 1,8 Prozent pro Jahr – in den Jahren vor der Pandemie (2015–2019) sogar 3,7 Prozent. Am stärksten angestiegen sind dabei die Patientenzahlen im Notfallzentrum (+45 %). Aufgrund der demografischen Entwicklung muss mit einer weiteren Zunahme von stationären Leistungen in allen Bereichen gerechnet werden.

Leistungsangebot

Im Wesentlichen soll das bestehende Leistungsangebot fortgeführt, qualitativ weiterentwickelt und durch Innovationen (Medizintechnik, Operationsverfahren, interdisziplinäre Versorgungskonzepte usw.) auf einem international kompetitiven Niveau erbracht werden. Zu den wichtigsten Ausbauplänen zählen die Inbetriebnahme eines zweiten Herzkatheter-Labors und die Inbetriebnahme einer Radioonkologie.

Organisation

Die Hirslanden Klinik St. Anna will mit ihren drei spezialisierten Standorten Klinik St. Anna, St. Anna in Meggen und St. Anna im Bahnhof sowie ihren vielfältigen ärztlich geführten Kompetenzzentren die integrierte Versorgung (Continuum of Care) in der Versorgungsregion Zentralschweiz weiter stärken, um Synergien zu optimieren und Patientinnen und Patienten wohnortsnah und qualitativ hochwertig zu versorgen. Baulich nimmt die Hirslanden Klinik St. Anna insbesondere mit dem Neubauprojekt ANNAplus (Neubau Trakt G, OP-Provisorium, Ersatzneubau Trakt A+) eine grössere Investition vor.

Partnerschaften, Vernetzungen, Kooperationen

Innerhalb der Hirslanden Gruppe mit ihren 17 Kliniken und zahlreichen assoziierten ambulanten Einheiten wird die Zusammenarbeit kontinuierlich gestärkt. Insbesondere mit der Hirslanden AndreasKlinik Cham sowie den Hirslanden Kliniken in Zürich und Aarau besteht eine enge Zusammenarbeit. Auch eine Kooperation mit dem LUKS wird weitergeführt (z. B. Pathologie, Abstimmung der Kapazitäten auf der IPS/intermediate care (IMC) und im Notfallzentrum). Anfang 2023 wurde ein Kooperationsvertrag mit dem SPZ im Bereich Infektiologie und Spitalhygiene abgeschlossen.

Herausforderungen und Massnahmen

Die Hirslanden Klinik St. Anna sieht zukünftige Herausforderungen in der steigenden Komplexität und der veränderten Anspruchshaltung der Patientinnen und Patienten bei gleichzeitigem Fachkräftemangel. Um der demografischen Entwicklung mit einer zunehmenden Zahl von multimorbiden Patientinnen und Patienten Rechnung zu tragen, braucht es vermehrt interdisziplinäre Behandlungskonzepte. Auch das Nutzungsverhalten der Patientinnen und Patienten hat sich verändert:

Notfallstationen sind infolge Selbsteinweisungen von Patientinnen und Patienten und infolge schwindender Ressourcen in den Hausarztpraxen überfüllt. Dies übt zusätzlichen Druck auf das vorhandene Personal aus. Die Hirslanden Klinik St. Anna hat ein umfassendes Massnahmenpaket entwickelt, um diesen Phänomenen Rechnung zu tragen. Eine weitere Herausforderung sieht die Hirslanden Klinik St. Anna in der Digitalisierung der Patientenprozesse. Diesbezüglich ist die Einführung des HIT2020-Programms (Optimierung, Standardisierung und Automatisierung der ICT-Systeme und Supportprozesse), die Etablierung der Hirslanden-App, die Mitwirkung im digitalen Gesundheitsnetzwerk Compassana sowie der Anschluss ans EPD geplant.

Erwartungen an den Kanton Luzern

- Round-Table-Gespräche für die koordinierte Umsetzung der Pflegeinitiative,
- finanzielle Unterstützung für Hausarztpraxen in der Peripherie, um Gesundheitsnetzwerke/-zentren zu schaffen und Versorgungslücken zu schliessen,
- Schaffung einer Plattform für den regelmässigen Austausch zwischen Gesundheitsakteuren in Bezug auf innovative Versorgungsmodelle; unbürokratische ergebnisorientierte finanzielle Förderung innovativer Konzepte/Projekte,
- Round-Table-Gespräche für den Erfahrungsaustausch und das gemeinsame Prüfen von Initiativen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention.

Entwicklungen in der Akutsomatik beim Geburtshaus Terra Alta

Prognose (Fälle und Pflagestage)

Seit der Gründung im Jahr 2005 konnte das Geburtshaus ein stetiges Wachstum ausweisen. Ende 2022 wurde ein zweiter Standort in der Stadt Luzern eröffnet. Das Terra Alta zählt zu den grössten Geburtshäusern der Schweiz. In den kommenden Jahren werden 1500 Fälle/4650 Pflagestage angestrebt.

Leistungsangebot

Das Terra Alta kann mit der Eröffnung des Geburts- und Wochenbetthauses in Luzern einen zweiten Standort anbieten. Das Angebot an beiden Standorten (Luzern und Oberkirch) ist identisch. Das Geburtshaus Terra Alta bietet ambulante Schwangerschaftsbetreuung, Geburts- und Wochenbettbetreuung, Kurs- und Schulungsangebot rund um die Thematik Eltern werden/Eltern sein sowie Vernetzungsangebote für junge Familien.

Organisation

Durch die Inbetriebnahme des zweiten Standortes werden Betriebsorganisation, IT-Struktur, Personalplanung wie auch das Organigramm fortlaufend angepasst. Im Jahr 2023 wurde die Co-Geschäftsführung implementiert.

Partnerschaften, Vernetzungen, Kooperationen

Das Geburtshaus Terra Alta hat Kooperationsvereinbarungen mit dem LUKS (Geburtshilfe und Kinderspital) sowie mit der Hirslanden Klinik St. Anna. Ab 2024 wird bei der Hebammenausbildung die Zusammenarbeit mit dem LUKS mittels gemeinsamen Transfercoachings intensiviert.

Herausforderungen

Es gilt, diverse Herausforderungen mit personellen, politischen wie auch finanziellen Mitteln zu bewältigen. Der akute Fachkräftemangel bei den Hebammen erschwert den Aufbau des zweiten Standortes. Um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken, stellt das Geburtshaus Terra Alta ausreichend Praktikumsplätze für angehende Hebammen FH zur Verfügung. Die Fachkompetenzen der Hebamme werden von anderen Professionen teilweise nicht ausreichend anerkannt, was eine optimale interdisziplinäre Zusammenarbeit erschwert und zuweilen unnötige Kosten im Gesundheitswesen generiert.

Im politischen Umfeld wahrgenommen zu werden erweist sich als schwierig. Für viele Personen sind die Aufgaben und Kompetenzen eines Geburtshauses schwer einzuordnen, was zu Vorurteilen führen kann. Eine gute und wertfreie Aufklärung in der Bevölkerung über das Angebot und den Aufbau eines Geburtshauses ist hierbei zielführend.

Zudem verunmöglichen stark schwankende Kostengewichte der DRG eine langfristige Finanzplanung und Kalkulation.

Erwartungen an den Kanton Luzern

Um die Herausforderungen im Gesundheitswesen ganzheitlicher aufzuzeigen, wäre ein regelmässig stattfindender fachbezogener Austausch zwischen den Institutionen wünschenswert. Der Kanton als Leistungsbesteller agiert dabei als Vermittler. Im Rahmen der multiprofessionellen Task Force können innovative Versorgungsmodelle entwickelt werden, innerhalb derer die Ressourcen optimal eingesetzt, Kompetenzen zugeordnet und Schnittstellen optimiert werden. Eine Gleichstellung von grossen und kleineren Institutionen ist dabei zentral. Gegebenenfalls führt dies zu Anpassungen beim Leistungsauftrag. Dem Fachkräftemangel wird damit konstruktiv entgegengewirkt, da die Kompetenzen von Hebammen und Pflegenden besser genutzt werden.

Entwicklungen in der Akutsomatik beim SPZ

Der Steckbrief des SPZ ist in Kapitel [5.3.4.3](#) zu finden.

Das Leistungsangebot des SPZ im akutsomatischen Bereich beinhaltet zusätzlich die folgenden spezialisierten Bereiche der Akutmedizin: Rückenmedizin, Schmerzmedizin, Entwöhnung der Langzeitbeatmung, neuro-urologische Behandlung.

5.2.5 Schlussfolgerungen

Wie in Kapitel [5.1.1](#) erwähnt, gilt in der akutsomatischen Versorgung im Kanton Luzern der Grundsatz, dass jedes Spital – ob öffentlich oder privat – einen Leistungsauftrag erhalten darf, solange die Anforderungen an Wirtschaftlichkeit und Qualität im Sinn des [KVG](#) gewährleistet sind. Steuerungseingriffe werden dann notwendig, wenn die Versorgung nicht mehr ausreichend oder nicht mehr in guter Qualität gewährleistet werden kann. Zur Überwachung müssen die Akutspitäler, die einen Leistungsauftrag des Kantons erhalten wollen, der DIGE regelmässig über relevante Indikatoren Bericht erstatten.

Der Kanton Luzern verfügt über eine schlanke Spitalstruktur ohne offensichtliche Überkapazitäten. Die durchgeführten Analysen im stationären Bereich der Akutsomatik zeigen, dass das Leistungsangebot mit den bestehenden Leistungsanbietenden

aktuell noch ausreichend ist und die Leistungen in guter Qualität erbracht werden können.

An obigem Grundsatz wird deshalb festgehalten, und der Kanton Luzern wird weiterhin auf ein Ausschreibungsverfahren verzichten.

Zentrale Einflussgrössen auf die Entwicklung des Bedarfs nach akutsomatischen Leistungen liegen in der Demografie, der Medizintechnik und der Ökonomie. So ist bis 2035 mit einem Bevölkerungswachstum von 11 Prozent zu rechnen, wobei sich im gleichen Zeitraum der Anteil Personen über 60 Jahre um 5 Prozent auf 29,6 Prozent erhöht. Neuerungen in Diagnostik, Therapie und Prävention wirken sich auf die Gesundheitsversorgung aus (u. a. kürzere Spitalaufenthaltsdauer, Verlagerung von stationär zu ambulant). Auch die Ausgestaltung der Tarife und der steigende Kostendruck seitens der Spitäler bilden wichtige Einflussgrössen auf die Versorgung der Zukunft. Eine Verschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich wird auch in der Langzeitpflege angestrebt. Wenn mehr Menschen ihr letztes Lebensjahr zu Hause verbringen, geht dies nicht nur mit einem höheren Bedarf an Spitex-Leistungen einher, sondern wird voraussichtlich auch dazu führen, dass die derzeit vergleichsweise tiefe Hospitalisierungsquote im Kanton Luzern ansteigen wird. Personen, die ihr letztes Lebensjahr zu Hause verbringen, werden häufiger und länger hospitalisiert als Personen in Pflegeheimen.

Mit Blick auf die prognostizierte Steigerung des Bedarfs entlang der Pflagetage (+12 %) und der Fallzahlen (+16 %) bis 2035 stellt sich die Frage, wie mit der erwarteten Bedarfsentwicklung auf Seiten des Angebots Schritt gehalten werden kann. Die Prognose entspricht umgerechnet einem Mehrbedarf von 101 Betten bis 2035 beziehungsweise rund 7,2 Betten pro Jahr, die zusätzlich benötigt werden.

Bereits die Prognose anlässlich des [Planungsberichtes 2015](#) wies auf einen starken Anstieg der Pflagetage und Fallzahlen hin. Im Rückblick in Kapitel [5.2.2](#) zeigte sich, dass sich die Prognose der Fallzahlen bewahrheitet hat, die Prognose der Pflagetage jedoch zu pessimistisch war. Hinter einer Prognose liegen diverse Annahmen über die Entwicklung relevanter Einflussfaktoren. Zur Entwicklung dieser Einflussfaktoren gibt es verschiedene fachliche Einschätzungen und Argumentarien. Inwiefern sich die Annahmen bewahrheiten, die hinter der aktuellen Prognose des Bedarfs im Jahr 2035 liegen, wird erst die Zukunft zeigen.

Zurzeit drängen sich keine grundsätzlichen Anpassungen an der Spitalliste auf. Folgende Punkte sind jedoch zu beachten:

- Die Verschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich gilt es weiter zu fördern. Diese Entwicklung kann über eine Erweiterung der Avos-Liste gefördert werden (siehe Kap. [4.5](#)). Die Leistungserbringenden sind gefordert, ihre Prozesse und Infrastrukturen laufend den Anforderungen anzupassen, die eine Umstellung der stationären auf eine ambulante Leistungserbringung erforderlich machen (siehe Empfehlung 1 aus der [Evaluation der KLV-Regelung «Ambulant vor Stationär»](#)). Wichtig wären jedoch auch entsprechende tarifliche Anreize, welche die Spitäler von sich aus zu einer stärkeren Ambulantisierung bringen. Dies muss auf Stufe Bund angegangen werden.

- Die Abstimmung der Leistungsportfolios im Kanton Luzern und in der Zentralschweiz durch die Leistungserbringenden (LUKS Gruppe und Hirslanden mit jeweiligen Partnerspitälern) ist weiter zu fördern.
- Auf die grossen Herausforderungen in der akutsomatischen Versorgung ist mit innovativen und effektiven Massnahmen zu reagieren (siehe folgende Ausführungen und Kap. [8](#)).

Die befragten innerkantonalen Leistungserbringenden haben eine Vielzahl an Herausforderungen und möglichen Massnahmen genannt, wobei die Zuständigkeit für die Umsetzung der Massnahmen teilweise bei den Leistungserbringenden und teilweise beim Kanton liegt. Im Folgenden werden die wichtigen Herausforderungen zusammengefasst und auf die in Kapitel [8](#) getroffene Massnahme verwiesen:

- Der Fachkräftemangel stellt eine ernstzunehmende Bedrohung für die Versorgungssicherheit dar. Entsprechend breit müssen Massnahmen getroffen werden: Neben Investitionen in die Aus- und Weiterbildung und in die Rekrutierung von Fachpersonal werden in Zukunft neue Lösungen gefragt sein, um das bestehende Personal so einzusetzen, dass weiterhin eine ausreichende Versorgung in guter Qualität sichergestellt werden kann (siehe Kap. [8.1.4](#)). Dazu braucht es insbesondere innovative Versorgungsmodelle, welche die integrierte Versorgung vorantreiben (siehe Kap. [8.1.1](#)).
- Infolge der stagnierenden Tarife bei gleichzeitig gestiegenen Gesteungskosten (Teuerung, Energiekosten, Lohnmassnahmen usw.) hat sich die finanzielle Situation der meisten Spitäler deutlich verschlechtert. Der Regierungsrat als Genehmigungs- und Festsetzungsbehörde für die OKP-Tarife wird im Rahmen der Vorgaben des [KVG](#) und seines Ermessensspielraums Hand zu sachgerechten Tarifen bieten.
- Der Bedarf an Leistungen im intermediären Bereich ist bereits in den letzten Jahren gestiegen. Es ist aufgrund der demografischen Entwicklung anzunehmen, dass sich dieser Trend fortsetzen und intensivieren wird. Entsprechende Angebote müssen durch die Leistungserbringenden geschaffen und durch den Kanton gefördert werden (siehe Kap. [8.1.1](#) und [8.1.2](#)).
- Weitere Engpässe in der Versorgung, insbesondere in der Notfallversorgung, sind entschieden anzugehen (siehe Kap. [8.1.6](#)).
- Aufgrund der steigenden Anzahl multimorbider Patientinnen und Patienten und der damit verbundenen höheren Komplexität der Fälle wird die Koordination zwischen den Leistungserbringenden an Bedeutung gewinnen. Die Entwicklung innovativer, integrierter Versorgungsmodelle (u. a. Telemedizin, hospital@home, Einsatz von Pflegeexpertinnen und -experten APN) und die Vernetzung der Leistungserbringenden ist zu forcieren (siehe Kap. [8.1.1](#), [8.1.2](#) und [8.1.3](#)).
- Nicht zuletzt muss die Gesundheitsförderung und Prävention an Bedeutung gewinnen, um deren Potenzial ausschöpfen und das System entlasten zu können (siehe Kap. [8.1.7](#) und [8.1.8](#)).

5.3 Stationäre Rehabilitation

Im Zentrum der Rehabilitation steht nicht die kurative Behandlung von akuten Krankheiten und Verletzungen, sondern die Behandlung von deren Folgen. Diese zeigen sich in Form von Gesundheitsschäden und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe an der Gesellschaft.

Dieses Kapitel beinhaltet einen kurzen Rückblick auf die Entwicklungen seit dem [Planungsbericht 2015](#), die Schilderung der aktuellen Inanspruchnahme der Leistungen sowie eine Prognose des künftigen Bedarfs nach rehabilitativer Versorgung.

5.3.1 Einleitung

Die vorliegende Bedarfsplanung erfolgt anhand der von der GDK empfohlenen [Musterplanungssystematik Rehabilitation](#) vom November 2022 und der darin definierten Rehabilitationsbereiche:

1	Muskuloskelettale Rehabilitation (MSK) Behandlung von chronischen oder akuten Beeinträchtigungen der Knochen, Gelenke und der Wirbelsäule
2	Neurologische Rehabilitation (NER) Behandlung der Auswirkungen von Erkrankungen und Verletzungen des Zentralnervensystems und von neuromuskulären Erkrankungen
3	Paraplegiologische Rehabilitation (PAR) Behandlung von unfall-, krankheits- und missbildungsbedingten Lähmungen an den oberen und unteren Extremitäten
4	Kardiovaskuläre Rehabilitation (RKA) Behandlung der Folgen von chirurgischen Eingriffen am Herzen und von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems
5	Pulmonale Rehabilitation (PNR) Behandlung der Folgen von thoraxchirurgischen Eingriffen und von Atemwegserkrankungen
6	Internistische und onkologische Rehabilitation (INO) Behandlung von Funktionsstörungen aufgrund von Mehrfach- und Begleiterkrankungen sowie von Tumorschmerzen oder von Folgeschmerzen von Tumorbehandlungen
7	Psychosomatische Rehabilitation (PSY) inklusive Rehabilitation somatoforme Störungen und chronische Schmerzen (SOM) Behandlung von kombinierten körperlichen und psychischen Krankheitsbildern sowie von somatischen Belastungsstörungen
8	Geriatrische Rehabilitation (GER) ⁴¹ Behandlung von altersbedingten Erkrankungen (Patientinnen und Patienten der geriatrischen Rehabilitation sind in der Regel älter als 75 Jahre und erfüllen zusätzlich das Kriterium Multimorbidität mit Vorliegen von mindestens zwei geriatrischen Syndromen)
9	Pädiatrische Rehabilitation (PÄD) Behandlung von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen mit neurologischen, medizinischen und orthopädischen Funktionsstörungen

Tab. 22: Übersicht Musterplanungssystematik Rehabilitation

Quelle: [Musterplanungssystematik Rehabilitation](#) der GDK

⁴¹ Die geriatrische Akutrehabilitation demgegenüber ist ein Leistungsangebot der Akutsomatik, welches auf die Behandlung von akut erkrankten, meist multimorbiden älteren Menschen spezialisiert ist.

5.3.2 Rückblick

Auszüge aus den Seiten 55, 59 und 111 aus dem [Planungsbericht 2015](#)

Das Leistungsangebot für die Luzerner Bevölkerung in der stationären Rehabilitation ist genügend und die Leistungen in den Luzerner Kliniken werden in guter Qualität erbracht. Auch wenn der Anteil ausserkantonaler Hospitalisierungen hoch ist, kann von einer gesicherten Versorgung für Luzernerinnen und Luzerner gesprochen werden. Dem rehabilitativen Bedarf der Luzerner Bevölkerung wird durch eine entsprechende Ausgestaltung der Spitalliste Rechnung getragen.

Für die Luzerner Bevölkerung wird zwischen 2013 und 2023 vor allem aufgrund der demografischen Entwicklung eine Zunahme der rehabilitativen Hospitalisierungen um rund 18 Prozent erwartet. Auffallend ist dabei der leicht überdurchschnittliche Anstieg bei Krankheiten des Kreislaufsystems (kardiovaskulär) und bei den Neubildungen (Tumore u. Ä.) (internistisch und onkologische Rehabilitation). Weiter ist davon auszugehen, dass auch die Hospitalisierungen in der neurologischen und paraplegiologischen Rehabilitation zunehmen werden.

Über die Hälfte (56 %) aller rehabilitativen Fälle der Luzerner Bevölkerung wurden im Jahr 2013 in ausserkantonalen Kliniken behandelt. Die allermeisten Luzerner Patientinnen und Patienten müssen heute für die muskuloskelettale Rehabilitation in Kliniken anderer Kantone behandelt werden. Im LUKS Wolhusen ist deshalb geplant, 30 Betten für diese Behandlung zu schaffen. Mit dieser Massnahme wollen wir auch eine kürzere Aufenthaltsdauer bei orthopädischen Eingriffen erreichen. Am Standort Luzern wird das Angebot in der Neurorehabilitation erweitert.

Sollte die Luzerner Höhenklinik Montana weiter betrieben werden, beantragt das LUKS die Klinik als selbständige Tochtergesellschaft zu führen und die Gebäude inklusive Land übertragen zu erhalten.

Das SPZ plant zudem per 2018/2019 einen Erneuerungs- und Erweiterungsbau für die Stärkung der paraplegiologischen Rehabilitation.

Auf Basis des Planungsberichtes 2015 trat per 1. April 2016 die neue Spitalliste in Kraft. Auf diesen Zeitpunkt hin wurde die Zuzach Care Klinik Sonnmatt Luzern neu mit 54 Betten in die Spitalliste aufgenommen (muskuloskelettale und neurologische Rehabilitation). Im Zeitraum von 2017 bis 2020 erfolgte weiter die sukzessive Aufnahme des LUKS Wolhusen in die Spitalliste mit derzeit rund 32 bewilligten Betten (muskuloskelettale, geriatrische, kardiovaskuläre und internistisch-onkologische Rehabilitation). Mit Wirkung ab 1. April 2021 wurde die Rehaklinik Hasliberg mit einem Leistungsauftrag für die psychosomatische Rehabilitation in die Spitalliste aufgenommen (ohne Bettenbeschränkung). Im Zuge der Änderung der Rechtsform des Luzerner Kantonsspitals in eine gemeinnützige Aktiengesellschaft wurde die Luzerner Höhenklinik Montana zu einer 100-prozentigen Tochtergesellschaft derselben. Die Grundstücke und Gebäude sind im Eigentum des Kantons verblieben. Im Herbst 2023 gab unser Rat bekannt, dass Betrieb und Grundstücke der Luzerner Höhenklinik Montana an die Swiss Medical Network SA veräussert werden sollen. Ihr Rat hat dem Verkauf am 18. März 2024 zugestimmt. Er soll 2024 vollzogen werden.

Mit Blick auf die aktuellen Zahlen der Inanspruchnahme der Reha-Leistungen im Jahr 2021 (zwei Jahre vor dem Prognose-Zeitpunkt) zeigt sich, dass die erwartete Zunahme der Pflage tage um 17 Prozent von 2013 bis 2023 bereits deutlich übertroffen wurde. So nahmen die Pflage tage von 2013 bis 2021 um 31 Prozent zu (von 60'896 auf 79'476). Die prognostizierte Zunahme der Hospitalisierungen um 18 Prozent von 2013 bis 2023 wurde ebenfalls übertroffen. Die Hospitalisierungen nahmen bis 2021 um 29 Prozent zu (von 2419 auf 3109 Fälle). Die Gründe für die doch auffällige Abweichung von den seinerzeitigen Prognosen können nicht eindeutig bestimmt werden. Naheliegend ist ein Zusammenhang mit der per 1. Januar 2012 erfolgten Einführung der Fallpauschalen nach Swiss DRG in der Akutsomatik, die zu einer Verkürzung der Aufenthaltsdauer und damit verbunden zu einem erhöhten Nachbetreuungsbedarf geführt hat, der teilweise über die Rehabilitation aufgefangen werden musste.

5.3.3 Angebot und Nachfrage aktuell

Derzeit sind folgende Spitäler in der Luzerner Spitalliste für Rehabilitation aufgeführt und verfügen damit über einen kantonalen Leistungsauftrag:

innerkantonale Leistungserbringende	Rehabilitationsbereich
Cereneo Hertenstein	NER
Luzerner Höhenklinik Montana	MSK, NER RKA, PNR, INO, PSY
LUKS Luzern	NER
LUKS Wolhusen	MSK, RKA, INO, GER
SPZ Nottwil	PAR ⁴²
Zurzach Care Rehaklinik Sonnmatt Luzern	MSK, NER

ausserkantonale Leistungserbringende	Rehabilitationsbereich
aarReha Schinznach (AG)	NER
Berner Klinik Montana (VS)	PSY
Kinderspital Zürich	NER, PÄD
Klinik Adelheid (ZG)	NER, INO
Klinik Gais (AR)	RKA, PSY
Klinik Valens (SG)	NER
Reha Rheinfelden (AG)	MSK, NER
Rehabilitationszentrum Seewis (GR)	RKA
Rehaklinik Hasliberg (BE)	MSK, PSY
Zurzach Care Bad Zurzach und Baden (AG)	INO, PSY

Tab. 23: Rehabilitationsinstitutionen auf der Luzerner Spitalliste (Stand 23. Januar 2024)

Quelle: [Spitalliste](#) des Kantons Luzern

Bemerkung: Die Abkürzungen der Musterplanungssystematik Rehabilitation sind [hier](#) zu finden.

Im Rahmen der OKP können Luzernerinnen und Luzerner für die stationäre Rehabilitation grundsätzlich unter allen Rehabilitationskliniken, die vom Kanton Luzern oder von ihrem Standortkanton in die Spitalliste aufgenommen worden sind, wählen (Spitalwahlfreiheit). Die Aufnahme eines Spitals in die Luzerner Spitalliste und die damit

⁴² übrige Rehabilitationsbereiche nur bei querschnittgelähmten Patientinnen und Patienten

verbundene Erteilung eines Leistungsauftrags durch den Kanton Luzern bedeutet zusätzlich, dass das betreffende Spital eine Aufnahmepflicht für Luzerner Patientinnen und Patienten trifft. Zudem werden die Kosten der stationären Behandlung im betreffenden Spital von Kanton (55 %) und Krankenversicherer (45 %) in jedem Fall vollständig übernommen und nicht bloss im Umfang, wie die Behandlung in einem Listenspital gekostet hätte (Referenztarif).

Im Anhang 8 werden die innerkantonalen Leistungserbringenden der stationären Rehabilitation in einem kurzen Porträt entlang der wichtigsten Kennzahlen vorgestellt. Die Verortung der innerkantonalen stationären Leistungserbringenden ist auf der Kantonskarte in Kapitel 5.2.3 zu finden.

5.3.3.1 Inanspruchnahme der Leistungen

Im Folgenden wird dargelegt, wie die Leistungen der Gesundheitsversorgung durch die Luzerner Bevölkerung in Anspruch genommen werden.

Globale Indikatoren zur Versorgungssituation

Die nachfolgende Grafik bietet einen Überblick über die wichtigsten Kennzahlen zur Inanspruchnahme von stationären Rehabilitationsleistungen durch die Luzerner Bevölkerung:

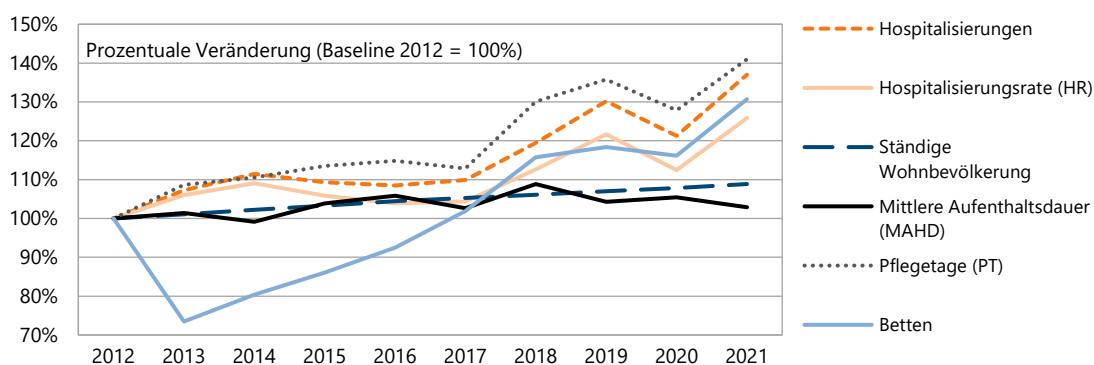


Abb. 14: Globale Indikatoren zur Versorgungssituation im Kanton Luzern (Rehabilitation) 2012–2021

Quelle: [Obsan](#) Versorgungsbericht 2024 Kanton Luzern

Es zeigt sich, dass zwischen 2012 und 2021

- die Zahl der Hospitalisierungen um 37 Prozent gestiegen ist (trotz «Knick» aufgrund der begrenzten Kapazitäten während der Covid-19-Pandemie im Jahr 2020). Dieser Anstieg ist höher als die Zunahme der ständigen Wohnbevölkerung (+9 %) im selben Zeitraum.
- die mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) mit einer Zunahme von bloss 3 Prozent relativ stabil geblieben ist und die Anzahl Pflegetage (PT) einem ähnlichen Trend wie die Anzahl Hospitalisierungen folgte (+41 %).
- entsprechend auch die Anzahl Rehabilitationsbetten um 31 Prozent zugenommen hat.

Fallzahlen

Im Jahr 2021 entfielen die grössten Anteile der insgesamt 3109 Fälle auf die muskuloskeletale Rehabilitation (36 %), gefolgt von der Neurorehabilitation (18 %). Die Leistungsbereiche der kardiovaskulären Rehabilitation und der pulmonalen Rehabili-

tation betreffen jeweils etwas mehr als 10 Prozent der Fälle. Die überwachungspflichtigen Fälle machen 2021 einen Anteil von 1 Prozent aus (34 Fälle)⁴³. Am meisten überwachungspflichtige Fälle sind in der neurologischen Rehabilitation auszumachen (17 Fälle). Zwischen 2019 und 2021 hat die Zahl der Hospitalisierungen in der Rehabilitation um 5 Prozent zugenommen (+155 Fälle). Der stärkste Anstieg betrifft die pulmonale Rehabilitation (+72 %), was auf die Covid-19-Pandemie zurückzuführen ist.

Leistungsbereich	2019	2021	Δ (%)	Anteil 2021	UEB 2021	
					Fälle	Anteil
MSK	1'020	1'110	+9%	36%	0	0%
NER	605	571	-6%	18%	17	3%
RKA	338	386	+14%	12%	1	0%
PNR	186	320	+72%	10%	9	3%
INO	326	255	-22%	8%	2	1%
PSY	154	166	+8%	5%	0	0%
GER	150	167	+11%	5%	0	0%
PAR	132	98	-26%	3%	4	4%
PÄD	23	26	+13%	1%	1	4%
Nicht zuteilbar	20	10	-50%	0%	0	0%
Total	2'954	3'109	+5%	100%	34	1%

Tab. 24: Anzahl Fälle von Luzerner Patientinnen/Patienten nach Leistungsbereich 2019–2021 (gerundet)

Quelle: [Obsan](#) Versorgungsbericht 2024 Kanton Luzern

Bemerkungen: UEB = Überwachungspflichtige Rehabilitation (Querschnittsbereich). Der Anteil UEB entspricht der Anzahl der UEB-Fälle im Verhältnis zur Anzahl der Fälle im Bereich beziehungsweise im Total. Die Abkürzungen der Musterplanungssystematik Rehabilitation sind [hier](#) zu finden.

Hospitalisierungsrate

Um die Entwicklung der Hospitalisierungsrate im Kanton Luzern mit dem Wert der gesamten Schweiz vergleichen zu können, werden die Raten nach Alter und Geschlecht standardisiert. So werden die Raten nicht durch Unterschiede in der Alters- oder Geschlechterstruktur der Bevölkerung verzerrt. Mit einer standardisierten Hospitalisierungsrate von 7,5 pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr 2021 weist der Kanton Luzern eine im Vergleich zur Gesamtschweiz (10,6) niedrige Rate auf. Am grössten sind die Unterschiede zwischen der luzernischen und der schweizerischen Rate für die Leistungsbereiche muskuloskelettale Rehabilitation (2,7 gegenüber 3,7) sowie internistische und onkologische Rehabilitation (0,6 gegenüber 1,1). Im Jahr 2020 ist die Hospitalisierungsrate im Kanton Luzern aufgrund der Covid-19-Pandemie einmalig von 0,5 pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner auf 0,8 gestiegen.

Unter den Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Luzern machten im Jahr 2021 Personen der Altersgruppen 60–74 (35 %) und Personen ab 75 Jahren (36 %) den grössten Anteil aus. Personen unter 18 Jahren beanspruchen demgegenüber nur marginal stationäre Rehabilitation (1 %). Die Verteilung der Altersgruppen

⁴³ Überwachungspflichtige Fälle betreffen Patientinnen und Patienten mit stationärem Rehabilitationsbedarf mit Schädigungen der Körperfunktionen sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Partizipation, bei denen Vitalparameter rund um die Uhr überwacht werden müssen (zum Beispiel Sauerstoffsättigung, Puls, Blutdruck, Atemfrequenz).

ist zwischen 2018 und 2021 weitgehend stabil, mit Ausnahme der Altersgruppe 18–59 Jahre, deren Anteil im Analysezeitraum abnimmt.

Mittlere Aufenthaltsdauer

Über alle Leistungsbereiche hinweg ist für den Kanton Luzern eine leichte Abnahme der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer (MAHD) zu erkennen (–0,3 Fälle, –1,3 %). Mit einer durchschnittlichen Dauer von 25,6 Tagen im Jahr 2021 liegt der Kanton Luzern über dem Schweizer Durchschnitt (24,1 Tage). Seit 2018 ist für Luzern jedoch eine leichte Abnahme und Annäherung der MAHD an den gesamtschweizerischen Durchschnitt festzustellen. Eine überdurchschnittlich lange MAHD ist vor allem für Hospitalisierungen im Leistungsbereich der paraplegiologischen Rehabilitation (40,2 Tage im Jahr 2021) zu verzeichnen, vergleichsweise kurz sind die Spitalaufenthalte in der internistischen und onkologischen Rehabilitation (20,4 Tage). Die grösste Zunahme der MAHD ist im Bereich neurologische Rehabilitation festzustellen (+9 %), die grösste Abnahme im Bereich der paraplegiologischen Rehabilitation (–16 %).

Leistungsbereich	2019	2021	Δ (%)
MSK	23,1	23,1	0%
NER	29,3	32,0	+9%
PAR	47,8	40,2	–16%
RKA	21,9	21,4	–2%
PNR	24,0	24,0	0%
INO	23,5	20,4	–13%
PSY	32,8	34,9	+6%
GER	21,1	22,7	+8%
PÄD	33,5	31,0	–8%
Nicht zuteilbar	18,7	13,0	–30%
Total	25,9	25,6	–1%

Tab. 25: Durchschn. MAHD von Patientinnen/Patienten mit Wohnsitz im Kanton Luzern nach Leistungsbereich 2019–2021

Quelle: [Obsan](#) Versorgungsbericht 2024 Kanton Luzern

Bemerkung: Die Abkürzungen der Musterplanungssystematik Rehabilitation sind [hier](#) zu finden.

Kennzahlen Luzerner Listenspitäler

Folgende Tabelle bietet einen Überblick über die wichtigsten Kennzahlen zu den von Rehabilitationskliniken auf der Luzerner Spitalliste erbrachten Versorgungsleistung.

Kt.	Spital	Fälle	%LU	%OKP	%HP/P	Anzahl Pflegetage	Ø Alter
Listenspitäler gemäss Spitalliste des Kantons Luzern mit Standort innerhalb des Kantons							
LU	Cereneo Center for Neurology and Rehabilitation	97	6%	62%	65%	4753	63,4
	LUKS Luzern	386	75%	95%	19%	11'696	65,5
	LUKS Wolhusen	357	94%	98%	22%	8005	76,0
	Rehaklinik Sonnmatt Luzern	744	56%	97%	44%	17'225	74,3
	SPZ	1120	11%	67%	18%	53'532	53,8
Listenspitäler gemäss Spitalliste des Kantons Luzern mit Standort ausserhalb des Kantons							
AG	aarReha - Klinik Schinznach	1760	2%	98%	27%	38'223	72,8
	Reha Rheinfelden	2339	1%	96%	30%	69'067	71,0
	Rehaklinik Zurzach	2589	4%	97%	24%	68'100	67,8
AR	Klinik Gais	1282	3%	99%	20%	28'781	64,1
BE	Rehaklinik Hasliberg	668	23%	97%	18%	23'313	60,9
GR	Rehabilitationszentrum Seewis	746	4%	100%	20%	16'699	66,7
SG	Kliniken Valens - Reha-Zentrum Valens	1970	2%	93%	23%	53'047	61,5
VS	Berner Klinik Montana	1225	0%	99%	18%	31'731	63,7
	Luzerner Höhenklinik Montana	871	48%	99%	16%	21'627	64,4
ZG	Klinik Adelheid	2068	20%	98%	41%	47'411	71,7
ZH	Universitäts-Kinderspital Zürich - Reha-Zentrum Affoltern	219	4%	28%	7%	10 145	9,6

Tab. 26: Kennzahlen der Rehabilitationsinstitutionen auf der kantonalen Spitalliste 2021

Quelle: [Obsan](#) Versorgungsbericht 2024 Kanton Luzern

Bemerkungen: Fälle = Anzahl im Spital behandelte Fälle ungeachtet des Wohnkantons des Patienten oder der Patientin; %LU = Anteil Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Luzern; %HP/P = Liegeklasse halbprivat oder privat; %OKP = Anteil Fälle, bei der die OKP der Hauptkostenträger ist. Die Luzerner Höhenklinik Montana ist aus Sicht der Luzerner Spitalliste ein innerkantoniales Spital; das Obsan betrachtet es als ausserkantoniales Listenspital.

Der Anteil Luzerner Patientinnen und Patienten unterscheidet sich je nach Leistungserbringer:

- Lediglich die beiden Standorte des LUKS Wolhusen (94 %) und Luzern (75 %) behandeln fast ausschliesslich beziehungsweise zum überwiegenden Anteil Personen aus dem Kanton Luzern. Bei der Klinik Sonnmatt sind es 56 Prozent, bei der Luzerner Höhenklinik Montana 48 Prozent.
- Das SPZ (11 %) und Cereneo (6 %) behandeln demgegenüber nur in einem untergeordneten Ausmass Personen aus dem Kanton Luzern. Gemessen an den Fallzahlen zeigt sich dadurch beim SPZ die Bedeutung als überregionaler Versorger.
- Von den ausserkantonalen Listenspitälern erbringen insbesondere die Rehaklinik Hasliberg (23 %) und die Klinik Adelheid (20 %) einen massgeblichen Anteil an der rehabilitativen Versorgung der Luzerner Bevölkerung.

5.3.3.2 Patientenströme

Im Folgenden wird dargelegt, wie sich Patientinnen und Patienten einerseits innerhalb des Kantons Luzern (innerkantonal) sowie aus dem Kanton Luzern und den anderen Zentralschweizer Kantonen (interkantonal) bewegen. Die Untersuchung der inner- und interkantonalen Patientenströme stellt eine wichtige Grundlage für die Versorgungsplanung dar, da sie die Vernetzung und die Abhängigkeiten der kantonalen Versorgungssysteme aufzeigt.

Innerkantonale Patientenströme

Folgende Abbildung illustriert die Patientenströme nach Wahlkreis:

- Die grössten Patientenströme in den Wahlkreis Luzern-Stadt stammen aus den Wahlkreisen Luzern-Land und Hochdorf. Auch der Zustrom in die Region Sursee ist sehr hoch (96 %), was primär auf die Hospitalisierungen im SPZ zurückzuführen ist. Da sich die betreffenden Patientenströme aber über verschiedenste Regionen beziehungsweise Kantone verteilen, beträgt deren Anteil in keiner Herkunftsregion beziehungsweise in keinem Herkunftskanton mehr als 10 Prozent. Entsprechend weist kein Pfeil auf die Region Sursee.
- Wesentliche Patientenströme über die Kantonsgrenze hinweg sind aus den Wahlkreisen Luzern-Stadt, Luzern-Land und Hochdorf in den Kanton Zug sowie aus Hochdorf, Sursee und Willisau in den Kanton Aargau auszumachen. Zudem verdeutlicht folgende Abbildung die Patientenströme aus sämtlichen Wahlkreisen ins Wallis respektive in die Luzerner Höhenklinik Montana.

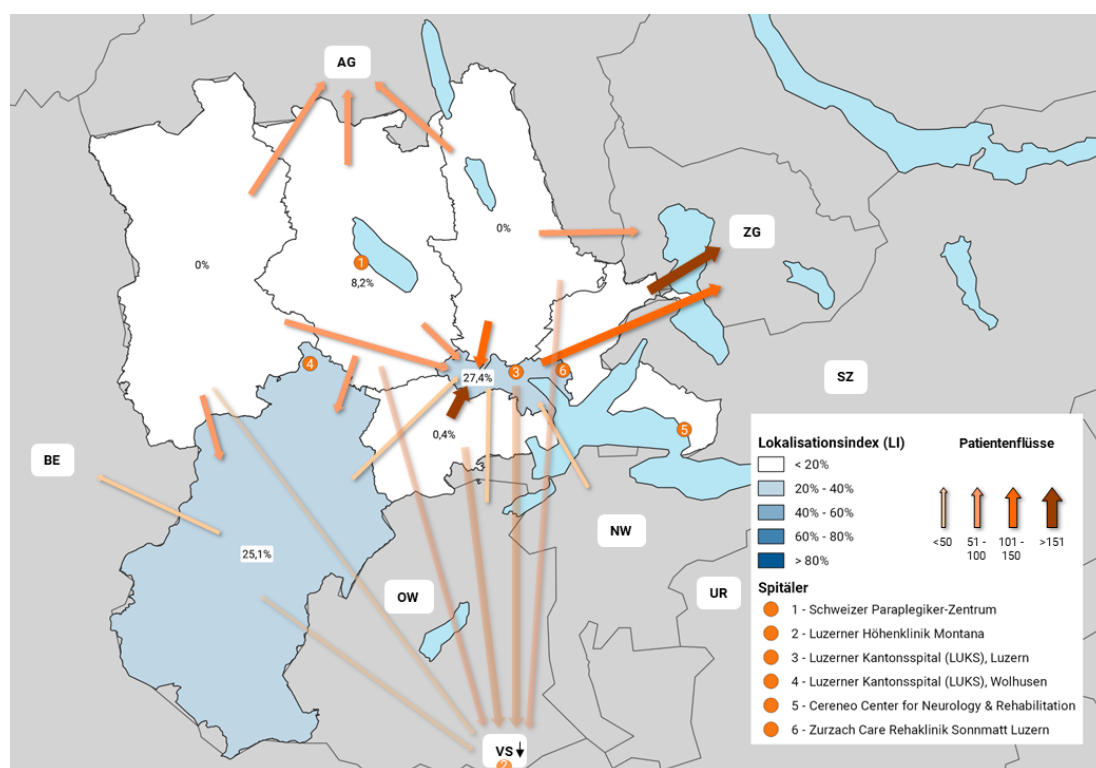


Abb. 15: Patientenströme der stationären Rehabilitation nach Luzerner Wahlkreisen

Quelle: [Obsan](#) Versorgungsbericht 2024 Kanton Luzern

Bemerkungen: Die Pfeile stellen Patientenströme dar. Die Dicke der Pfeile spiegelt die absolute Anzahl an Patientinnen und Patienten wider. Dargestellt sind Patientenströme in andere Regionen, die mindestens 10 Prozent der Patientinnen und Patienten der Herkunftsregion beziehungsweise des Herkunftskantons umfassen. Der Referenzpunkt ist somit das Patientenkollektiv aus der Herkunftsregion beziehungsweise aus dem Herkunftskanton. Die Abwanderung zeigt die Bedeutung der Zielregion für die Sicherstellung der Versorgung in der Herkunftsregion beziehungsweise im Herkunftskanton auf.

Interkantonale Patientenströme

Um den Koordinationsbedarf zwischen den Kantonen zu erfassen, ist es wichtig, die Patientenströme zu analysieren.

Bereich	Indikator	2018	2019	2020	2021
Import	Zuwanderung (Fälle)	1504	1576	1332	1536
	Zustrom, %	63%	58%	56%	57%
Export	Abwanderung (Fälle)	1813	1804	1689	1941
	Abfluss, %	67%	61%	61%	62%

Tab. 27: Indikatoren zu den Patientenströmen für den Kanton Luzern (Rehabilitation) 2018–2021

Quelle: [Obsan](#) Versorgungsbericht 2024 Kanton Luzern

Zuwanderung und Zustrom

Im Jahr 2021 sind insgesamt 1536 ausserkantonale Patientinnen und Patienten im Kanton Luzern behandelt worden (siehe folgende Tabelle). Am häufigsten stammen sie aus den Kantonen Bern (16 %), Zürich (13 %) und Aargau (12 %) sowie dem Ausland (15 %). Aus dem Kanton Bern ist im Analysezeitraum eine massgebliche Zunahme der Patientenströme zu beobachten.

Herkunft	2018	2021	Δ (%)	Anteil 2021 in %
BE	174	243	+40%	16%
ZH	212	205	-3%	13%
AG	181	184	+2%	12%
SZ	83	109	+31%	7%
NW	56	64	+14%	4%
ZG	43	64	+49%	4%
SO	84	54	-36%	4%
SG	51	49	-4%	3%
VD	44	43	-2%	3%
OW	49	37	-24%	2%
GR	29	32	+10%	2%
Ausland	245	236	-4%	15%
Übrige	253	216	-15%	14%
Total	1'504	1'536	+2%	100%

Tab. 28: Zuwanderung im Kanton Luzern nach Patientenherkunft 2018–2021

Quelle: [Obsan](#) Versorgungsbericht 2024 Kanton Luzern

Die Zuwanderung aus anderen Kantonen ist sowohl in absoluten Zahlen wie auch anteilmässig am grössten für die paraplegiologische Rehabilitation (781 Fälle, 90 %), was auf die Leistungen des SPZ zurückzuführen ist. Ein massgeblicher Anstieg der Zuwanderung ist zwischen 2019 und 2021 für die muskuloskelettale Rehabilitation (+26 %) festzustellen.

Leistungsbereich	2019	2021	Δ (%)	Zustrom 2021 in %
PAR	794	781	-2%	90%
PÄD	34	24	-29%	69%
INO	101	93	-8%	58%
PNR	34	16	-53%	57%
NER	379	337	-11%	49%
MSK	214	270	+26%	36%
GER	13	10	-23%	7%
RKA	6	1	-83%	4%
PSY	1	2	+100%	*
Nicht zuteilbar	.	2	---	*
Total	1576	1536	-3%	57%

Tab. 29: Zuwanderung und Zustrom im Kanton Luzern nach Leistungsbereich 2019–2021

Quelle: [Obsan](#) Versorgungsbericht 2024 Kanton Luzern

Bemerkungen: Der Zustrom beschreibt den Anteil Hospitalisierungen ausserkantonaler Patientinnen und Patienten in Spitälern mit Standort im Kanton Luzern. *Für Leistungsbereiche mit weniger als 20 Hospitalisierungen in Spitälern im Kanton Luzern wird der Zustrom nicht ausgewiesen. Die Abkürzungen der Musterplanungssystematik Rehabilitation sind [hier](#) zu finden.

Abwanderung und Abfluss

Im Jahr 2021 erfolgten 1941 Hospitalisierungen von Luzerner Patientinnen und Patienten in Rehabilitationseinrichtungen ausserhalb des Kantons. Die grössten Patientenströme sind dabei in die Kantone Wallis (22 %), Zug (21 %) und Aargau (21 %) auszumachen (die Luzerner Höhenklinik Montana gilt in dieser Statistik als ausserkantonale Klinik). Ebenfalls über 200 Hospitalisierungen Luzerner Patientinnen und Patienten sind bei Leistungserbringenden mit Standort in den Kantonen Bern und Graubünden feststellbar. Zugenommen hat zwischen 2018 und 2021 vor allem die Abwanderung in die Kantone Aargau, Bern, Graubünden und Nidwalden.

Zielkanton	2018	2021	Δ (%)	Anteil 2021 in %
VS	414	429	+4%	22%
ZG	400	416	+4%	21%
AG	376	401	+7%	21%
BE	216	246	+14%	13%
GR	168	207	+23%	11%
SG	51	53	+4%	3%
NW	23	62	+170%	3%
TG	57	26	-54%	1%
ZH	40	33	-18%	2%
Übrige	68	68	+0%	4%
Total	1813	1941	+7%	100%

Tab. 30: Abwanderung von Patientinnen/Patienten aus dem Kanton Luzern nach Zielkanton 2018–2021

Quelle: [Obsan](#) Versorgungsbericht 2024 Kanton Luzern

Bemerkung: Die Abkürzungen der Musterplanungssystematik Rehabilitation sind [hier](#) zu finden.

Im Jahr 2021 wurden nur in den Leistungsbereichen der paraplegiologischen Rehabilitation (7 %, PAR), der geriatrischen Rehabilitation (22 %, GER) sowie der neurologischen Rehabilitation (39 %, NER) über die Hälfte der Patientinnen und Patienten im Kanton Luzern behandelt. Innerhalb der psychosomatischen Rehabilitation (98 %, PSY), der pulmonalen Rehabilitation (96 %, PNR) und der kardialen Rehabilitation (94 %, RKA) erfolgten fast alle Hospitalisierungen ausserhalb des Kantons Luzern.

Leistungsbereich	2019	2021	Δ (%)	Anteil 2021 in %
PSY	148	163	10%	98%
PNR	179	308	72%	96%
RKA	335	364	9%	94%
INO	271	188	-31%	74%
PÄD	19	15	-21%	58%
MSK	547	630	15%	57%
NER	245	223	-9%	39%
GER	33	37	12%	22%
PAR	10	7	-30%	7%
Nicht zuteilbare Leistungen	17	6	-65%	*
Total	1804	1941	8%	62,4%

Tab. 31: Abwanderung von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Luzern nach Leistungsbereich 2019–2021

Quelle: [Obsan](#) Versorgungsbericht 2024 Kanton Luzern

Bemerkungen: Der Abfluss beschreibt den Anteil Hospitalisierungen von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz innerhalb des Kantons Luzern, die in Spitälern mit Standort ausserhalb des Kantons behandelt wurden.

(*) Für Leistungsbereiche mit weniger als 20 Hospitalisierungen von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz innerhalb des Kantons Luzern wird der Abfluss nicht ausgewiesen. Die Abkürzungen der Musterplanungssystematik Rehabilitation sind [hier](#) zu finden.

Nettowanderung

Der Kanton Luzern ist in der stationären Rehabilitation nach wie vor ein Exportkanton. 62 Prozent der rehabilitationsbedürftigen Patientinnen und Patienten liessen sich 2021 in einem ausserkantonalen Spital behandeln. Die Rehabilitationskliniken im Kanton Luzern behandelten demgegenüber im gleichen Zeitraum 57 Prozent Patientinnen und Patienten aus anderen Kantonen (siehe Tab. [27](#)).

5.3.4 Angebot und Nachfrage in Zukunft

In den folgenden Abschnitten steht die künftige Entwicklung von Angebot und Nachfrage in der stationären Rehabilitation im Zentrum, wobei die Ausführungen einerseits auf den Prognosen des Obsan (Nachfrage) und andererseits auf den Angaben der Leistungserbringenden (Angebot) basieren.

5.3.4.1 Zukünftige Inanspruchnahme der Leistungen

Den Bedarfsprognosen in der stationären Rehabilitation liegen drei Szenarien (Min, Basis, Max) mit jeweils unterschiedlichen Einflussfaktoren und Annahmen zugrunde (siehe Anhang [10](#)).

Entwicklungen Fallzahlen und Pfl egetage

Bei der Prognose der künftigen Inanspruchnahme der stationären Rehabilitationsleistungen interessieren hauptsächlich die Entwicklung der Fallzahlen und die Entwicklung der Pfl egetage.

Bezüglich der Fallzahlen zeigt sich, dass im Basisszenario über alle Rehabilitationsbereiche gesehen bis 2035 ein Wachstum der stationären Fälle um 30 Prozent (bzw. +927 Fälle) zu erwarten ist (2 % pro Jahr). Mit Ausnahme der pädiatrischen Rehabilitation (−4 % bzw. −1 Fall, PÄD) wird dabei für sämtliche Leistungsbereiche eine Zunahme des Leistungsbedarfs erwartet. Prozentual wird dabei die höchste Zunahme für die geriatrische (+48 % bzw. +80 Fälle, GER) und für die muskuloskeletale Rehabilitation (+38 % bzw. +425 Fälle, MSK) erwartet, gefolgt von der neurologischen und kardialen Rehabilitation (je +28 % bzw. +158 Fälle und +107 Fälle, NER/RKA), der internistisch-onkologischen Rehabilitation (+27 % bzw. +68 Fälle, INO) und der pulmonalen Rehabilitation (+24 % bzw. +77 Fälle, PNR). Der erwartete Fallanstieg bei der psychosomatischen Rehabilitation ist demgegenüber im Vergleich gering (+5 % bzw. +9 Fälle, PSY).

Bereich	Referenz	Min		Basis		Max	
	2021	2035	D (%)	2035	D (%)	2035	D (%)
MSK	1110	1434	+29%	1535	+38%	1602	+44%
NER	571	714	+25%	729	+28%	744	+30%
PAR	98	89	−9%	98	+0%	114	+16%
RKA	386	485	+26%	493	+28%	501	+30%
PNR	320	389	+22%	397	+24%	404	+26%
INO	255	317	+24%	323	+27%	329	+29%
PSY	166	169	+2%	175	+5%	184	+11%
GER	167	239	+43%	247	+48%	255	+53%
PÄD	26	21	−19%	25	−4%	30	+15%
nicht zuteilbar	10	14	+40%	14	+40%	14	+40%
Total	3109	3871	+25%	4036	+30%	4177	+34%

Tab. 32: Prognostizierter Leistungsbedarf (Fallzahlen) nach Leistungsbereich und Prognoseszenario 2035

Quelle: [Obsan](#) Versorgungsbericht 2024 Kanton Luzern

Bemerkung: Die Abkürzungen der Musterplanungssystematik Rehabilitation sind [hier](#) zu finden.

Ausschlaggebend für die Beurteilung des künftigen Bedarfs nach rehabilitativen Angeboten sind jedoch nicht nur die Anzahl Fälle, sondern auch die Anzahl Pflgetage (Dauer der Hospitalisierungen). Hier zeigt sich, dass

- im Basisszenario die relative Zunahme der Pflgetage (+17 %) weit geringer ausfällt als die Zunahme der Fallzahlen (+30 %),
- im Maximalszenario die Pflgetage (+33 %) und die Fallzahlen in etwa im gleichen Umfang steigen (+34 %),
- im Minimalszenario eine Zunahme der Pflgetage um lediglich 12 Prozent prognostiziert wird, was der Hälfte der prognostizierten Fallzahlen entspricht (+25 %).

Bereich	Referenz 2021	Min		Basis		Max	
		2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)
MSK	25'651	30'413	+19%	32'539	+27%	36'887	+44%
NER	18'245	20'808	+14%	21'257	+17%	23'821	+31%
PAR	3941	3592	-9%	3939	0%	4573	+16%
RKA	8241	9791	+19%	9958	+21%	10'695	+30%
PNR	7674	8241	+7%	8402	+9%	9686	+26%
INO	5204	6257	+20%	6379	+23%	6712	+29%
PSY	5789	3808	-34%	3956	-32%	6401	+11%
GER	3795	5246	+38%	5422	+43%	5797	+53%
PÄD	806	666	-17%	765	-5%	931	+16%
nicht zuteilbar	130	181	+39%	184	+42%	187	+44%
Total	79'476	89'003	+12%	92'801	+17%	105'690	+33%

Tab. 33: Prognostizierte Pflegetage nach Leistungsbereich und Prognoseszenario 2035

Quelle: [Obsan](#) Versorgungsbericht 2024 Kanton Luzern

Bemerkung: Die Abkürzungen der Musterplanungssystematik Rehabilitation sind [hier](#) zu finden.

Effekte einzelner Einflussfaktoren

In die oben dargestellten Prognosen wurden die Effekte der einzelnen Einflussfaktoren zusammengefasst berücksichtigt. Gesondert betrachtet zeigt sich folgendes Bild:

Demografische Entwicklung

Die demografische Entwicklung (erwartetes Bevölkerungswachstum, Alterung) ist zu einem wesentlichen Anteil für den Anstieg der prognostizierten Fallzahlen in der stationären Rehabilitation verantwortlich. Sie führt im Basisszenario zu einer Zunahme des Leistungsbedarfs um 28 Prozent (Min: 26 %; Max: 31 %). Am grössten sind die Effekte in der geriatrischen und in der muskuloskelettalen Rehabilitation, das heisst die Leistungsbereiche mit dem ältesten Patientenkollektiv.

Angleichung der Hospitalisierungsraten

Der Kanton Luzern verzeichnet generell unterdurchschnittliche Hospitalisierungsraten. Es bestehen Unterschiede zwischen den Altersgruppen: Bis zum Alter von 50 Jahren gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern oder zwischen Personen aus dem Kanton Luzern und der Schweiz. Ab dem 50. Lebensjahr sind die Raten sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen unter dem schweizerischen Durchschnitt, wobei bis etwa 74 Jahren Männer häufiger hospitalisiert werden. Danach ist die Situation umgekehrt. Die Rate stationärer Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen ist im Kanton Luzern bei Personen ab 75 Jahren sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern signifikant niedriger.

Aufgrund der Angleichung der Luzerner an die gesamtschweizerische Hospitalisierungsrate kommt es zu folgenden Effekten:

- Im Minimalszenario ergibt sich eine Abnahme des prognostizierten Leistungsbedarfs um 1 Prozent. Am stärksten sind die Effekte in der paraplegiologischen (-19 %), der pädiatrischen (-19 %) und psychosomatischen Rehabilitation (-4 %),
- Im Basisszenario ist mit einer Reduktion des prognostizierten Leistungsbedarfs um 0,7 Prozent zu rechnen. Am stärksten betroffen sind wiederum die oben genannten Bereiche.
- Das Maximalszenario geht von keiner Angleichung der Hospitalisierungsraten aus.

Medizintechnische Einflussfaktoren

Die Effekte aufgrund der medizintechnischen Entwicklungen sind der Tabelle in Anhang 10 zu entnehmen. Eine Veränderung aufgrund der Medizintechnik wird nur im Basis- und im Maximalszenario angenommen, konkret aufgrund eines korrespondierenden Anstiegs der Revisionsoperationen von Hüft- und Knieprothesen in der Akutsomatik. Im Bereich der muskuloskelettalen Rehabilitation wird deswegen eine Zunahme der Fallzahlen von 5 Prozent im Basisszenario beziehungsweise eine Zunahme von 7 Prozent im Maximalszenario prognostiziert.

5.3.4.2 Zukünftige Patientenströme

Eine Prognose in Bezug auf die Patientenströme ist wie bei der Akutsomatik schwierig beziehungsweise mit grossen Unsicherheiten behaftet. Aufgrund dieser Unsicherheiten sind die Prognosen zur Abwanderung von Luzerner Patientinnen und Patienten mehr als Orientierungshilfe zu interpretieren, mit welcher die Entwicklungen im Prognosezeitraum eingeordnet werden können.

Im Total wird im Basisszenario bis 2035 ein Anstieg der Abwanderung um weitere 552 Fälle (+28 %) auf 2493 Fälle prognostiziert. Dabei ist vor allem ein Anstieg der Behandlungen von Luzerner Patientinnen und Patienten in Spitälern mit Standort in den Kantonen Zug, Aargau, Bern und Graubünden zu erwarten. Gemäss Prognose werden Spitäler mit Standort in diesen Kantonen im Jahr 2035 mehr als 200 stationäre Behandlungen von Luzerner Patientinnen und Patienten verzeichnen. Inwieweit der vorgesehene Verkauf der Luzerner Höhenklinik Montana an eine private Klinikgruppe einen Einfluss auf die immer stärker rückläufige Inanspruchnahme des dortigen Angebots durch die Luzerner Bevölkerung haben wird, wird sich weisen.

5.3.4.3 Entwicklungen aus Sicht der stationären Leistungserbringenden

Das GSD hat sich bei den innerkantonalen Rehabilitationskliniken nach den geplanten Entwicklungen in den nächsten Jahren erkundigt. Im Folgenden werden die wichtigsten Entwicklungen auf Ebene Organisation, Leistungsangebot, Partnerschaften/Kooperationen zusammengefasst inklusive Nennung der grössten Herausforderungen aus Sicht der Leistungserbringenden.

Entwicklungen in der Rehabilitation beim LUKS

Prognose (Fälle und Pflage)

Standort Luzern: Aufgrund der demografischen Entwicklung muss mit einer Zunahme von Patientinnen und Patienten in der stationären Neurorehabilitation gerechnet werden (rund 20 % Zunahme der neurologischen Patientinnen und Patienten in den nächsten zehn Jahren). Demzufolge wird es auch im ambulanten Sektor zu einer Bedarfszunahme kommen.

Standort Wolhusen: Aus Sicht des Reha zentrums Wolhusen ist eine Zunahme der Rehabilitationsfälle in Zukunft überwiegend wahrscheinlich. Neben den stationären Rehabilitationspatientinnen und -patienten werden drei weitere Patientengruppen in der Rehabilitation überproportional zunehmen: 1) ambulante Patientinnen und Patienten; 2) schwerstbetroffene Patientinnen und Patienten, die eine frührehabilitative Versorgung benötigen; 3) ältere Patientinnen und Patienten.

Luzerner Höhenklinik Montana: Erwartet wird eine generelle Zunahme der Patientinnen und Patienten in stationärer pneumologischer, psychosomatischer und internistischer Rehabilitation. Es ist insbesondere mit einer Zunahme von chronischen Krankheitszuständen zu rechnen wie beispielsweise chronische Erschöpfungszustände (Myalgische Enzephalomyelitis (ME)/Chronic Fatigue Syndrome (CFS)). In den letzten Jahren nahmen die Patientenzuweisungen aus dem Kanton Luzern ab. Demgegenüber stieg die Anzahl Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Wallis. Die Klinik soll bis Ende 2024 an die Swiss Medical Network übergehen, jedoch weiterhin auf der Spitalliste des Kantons Luzern geführt werden.

Leistungsangebot

Standort Luzern: Ein vorgesehener Ausbau der stationären Neurorehabilitation mit Erhöhung der Bettenanzahl konnte noch nicht erreicht werden, ist aber aufgrund der Nachfrage dringend erforderlich.

Standort Wolhusen: Der Behandlungsschwerpunkt liegt auf der muskuloskelettalen Rehabilitation, vereinzelt werden auch die onkologische und kardiovaskuläre Rehabilitation und über alles die geriatrische Rehabilitation angeboten.

Organisation

Standort Luzern: Innovative Forschungsprojekte in der Neurorehabilitation Luzern zielen darauf ab, dass im ambulanten Setting gewisse Therapien zuhause unter Anleitung durch Therapeutinnen und Therapeuten durchgeführt werden können (Telerehabilitation).

Standort Wolhusen: Die derzeit vorhandenen maximal 32 Betten decken vor allem die muskuloskelettale Rehabilitation ab.

Partnerschaften, Vernetzungen, Kooperationen

Standort Luzern: Die Vernetzung mit der Akutneurologie und Neurochirurgie im interdisziplinären Neurozentrum des LUKS ist hervorragend. Die Klinik für Neurologie und Neurorehabilitation übernimmt weiterhin möglichst frühzeitig Akutpatientinnen und -patienten in die Neurorehabilitation (z. B. ab Stroke Center).

Standort Wolhusen: Eine engere Zusammenarbeit zwischen dem Altersunfallzentrum in Luzern und der Orthopädie des LUKS an allen Standorten ist in Umsetzung, um Patientinnen und Patienten schneller in die Rehabilitation übernehmen zu können.

Herausforderungen und Massnahmen

Eine der grössten Herausforderungen sowohl für die Klinik für Neurologie und Neurorehabilitation als auch für das Reha-Zentrum Wolhusen ist der Fachkräftemangel. Fachkräfte müssen nicht nur gut ausgebildet sein, sondern auch gute Deutschkenntnisse aufweisen, was gerade bei hirnverletzten Patientinnen und Patienten von grosser Bedeutung ist. Um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken, plant das LUKS, die Arbeitsbedingungen noch attraktiver zu gestalten (flexiblere Arbeitszeiten, Teilzeitmodelle usw.). Auch die Digitalisierung wird als grosse Herausforderung gesehen. Um einen Nutzen aus der digitalen Vernetzung zu ziehen, muss diese flächendeckend eingesetzt werden und die Bevölkerung muss daran teilnehmen. Das LUKS plant, das klinikinterne Dokumentationssystem LUKiS und die App MeinLUKS weiterzuentwickeln. Die Versorgung der ländlichen Regionen soll in der Neurorehabilitation mittels Telerehabilitation verbessert werden.

Erwartungen an den Kanton Luzern

- Aus-/Weiterbildungen in allen Berufsgruppen im Gesundheitswesen fördern,
- Fehlanreize bei der Spitalfinanzierung abbauen,
- Definition und Bewilligung von neuen Rollen (wie bspw. Pflegeexpertinnen und -experten APN oder Spitex),
- administrativen Aufwand (externe Regulationen, Anordnungen u. ä.) reduzieren,
- Schaffung einer Rechtsgrundlage und Finanzierung zum Einsatz von integrierter Versorgung mittels Telerehabilitation im Rahmen von Projekten mit Begleitforschung,
- Förderung von Massnahmen zur Verbesserung von Anschlusslösungen von Akutspitalversorgungen (Übergangspflege),
- Förderung flächendeckender digitaler Vernetzung,
- finanzielle Unterstützung von Präventionskampagnen.

Entwicklungen in der Rehabilitation beim SPZ

Das SPZ ist das nationale Kompetenzzentrum im Bereich der Akutversorgung und Rehabilitation von Personen mit Querschnittlähmung.

Prognose (Fälle und Pflagestage)

Das SPZ rechnet auch in den kommenden Jahren mit einer Zunahme an stationären Hospitalisierungen – vor allem im Zusammenhang mit akutmedizinischen Erkrankungen. Dies begründet sich mit der zunehmenden Anzahl Betroffener, der noch nicht erreichten Altersspitze und der steigenden Nachfrage an das SPZ als nationales Kompetenzzentrum.

Leistungsangebot

Das Leistungsangebot des SPZ zielt auf die umfassende rehabilitative und akutso-matische Behandlung bei Querschnittlähmungen und querschnittlähmungsähnlichen Syndromen und synergetisch auf die Behandlung von weiteren komplexen Rückenleiden, Weaning (Entwöhnung der Beatmung) und Schmerzsymptomatiken bei Patientinnen und Patienten ohne Querschnittlähmung ab. Die Anzahl Menschen mit Querschnittlähmung und komplexen Rückenleiden in der Schweiz wird aus Sicht des SPZ in den nächsten zehn Jahren aufgrund der demografischen Entwicklung weiter zunehmen. Eine Änderung beziehungsweise Erweiterung des Leistungsangebots ist nicht geplant.

Organisation

Die grosse Bau- und Investitionsphase im SPZ ist mit der Eröffnung des Neubaus Nord und der Erneuerung der Gesamtklinik im Jahr 2020 für die nächsten Jahre abgeschlossen. Punktuell folgen weitere Entwicklungsprojekte, wie der im Sommer 2023 abgeschlossene Neubau zur Erweiterung der Kindertagesstätte für Kinder der Mitarbeitenden.

Partnerschaften, Vernetzungen, Kooperationen

Die Zusammenarbeit mit dem LUKS hat sich in den letzten Jahren weiter intensiviert. So wurden gewisse Zusammenarbeitsgebiete gestärkt (Vernetzung akute Leistungserbringung Viszeralchirurgie, Schulterchirurgie, Gynäkologie, Kardiologie, Orthopädie, Zusammenarbeit Weiterbildung Fachärztinnen und Fachärzte), andere

wiederum reduziert (Zusammenarbeit Infektiologie und Wirbelsäulenmedizin). Strategisch wird sich das SPZ in der Westschweiz (Zusammenarbeit mit dem CHUV in Lausanne) und in der Südschweiz (Zusammenarbeit mit dem Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli und der Clinica Hildebrand in Lugano) in der ambulanten Leistungserbringung weiterentwickeln. Diese strategischen Partnerschaften dienen als wohnortsnahe «Erst»-Anlaufstelle für Menschen mit einer Querschnittlähmung. Im Bereich Forschung und Lehre engagiert sich das SPZ an der Universität Luzern und in einer Forschungszusammenarbeit mit der Eidgenössischen Technischen Hochschule (ETH). Im Bereich Aus- und Weiterbildung bestehen Partnerschaften mit Fachhochschulen (v. a. mit der HSLU).

Herausforderungen und Massnahmen

Aus Sicht des SPZ ist die grösste Herausforderung der Fachkräftemangel. Um diesem entgegenzutreten, plant das SPZ stetige Verbesserungen der Arbeitsprozesse und Hilfsmittel, eine Reduktion der administrativen Tätigkeiten, eine laufende Überprüfung der Arbeitsbedingungen (v. a. im Hinblick auf Vereinbarkeit von Beruf und Familie) sowie Öffentlichkeitsarbeit zur Vermittlung eines positiven Berufsbildes. Weitere Herausforderungen stellen die leistungsgerechte Finanzierung der erbrachten Leistungen (ambulant und stationär), die Schaffung von Kapazitäten in der medizinischen Versorgung sowie die koordinierte Versorgung von Patientinnen und Patienten dar. Zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung plant das SPZ den Ausbau von bereits bestehenden Synergien (z. B. mit Hausärztinnen und Hausärzten in der Region, mit dem LUKS oder mit der ETH). Auch die Digitalisierung stellt das SPZ vor Herausforderungen. Diesbezüglich möchte das SPZ die App «paraplegie» weiter ausbauen, neue Technologien zur Steigerung der Patientensicherheit einsetzen sowie das im Einsatz stehende Klinikinformationssystem optimieren.

Erwartungen an den Kanton Luzern

- Förderung von Quer- und Wiedereinsteigenden in die Gesundheitsberufe, Förderung der Weiterbildungen,
- Adjustierung der Qualifikationsanforderungen für einzelne Tätigkeiten in der Patientenversorgung,
- Abschaffung des Numerus Clausus für das Medizinstudium sowie Förderung der Hausarztmedizin,
- stärkere Regulierung von Personalvermittlungen/Temporärbüros,
- Lockerung der Anforderungen zur Erteilung von Arbeitsbewilligungen für Pflegefachkräfte aus Drittstaaten,
- bessere Rahmenbedingungen für eine effiziente, koordinierte Versorgung (z. B. EPD, neue Finanzierungslösungen, koordinierte Traumaversorgung Region Zentralschweiz, Plattform für die Organisation der Nachsorge bei postoperativen Patientinnen und Patienten),
- Einsatz für die Finanzierung ambulanter und stationärer Präventionsmassnahmen (z. B. keine Entschädigung für therapeutische Belastungserprobungen von stationären Patientinnen und Patienten im Swiss DRG).

Entwicklungen in der Rehabilitation bei cereneo Schweiz AG

Der Fokus der Klinik cereneo liegt auf der neurologischen Rehabilitation mit den Themenschwerpunkten Schlaganfall, Parkinson und Schädel-Hirn-Traumata.

Prognose (Fälle und Pflagestage)

Die cereneo Schweiz AG geht von einem wachsenden Bedarf in der spezialisierten ambulanten Betreuung im Bereich Rehabilitation/Therapie aus und begründet dies mit der Tendenz zur steigenden Personalisierung im gesamten Gesundheitswesen (Precision Medicine/Precision Rehabilitation). Dies geht einher mit dem wachsenden Fachkräftemangel v. a. in den Bereichen Logopädie, Neuropsychologie und Pflege.

Leistungsangebot

Der Ausbau der Betten führte zu einer höheren Auslastung der bestehenden Spitalistenplätze. Die cereneo Schweiz AG strebt aktuell keine Erweiterung der Spitalliste und auch keinen Ausbau der Bettenkapazitäten an. Der alleinige Fokus auf die Neurorehabilitation wird beibehalten. Eine verlängerte Betreuung der internationalen Patientinnen und Patienten über die stationäre Versorgung hinaus mittels Telerehabilitation wird bereits angeboten. Die Ausweitung dieses Angebots auf den Schweizer Markt würde bei entsprechend verfügbaren Vergütungsmodellen in Betracht gezogen.

Organisation

Die stetige Implementation modernster Therapiemethoden gehört zum Konzept der cereneo. Personell wurde zuletzt der psychologische Dienst erweitert (z. B. durch die Dienstleistung Schlafpsychologie) sowie der bestehende ärztliche Dienst ausgebaut. Diverse infrastrukturelle Investitionen sind geplant oder wurden vor Kurzem durchgeführt, darunter die Anschaffung neuer Therapiegeräte, Versorgung mit Notstrom und der Umbau der Küche. Im IT-Bereich sind diverse Digitalisierungsprojekte in Umsetzung, sowohl im Backoffice (Finanzen und HR) als auch im Klinikbetrieb, zum Beispiel die fortlaufende Digitalisierung von Therapie-Assessments. Geplant ist zudem die Integration eines Patientenportals ins Klinikinformationssystem.

Partnerschaften, Vernetzungen, Kooperationen

Die cereneo Schweiz AG plant eine Vernetzung mit regionalen und überregionalen Kliniken im Bereich der poststationären Behandlung sowie eine Intensivierung der Forschungs- und Weiterbildungskollaborationen mit dem Lake Lucerne Institute, der ETH, der Universität Zürich, der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften sowie der John Hopkins University in Baltimore.

Herausforderungen und Massnahmen

Die erstgenannte Herausforderung für die Klinik cereneo stellt die Rekrutierung von qualifiziertem Personal dar. Um dem entgegenzuwirken, arbeitet cereneo innovativ an neuen Rollenprofilen und Talentförderungsprogrammen, um Personal langfristig bei sich zu beschäftigen. Die Anbindung an den öffentlichen Verkehr ist zudem eine Herausforderung für die Personalgewinnung. Mit der Verlängerung der Buslinie 2 konnte diesbezüglich 2023 eine erste Verbesserung erzielt werden. Daneben stellen auch die steigende Bedrohung der IT (Cyber Security) sowie das

Datenmanagement Herausforderungen dar, gepaart mit steigenden regulatorischen Anforderungen (z. B. Tarifstruktur ST Reha). Als letzte Herausforderung wird die Integration von Telerehabilitation in bestehende Behandlungsmodelle genannt.

Erwartungen an den Kanton Luzern

- Anpassung der Bemessung der Ausbildungsverpflichtung (bspw. Aufnahme von Logopädie und Neuropsychologie),
- «Best Practice»-Modelle zur Sicherung der Versorgung auf der Landschaft analysieren und adaptieren,
- Anforderungen an Versicherer formulieren in Bezug auf innovative Versorgungsmodelle (z. B. Telerehabilitation); Patientenpfad in den Fokus rücken,
- Förderung der personalisierten Prävention,
- Förderung EPD.

Entwicklungen in der Rehabilitation bei der ZURZACH Care Rehaklinik Sonnmatt Luzern

Die ZURZACH Care Rehaklinik Sonnmatt Luzern deckt seit 2016 einen Teil der innerkantonalen Rehabilitationsversorgung im Bereich muskuloskelettale und neurologische Rehabilitation ab. Der Standort Sonnmatt verzeichnet eine wachsende Nachfrage nach stationärer Rehabilitation, welche sich in der konstant hohen Bettenauslastung widerspiegelt.

Prognose (Fälle und Pflagestage)

Die ZURZACH Care Rehaklinik Sonnmatt Luzern geht vor allem von einer Zunahme der stationären Rehabilitationsfälle in den Alterssegmenten ab 60 Jahren aus (+24–33 %). Sie begründen diese Zunahme hauptsächlich mit der demografischen Entwicklung und mit der damit verbundenen erhöhten Multimorbidität, die neurologischen und internistisch-onkologische Erkrankungen nach sich zieht.

Leistungsangebot

Die ZURZACH Care Rehaklinik Sonnmatt Luzern setzt weiterhin auf die bestehenden Fachgebiete (muskuloskelettale und neurologische Rehabilitation). Mit der Erweiterung und Renovierung des Standorts soll die Bettenkapazität erhöht werden. Ausserdem zeigt sich die ZURZACH Care Rehaklinik Sonnmatt Luzern interessiert, eine internistisch-onkologische Rehabilitation aufzubauen und stationäre Leistungen im Bereich der Schlafmedizin in Kooperation mit der Klinik für Schlafmedizin Luzern anzubieten.

Organisation

ZURZACH Care möchte sich am Standort Rehaklinik Sonnmatt Luzern weiter etablieren und die Zusammenarbeit mit den bestehenden Partnern intensivieren. Die Synergien vor Ort mit dem Kooperationspartner Kurhotel und Residenz Sonnmatt sollen vertieft werden. Aus diesem Grund ist am Standort Sonnmatt ein Ausbau der Bettenkapazität für die Rehabilitation geplant. Die Inbetriebnahme von etwa 20 zusätzlichen Betten ist voraussichtlich für 2027 vorgesehen.

Partnerschaften, Vernetzungen, Kooperationen

Mit der Hirslanden Klinik St. Anna und dem SPZ hat die ZURZACH Care Rehaklinik Sonnmatt Luzern seit Langem Kooperationsverträge und eine unkomplizierte Zusammenarbeit in verschiedenen Themenfeldern. Eine solche Zusammenarbeit strebt die Rehaklinik auch mit dem LUKS und anderen öffentlichen Leistungsanbietern an. Im Rahmen der Entwicklung von neuen Versorgungsformen ist die ZURZACH Care Rehaklinik Sonnmatt Luzern ausserdem mit Versicherern im regelmässigen Austausch. Bei der Digitalisierung engagiert sich ZURZACH Care beim Healthcare Startup Kinastic sowie bei der Hochschule Luzern im Rahmen des Tele-Rehabilitationsprojekts «RecoveryFun».

Herausforderungen und Massnahmen

Es ist laut ZURZACH Care Rehaklinik Sonnmatt Luzern vor allem der Fachkräftemangel, der in den kommenden Jahren stark beschäftigt wird. Um dem entgegenzuwirken, plant die ZURZACH Care Rehaklinik Sonnmatt Luzern den Einsatz von klinischen Fachspezialistinnen und -spezialisten im ärztlichen Dienst weiterzuverfolgen. Als zweite Massnahme gegen den Fachkräftemangel möchte die Klinik einen Pflege-Flex-Pool aufbauen, um unterbesetzte Dienste (z. B. infolge Krankheitsausfall) besser abdecken zu können. Eine weitere Herausforderung ist die Tarifierung. Mit der aktuellen Tarifierung können die Kosten nicht mehr gedeckt werden (Teuerung, Lohnforderungen des Personals usw.).

Erwartungen an den Kanton Luzern

- Einsatz für ausgeglichene Vergütungssysteme zwischen privaten und öffentlichen Anbietern sowie Genehmigung/Festsetzung notwendiger Tarife,
- Unterstützung der Institutionen bei Ausbildungsmodellen für Erwachsene,
- Förderung der integrierten Versorgung durch Abgeltung der Koordinationsaufwände über GWL und stärkere Verpflichtung der Versicherer,
- Erarbeitung einer Strategie zur Verbesserung der Schnittstellen zwischen den Leistungserbringenden.

5.3.5 Schlussfolgerungen

Auch bei der Rehabilitation soll weiterhin jedes Spital im Rahmen der OKP alle Leistungen anbieten dürfen, solange die erforderliche Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung gewährleistet sind. Alle öffentlichen und privaten Spitäler sollen im Wettbewerb möglichst «gleich lange Spiesse» haben, und die Patientinnen und Patienten sollen über eine echte Spitalwahlfreiheit verfügen. Der Kanton soll nur dann steuernd eingreifen, wenn die Gesundheitsversorgung qualitativ oder quantitativ nicht genügt oder wenn die Gefahr besteht, dass die Versorgung in Zukunft nicht mehr ausreichend oder ausreichend gut sein könnte. Auch bei der Rehabilitation werden allen Spitälern mittels Leistungsaufträgen und -vereinbarungen Vorgaben gemacht (insbes. bezüglich Qualität, Aus- und Weiterbildung oder Aufnahmepflicht, teilweise auch bezüglich Bettenzahlen). Die Spitäler müssen der DIGE periodisch darüber Bericht erstatten.

Die Analysen im stationären Bereich der Rehabilitation und die Qualitätsergebnisse der Luzerner Kliniken zeigen, dass das Leistungsangebot mit den bestehenden Leistungsanbietenden derzeit ausreichend ist und die Leistungen in guter Qualität erbracht werden.

In der Rehabilitation wird nach wie vor mehr als die Hälfte aller Patientinnen und Patienten ausserkantonale behandelt. Im Kanton fehlende rehabilitative Leistungsangebote werden deshalb sichergestellt, indem ausserkantonale Leistungserbringende in die Luzerner Spitalliste aufgenommen werden. Bis ins Jahr 2021 ist eine steigende Tendenz bei der Anzahl Fälle und den Pflgetagen zu beobachten, wobei vor allem die ausserkantonalen Hospitalisierungen deutlich angestiegen sind. Eine Ausnahme bildet die Luzerner Höhenklinik Montana, die eine stark rückläufige Inanspruchnahme der Angebote durch Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Luzern aufweist. Die Wohnortsnähe spielt auch bei der Rehabilitation eine immer stärkere Rolle. Die Patientinnen und Patienten nutzen für die Rehabilitation zunehmend Angebote, die von ihrem Wohnort aus gut erreichbar sind. Derartige Angebote sind vorhanden und auf der Spitalliste des Kantons Luzern bereits weitgehend enthalten.

Für die Zukunft weisen die Prognosen bis 2035 für die Luzerner Bevölkerung über alle Bereiche gesehen eine Zunahme des Bedarfs von bis zu 30 Prozent der Fälle beziehungsweise von 17 Prozent der Pflgetage aus. Umgerechnet entspricht dies einem Mehrbedarf von rund 40 Betten bis 2035 (2,7 Betten pro Jahr). Die grösste Zunahme ist in den Bereichen muskuloskelettale (+21 Betten) und neurologische Rehabilitation (+9 Betten) sowie geriatrische und kardiale Rehabilitation (je +5 Betten) zu erwarten. Dieser Mehrbedarf kann teilweise von den inner- und ausserkantonalen Rehabilitationskliniken auf der aktuellen Spitalliste im Rahmen der möglichen Auslastung gedeckt werden. Aufgrund des medizinischen Fortschritts ist auch in der Rehabilitation von einer weiteren Verkürzung der Aufenthaltsdauern und von einer zunehmenden Ambulantisierung der Angebote auszugehen. Letzteres ist seitens Kanton durch geeignete Rahmenbedingungen weiter zu fördern. Daneben wird es nötig sein, den erwarteten Mehrbedarf teilweise auch über eine Erweiterung der bestehenden Leistungsaufträge der Listenspitäler (insbes. geriatrische Rehabilitation) oder über die Aufnahme von weiteren Leistungserbringenden in die Luzerner Spitalliste zu sichern (z. B. pulmonale Rehabilitation). Notwendig sind zudem auch Angebotserweiterungen bei den Leistungserbringenden im Kanton Luzern. Solche sind beim Luzerner Kantonsspital in Luzern (neurologische Rehabilitation) und bei Zurzach Care Sonnmatt (muskuloskelettale und neurologische Rehabilitation) in Planung.

Die Übernahme der Luzerner Höhenklinik Montana durch die Swiss Medical Network SA hat keinen Einfluss auf die Versorgungssituation, da das Angebot bestehen und für die Luzerner Bevölkerung weiterhin wählbar bleibt. Bei der pulmonalen Rehabilitation, für welche die Klinik aktuell als Einzige auf der Luzerner Spitalliste fungiert, ist die Erteilung eines zusätzlichen Leistungsauftrags an einen wohnortnäheren Anbieter angezeigt.

6 Exkurs: Leistungsangebot LUKS Standort Wolhusen

Das Leistungsangebot, das ein Spital zulasten der OKP erbringen darf, wird gestützt auf die Spitalplanung gemäss Kapitel [5](#) im nachgelagerten Prozess der Spitalliste vom Regierungsrat einzelfallweise und gemäss den Anforderungen des [KVG](#) mit einem Leistungsauftrag festgelegt.

Die Definition des Leistungsangebots des LUKS am Standort Wolhusen (LUKS Wolhusen) gehört an sich nicht in den Geltungsbereich des vorliegenden Planungsberichtes, sondern würde erst im Prozess zur Erstellung der Spitalliste folgen. In Erfüllung unserer Stellungnahme zur [Motion M 658](#) von Bernhard Steiner über die medizinische Grundversorgung in der Luzerner Spitallandschaft hat unser Rat mit Beschluss vom 5. Juli 2022 entschieden, dass das detaillierte stationäre und ambulante Angebot mit den jeweiligen Betriebszeiten sowie das Aus- und Weiterbildungsangebot gemeinsam mit den Netzwerkpartnern bereits im Rahmen der vorliegenden Versorgungsplanung zu definieren ist.

Die nachfolgend dargelegte Definition des Leistungsangebots für den Neubau des LUKS Wolhusen dient als Grundlage für die Erteilung dieses Leistungsauftrags durch unseren Rat.

Die folgenden Ausführungen beschreiben die Ausgangslage (Kap. [6.1](#)), das Vorgehen (Kap. [6.2](#)) und das Ergebnis (Kap. [6.3](#)) der Arbeiten rund um die Bestimmung des Leistungsangebots im Neubau des LUKS Wolhusen.

6.1 Ausgangslage

Seit Längerem steht fest, dass das LUKS Wolhusen, das 1972 eröffnet wurde, sanierungsbedürftig ist und durch einen Neubau ersetzt wird. Die Bauarbeiten wurden in der Zwischenzeit aufgenommen. In Zusammenhang mit dem geplanten Neubau, einem wiederkehrenden jährlichen Defizit in einstelliger Millionenhöhe und diversen Entwicklungen in der Gesundheitsversorgung (u. a. Ambulantisierung, Fachkräftemangel, steigende Qualitätsanforderungen und hoher Preis-, Kosten- und Margendruck) wurde das zukünftige Leistungsangebot des LUKS Wolhusen überprüft. Dabei wurden verschiedene Modelle des Leistungsangebots analysiert und diskutiert. Ein ausschliesslich ambulantes Angebot und der Verzicht auf eine Geburtshilfe wurden aufgrund von regionalpolitischen Überlegungen beziehungsweise aus Gründen der Behandlungssicherheit ausgeschlossen.

Im Nachgang zu entsprechenden Diskussionen in Ihrem Rat hat unser Rat 2022 das Leistungsangebot für den Neubau Wolhusen wie folgt festgelegt:

1. Es wird rund um die Uhr ein Notfalldienst angeboten, inklusive einer Notfall-Bettenstation. Die Notfallpraxis ist rund um die Uhr von mindestens einem Facharzt oder einer Fachärztin an sieben Tagen pro Woche besetzt.
2. Insgesamt soll das Spital 80 Betten anbieten. Als Zielgrösse ist davon auszugehen, dass etwa 20 Betten für Behandlungen und Eingriffe im Rahmen der stationären Grundversorgung und etwa 20 Betten für orthopädische Eingriffe gebraucht werden. Der Fokus Orthopädie mit dem Schwerpunkt Gelenkersatz wird zu diesem Zweck ausgebaut. Zudem sollen etwa 40 Betten für die Rehabilitation mit dem Schwerpunkt muskuloskeletale Rehabilitation zur Verfügung stehen.

Ebenfalls eingeschlossen in den 80 Betten ist der Bedarf für Geburtshilfe und Gynäkologie. Wie gross der Bedarf an Betten für die einzelnen Disziplinen effektiv sein wird, wird sich erst im Verlauf des Betriebes erweisen. Sollte sich in der ersten Betriebsphase zeigen, dass das Spital insgesamt über zu wenig Betten verfügt, müsste auch eine Erweiterung um 20 Betten geprüft werden. Das in Planung stehende Spitalgebäude lässt eine solche Anpassung zu einem späteren Zeitpunkt zu.

3. Im Spital gibt es ein umfangreiches Sprechstundenangebot in unterschiedlichen Fachgebieten und mit den entsprechenden medizinischen Einrichtungen wie konventionelles Röntgen, CT, MRI und Endoskopie. Die teleradiologische Befundung wird in Kooperation mit dem Standort LUKS Luzern betrieben.
4. Es werden vier Operationssäle realisiert (zwei ambulant und zwei stationär).
5. Für das konkrete Angebot wird die notwendige Anzahl monitorisierter Betten geschaffen. Zurzeit ist davon auszugehen, dass es eine Intensivüberwachungsstation (Intermediate Care Unit, [IMC]) sein wird.
6. Das Rettungsdienstangebot wird bedarfsgerecht ausgebaut.
7. Aus- und Weiterbildungsstellen sind weiterhin anzubieten. Auch soll das Spital weiterhin in das Praxisassistentenprogramm und das Luzerner Curriculum Hausarztmedizin einbezogen sein.

Weiter hat unser Rat entschieden, dass dieses Leistungsangebot im Rahmen der Versorgungsplanung gemeinsam mit den Netzwerkpartnern zu überprüfen ist.

Parallel dazu wurden in Ihrem Rat im November 2022 fünf gleichlautende Einzelinitiativen (E [1036](#), E [1038](#), E [1039](#), E [1040](#) und E [1042](#)) über die Grund- und Notfallversorgung an den Spitalstandorten [des LUKS] eingereicht, die fordern, dass § 8 des [Spitalgesetzes](#) mit einem neuen Absatz 3 ergänzt wird, wonach durch die Luzerner Kantonsspital AG an den Standorten Luzern, Sursee und Wolhusen ein Spital mit mindestens einer ausreichenden, allen zugänglichen ambulanten und stationären medizinischen Grund- und Notfallversorgung angeboten wird. Zur Umsetzung des Anliegens der Einzelinitiativen hat Ihr Rat am 6. Mai 2024 eine Änderung des Spitalgesetzes beschlossen (Kantonsblatt Nr. [19](#) vom 11.5.2024, S. 1436 ff.). Die Änderung des Spitalgesetzes sieht insbesondere vor, dass das LUKS künftig von Gesetzes wegen in Luzern, Sursee und Wolhusen je mindestens eine medizinische Grund- und Notfallversorgung (Bereiche Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Anästhesie, Intermediate Care Unit [IMC] und interdisziplinäre Notfallstation mit 24-Stunden-Bereitschaft) anbieten muss. Eine Verpflichtung unseres Rates, das LUKS mit diesem Angebot in die Spitalliste aufzunehmen, sieht die Vorlage nicht vor. Die Ausarbeitung dieser Regelung durch die GASK erfolgte in enger Koordination mit den Arbeiten zum Planungsbericht.

Am 19. März 2024 hat die SVP die Volksinitiative «Für eine flächendeckende und garantierte Grundversorgung im Kanton Luzern» eingereicht. Diese verlangt eine gesetzliche Regelung, dass die vom LUKS an allen Standorten zu erbringende ambulante und stationäre Grund- und Notfallversorgung mindestens die Fachbereiche *Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe und Anästhesie* sowie eine *Intensivpflegestation und eine interdisziplinäre Notfallstation mit 24-Stunden-Bereitschaft* umfassen muss. Da die Initiative und die beschlossene Änderung des [Spitalgesetzes](#) mit der Grund- und Notfallversorgung an den Spitalstandorten

die gleiche Materie aufgreifen, hat Ihr Rat am 6. Mai 2024 entschieden, die Änderung des Spitalgesetzes der Initiative als Gegenentwurf gegenüberzustellen und den Stimmberechtigten in einer Doppelabstimmung zu unterbreiten, soweit die Initiative für gültig erklärt und abgelehnt wird. Die Beratung der Initiative ist für Herbst 2024 vorgesehen.

6.2 Vorgehen

Zur Überprüfung des von unserem Rat festgelegten Leistungsangebots des Neubaus des LUKS Wolhusen hat das GSD die «Arbeitsgruppe Spital Wolhusen» (im Folgenden: AG Wolhusen) eingesetzt. Dieser gehörten neben Vertretungen des Departementes auch solche des LUKS (Konzern und Standort Wolhusen), der zuweisenden Ärztinnen und Ärzte aus der Region, der Luzerner Ärztegesellschaft und der Vereinigung Luzerner Hausärztinnen und -ärzte, des Zentrums für Hausarztmedizin der Universität Luzern und von Pro Wolhusen sowie die Fraktionsvorsitzenden der in Ihrem Rat vertretenen Parteien an (Zusammensetzung AG Wolhusen im Anhang [2](#)). Im Rahmen der Arbeiten der AG Wolhusen wurde die Prüfung von Optionen des Leistungsangebots, die eine grundsätzliche Neupositionierung des LUKS Wolhusen (z. B. lediglich ein ambulantes Zentrum) bedeuten würden, explizit ausgeschlossen.

Die Arbeiten der AG Wolhusen gliederten sich in zwei Phasen:

In der *ersten Projektphase* von Februar bis April 2023 hat ein Ausschuss der AG Wolhusen, die sogenannte «Fachgruppe Spital Wolhusen» (im Folgenden: FG Wolhusen), das zukünftige Leistungsangebot entlang des Spitalplanungs-Leistungsgruppen-Konzepts (SPLG) definiert. Die FG Wolhusen hat einen Konsens darüber erzielt, dass im Neubau des LUKS Wolhusen folgende Leistungen angeboten werden sollen:

- Eine akutsomatische Grundversorgung mit 24-Stunden-Notfallversorgung (SPLG Basispaket),
- «Basis-Plus-Leistungen» (erweiterte Grundversorgung, die in Wolhusen im Verbund mit dem Zentrumsspital angeboten werden soll),
- Gynäkologie und Geburtshilfe,
- Orthopädie,
- Rehabilitation,
- eine Intensivüberwachungsstation (IMC),
- vier Operationssäle (zwei stationär, zwei ambulant) und
- ein umfassendes ambulantes Sprechstundenangebot.

Damit wurde das von unserem Rat 2022 festgelegte Leistungsangebot in inhaltlicher Hinsicht bestätigt. Zudem ist dieses Leistungsangebot auch kompatibel mit der von Ihrem Rat beschlossenen Umsetzung der fünf Einzelinitiativen ([E 1036](#), [E 1038](#), [E 1039](#), [E 1040](#) und [E 1042](#)).

In der *zweiten Projektphase* hat die AG Wolhusen auf Vorschlag des GSD und des LUKS drei Optionen für die räumliche Umsetzung dieses Leistungsangebots festgelegt. Die Optionen beschreiben die Bettenkapazitäten, mit denen das oben definierte Leistungsangebot erbracht werden soll. Grundlage bildete dabei eine Bettenzahl von 80, die dem laufenden Bauprojekt entspricht. Option 1 entspricht dabei der Bettenaufteilung gemäss dem Beschluss unseres Rates aus dem Jahr 2022. Die Optionen 1 und 2 unterscheiden sich in der Zuteilung der Betten auf die Bereiche Grundversorgung und Rehabilitation. Option 3 beinhaltet eine Gesamtkapazität von 100 Betten.

Die Ressourcenzuteilung im Bereich Orthopädie bleibt bei allen Optionen gleich, da diese Planzahlen von allen Parteien als sinnvoll und wichtig erachtet wurden. Somit geht es bei der Optionenwahl letztlich um die Frage, ob der Schwerpunkt auf der Grundversorgung oder auf der Rehabilitation liegen soll. Zudem hat das GSD durch PwC Schweiz die Kostenfolgen für die drei Optionen schätzen lassen.

Anzahl Betten	Option 1	Option 2	Option 3
Grundversorgung inkl. Geburtshilfe	20	40	40
Orthopädie	20	20	20
Rehabilitation	40	20	40
Total Betten	80	80	100
ungedeckte Kosten pro Jahr (in Mio. Fr.)	15,2 (12,6–17,9)	11,1 (8,2–14,0)	11,4 (8,4–14,5)

Tab. 34: Optionen des zukünftigen Leistungsangebots LUKS Wolhusen

Quellen: Darstellung GSD, Kostenschätzung PwC 2023

Bemerkung: Bei den ungedeckten Kosten pro Jahr wurde zusätzlich zur Kostenschätzung eine Bandbreite berechnet. Diese Bandbreite soll der Unsicherheit in Bezug auf die verschiedenen Parameter und Berechnungsgrößen Rechnung tragen. Sowohl der Ertrag exklusive GWL wie auch die Kosten wurden deshalb um +/- 1,5 Prozent «sensitiviert». Die höchsten ungedeckten Kosten resultieren, wenn der Ertrag um 1,5 Prozent tiefer ausfällt und die Kosten um 1,5 Prozent höher; die tiefsten ungedeckten Kosten resultieren entsprechend bei höherem Ertrag (+1,5 %) und tieferen Kosten (-1,5 %).

6.3 Ergebnis

Das GSD hat die drei Optionen aus einer umfassenden Perspektive anhand der von der GDK für die Spitalplanung empfohlenen Kriterien Bedarf, Qualität, Wirtschaftlichkeit und Erreichbarkeit/Zugang beurteilt.⁴⁴ Auf Basis dieser Beurteilung hat das GSD unserem Rat eine Empfehlung ausgesprochen.

Unser Rat hat sich nach umfassender Beratung für eine Umsetzung von Option 2 im Neubau Wolhusen entschieden. Zu diesem Entscheid haben folgende zentralen Überlegungen geführt:

- Option 1 bietet das schlechteste Kosten-Nutzen-Verhältnis aller Optionen und vermag dabei den prognostizierten Bedarf der Bevölkerung im Einzugsgebiet des Spitals Wolhusen an Grund- und Notfallversorgung gleichwohl nicht zu decken.
- Demgegenüber vermögen die Optionen 2 und 3 beide mit jeweils dafür vorgesehenen 40 Betten den bestehenden und künftigen Bedarf der Bevölkerung nach stationärer Grund- und Notfallversorgung zu decken. Beide Optionen führen zu jeweils ähnlichen ungedeckten Betriebskosten.
- Bei Option 3 sind für die Erweiterung auf 100 Betten 12 Millionen Franken höhere Investitionskosten für das LUKS nötig. Mit der höheren Bettenkapazität ist ein grösseres Risiko für weitere ungedeckte Kosten verbunden, sollte die der Kostenschätzung zugrundeliegende hohe Auslastung effektiv nicht erreicht werden können (nicht zuletzt mit Blick auf den sich akzentuierenden Fachkräftemangel).
- Option 2 führt gegenüber heute zu einer Reduktion von zehn Betten für die muskuloskelettale Rehabilitation in Wolhusen. Wie in Kapitel 5.3.5 dargelegt, gehen die Prognosen des Obsan für diesen Bereich bis 2035 von einem Mehrbedarf der Luzerner Bevölkerung von umgerechnet ungefähr 1,4 Betten pro Jahr aus. Dieser Mehrbedarf kann einerseits auch durch andere Anbieter abgedeckt werden (Erweiterung bestehender oder Erteilung neuer Leistungsaufträge). Andererseits ist es möglich, dass der Mehrbedarf auch im LUKS Wolhusen aufgrund einer stärker

⁴⁴ Vgl. dazu die [Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung](#).

als prognostizierten Ambulantisierung in der Grundversorgung oder der Orthopädie teilweise kompensiert werden kann. Sollte effektiv ein ungedeckter Mehrbedarf an Rehabilitationsbetten anfallen, besteht bei Option 2 zudem die Möglichkeit einer Aufstockung um 20 Betten. Eine solche ist gemäss Angaben des LUKS mit relativ geringem zusätzlichem Finanzbedarf und im laufenden Betrieb umsetzbar. Damit werden im Neubau Wolhusen auch keine Spitalkapazitäten auf Vorrat gebaut.

In der Gesamtwürdigung bietet Option 2 aus Sicht von Nutzen und Kosten für die Bevölkerung die beste Lösung für das künftige Leistungsangebot im Neubau Wolhusen.

Das Leistungsangebot nach Bezug des Neubaus (voraussichtlich im Jahr 2028) soll demnach wie folgt aussehen:

- Das Spital soll 80 Betten anbieten. In Abweichung vom Beschluss aus dem Jahr 2022 sollen davon 40 Betten für Behandlungen und Eingriffe im Rahmen der stationären Grundversorgung (Medizin/Chirurgie) und für Gynäkologie/Geburtshilfe gebraucht werden. 20 Betten sollen für orthopädische Eingriffe genutzt werden. Der Fokus Orthopädie mit dem Schwerpunkt Gelenkersatz wird zu diesem Zweck ausgebaut. Zudem sollen etwa 20 Betten für die Rehabilitation mit dem Schwerpunkt muskuloskelettale Rehabilitation zur Verfügung stehen.
- Zur Sicherstellung der Grundversorgung wird eine interdisziplinäre Notfallstation mit fachärztlicher Abdeckung rund um die Uhr angeboten.
- Der Betrieb einer hausärztlichen Notfallpraxis erfolgt in Abstimmung mit der Hausärzteschaft.
- Das umfangreiche Sprechstundenangebot umfasst verschiedene medizinische Fachgebiete mit den entsprechenden medizinischen Einrichtungen inklusive Endoskopie. Es werden bildgebende Verfahren wie konventionelles Röntgen, CT, und MRI angeboten.
- Das Spital sieht vier Operationssäle für stationäre und ambulante Eingriffe vor.
- Die Patientenüberwachung wird durch eine Intensivüberwachungsstation (Intermediate Care Station, IMC) sichergestellt. Das Betriebskonzept und das Organisationsreglement richten sich nach dem Bedarf. Bei der Definition des Bedarfs und der Anforderungen werden die in die Grundversorgung involvierten Kliniken am Standort Wolhusen (Orthopädie, Traumatologie, Chirurgie, Medizin, Gynäkologie/Geburtshilfe und Anästhesie) sowie das «Netzwerk Intensivmedizin» der LUKS Gruppe einbezogen.
- Das Rettungsdienstangebot wird bedarfsgerecht weitergeführt.
- Es werden weiterhin Aus- und Weiterbildungsstellen (Facharztweiterbildungen) angeboten. Zudem soll das LUKS Wolhusen weiterhin in das Praxisassistentenprogramm und das Luzerner Curriculum Hausarztmedizin einbezogen sein.
- Das Betriebskonzept soll periodisch anhand der aktuellen Bedürfnisse und Gegebenheiten im Rahmen der Versorgungsplanung und unter angemessenem Einbezug der Netzwerkpartner überprüft werden.

Das beschriebene Leistungsangebot führt beim geplanten Bau zu keinen grösseren Adaptierungen und entsprechend zu keinen zeitlichen Verzögerungen. Das Spitalgebäude wird flexibel und modular gebaut, um spätere Anpassungen für ambulante

und/oder stationäre Angebote möglichst einfach realisieren zu können. Entsprechend muss eine allfällige Erweiterung der Bettenkapazität (Aufstockung) jederzeit möglich bleiben.

Aufgrund von Berechnungen der PwC Schweiz ist zurzeit davon auszugehen, dass die nicht über die ordentlichen Tarife gedeckten Kosten dieses Leistungsangebots (inkl. Anlagenutzungskosten) jährlich zwischen 8,2 und 14,0 Millionen Franken betragen werden. Diese Kosten müssen vom Kanton als Besteller als gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) im Sinne der Aufrechterhaltung des Spitalbetriebs aus regionalpolitischen Gründen («service public») abgegolten werden (Art. 49 Abs. 3 [KVG](#); §§ 5 Abs. 2c und 6d Abs. 1 [Spitalgesetz](#)), soweit sie auf einer wirtschaftlichen Leistungserbringung beruhen. Eine rechtliche Verpflichtung dazu besteht im Rahmen der geltenden Rechtsordnung indes nicht. Es wird deshalb an Ihrem Rat liegen, jährlich die für die Erbringung des Leistungsangebots benötigten GWL auch zu sprechen, insbesondere wenn dieses Angebot – wie von den Einzelinitiativen gefordert – teilweise auch im Gesetz festgeschrieben werden sollte.

7 Vision und strategische Stossrichtungen

In diesem Kapitel werden in einer Einleitung die Hintergründe der Vision Gesundheitsversorgung 2035 ff. beschrieben (Kap. [7.1](#)), bevor anschliessend die Vision (Kap. [7.2](#)) und die strategischen Stossrichtungen 2025–2030 (Kap. [7.3](#)) vorgestellt werden. Abschliessend folgen Ausführungen zur Rolle des Kantons, der Gemeinden und weiterer Gesundheitspartner (Kap. [7.4](#)).

7.1 Einleitung

Die Vision Gesundheitsversorgung 2035 ff. und die darauf basierenden strategischen Stossrichtungen und Massnahmen 2025–2030 zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern sind das Resultat einer umfassenden Analyse der Ausgangslage, der Würdigung der wichtigsten Trends und Herausforderungen sowie einer Abschätzung des künftigen Versorgungsbedarfs im Kanton Luzern. Einen wesentlichen Einfluss bei der Definition der strategischen Stossrichtungen und Massnahmen hatten die Vertreterinnen und Vertreter des Luzerner Gesundheitswesens (Leistungserbringende, Partnerorganisationen und Politik). Über eine schriftliche Befragung, bilaterale Gespräche sowie im Rahmen diverser themenspezifischer Arbeitsgruppen sind eine Vielzahl von Inputs für die dringend nötige Weiterentwicklung der Luzerner Gesundheitsversorgung zusammengekommen. An zwei interaktiven Grossgruppenveranstaltungen (Zusammensetzung der Echogruppe Planungsbericht Gesundheitsversorgung siehe Anhang [2](#)) wurden diese Ideen breit diskutiert und einer ersten groben Priorisierung unterworfen.

Welche Handlungsfelder sollten Ihrer Meinung nach priorisiert werden?

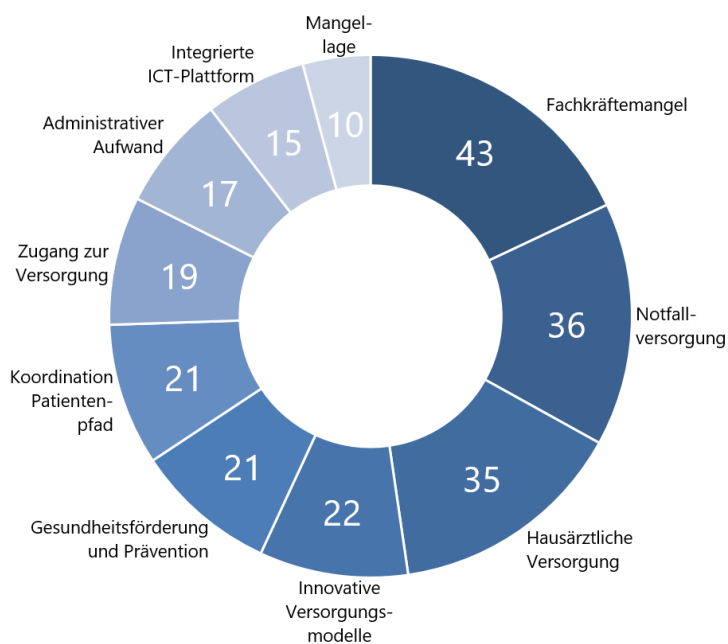


Abb. 16: Ergebnis der Priorisierung der Handlungsfelder an der Echo-Veranstaltung vom 23. Mai 2023

Quelle: GSD

Bemerkung: Es haben 50 Personen an der Umfrage teilgenommen. Jede Person konnte maximal fünf Handlungsfelder auswählen.

Vision und strategische Stossrichtungen zeigen auf, wo der Kanton in den nächsten Jahren seine Prioritäten für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung setzen will. Letztlich geht es dabei darum, die Grundversorgung der Luzerner Bevölkerung trotz knapper werdenden Ressourcen (Fachpersonen) bei gleichzeitig wachsendem Bedarf (Demografie) weiterhin möglichst wohnortsnah, in guter Qualität und zu finanzierbaren Kosten aufrechtzuerhalten. Dies ist, wie in den Kapiteln 2–5 umfassend dargelegt, eine eigentliche Herkulesaufgabe, für deren Erfüllung die nötigen Mittel bereitgestellt werden müssen. Wenn es nicht gelingt, die in diesem Bericht vorgeschlagenen Massnahmen innert nützlicher Frist umzusetzen, ist die Versorgungssicherheit der Luzernerinnen und Luzerner mittel- bis langfristig gefährdet.

Der Kanton kann vor allem dafür sorgen, dass die Rahmenbedingungen für die Leistungserbringenden im Luzerner Gesundheitswesen so gestaltet sind, dass die nötigen Entwicklungsschritte möglich werden. Letztlich ist die Gesundheitsversorgung eine Netzwerkaufgabe, die funktioniert, wenn sich alle Netzwerkpartnerinnen und -partner (inklusive der Patientinnen und Patienten) aktiv und konstruktiv einbringen. Entsprechend sind die nachfolgenden strategischen Stossrichtungen und Massnahmen des Kantons nur ein (kleiner) Teil der nötigen Arbeiten zur Weiterentwicklung der Luzerner Gesundheitsversorgung. Ein Vielfaches an Projekten und Initiativen ist auf Seiten der Leistungserbringenden und der diversen Berufs- und Fachverbände von Nöten, um die Versorgung in der bisherigen guten Qualität sicherzustellen.

7.2 Vision Gesundheitsversorgung 2035 ff.

Der Kanton Luzern richtet seine Aktivitäten zur Weiterentwicklung der kantonalen Gesundheitsversorgung an der Vision Gesundheitsversorgung 2035 ff. aus.

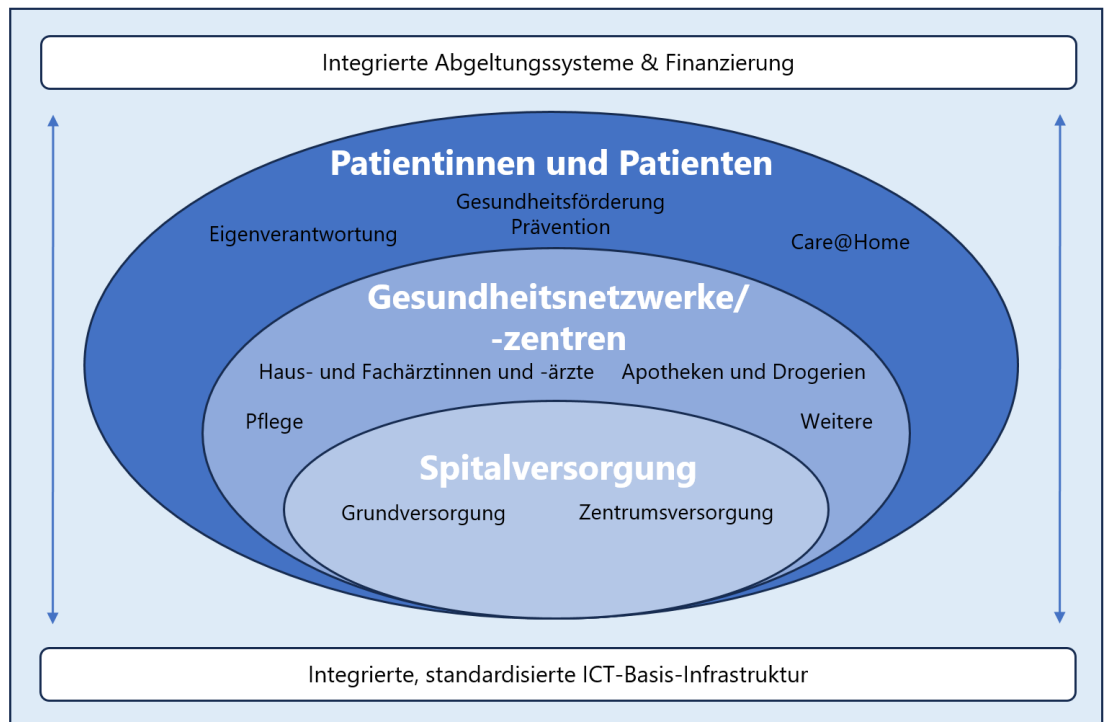


Abb. 17: Vision Gesundheitsversorgung 2035 ff.

Quelle: Interne Daten des GSD

Bemerkungen: Die Spitalversorgung umfasst die Akutsomatik, die Rehabilitation und die Psychiatrie. Unter «Pflege» auf Ebene der Gesundheitsnetzwerke/-zentren wird die spitalexterne ambulante und stationäre Pflege verstanden. Unter «Weitere» werden alle weiteren nichtuniversitären Gesundheitsberufe subsummiert. Bei den Abgeltungssystemen, der Finanzierung sowie der integrierten und standardisierten ICT-Basis-Infrastruktur handelt es sich um Rahmenbedingungen, die massgeblich auf nationaler Ebene definiert werden.

Die Vision beinhaltet folgende zentrale Elemente:

1. Die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern richtet sich nach einem ganzheitlichen Gesundheitsbegriff aus: Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen (§ 2 GesG). Das Gesundheitswesen umfasst alle Massnahmen und Leistungen zur Förderung, zum Schutz, zur Erhaltung und zur Wiederherstellung der Gesundheit der Luzerner Bevölkerung.
2. Die Gesundheitsförderung und die Prävention sind wichtige Pfeiler der Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern. Es gilt der Grundsatz «Prävention statt Intervention».
3. Die Versorgungsleistungen sind konsequent auf den Patientennutzen entlang des gesamten Behandlungspfades hin ausgerichtet (integrierte Gesundheitsversorgung). Patientinnen und Patienten sind als Partnerinnen und Partner in die Prozesse integriert; ihre Gesundheitskompetenz wird gefördert und ihre Eigenverantwortung aktiv eingefordert, sodass sie möglichst eigenständig und adäquat durch das Gesundheitswesen «navigieren» und die passende Versorgungsleistung zur passenden Zeit am passenden Ort und bei der passenden Fachperson in Anspruch nehmen können.
4. Basis des integrierten Versorgungssystems bilden regionale Gesundheitsnetzwerke/-zentren, die folgende Kernaufgaben erfüllen:
 - Sicherstellung einer möglichst wohnortsnahen Grundversorgung in enger Zusammenarbeit mit den dezentralen Leistungserbringenden der Region (Arztpraxen, Spitex usw.),
 - Steuerung des Zugangs zur spezialisierten Versorgung, insbesondere zur Spitalversorgung,

- Koordination der Leistungen über den ganzen Patientenpfad (medizinisch/pflegerisch, administrativ/rechtlich usw.) und Unterstützung der Patienteninteressen im gesamten Versorgungssystem.
5. Die Spitäler agieren im inner- und interkantonalen Verbund. Zentrumsspitäler werden ergänzt durch Regionalspitäler und durch Spitäler und Kliniken mit spezialisiertem Leistungsangebot. Spitäler sowie regionale Gesundheitsnetzwerke/-zentren arbeiten intensiv zusammen und bilden gegenüber den Patientinnen und Patienten eine gut koordinierte Einheit.

Wichtige Rahmenbedingungen zur vollumfänglichen Umsetzung der Vision müssen auf nationaler Ebene geschaffen werden:

- Die Versorgungsprozesse werden digital unterstützt. Der elektronische Datenaustausch zwischen den Akteurinnen und Akteuren im Versorgungsprozess ist standardisiert, sicher und benutzerfreundlich. Die relevanten Patientendaten sind für alle berechtigten Akteurinnen und Akteure (inkl. Patientinnen und Patienten) einfach und rasch verfügbar. Das Potenzial moderner, digitaler Technologien wird laufend zur Weiterentwicklung der Versorgungsprozesse genutzt.
- Qualitätsfördernde Vergütungsmechanismen über den gesamten Behandlungspfad sind eingeführt. Dabei wird darauf zu achten sein, mögliche Fehlansätze zu vermeiden. Finanzierung und Tarifierung fördern integrierte Gesundheitsversorgungsleistungen, die Nutzung digitaler Lösungen, die Einbindung neuer Fachkräftepotenziale sowie den Einbezug der Patientinnen und Patienten ins Versorgungssystem.

Die Vision Gesundheitsversorgung 2035 ff. zeichnet ein Zielbild, das die wesentlichen Trends im System berücksichtigt und zentrale Ziele der gesundheitspolitischen Strategie [Gesundheit2030](#) des Bundes aufnimmt.

Der Umbau der aktuell hochfragmentierten Versorgungsstrukturen in eine integrierte, vernetzte Gesundheitsversorgung braucht Zeit (mind. 15 Jahre) und erfordert eine Zusammenarbeit von Leistungserbringenden, Politik, Gemeinden und Kanton. Erst wenn die nötigen rechtlichen, tarifarischen, infrastrukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen vorhanden sind, kann die Transformation in Richtung einer regional gesteuerten, integrierten Gesundheitsversorgung ihre Wirkung und ihren Nutzen entfalten. Der Handlungsspielraum des Kantons bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen ist in vielen Bereichen abhängig von den entsprechenden Entwicklungen auf nationaler Ebene. Dies soll den Kanton aber nicht daran hindern, die Vision Gesundheitsversorgung 2035 ff. entschlossen und zügig an die Hand zu nehmen.

7.3 Strategische Stossrichtungen 2025–2030

Die strategischen Stossrichtungen beschreiben die aus Sicht des Kantons Luzern zentralen Themenbereiche, die in den nächsten Jahren (2025–2030) mit hoher Priorität zu bearbeiten sind. Sie ergeben sich aus der umfassenden Lagebeurteilung, die im Rahmen der Erarbeitung des Planungsberichtes zusammen mit den Partnerinnen und Partnern im Luzerner Gesundheitswesen vorgenommen wurde. Die strategischen Stossrichtungen konkretisieren die Vision Gesundheitsversorgung 2035 ff. und geben den thematischen Rahmen für die nachfolgenden Massnahmen.



Abb. 18: Übersicht strategische Stossrichtungen und Massnahmen 2025–2030
Quelle: Interne Daten des GSD

7.3.1 Integrierte Gesundheitsversorgung

Regionale Gesundheitsnetzwerke/-zentren machen aus einer Vielzahl hochqualifizierter Einzelkämpferinnen und Einzelkämpfer ein auf den Patientennutzen hin ausgerichtetes Versorgungsteam, das bessere Qualität mit weniger Aufwand leisten kann. Denn der Aufbau neuer und die Stärkung bestehender integrierter Versorgungsmodelle haben das Potenzial, unnötige Behandlungen zu reduzieren, Komplikationen durch fehleranfällige Kommunikation zu minimieren und die knappen Ressourcen im Gesundheitswesen auf das auszurichten, was den Patientinnen und Patienten effektiv einen Nutzen bringt. Auf der Basis innovativer Prozesse und ebensolcher Organisationsformen sollen die Patientinnen und Patienten von einem breiten, interdisziplinären Angebot profitieren, das aus einer Hand geführt beziehungsweise koordiniert wird.

Die integrierte Gesundheitsversorgung fokussiert auf den Bedarf und die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten an medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und sozialen Dienstleistungen entlang der gesamten Behandlungskette (Gesundheitsförderung und Prävention, Diagnose und Behandlung, Krankheitsbewältigung und Rehabilitation, Langzeitpflege und -betreuung, Palliative Care).

Zur konsequenten Verfolgung der strategischen Stossrichtung soll eine kantonale Strategie «Integrierte Gesundheitsversorgung» erarbeitet werden. Diese schafft eine wichtige Grundlage für ein kantonales Verständnis der integrierten Gesundheitsversorgung und für die Mitwirkung aller Gesundheitspartner. Die Strategie zeigt mit konkreten Zielen den Weg zur Erreichung der Vision Gesundheitsversorgung 2035 ff.

7.3.2 Sicherung Grundversorgung

Die ambulante und stationäre Grundversorgung (inkl. Notfallversorgung) steht bereits heute stark unter Druck. In den nächsten Jahren wird der Bedarf nach Grundversorgungsleistungen weiter ansteigen (Demografie) und die verfügbaren Ressourcen (Fachpersonal) werden sich nochmals verknapfen. Damit die Grundversorgung der Bevölkerung im ganzen Versorgungsraum weiterhin gewährleistet bleibt, müssen die

Fundamente der Grundversorgung möglichst erhalten und der Zugang zum System besser gesteuert werden (z. B. Zugang zu Notfallstationen). Insbesondere eine bedarfsgerechte, hausärztliche Versorgung in allen Regionen des Kantons ist zwingende Voraussetzung für eine qualitativ gute und kostengünstige Grund- und Notfallversorgung. Zudem gilt es, dem Fachkräftemangel im Gesundheitswesen mit geeigneten Massnahmen entgegenzutreten. Ergänzend dazu soll ein Konzept ausgearbeitet werden, das definiert, wie das Versorgungssystem im Kanton Luzern organisiert sein soll, wenn in gewissen Bereichen der Gesundheitsversorgung eine Mangel- lage eintreten sollte.

7.3.3 Inanspruchnahme und Eigenverantwortung

Es wird künftig von entscheidender Bedeutung sein, dass Versorgungsleistungen nur bei Krankheiten und Beschwerden in Anspruch genommen werden, die tatsächlich von einer Gesundheitsfachperson behandelt werden müssen. Durch zusätzliche Investitionen in die Gesundheitsförderung und Prävention soll die Gesundheit der Luzerner Bevölkerung gefördert und der Grundsatz «Prävention vor Intervention» verfolgt werden. Im Fokus stehen dabei insbesondere Massnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. Die Gesundheitskompetenz umfasst gemäss [Careum](#) die Motivation, das Wissen und die Fähigkeit einer Person, Gesundheitsinformationen finden, verstehen, beurteilen und darauf basierend Entscheidungen bezüglich Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung treffen zu können, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Je höher die Gesundheitskompetenz einer Person ist, desto besser kann sich die Person um die eigene Gesundheit kümmern. Eine höhere Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Kombination mit sinnvollen Präventionsangeboten kann sowohl die Belastung der knappen Ressourcen als auch die Kosten im Gesundheitswesen reduzieren.

7.4 Rollen und Aufgaben

Im Folgenden wird auf die Rollen und Aufgaben des Kantons, der Gemeinden, der Leistungserbringenden sowie der Bildungsinstitutionen eingegangen.

7.4.1 Rolle und Aufgaben des Kantons

Nach Artikel 117a Absatz 1 [BV](#) haben Bund und Kantone «im Rahmen ihrer Zuständigkeiten» für eine ausreichende, allen zugängliche und qualitativ hochstehende medizinische Grundversorgung zu sorgen.

Gemäss Artikel 3 [BV](#) obliegt es – soweit die BV nicht den Bund für zuständig erklärt – grundsätzlich den Kantonen, die medizinische Versorgung zu gewährleisten. Die Kantone müssen die medizinischen Grundversorgungsleistungen nicht selbst erbringen, jedoch mit geeigneten Regulierungs- und Vollzugsinstrumenten dafür sorgen, dass tatsächlich eine ausreichende, qualitativ hochstehende und allen zugängliche medizinische Grundversorgung besteht. Aufgrund des Subsidiaritätsgrundsatzes (Art. 5a BV) hat das Tätigwerden des Kantons auch in der medizinischen Grundversorgung in Ergänzung zu persönlicher Verantwortung und privater Initiative zu erfolgen. Dort, wo die private Initiative infolge Marktversagen (z. B. aufgrund von fehlendem Personal oder schlechten Rahmenbedingungen) nicht (mehr) ausreicht, müssen die Kantone tätig werden und die erforderlichen Massnahmen treffen. Weiter kann der Kanton zur Erhöhung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversor-

gung und zur Förderung der Versorgungssicherheit im Rahmen der Voranschlagskredite Massnahmen treffen und Beiträge an entsprechende Projekte und Institutionen ausrichten (§ 44a [GesG](#)).

Die Rolle und Aufgaben des Kantons unterscheiden sich nach den Versorgungsbereichen. Wir verweisen an dieser Stelle auf die Ausführungen in der ambulanten Versorgung (Kap. 4) und der stationären Versorgung (Kap. 5).

Mit der Formulierung der Vision Gesundheitsversorgung 2035 ff. nimmt der Kanton Luzern eine aktive Rolle in der Weiterentwicklung der Luzerner Gesundheitsversorgung ein. Er definiert mit der Vision ein Ziel, das mit der Umsetzung diverser Massnahmen (Kap. 8) unter Einbezug der Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern erreicht werden soll. Der Kanton erarbeitet dazu die strategischen und konzeptionellen Grundlagen, übernimmt die Koordination der involvierten Akteurinnen und Akteure und stellt die nötigen finanziellen Mittel zur Umsetzung der Massnahmen zur Verfügung.

7.4.2 Rolle und Aufgaben der Gemeinden

Gemäss der geltenden Aufgabenteilung in der Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern obliegt den Gemeinden lediglich in der Pflegeversorgung durch Spitex und Pflegeheime ein Versorgungsauftrag (§ 2a [BPG](#)). Daneben kommen den Gemeinden im Gesundheitswesen folgende Aufgaben zu:

- Aufsicht über das Gesundheitswesen innerhalb des Gemeindegebiets, die Überwachung der Umwelt- und Wohnhygiene, Massnahmen gegen gesundheitsschädliche Immissionen und die Mithilfe beim Vollzug gesundheitspolizeilicher Massnahmen kantonaler Behörden (§ 13 [GesG](#)),
- Erteilung der Betriebsbewilligung und die Aufsicht bei Spitex-Organisationen (§ 39 [GesG](#)),
- Gewährleistung der Palliativgrundversorgung ausserhalb der Spitäler und der gemeinsame Betrieb eines spezialisierten mobilen Palliativdienstes mit dem Kanton (§ 44b [GesG](#)),
- Prävention und Gesundheitsförderung, namentlich in den Bereichen Bewegung, Ernährung und Sucht (parallel und zusammen mit dem Kanton) (§ 46 [GesG](#)),
- Mütter- und Väterberatung (§ 49 [GesG](#)),
- schulärztlicher und schulzahnärztlicher Dienst an den Volksschulen (§§ 51 und 52 [GesG](#)),
- Bestattungswesen (§ 59 [GesG](#)).

Alle übrigen Bereiche des Gesundheitswesens – namentlich die Gewährleistung der medizinischen Grundversorgung – fallen in die Zuständigkeit des Kantons. Dies gilt insbesondere für die ambulante und stationäre Spitalversorgung (§§ 1 Abs. 1a, 2 und 4 Abs. 1 [Spitalgesetz](#)).

Mit Blick auf die strategischen Stossrichtungen sind die Gemeinden hauptsächlich in folgenden Bereichen einzubeziehen:

- Integrierte Gesundheitsversorgung: Zur Förderung der integrierten Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern sollen ein Forum «Integrierte Gesundheitsversorgung Luzern» (IGEL) geschaffen sowie Pilotprojekte zum Aufbau

regionaler Gesundheitsnetzwerke/-zentren angestossen werden. Die Gemeinden sind dazu eingeladen, das Entstehen von Gesundheitsnetzwerken/-zentren in ihren Regionen anzuregen respektive zu unterstützen (ideell, strukturell, finanziell).

- Sicherung Grundversorgung: Zur Sicherstellung einer ausreichenden und qualitativ guten Grundversorgung in allen Regionen braucht es weiterhin und verstärkt Investitionen zur Förderung der Hausarztmedizin. Während der Kanton zusätzliche Mittel in die Ausbildung von Hausärztinnen und Hausärzten investieren will, können die Gemeinden die Ansiedlung von Grundversorgern fördern, indem sie beispielsweise geeignete Praxisräumlichkeiten vermitteln.
- Inanspruchnahme und Eigenverantwortung: Die Gemeinden werden in die Konzipierung und Umsetzung der Massnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz zu gegebener Zeit einbezogen.

Die Kosten für die Gemeinden lassen sich nicht beziffern, da diese vom individuellen (freiwilligen) Engagement der Gemeinden abhängen.

7.4.3 Rolle und Aufgaben der Leistungserbringenden

Die Aufgabe der stationären und ambulanten Leistungserbringenden liegt in erster Linie darin, ihre Leistungen in guter Qualität, wirtschaftlich und zweckmässig zu erbringen. Des Weiteren engagieren sich die Leistungserbringenden in der Aus- und Weiterbildung der Fachpersonen.

Zur Erreichung der Vision Gesundheitsversorgung 2035 ff. ist das Engagement der Leistungserbringenden unverzichtbar. Zu nennen sind insbesondere zwei Bereiche: So wird die kantonale Strategie zur Förderung der integrierten Gesundheitsversorgung auf die aktive Mitwirkung der Leistungserbringenden aufbauen. Und die Entwicklung von Pilotprojekten zum Aufbau regionaler Gesundheitsnetzwerke/-zentren soll durch die Leistungserbringenden bottom-up angestossen werden.

7.4.4 Rolle und Aufgaben der Bildungsinstitutionen

Mit der Aus- und Weiterbildung von Fachpersonen der Gesundheitsversorgung sowie der Forschung übernehmen die Bildungsinstitutionen im Kanton Luzern eine wichtige Rolle. Sie können die Erreichung der Vision Gesundheitsversorgung 2035 ff. über unterschiedliche Kanäle unterstützen – namentlich über die Erhöhung der Bildungskapazitäten, den Einbezug aktueller Themen und angestrebter Entwicklungen in die Lehre (z. B. neue Berufsrollen, Nutzung digitaler Tools, interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit), das Schaffen neuer wissenschaftlicher Grundlagen zu Forschungsthemen an der Nahtstelle zwischen Gesundheitsprofessionen und Gesundheitsversorgung sowie die Mitwirkung in Projekten und Gremien.

8 Massnahmen, Finanzierung und Ausblick

In diesem Kapitel werden die Massnahmen vorgestellt (Kap. 8.1). Anschliessend folgen Ausführungen zur Finanzierung der Massnahmen (Kap. 8.2) und zum Ausblick auf die weiteren Schritte sowie die nächste Versorgungsplanung (Kap. 8.3).

8.1 Massnahmen

Aufbauend auf der Vision und den drei strategischen Stossrichtungen wurden acht prioritäre Massnahmen definiert. Die Massnahmen konzentrieren sich vor allem auf die Ausgestaltung von Rahmenbedingungen, welche die nötigen Transformationen im Versorgungssystem fördern sollen und vom Kanton direkt beeinflusst werden können. Die Ausgangslage zu den einzelnen Massnahmen ist in den Kapiteln 2–5 dieses Planungsberichtes umfassend dokumentiert.

Folgende Massnahmen sind vorgesehen:

Massnahme	Kurzbeschreibung
Forum «Integrierte Gesundheitsversorgung Luzern» (IGEL)	Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens im Kanton Luzern an einen Tisch bringen, um die Weiterentwicklung in Richtung integrierter Gesundheitsversorgung entlang der kantonalen Strategie «Integrierte Gesundheitsversorgung» gemeinsam zu gestalten.
Regionale Gesundheitsnetzwerke/-zentren	Pilotprojekte zum Aufbau regionaler Gesundheitsnetzwerke/-zentren anstossen.
Digitalisierung	Rahmenbedingungen für eHealth als Basis der integrierten Gesundheitsversorgung verbessern.
Fachkräftemangel	Aus- und Weiterbildung von Fachpersonen und Einsatz neuer Berufsgruppen fördern.
Konzept Mangellage	Konzept für koordinierte Prozesse und Verantwortlichkeiten beim Eintreten einer Mangellage erarbeiten.
Notfallversorgung	Zugang zu Notfalldiensten bedarfsgerecht steuern.
Gesundheitskompetenz	Gesundheitskompetenz und Eigenverantwortung der Bevölkerung gezielt fördern.
Prävention	Kantonales Brustkrebs-Früherkennungsprogramm sowie weitere Präventionsprogramme einführen.

Tab. 35: Übersicht Massnahmen 2025–2030

Quelle: Interne Daten des GSD

Im Folgenden werden die Massnahmen inklusive der für die Umsetzung anfallenden Kosten in groben Zügen beschrieben. Eine detaillierte Konzipierung der acht Massnahmen folgt nach Verabschiedung des Planungsberichtes durch Ihren Rat, wobei folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Alle Massnahmen werden unter Mitwirkung der betroffenen/relevanten Akteurinnen und Akteure entwickelt. Die in den Massnahmenbeschrieben unter «mögliche Kooperationen» erwähnten Akteurinnen und Akteure werden in

der Vorbereitung der detaillierten Konzipierung der Massnahmen definitiv festgelegt.

- Grundsätzlich sollen die Massnahmen zu möglichst wenig Mehraufwand bei den involvierten Akteurinnen und Akteuren führen.
- Selbstvertretende von vulnerablen Bevölkerungsgruppen sind gezielt einzu-beziehen, um die Zugänglichkeit zu den Angeboten sicherzustellen und eine möglichst hohe Wirksamkeit der Massnahmen zu ermöglichen.

8.1.1 Forum «Integrierte Gesundheitsversorgung Luzern» (IGEL)

Massnahme 1	Forum „Integrierte Gesundheitsversorgung Luzern“ (IGEL): Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens im Kanton Luzern an einen Tisch bringen, um die Weiterentwicklung in Richtung «integrierter Gesundheitsversorgung» entlang der kantonalen Strategie «Integrierte Gesundheitsversorgung» gemeinsam zu gestalten.
Stossrichtung	Integrierte Gesundheitsversorgung
Ausgangslage	Das Gesundheitsversorgungssystem ist stark fragmentiert und besitzt dadurch Potenzial für Effizienz- und Effektivitätsgewinne. Die Schnittstellen sind fehleranfällig, oft nicht patientenfreundlich gestaltet und mitverantwortlich für unnötige Leistungen und Kosten im System. Die Digitalisierung und neue ganzheitlichere Abgeltungsmodelle (z. B. einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen, EFAS) ermöglichen es, die längst fällige Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in Richtung «integrierter Gesundheitsversorgung» umzusetzen. Damit dies gelingt, müssen möglichst alle Akteurinnen und Akteure (inkl. Patientinnen und Patienten) bei einem gut koordinierten Entwicklungsprozess mitmachen. Der Kanton erarbeitet dazu unter Einbezug der Akteurinnen und Akteure eine kantonale Strategie «Integrierte Gesundheitsversorgung».
Kurzbeschreibung	Der Kanton koordiniert und leitet entlang der kantonalen Strategie «Integrierte Gesundheitsversorgung» das breit abgestützte Forum «integrierte Gesundheitsversorgung Luzern» (IGEL). Das Forum IGEL übernimmt unter anderem folgende Aufgaben: – Vernetzung der Leistungserbringenden, um die gegenseitige Kenntnis laufender Projekte/Entwicklungen zu fördern, – Förderung und Begleitung von Pilotprojekten zur Realisierung von regionalen, integrierten Versorgungsmodellen mit Fokus Patientennutzen über den ganzen Behandlungspfad (siehe Kap. 8.1.2), – Optimierung der bestehenden Versorgungsprozesse durch bessere Koordination und eine Reduktion/Vereinfachung von Schnittstellen, – Reduktion der administrativen Belastung im System durch ein gemeinsames Vorgehen gegen die Bürokratie, – Koordinationsorgan für diverse strategische Projekte im Luzerner Gesundheitswesen (z. B. Fachkräftemangel, Digitalisierung/elektronisches Patientendossier, Einführung neuer Tarifsysteme usw.) und für die Umsetzung der Massnahmen des Planungsberichtes 2024.
Ziel und Nutzen	Das Forum IGEL ist eine Plattform für einen regelmässigen, strukturierten und ergebnisorientierten Austausch der Akteurinnen und Akteure im Luzerner Gesundheitswesen (inkl. Patientenvertretung) mit dem Ziel, die Gesundheitsversorgung konsequenter auf die Patientenpfade auszurichten und die knappen Ressourcen (Fachpersonen und Finanzen) im System effektiver und effizienter einzusetzen.

Kosten	<ul style="list-style-type: none"> – 100'000 Franken jährlich ab 2025 für externe Fach- und Projektressourcen und allgemeine Forumsadministration. – 400'000 Franken jährlich ab 2026 zur Umsetzung diverser Massnahmen der Strategie.
Termine	Die Strategie wird partizipativ im Jahr 2025 erarbeitet. Das Forum IGEL soll darauf aufbauend nach einer Konzeptionsphase (Teilnehmerkreis, Organisation, Aufgaben/Kompetenzen/Verantwortlichkeiten, Formate und Termine usw.) starten.
Mögliche Kooperationen	Die genaue Zusammensetzung des Forums muss – in Absprache mit den Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitswesen – erst noch definiert werden.
Schnittstellen	Der Kanton stellt sicher, dass das Forum IGEL sich nicht mit Themen befasst, für die bereits andere Projekt- oder Koordinationsorgane bestehen, oder er sorgt dafür, dass andere Gremien nach Möglichkeit ins Forum IGEL integriert werden. Die konzeptionellen Grundlagen zum Thema «integrierte Gesundheitsversorgung» (Bund, GDK, andere Kantone) sollen genutzt werden. Das Forum IGEL stellt die Koordination mit dem Bund und anderen (vor allem Zentralschweizer) Kantonen in angemessener Form sicher.

8.1.2 Regionale Gesundheitsnetzwerke/-zentren

Massnahme 2	Regionale Gesundheitsnetzwerke/-zentren: Pilotprojekte zum Aufbau regionaler Gesundheitsnetzwerke/-zentren anstossen
Stossrichtung	Integrierte Gesundheitsversorgung
Ausgangslage	Gesundheitsversorgung ist immer eine Gemeinschaftsleistung (mindestens zwischen Patient respektive Patientin und Leistungserbringenden). Bisher sind aber die verschiedenen Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens nur wenig vernetzt, die Gesundheitsförderung und Patientenaktivierung spielt noch eine untergeordnete Rolle und mit der Digitalisierung geht es kaum voran. Angesichts der grossen Herausforderungen (Demografie, Fachkräftemangel usw.) ist die starke Fragmentierung des Versorgungssystems möglichst schnell abzubauen.
Kurzbeschreibung	<p>Der Kanton fördert ausgewählte Pilotprojekte zum Aufbau von regionalen Gesundheitsnetzwerken/-zentren mit einem finanziellen Beitrag:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Im Fokus stehen Projekte mit breiter, interdisziplinärer Trägerschaft (ambulante und stationäre Leistungserbringende sowie Gemeinden und Regionen), die eine wohnortsnahe Grundversorgung fördern (insbes. in ländlichen Regionen) und spezifische Gesundheitsprogramme für Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten (z. B. Diabetes, Herzkrankheiten oder Asthma) anbieten. – Zudem sollen die Projekte ein professionelles, mit den nötigen Ressourcen ausgestattetes Koordinations- und Netzwerkmanagement vorsehen, das sich um die Prozesse entlang des ganzen Patientenpfades kümmert, die strukturierte und verbindliche Vernetzung der Netzwerkpartner fördert und den Einbezug der Patientinnen und Patienten stärkt. <p>Die Pilotprojekte werden durch das Forum IGEL ausgewählt.</p>
Ziel und Nutzen	Eine stabile, regional verankerte ambulante Versorgung ist ein unverzichtbares Fundament für die fortschreitende Ambulantisierung und für die Realisierung von neuen, innovativen Versorgungsprozessen (z. B. care@home/hospital@home). Letztlich wird damit eine Reduktion der stationären Leistungen und Kosten angestrebt. Regionale Gesundheitsnetzwerke/-zentren bieten interdisziplinäre Leistungen aus einer (organisatorischen) Hand an und sind Brückenbauer zwischen Patientinnen, Patienten und den verschiedenen Leistungserbringenden im System. Die regional organisierten Gesundheitseinheiten sorgen für eine optimale Allokation der knappen Ressourcen bei gleichzeitiger Fokussierung auf den

	Patientennutzen. Zudem sind sie eine Plattform für neue, attraktive Arbeitsmodelle für Fachpersonen im Gesundheitswesen und integrieren neue Berufsrollen (z. B. Pflegeexpertinnen und -experten APN) in ihre Prozesse.
Kosten	<ul style="list-style-type: none"> – 100'000 Franken im Jahr 2025 für die externe Begleitung bei den konzeptionellen Vorarbeiten (u. a. Erstellung Reglement), – 1,0–1,5 Millionen Franken jährlich ab 2026 für die Mitfinanzierung (zusammen mit der Trägerschaft/Region) von Kosten im Zusammenhang mit dem Netzwerk-/zentrumsaufbau und dem Netzwerkmanagement (Koordination/Schnittstellenmanagement), welche von den Tarifen bisher nicht abgegolten sind.
Termine	Entwicklung, Evaluation und Initiierung Pilotprojekte 2025 Start Pilotprojekt/e ab 2026.
Mögliche Kooperationen	Forum IGEL, Gemeinden, Regionen sowie HSLU und/oder Universität Luzern für die Projektevaluation.
Schnittstellen	Via Forum IGEL ist die Koordination mit bereits laufenden Verbund- und Zusammenarbeitsprojekten sicherzustellen. Die Erfahrungen mit integrierten Versorgungsmodellen aus anderen Regionen sind zu berücksichtigen (z. B. Gesundes Kinzigtal , Réseaux Santé Vaud). Gleiches gilt für die Konzepte zu innovativen Versorgungsmodellen des Bundes (u. a. Ergebnisse NFP 74) und den GDK-Leitfaden zur integrierten Gesundheitsversorgung.

8.1.3 Digitalisierung

Massnahme 3	Digitalisierung: Rahmenbedingungen für eHealth als Basis der integrierten Gesundheitsversorgung verbessern
Stossrichtung	Integrierte Gesundheitsversorgung
Ausgangslage	Das Gesundheitswesen nutzt die Möglichkeiten der Digitalisierung noch zu wenig. Zwar investierten einzelne Leistungserbringende viel in ihre ICT-Systeme, aber eine gemeinsame ICT-Basisinfrastruktur, die alle Akteure (inkl. Patientinnen und Patienten) einfach und sicher vernetzt, fehlt bisher. Entsprechend haben es integrierte Versorgungsmodelle schwer, ihre Prozesse effizient zu gestalten. Mit dem elektronischen Patientendossier und dem Projekt DigiSanté will der Bund in den nächsten Jahren einen Schub in die Digitalisierung im Gesundheitswesen bringen.
Kurzbeschreibung	<ul style="list-style-type: none"> – Der Kanton nutzt das Forum IGEL, um die Digitalisierung im Gesundheitswesen zur Förderung von integrierten, innovativen Lösungen voranzutreiben. – Er sorgt für rechtliche Rahmenbedingungen (z. B. Rechtsgrundlagen für Telemedizinprojekte generell, den Einsatz von modernen ICT-Tools wie zum Beispiel «Remote Monitoring Devices» [Geräte zur Fernüberwachung von Patientinnen und Patienten] und den Einsatz von Gesundheitsfachpersonen oder speziell geschultem Personal innerhalb von hybriden [physischen und digitalen] Versorgungsprozessen), die den effizienten Einsatz von eHealth-Anwendungen ermöglichen. – Er fördert die Nutzung der vom Bund bereitgestellten Basisinfrastrukturen (DigiSanté) und setzt sich aktiv ein, damit das elektronische Patientendossier von möglichst vielen Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Luzern und von möglichst allen Leistungserbringenden im Kanton genutzt wird.
Ziel und Nutzen	Durch eine sichere, rechtlich legitimierte digitale Kommunikation im Gesundheitswesen werden innovative Versorgungsprozesse ermöglicht, die Qualität der Behandlung verbessert, unnötige Doppelbearbeitung/-behandlungen verhindert und die Belastung der Leistungserbringenden durch administrative Arbeiten reduziert. Dies stellt eine Grundlage für eine effiziente, integrierte Gesundheitsversorgung dar.

Kosten	<ul style="list-style-type: none"> – 50'000 Franken jährlich ab 2025 für externe Fachexpertise (Datenschutz, Datensicherheit, Gesundheits- und Patientenrecht usw.) und für Informationskampagnen zum EPD (Bevölkerung zum Mitmachen beim EPD sensibilisieren), – Die Kosten, die der Kanton für den Betrieb und den Unterhalt des elektronischen Patientendossiers gemäss revidiertem EPDG (Inkraftsetzung 2028 geplant) wird übernehmen müssen, sind zurzeit noch nicht bekannt, – 200'000–300'000 Franken jährlich ab 2027 zur Umsetzung von Digitalisierungsprojekten im Kanton (im Zusammenhang mit der Strategie «Integrierte Gesundheitsversorgung»).
Termine	Die Umsetzung der Massnahmen startet ab 2025.
Mögliche Kooperationen	Forum IGEL, Bund (DigiSanté, EPDG), andere Kantone.
Schnittstellen	BAG-Projekte DigiSanté und EPDG-Revision. Diverse Digitalisierungsprojekte von einzelnen Leistungserbringenden.

8.1.4 Fachkräftemangel

Massnahme 4	Fachkräftemangel: Aus- und Weiterbildung von Fachpersonen und Einsatz neuer Berufsgruppen fördern
Stossrichtung	Sicherung Grundversorgung
Ausgangslage	Der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen wird sich insbesondere wegen der demografischen Entwicklung weiter akzentuieren. Fast alle Bereiche sind davon betroffen. Viele Massnahmen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen wurden in der Zwischenzeit bereits auf den Weg gebracht (siehe Ausführungen im Kap. 3.1 und unter Schnittstellen). Die nachfolgend beschriebenen Massnahmen sollen die laufenden, breit abgestützten Programme (insb. Umsetzung Pflegeinitiative, Finanzierung Weiterbildung Ärztinnen und Ärzte) ergänzen und konzentrieren sich auf die Fachkräfteförderung für die Grundversorgung.
Kurzbeschreibung	Der Kanton fördert in enger Zusammenarbeit mit den entsprechenden Berufsverbänden und Bildungsorganisationen Folgendes: <ul style="list-style-type: none"> – Ausbau Praxisassistentenprogramm für angehende Hausärztinnen und -ärzte (beinhaltet auch Pädiatrie), – Aufbau Praxisassistentenprogramm für angehende Fachapothekerinnen und Fachapotheker (bereits 2024 gestartet, Finanzierung gesichert), – Aus- und Weiterbildung AIN-Berufe (Anästhesie-, Intensiv- und Notfallpflege), – Einsatz von Pflegeexpertinnen und -experten APN.
Ziel und Nutzen	Die Grundversorgung soll über genügend Fachpersonen verfügen. Neben den Pflegefachpersonen, für die bereits viele Förderprogramme lanciert worden sind, gilt es vor allem auch bei der hausärztlichen Versorgung, bei den Apotheken und bei den AIN-Berufen für genügend Nachwuchs zu sorgen. Obige Massnahmen sollen einen Beitrag an attraktive Rahmenbedingungen für eine entsprechende Nachwuchsförderung schaffen.
Kosten	<ul style="list-style-type: none"> – 300'000–700'000 Franken jährlich ab 2025 für Praxisassistenten Hausärztinnen und Hausärzte (Lohnbeiträge), – 500'000 Franken jährlich ab 2025 für Ausbildungsbeiträge AIN-Berufe an Spitäler, – 150'000 Franken jährlich ab 2025 für APN-Projekt.
Termine	APN-Projekt (2024–2026), Aus- beziehungsweise Aufbau Praxisassistentenprogramme (Hausärzteschaft ab 2025, Fachapotheken ab 2024) sowie Ausbildungsbeiträge AIN-Berufe (ab 2025).

Mögliche Kooperationen	Verein Hausarztmedizin und Community Care, Zentrum für Hausarztmedizin und Community Care, Luzerner Apothekerverband, Ärztesgesellschaft, Spitäler/Kliniken, Spitex, XUND und HSLU.
Schnittstellen	<p>In Kapitel 3.1 ist eine Vielzahl von bereits lancierten Massnahmen gegen den Fachkräftemangel beschrieben. Dazu gehören folgende Massnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Aufbau neuer Studiengänge in Pflege an der HSLU (Bachelor und Master of Science in Pflege), – Ausbau des Studiengangs Medizintechnik/Life Science an der HSLU, – Förderung Ausbildung in Pflege HF/FH via Pflegeinitiative (Ausbildungsoffensive), – Ausbildungsverpflichtung Pflege (Sek II/FaGe, Fachangestellte Betreuung) für Spitäler, Pflegeheime und Spitex an den Bedarf anpassen, – Imagekampagnen für den Pflegeberuf (Aktionsplan BerufsmarketingPlus 2024–2026 via XUND). <p>Ein Grossteil dieser Massnahmen wird von Bildungsorganisationen, Berufsverbänden und Arbeitgebenden im Gesundheitswesen umgesetzt.</p> <p>Der Kanton stellt die Koordination mit diesen Organisationen und mit den Aktivitäten auf Ebene von Bund und GDK beziehungsweise mit den anderen Kantonen sicher.</p>

8.1.5 Konzept Mangellage

Massnahme 5	Konzept Mangellage: Konzept für koordinierte Prozesse und Verantwortlichkeiten beim Eintreten einer Mangellage erarbeiten
Stossrichtung	Sicherung Grundversorgung
Ausgangslage	Die angespannte Arbeitsmarktsituation wird sich verstärken. Bis 2040 wird schweizweit von rund 5500 fehlenden Ärztinnen und Ärzten und fast 40'000 fehlenden Pflegefachpersonen ausgegangen. Die Gesundheitsversorgung (inkl. der Grundversorgung) wird dadurch voraussichtlich eingeschränkt sein. Es ist wichtig, dass die Verantwortlichen der Luzerner Gesundheitsversorgung (Kanton, ambulante und stationäre Leistungserbringende) sich frühzeitig mit dieser Bedrohung auseinandersetzen und ein entsprechendes Mangellagekonzept entwickeln.
Kurzbeschreibung	<p>Der Kanton entwickelt mit den Versorgungspartnern ein «Konzept Mangellage», das u. a. Folgendes umfasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Mangellage definieren (welcher Mangel in welchen Bereichen usw.), – Schwellenwerte festlegen, – Monitoring aufbauen (Daten, Prozesse, Alarmierung usw.), – Vorgehen/Verantwortlichkeiten und weitere Regelungen je nach Mangellageniveau festlegen. <p>Des Weiteren prüft der Kanton eine entsprechende Notstandsgesetzgebung. Das Konzept Mangellage fokussiert hauptsächlich auf der stationären Akutsomatik. Die ambulanten Leistungserbringenden sind in die Konzepterarbeitung einzubeziehen.</p>
Ziel und Nutzen	Der Kanton Luzern ist vorbereitet, wenn eine Mangellage in der akutsomatischen Versorgung eintreten sollte, und kann die mit den verfügbaren Ressourcen bestmögliche Gesundheitsversorgung sicherstellen.
Kosten	– 250'000 Franken einmalig für Fach- und Projektressourcen für die Erarbeitung des Konzepts und die Entwicklung eines Mangellagemonitorings.
Termine	Das Konzept soll 2026 erstellt werden.
Mögliche Kooperationen	Forum IGEL, Kantonaler Führungsstab.
Schnittstellen	Bestehende Konzepte und Strategien zu Notlagen sind zu berücksichtigen.

8.1.6 Notfallversorgung

Massnahme 6	Notfallversorgung: Zugang zu Notfalldiensten bedarfsgerecht steuern
Stossrichtung	Sicherung Grundversorgung
Ausgangslage	Die Notfalldienste der Spitäler und Arztpraxen sind chronisch überlastet. Für die Patientinnen und Patienten ist das mit teilweise langen Wartezeiten verbunden und für die Gesundheitsfachpersonen mit einer oft überdurchschnittlichen Arbeitsbelastung. Viele Notfall-Konsultationen benötigen aus medizinischer Sicht keine dringende ärztliche Behandlung. Die grosse Inanspruchnahme der Notfalldienste belastet die Ressourcen der Spitäler und Arztpraxen und bindet Fachpersonal, das an anderen Orten fehlt.
Kurzbeschreibung	Der Kanton koordiniert die Umsetzung eines gemeinsam mit den verschiedenen Akteurinnen und Akteuren entwickelten Notfalltriagesystems, welches zum Beispiel folgende Lösungsansätze beinhalten kann: <ul style="list-style-type: none"> – Zentrale Notfalltriage-Nummer, – Telemedizinische Notfalltriage und Notfalltriage vor Ort für Walk-In Patientinnen und Patienten von grösseren Notfalldiensten (z. B. Spitäler), – Zugang zu Notfallangeboten im Spital nur nach Zuweisung via Triage, – Klärung der Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten bei der Notfallversorgung im Kanton Luzern inklusive Regelung der entsprechenden Abgeltung (z. B. für Hintergrunddienste der verschiedenen mit der Notfallversorgung beauftragten Akteurinnen und Akteure). Der Kanton stellt die wissenschaftliche Evaluation der Massnahmen sicher.
Ziel und Nutzen	Die nicht bedarfsgerechte Inanspruchnahme der Notfalldienste wird reduziert und es findet ein besserer Lastenausgleich zwischen den verschiedenen Notfallangeboten statt. Weiter wird die Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten gefördert und eingefordert und die knappen Fachkräfte-Ressourcen sind effizienter und effektiver im Einsatz.
Kosten	– 1,5–1,7 Millionen Franken jährlich ab 2025 (Kostendach für Beiträge des Kantons) für die Mitfinanzierung der Betriebskosten der Notfalltriage, die (noch) nicht durch ordentliche Abgeltungssysteme abgedeckt sind.
Termin	Konzepte im Jahr 2025 erstellen, Notfalltriage ab 2026 in Etappen in Betrieb nehmen.
Mögliche Kooperationen	Spitäler, Rettungsdienste, Ärztesellschaften, Universität Luzern (Evaluation) und weitere Akteurinnen und Akteure (z. B. Apotheken, Heime, Polizei usw.).
Schnittstellen	Krankenversicherungen (Telemedizin-Modelle usw.). Wo immer möglich sind die Aktivitäten mit anderen (Zentralschweizer) Kantonen oder nationalen Fachorganisationen abzustimmen oder gemeinsam zu planen und durchzuführen.

8.1.7 Gesundheitskompetenz

Massnahme 7	Gesundheitskompetenz: Gesundheitskompetenz und Eigenverantwortung der Bevölkerung gezielt fördern
Stossrichtung	Inanspruchnahme und Eigenverantwortung
Ausgangslage	Die Gesundheitskompetenz umfasst die Motivation, das Wissen und die Fähigkeit einer Person, Gesundheitsinformationen finden, verstehen, beurteilen und darauf basierend Entscheidungen treffen zu können, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Gesundheitskompetenz und Eigenverantwortung sind somit

	zentrale Voraussetzungen für eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme der Versorgungsleistungen. Weiter machen die wachsende Ambulantisierung und neue Versorgungsmodelle wie hospital@home aus den Patientinnen und Patienten (und ihren Angehörigen) zunehmend Mitwirkende im Behandlungsprozess.
Kurzbeschreibung	<p>Der Kanton fördert mit gezielten Massnahmen die Gesundheitskompetenz und Eigenverantwortung der Bevölkerung im Allgemeinen und von ausgewählten Zielgruppen im Besonderen (Personen mit spezifischen Erkrankungen, vulnerable Bevölkerungsgruppen):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ein «Wegweiser Gesundheit» vermittelt leicht zugängliche und verständliche Informationen über das Gesundheitssystem, die Versorgungslandschaft und die Rechte als Patientinnen und Patienten. – Mit dem Leitfaden Arztbesuch erhalten Patientinnen und Patienten ein Hilfsmittel, um sich auf Arztbesuche vorbereiten zu können. – Ein weiterer Weg, um die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten zu stärken, ist die Information und Kommunikation vonseiten der Gesundheitsfachpersonen. Insbesondere im Zusammenhang mit der zunehmenden Ambulantisierung ist eine sorgfältige Kommunikation wichtig (siehe Empfehlung 3 aus der Evaluation der KLV-Regelung «Ambulant vor Stationär» 2021–2022). Eine Übernahme des bestehenden Projekts «Selbstcheck Gesundheitskompetente Organisation» wird geprüft. – Spezifische Angebote zur Förderung des Selbstmanagements bei chronischen Erkrankungen sowie für polymorbide Patientinnen und Patienten werden geprüft.
Ziel und Nutzen	Die Fähigkeit der Luzerner Bevölkerung, gesundheitsbewusste Entscheidungen zu treffen und präventive Massnahmen zu ergreifen, wird verbessert. Damit wird die individuelle Gesundheit gestärkt. Neue, deutlich günstigere Versorgungsmodelle, insbesondere im Bereich der chronischen Erkrankungen, können dank mehr Eigenverantwortung und höherer Gesundheitskompetenz etabliert werden. Langfristig werden die Gesundheitskosten gesenkt, da die Ressourcen der Fachpersonen effizienter und effektiver eingesetzt werden können.
Kosten	– 100'000–350'000 Franken jährlich ab 2026 für die Entwicklung und Durchführung diverser Informations- und Sensibilisierungskampagnen. Diese Mittel decken auch die notwendigen Materialien, Medien usw. ab.
Termin	2026 Konzepte erstellen, ab 2027 Massnahmen umsetzen.
Mögliche Kooperationen	Ärztegesellschaften, Spitäler, Unternehmen, kantonale und kommunale Behörden und Institutionen, Patientenstelle Zentralschweiz, HSLU (Kompetenzzentrum «Prävention und Gesundheit», Universität Luzern (Fakultät für Gesundheitswissenschaften und Medizin), Kirchen.
Schnittstellen	Diverse Gesundheitsförderungsprogramme Kanton und Bund. Kommission Gesundheitsförderung und Prävention Kanton Luzern. Wo immer möglich sind die Aktivitäten mit anderen (Zentralschweizer) Kantonen und/oder nationalen Fachorganisationen und -gremien abzustimmen.

8.1.8 Prävention

Massnahme 8	Prävention: Kantonales Brustkrebs-Früherkennungsprogramm sowie weitere Präventionsprogramme einführen
Stossrichtung	Inanspruchnahme und Eigenverantwortung
Ausgangslage	Nichtübertragbare Krankheiten (NCD) verursachen gemäss BAG rund 80 Prozent der gesamten Gesundheitskosten. Zu den häufigsten NCD gehören Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Atemwegserkrankungen, Diabetes sowie Erkrankungen des Bewegungsapparates. Vor diesem Hintergrund will der Kanton mit gezielten Massnahmen in die Prävention von weit verbreiteten Erkrankungen investieren (Fokus Brustkrebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Diabetes) und damit das bereits etablierte Angebot an Gesundheitsförderung und Prävention im Kanton Luzern ergänzen.
Kurzbeschreibung	<ul style="list-style-type: none"> – Laut BAG erkrankt in der Schweiz jede dritte Person einmal an Krebs. Die WHO geht davon aus, dass 30–50 Prozent aller Krebsfälle durch Prävention und Vorsorge vermieden werden können. Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. In der Schweiz erkranken daran jährlich etwa 6000 Frauen. Der Kanton führt ein qualitätskontrolliertes, systematisches Brustkrebs-Früherkennungsprogramm (analog zur grossen Mehrheit der Kantone) ein. Frauen ab 50 Jahren werden periodisch angeschrieben und zu einem Screening eingeladen. Die Kosten für die Vorsorge im Rahmen dieses Programms sind franchisebefreit. – Spezifische Massnahmen zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes werden geprüft und gegebenenfalls eingeführt.
Ziel und Nutzen	<p>Das Brustkrebs-Früherkennungsprogramm erhöht durch eine frühzeitige Diagnose die Heilungschancen, ermöglicht eine schonendere Therapie und/oder verbessert den Krankheitsverlauf. Weiter hat es einen positiven Einfluss auf die Kosten beziehungsweise den Ressourceneinsatz des Versorgungssystems, da der Behandlungsaufwand bei rechtzeitiger Intervention deutlich tiefer ist. Zudem fördert es die Chancengleichheit in der Bevölkerung, da bei kantonalen Programmen deutlich mehr Frauen aus einkommensschwachen Schichten erreicht werden.</p> <p>Präventionsprogramme im Bereich Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes verfolgen ähnliche Ziele.</p>
Kosten	<ul style="list-style-type: none"> – 300'000–500'000 Franken jährlich ab 2025 für das Brustkrebs-Früherkennungsprogramm, – 300'000 Franken jährlich ab 2026 für Präventionsprogramme im Bereich Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes.
Termine	2025–2026 Brustkrebs-Früherkennungsprogramm konzipieren und Partner evaluieren, ab 2027 Programm lancieren und weitere Präventionsmassnahmen im Bereich Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes prüfen.
Mögliche Kooperationen	Spitäler, Radiologie-Institute, Krebsliga Zentralschweiz. Es ist zu prüfen, ob das Brustkrebs-Früherkennungsprogramm durch den Kanton oder eine externe Institution organisiert und administriert wird.
Schnittstellen	Andere kantonale Früherkennungsprogramme (Darmkrebs), integrierte Gesundheitsversorgung (für Krebsbetroffene besonders bedeutsam), bestehende kantonale Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen.

8.2 Kosten und Finanzierung

Im Rahmen der vorliegenden Versorgungsplanung wurde aufgezeigt, dass – mit Blick auf die zahlreichen bereits bestehenden und sich akzentuierenden Herausforderungen – die Sicherstellung einer ausreichenden und qualitativen Grundversorgung für die Bevölkerung im Kanton Luzern ein entschiedenes Vorgehen erforderlich macht. Die identifizierten Massnahmen zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung sind mit entsprechenden Kosten verbunden.

Massnahmen	Kosten in Tausend Fr.						
	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2025–2030
1 Forum «Integrierte Gesundheitsversorgung Luzern» (IGEL)	100	500	500	500	500	500	2600
2 Regionale Gesundheitsnetzwerke/-zentren	100	1000	1500	1500	1500	1500	7100
3 Digitalisierung	50	50	350	250	350	350	1400
4 Fachkräftemangel	950	1150	1350	1350	1350	1350	7500
5 Konzept Mangellage	0	150	100	0	0	0	250
6 Notfallversorgung	1500	1550	1600	1700	1700	1700	9750
7 Gesundheitskompetenz	0	100	200	350	350	350	1350
8 Prävention	300	800	800	800	800	800	4300
Total	3000	5300	6400	6450	6550	6550	34'250

Tab. 36: Kostenübersicht der Massnahmen 2025–2030

Quelle: Interne Daten des GSD

Die Umsetzung der Massnahmen kann nur und erst erfolgen, wenn die Finanzierung gesichert ist. Im Aufgaben- und Finanzplan (AFP) 2025–2028 sind für 2025–2027 entsprechend zusätzliche Mittel zur Finanzierung der Massnahmen eingeplant. Zur Umsetzung der Massnahmen im Jahr 2028 fehlen im AFP 2025–2028 rund 3,75 Millionen Franken.

Die Kosten für die Umsetzung dieser Massnahmen haben das Potenzial, die Grundversorgung der Luzerner Bevölkerung auch langfristig auf einem qualitativ guten Niveau zu halten. Zudem sind sie geeignet, die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen mittel- bis langfristig positiv zu beeinflussen beziehungsweise den entsprechenden Anstieg zu reduzieren. Insbesondere die Verlagerung von stationären Behandlungen in ein ambulantes Setting (inkl. vermehrter Einbezug der Patientinnen und Patienten) verfügt über ein grosses Kosteneinsparungspotenzial.

Die jährlichen Kosten für die Umsetzung der Planungsberichtsmassnahmen machen rund 1,4 Prozent der jährlichen Ausgaben des Kantons für die Gesundheitsversorgung von 411 Millionen Franken (Stand 2022) aus. Informationen zu den kantonalen Beiträgen an die Gesundheitsversorgung sind im Kapitel [2.5.1](#) zu finden.

Die im AFP 2025–2028 eingestellten Mittel für fallabhängige Leistungen und GWL reichen gemäss dem heutigen Wissensstand aus, um die geplante stationäre Gesundheitsversorgung im Bereich der Akutsomatik und Rehabilitation gemäss Kapitel 5 für die Periode des AFP 2025–2028 sicherzustellen.

8.3 Ausblick

Die Umsetzung der Massnahmen wird durch das GSD geleitet beziehungsweise koordiniert. Das neu geschaffene Forum IGEL soll zur Begleitung der Massnahmenumsetzung in beratender Funktion hinzugezogen werden. Basierend auf einem internen Monitoring wird die GASK jährlich über den Stand der Massnahmenumsetzung informiert.

Um die finanziellen und personellen Ressourcen besser einsetzen zu können, ist eine gestaffelte und priorisierte Umsetzung der Massnahmen geplant.

Nr.	Massnahme	2025	2026	2027	2028	2029	2030
1	Forum «Integrierte Gesundheitsversorgung Luzern» (IGEL)						
2	Region. Gesundheitsnetzwerke/-zentren						
3	Digitalisierung						
4	Fachkräftemangel						
5	Konzept Mangellage						
6	Notfallversorgung						
7	Gesundheitskompetenz						
8	Prävention						

Konzept
 Realisierung

Tab. 37: Zeitplan der Umsetzung der Massnahmen 2025–2030

Quelle: Interne Daten des GSD

Die strategische Gesamtplanung der Gesundheitsversorgung erfolgt gemäss gesetzlichem Auftrag alle sechs Jahre via Planungsbericht. Die vorliegende Planung wird bis zur Erarbeitung des nächsten Planungsberichtes laufend den neusten Entwicklungen angepasst, um rasch auf neue Herausforderungen reagieren zu können.

Der nächste Planungsbericht Gesundheitsversorgung soll folgende Aspekte noch stärker berücksichtigen:

- Die Orientierung am gesamten Versorgungspfad der Patientinnen und Patienten soll sich in der Struktur des nächsten Planungsberichtes zeigen,
- Die kantonsübergreifende Perspektive wird weiter an Bedeutung gewinnen. Hier gilt es, auf den Erfahrungen anderer Kantone (z. B. BL/BS, AI/AR) aufzubauen.

9 Ergebnis der Vernehmlassung

In diesem Kapitel werden das Vernehmlassungsverfahren (Kap. 9.1), die wiederholten und zentralen Stellungnahmen zu den Fragen aus der Vernehmlassung (Kap. 9.2) sowie die Unterschiede zwischen der Vernehmlassungsbotschaft und der definitiven Botschaft (Kap. 9.3) vorgestellt.

9.1 Vernehmlassungsverfahren

Im Februar 2024 hat unser Rat das GSD ermächtigt, den Bericht über die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern in die Vernehmlassung zu geben. Das Vernehmlassungsverfahren dauerte von Anfang März 2024 bis Ende Mai 2024. Zur Vernehmlassung wurden 83 Akteurinnen und Akteure eingeladen, so beispielsweise umliegende Kantone, alle kantonalen Departemente, der Verband Luzerner Gemeinden (VLG), die im Kantonsrat vertretenen politischen Parteien, stationäre und ambulante Leistungserbringende, Berufs- und Fachverbände, Bildungsinstitutionen, Versicherungen sowie weitere Organisationen mit Bezug zur Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern.

9.2 Stellungnahmen und deren Würdigung

Insgesamt sind 59 Stellungnahmen eingegangen. Teilgenommen haben fünf umliegende Kantone, drei Departemente und zwei Dienststellen, alle im Kantonsrat vertretenen politischen Parteien, der VLG, der Regionale Entwicklungsträger West (RET West), der Verein Pro Spital Wolhusen, drei Gemeinden, sechs stationäre Leistungserbringende (Kliniken/Spitäler/Geburtshaus), 16 Berufs- und Fachverbände, vier Bildungsinstitutionen, zwei Versicherungsverbände, die Kommission für soziale Einrichtungen (KOSEG) sowie acht weitere Organisationen mit Bezug zur Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern. Von den 83 eingeladenen Adressatinnen und Adressaten haben 37 darauf verzichtet, an der Vernehmlassung teilzunehmen. Hingegen reichten 13 Organisationen eine Stellungnahme ein, die nicht explizit eingeladen wurden – darunter der Schweizerische Verband des Personals öffentlicher Dienste (VPOD) und der Luzerner Gewerkschaftsverbund.

Im Folgenden werden die wiederholten und zentralen Rückmeldungen zu den Fragen aus der Vernehmlassung und zum allgemeinen Berichtsinhalt wiedergegeben (gegliedert nach den einzelnen Kapiteln).

9.2.1 Grundsätzliches

Von den 59 Teilnehmenden der Vernehmlassung stimmen 48 dem Planungsbericht zu (24) respektive mehrheitlich zu (24). Fünf Teilnehmende stimmen dem Planungsbericht mehrheitlich nicht zu. Von weiteren sechs Teilnehmenden fehlt diesbezüglich eine Antwort⁴⁵, wobei fünf dieser Stellungnahmen inhaltlich auf eine mindestens mehrheitliche Zustimmung schliessen lassen und sich eine Stellungnahme auf kritische Rückmeldungen zu Kapitel 6 (Exkurs LUKS Standort Wolhusen) beschränkt.

Mehrere Vernehmlassungsteilnehmende (RET West, Verein Pro Spital Wolhusen, SVP Kanton Luzern (nachfolgend: SVP), Stadt Willisau, Gemeinde Romoos) weisen darauf

⁴⁵ Sechs Stellungnahmen gingen nicht über das Online-Formular ein, weshalb von den Absenderinnen resp. Absendern Rückmeldungen zu den quantitativen Fragen fehlen. Auf einen erneuten Hinweis auf die sechs fehlenden Stimmen in der quantitativen Befragung wird im weiteren Text der einfacheren Lesbarkeit halber verzichtet.

hin, dass das grundsätzliche Problem in der Gesundheitsversorgung in der Finanzierung liegt, welche auf nationaler Ebene gelöst werden müsse.

Einzelne Vernehmlassungsteilnehmende vermissen bestimmte Aspekte im Bericht: Aus Sicht der Lups berücksichtigt der Bericht die Beteiligung der Psyche an somatischen Erkrankungen zu wenig. Die reformierte Kirche des Kantons Luzern kritisiert, dass sich der ganzheitliche Gesundheitsbegriff der WHO nicht konsequent durch den Bericht zieht. Die SP Kanton Luzern (nachfolgend: SP) regt an, die Gesundheitsversorgung umfassender zu denken und den Fokus noch stärker auf die Patientinnen und Patienten und deren Lebenswelt zu richten. Der VLG wünscht sich ein Kapitel zur Rolle und Aufgabe der Gemeinden.

Unser Rat teilt die Einschätzung, dass es sich bei den genannten Punkten um wichtige Themen handelt. Mit der Vision Gesundheitsversorgung 2035 ff. sollen die Patientinnen und Patienten und ihre Gesundheit nach dem ganzheitlichen Gesundheitsbegriff noch stärker in den Fokus rücken. Zur Rolle und Aufgabe der Gemeinde wurde der Bericht mit einem Kapitel ergänzt (Kap. [7.4.2](#)).

Der VPOD kritisiert den Grundsatz, dass die Leistungserbringenden im Wettbewerb möglichst «gleich lange Spiesse» haben sollen und bezweifelt, dass es im stark reglementierten Gesundheitswesen eine echte Chance auf Wettbewerb gibt, dass dieser Wettbewerb zu einer besseren Versorgungsqualität führt und dass die Wahlfreiheit für die Patientinnen und Patienten effektiv wahrgenommen werden kann.

Unser Rat anerkennt, dass der Markt stark reguliert ist. Dennoch halten wir am Grundsatz der möglichst hohen Gleichbehandlung privater und öffentlicher Leistungserbringender fest. Gleich lange Spiesse gehen sowohl mit gleichen Rechten (z. B. Bewerbung zur Leistungserbringung) als auch mit gleichen Pflichten (z. B. Ausbildungsverpflichtung) einher.

Der [Nationale Aktionsplan 2022-2026 zur Umsetzung der Istanbul Konvention](#) sieht als Massnahme 37 die «Sicherstellung der (rechts)medizinischen Versorgung von Opfern sexueller Gewalt (Krisenzentren)» vor. Die Dienststelle Soziales und Gesellschaft (DISG) und das Justiz- und Sicherheitsdepartement (JSD) betonen im Rahmen der Vernehmlassung, dass der Errichtung eines Zentrums zur medizinischen Erstversorgung bei häuslicher und sexueller Gewalt höchste Priorität eingeräumt werden soll.

Unser Rat anerkennt die Wichtigkeit einer unabhängigen, standardisierten und zeitnahen Beweissicherung. Am 20. Juni 2023 hat der Kantonsrat das [Postulat P 739](#) von Melanie Setz Isenegger über die Errichtung eines Zentrums zur medizinischen Erstversorgung bei häuslicher und sexueller Gewalt mit klarer Mehrheit überwiesen. Das Anliegen hat im aktuellen Massnahmenplan zur häuslichen Gewalt Eingang gefunden. GSD und JSD prüfen in diesem Zusammenhang auch die Planung und Errichtung eines Instituts für Rechtsmedizin.

9.2.2 Übergeordnete Themen

Die Einschätzungen und Schlussfolgerungen zu den übergeordneten Themen (Kap. [3](#)) teilen im Grundsatz 50 der 59 Vernehmlassungsteilnehmenden mit voller

(20) respektive mehrheitlicher (30) Zustimmung. Drei Teilnehmende stimmen dieser Aussage mehrheitlich nicht zu.

Fachkräftemangel

Diverse Berufs- und Fachverbände (SPV, Swiss Dental Hygienists, Senesuisse, CURAVIVA, Physioswiss Zentralschweiz, Spitex Kantonalverband und Schweizerischer Osteopathieverband FSO-SVO) weisen auf den Fachkräftemangel in ihren Berufsgruppen hin und regen entsprechende Fördermassnahmen an: Ausbildungsleistungen für Studierende (Podologie) respektive Ausbildungspraxen (Physiotherapie), Schaffung einer Ausbildungsstätte HF (Dentalhygiene), die Umsetzung der Pflegeinitiative auch auf Sekundarstufe, Erweiterung von Berufskompetenzen (Fachperson Gesundheit, SRK-Mitarbeitende), Bewilligung zur unselbständigen Tätigkeit unter einer zugelassenen Fachperson (Praktikantinnen und Praktikanten der Osteopathie). Weiter sprechen sich der Luzerner Gewerkschaftsbund für eine möglichst breite Umsetzung der Ausbildungsoffensive und der VPOD für eine proaktive Umsetzung des zweiten Pakets der Pflegeinitiative aus.

Unser Rat teilt die Einschätzung, dass der Fachkräftemangel mittlerweile in allen Berufen der Gesundheitsversorgung angekommen ist. Aus den folgenden Gründen können wir auf die einzelnen Anträge jedoch nicht eingehen:

- Bereits in der [Botschaft B 10](#) zur Ausbildungsoffensive in der Pflege HF/FH hat unser Rat dargelegt, dass wir es nicht als sachgerecht erachten, die Pflege- und Betreuungsausbildungen auf der Sekundarstufe II mit zusätzlichen finanziellen Mitteln seitens des Kantons und der Gemeinden zu fördern.
- Die Schaffung einer Ausbildungsstätte HF für Dentalhygiene ist Aufgabe der Berufs-/Fachverbände sowie weiterer interessierter Stellen (u. a. Zahnärztesgesellschaft, Berufsschulen, Fachschulen).
- Die Ausweitung der Berufskompetenzen für SRK-Mitarbeitende ist eine Frage der Vergütung und liegt in der Zuständigkeit der Krankenkassen.

Das LUKS beantragt eine weitergehende Übernahme der Weiterbildungskosten für Ärztinnen und Ärzte bei der Erlangung des Facharztstitels.

Unser Rat verweist auf die seit 2022 getätigten Ausbausritte (von 15'000 Franken im Jahr 2022 bis auf 30'000 Franken im Jahr 2025). Damit gehört der Kanton Luzern zu den bestzahlenden Kantonen. Eine weitere Erhöhung der Beiträge ist derzeit nicht vorgesehen.

Die GLP Kanton Luzern (nachfolgend: GLP) regt an, weitere Berufsgruppen mit einem Situationsbeschreibung im Bericht aufzuführen.

In den Kapiteln [4.1](#) und [4.3.2](#) wird dargelegt, dass dies derzeit aufgrund der sehr eingeschränkten Datenlage zu den meisten Berufsgruppen der nichtärztlichen Gesundheitsversorgung nicht möglich ist. Die Befragung der ambulanten Leistungserbringenden hat für die meisten Berufsgruppen ein ähnliches Lagebild ergeben, weshalb die qualitativen Rückmeldungen gebündelt dargelegt wurden.

Gesundheitsförderung und Prävention

Der VPOD spricht sich dafür aus, die Mittel für die Gesundheitsförderung als wichtige öffentliche Aufgabe zu verdoppeln.

Mit den durch unseren Rat beschlossenen Massnahmen werden die bereits bestehenden Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention gezielt ergänzt und die verfügbaren Mittel deutlich erhöht.

Senesuisse und Curaviva weisen darauf hin, dass die meisten der 70 Pflegeheime über keinen Heimzahnarzt bzw. keine Heimzahnärztin verfügten, ein obligatorischer zahnmedizinischer Untersuch bei Heimeintritt nicht umsetzbar ist und die Zahnprophylaxe im Zuständigkeitsbereich der Privatperson liegt.

Unser Rat weist darauf hin, dass sich der entsprechende Berichtsabschnitt auf die Mundgesundheit bei unselbständigen pflegebedürftigen Personen bezieht (= Heimbewohnende). Deren Mundpflege kann nicht Privatsache sein, da sie nicht in der Lage sind, die Mundpflege selber durchzuführen. Unser Rat erachtet die Mundgesundheit als einen essentiellen Faktor im medizinischen Gesamtkontext. Heimzahnärztinnen und Heimzahnärzte agieren als Ansprech- und Koordinationsperson der zahnmedizinischen Prophylaxearbeit im Heim. Weiter ist die Mundgesundheit der pflegebedürftigen Personen ein zentrales Element in der Public-Health-Strategie der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft SSO.

Palliativversorgung

Mehrere Vernehmlassungsteilnehmende (DISG), Senesuisse, Curaviva, Association Spitex privée Suisse: Verband der privaten Spitex-Organisationen (ASPS), Krebsliga Zentralschweiz, Wundnetzwerk/Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz, Grüne Kanton Luzern (nachfolgend: Grüne) und Hospiz Zentralschweiz) regen an, dass die offenen Anliegen bezüglich der Finanzierung der Palliativgrundversorgung, der Aufenthaltskosten in Hospizen oder hospiz-ähnlichen Strukturen sowie weiterer Spezialangebote (z. B. Psychogeriatric, Demenz, Akut- und Übergangspflege) angegangen werden sollen. Das LUKS betont die Wichtigkeit einer flächendeckenden Umsetzung von Palliativkonzepten in Pflegezentren und spricht sich dafür aus, dass eine flächendeckende Palliativversorgung entsprechende finanzielle und personelle Ressourcen braucht.

An dieser Stelle ist auf die politische Diskussion auf nationaler Ebene zu verweisen ([Motion 20.4264](#) SGK-SR «Für eine angemessene Finanzierung der Palliative Care» vom 16. Juni 2021). Grundsätzlich orientiert sich unser Rat an den Entscheiden auf nationaler Ebene und will nicht mit einer kantonalen Lösung vorgreifen. Der politische Diskurs wird im Rahmen der Behandlung der [Motion M 234](#) von Stephan Schärli über die Etablierung einer Finanzierung zertifizierter Hospize im Kanton Luzern parallel auch auf kantonaler Ebene geführt.

9.2.3 Ambulante Versorgung

Die Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur ambulanten Versorgung (Kap. 4) teilen im Grundsatz 51 der 59 Vernehmlassungsteilnehmenden mit voller (22) respektive mehrheitlicher (29) Zustimmung. Zwei Teilnehmende stimmen dieser Aussage mehrheitlich nicht zu.

Die Förderung und Stärkung des ambulanten Bereichs bewerten die meisten Vernehmlassungsteilnehmenden positiv, sowohl seitens der Parteien (SVP, FDP, Die Liberalen Luzern [nachfolgend: FDP], Die Mitte Kanton Luzern [nachfolgend: Die Mitte] und GLP) wie auch seitens weiterer Akteurinnen und Akteure. Die Vorreiterrolle des Kantons Luzern in Bezug auf den Grundsatz «ambulant vor stationär» (AVOS) solle weiterhin gestärkt werden. Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass die aktuellen ambulanten Tarife nicht kostendeckend sind. Die FDP fordert, dass sich unser Rat auf Bundesebene für den neuen Tarif TARDOC sowie die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS) einsetzt. Curafutura ist mehrheitlich nicht mit dem Kapitel ambulante Versorgung einverstanden und betont, dass die Problematik der Tarifblockade berücksichtigt werden müsse.

Unser Rat teilt die Einschätzung, dass die ambulanten Tarife kostendeckend sein sollten. Der Kanton Luzern setzt sich für sachgerechte Tarife ein.

SP und HSLU kritisieren die unzureichende Datenlage in einigen Bereichen der ambulanten Versorgung. Eine Verbesserung der Datenlage sei wünschenswert, da nur mit belastbaren Daten qualifizierte Aussagen möglich seien. Verlässliche Daten sind laut der SP unerlässlich, um die dringend notwendigen Steuerungsmechanismen zu entwickeln und die vorhandenen Ressourcen optimal zu verteilen.

Unser Rat unterstützt die Einführung des Leistungserbringerregisters (LeReg). Es handelt sich dabei um eine nationale Massnahme, die auch im Kanton Luzern umgesetzt werden soll.

Die SVP weist darauf hin, dass die vorliegenden Analysen und Auswertungen verdeutlichen, dass innovative Modelle und koordinative Massnahmen gefördert werden müssen, insbesondere um die geografischen Unterschiede berücksichtigen zu können. Neue Lösungen für die Notfallversorgung sollen in Zusammenarbeit mit der Ärztesgesellschaft umgesetzt werden. Diese Thematik wird auch von der Ärztesgesellschaft des Kantons Luzern aufgegriffen. Die SVP regt zudem an, dass das Phänomen der steigenden Rettungseinsätze im Verhältnis zum Bevölkerungswachstum vertieft analysiert werden soll.

Die FDP sowie der VLG weisen darauf hin, dass die Rolle und die Verantwortungen der Gemeinden klarer definiert werden sollen. Zudem stellen sie infrage, ob die geplanten Massnahmen gegen den Hausärztemangel ausreichend sind, um die integrativen Modelle voranzutreiben.

Die SP ist mehrheitlich mit dem Kapitel ambulante Versorgung einverstanden, fordert jedoch eine aktivere Rolle des Kantons auch im ambulanten Bereich. Dies wird auch durch den VPOD Luzern gefordert. Zwei Stellungnahmen von Leistungserbringenden fordern hingegen mehr Freiheiten. Weiter weist die SP darauf hin, dass Gesundheitszentren in den kommenden Jahren an Bedeutung gewinnen werden und

die öffentliche Hand entsprechend handeln sollte. Auch die Förderung neuer Berufsbilder und die Erweiterung von Kompetenzen, insbesondere der Pflegeexpertinnen und -experten APN, soll vorangetrieben werden.

Die Grünen sind mehrheitlich mit dem Kapitel ambulante Versorgung einverstanden, vermissen jedoch Ausführungen zur Spitex, zur ambulanten spezialisierten Palliativversorgung sowie zum Thema Demenz. Neben den Grünen erachten auch Curaviva Luzern und Senesuisse den Verweis auf den Bericht zur [Versorgungsplanung Langzeitpflege 2018–2025](#) vom 4. Oktober 2017 als unzureichend. Die Grünen und das Wundnetzwerk (Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz) fordern eine gemeinsame Kommunikationsplattform für alle Akteurinnen und Akteure, um die Zusammenarbeit zu fördern. Die finanzielle Abgeltung der Koordinationsarbeit müsse durch den Kanton sichergestellt werden.

Unser Rat teilt die Einschätzung, dass Gesundheitszentren an Bedeutung gewinnen werden und die Verschiebung von Aufgaben und Kompetenzen unterschiedlicher Berufsgruppen Potenzial haben, die Gesundheitsversorgung zu stärken. Das GSD prüft, wie die Planungen der ambulanten und psychiatrischen Versorgung sowie der stationären Spitalversorgung mit der Planung der stationären Langzeitpflege gesamtheitlicher angegangen werden können. Die Koordination der Leistungserbringenden wird durch die drei Massnahmen der strategischen Stossrichtung «Integrierte Gesundheitsversorgung» gefördert.

Das LUKS ist mit dem Kapitel ambulante Versorgung mehrheitlich nicht einverstanden und nennt dabei drei Hauptkritikpunkte: Erstens sei die Methodik zur Bestimmung der Versorgungsgrade nicht nachvollziehbar und solle nicht mehr eingesetzt werden. Es beantragt die Trennung der Versorgungsregionen in zwei Bereiche (Stadt/Agglomeration Luzern, Landschaft). Zweitens weist es auf regulatorische Vorgaben für öffentliche Apotheken hin, die zu Versorgungsengpässen führen. Das LUKS fordert eine Prüfung der Medikamentenversorgung auf der Landschaft durch die Regionalspitäler. Drittens wird die unzureichende tarifliche Abbildung der ambulanten Notfallversorgung kritisiert. Die geringe Attraktivität durch die schlechte Vergütung sowie die teilweise Rückforderung der Notfallpauschalen durch die Krankenkassensicherer führten zu einer Zuspitzung des Fachkräftemangels in der Hausärzteschaft, was zu einer Verschiebung von Patientinnen und Patienten in die Notfallinfrastruktur der Spitäler führe.

Die statistischen Unsicherheiten zur Bestimmung der Versorgungsgrade sind unserem Rat bewusst. Im Planungsbericht wird auf die Unsicherheiten der durch den Bund vorgegebenen Methodik eingegangen, wobei der Kanton diesbezüglich periodisch die Fachgebiete und die Regionen prüft. Es ist derzeit nicht vorgesehen, eine Trennung der Versorgungsregionen in zwei Bereiche zu prüfen. Die Thematik der Notfallversorgung wird mit der durch unseren Rat beschlossenen Massnahme im Kapitel [8.1.6](#) angegangen.

Einige Vernehmlassungsteilnehmende fordern die Aufnahme von verschiedenen nichtärztlichen Fachgebieten in die Grundversorgung. Von mehreren Seiten wird darauf hingewiesen, dass der Problematik des Fachkräftemangels einen stärkeren Fo-

kus gegeben werden soll. Zusätzlich wird in einigen Stellungnahmen darauf hingewiesen, dass aufgrund des demografischen Wandels ein stärkerer Fokus auf die geriatrische medizinische Versorgung gelegt werden soll.

Die Einteilung in die Grundversorgung im Rahmen des Planungsberichtes wurde nur bei den ärztlichen Fachrichtungen vorgenommen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass nichtärztliche Fachrichtungen keine Grundversorgung betreiben. Unser Rat erachtet die verschiedenen Fachkräfte als den entscheidenden Faktor für eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung. Entsprechend wurde der Fachkräftemangel im Bericht prominent thematisiert (Kap. [2.4.1](#), [3.1.4](#), [5](#)) sowie Massnahmen ergriffen (Kap. [8.1.4](#)).

Die Fachgruppe ambulante Wochenbettpflege des SBK beantragt, dass der Klientinnenanteil ebenfalls vom Kanton finanziert würde, sollte auch die Bereitschaftsentschädigung der Hebammen übernommen werden.

Als Erstes ist darauf zu verweisen, dass der politische Diskurs rund um die Bereitschaftsentschädigung der Hebammen noch nicht abgeschlossen ist. Zweitens macht unser Rat darauf aufmerksam, dass es sich bei der Bereitschaftsentschädigung und der Übernahme des Patientenbeitrages an den Pflegekosten um zwei unterschiedliche Leistungen handelt. Die Bereitschaftsentschädigung deckt eine Inkonvenienz im Hinblick auf eine künftige Leistung ab. Der Patientenbeitrag ist ein Anteil an effektiv erbrachten Pflegeleistungen. Eine Einführung einer Bereitschaftsentschädigung für die Hebammen erfordert deshalb nicht per se eine Aufhebung der Patientenbeteiligung im Wochenbett. Letzteres wäre eher damit begründbar, dass das [KVG](#) bei Mutterschaft keine Patientenbeteiligung (Franchise, Selbstbehalt) vorsieht, weshalb in der Konsequenz auch auf den Patientenbeitrag zu verzichten wäre. Dies ginge jedoch zulasten der Restfinanzierung und damit zulasten der Gemeinden.

9.2.4 Stationäre Versorgung

Die Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur stationären Akutsomatik respektive zur stationären Rehabilitation (Kap. [5.2](#) und [5.3](#)) teilen im Grundsatz 52 der 59 Vernehmlassungsteilnehmenden mit voller (28 resp. 37) respektive mehrheitlicher (24 resp. 15) Zustimmung. Eine Institution stimmte dieser Aussage mehrheitlich nicht zu.

Der überwiegende Teil der Antwortenden, darunter die im Kantonsrat vertretenen Parteien und die stationären Leistungserbringenden, zeigt sich mit den Analysen, Prognosen und Schlussfolgerungen zur Spitalplanung grundsätzlich einverstanden.

Die FDP weist übergeordnet auf die zunehmenden Probleme bei der Finanzierung im stationären Bereich in Anbetracht von steigenden Kosten (Fachkräftemangel, Teuerung, Energie) sowie der stagnierenden Tarife hin. Die vom Kanton ausgerichteten GWL dürften deshalb stark steigen, mitunter auch wegen des Erneuerungsbedarfs bei den Spitalinfrastrukturen (Wolhusen, Kinderspital usw.). Diesen finanzpolitischen Diskurs werde man führen müssen. Deshalb sieht sie die Notwendigkeit einer durchlässigen vorgelagerten wie nachgelagerten, ambulanten Behandlung, da dadurch der stationäre Bereich entlastet werden kann.

Seitens der GLP wird darauf hingewiesen, dass die Spitalplanung die Vorgaben des Bundesrechts einhalten müsse, insbesondere was die Anforderungen an die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringer betreffe. Die GLP fordert weiter, dass der Kanton innovative Anreiz- und Finanzierungssystem erarbeitet und auf Bundesebene einbringen soll.

Die Grünen beurteilen das Leistungsangebot mit den bestehenden Anbietern als vom Umfang ausreichend und von der Qualität her als gut. Sie erachten es darüber hinaus als wichtig, die Aufgaben der Spitex und Pflegeheime im Nachgang zu einem Spitalaufenthalt beziehungsweise deren Rolle in künftigen hospital@home-Modellen zu klären.

Die Mitte und die SVP (zusammen mit RET West und dem Verein Pro Spital Wolhusen) betonen, dass der Kanton mit dem LUKS und seinen drei Standorten über eine schlanke Struktur verfügt und keine Überkapazitäten aufweist. Er habe diesbezüglich im schweizweiten Vergleich eine Vorreiterrolle eingenommen und eine deutlich bessere Ausgangslage als die meisten anderen Kantone. Weiter teilen sie die Ansicht, dass in der Rehabilitation die Wohnortsnähe eine immer wichtigere Rolle spielt. Es sei deshalb richtig, auch im Spital Wolhusen ein Angebot für Rehabilitation zur Verfügung zu stellen. Sollte der Bedarf an Rehabilitation in Zukunft steigen, dürfe dies jedoch nicht zulasten der akutsomatischen Versorgung an diesem Standort gehen.

Die SP fordert mehr Unterstützung für die ambulanten Leistungserbringenden durch den Kanton, damit die Umstellung von der stationären zur ambulanten Leistungserbringung möglich wird. Zudem verlangt die SP (wie auch das LUKS), dass der Kanton Leistungen, die er in Auftrag gibt und die nicht über die Tarife oder andere Abgeltungen finanziert werden können, mittels GWL ausfinanziert. Weiter ist die SP der Ansicht, dass das luzernische Angebot in der Rehabilitation auszubauen sei, nachdem der Verkauf der Luzerner Höhenklinik Montana ansteht und der Kanton Luzern den Eigenbedarf nicht abdecken kann.

Aus Sicht unseres Rates ist die betriebliche Ausrichtung der Leistungserbringenden auf die Ambulantisierung vorab Sache der Leistungserbringenden selbst. Der Kanton macht hier keine Vorgaben und sieht auch keine finanzielle Beteiligung. Er setzt sich aber für sachgerechte Tarife ein und steuert bei Bedarf mit AVOS.

Was die subsidiäre Abgeltung bestellter Leistungen durch den Kanton mittels GWL anbelangt, teilt unser Rat diese Forderung im Grundsatz. Allerdings darf die Abgeltung mit GWL nicht zu einer Restdefizitdeckung unbeschadet einer wirtschaftlichen Betriebsführung und Angebotsgestaltung führen. Zudem entscheidet letztlich Ihr Rat über die verfügbaren Mittel.

Zurzach Care und Physioswiss äussern Vorbehalte gegenüber der Prognose des Obsan zum künftigen Bedarf in der internistisch-onkologischen Rehabilitation beziehungsweise in der pädiatrischen Rehabilitation.

Diesbezüglich ist aus Sicht unseres Rates darauf hinzuweisen, dass es sich beim Prognosemodell des Obsan nur um eine Schätzung des künftigen Bedarfs handelt. Diese Schätzung ist abhängig von den im Modell hinterlegten

Annahmen. Ob die Prognose zutreffen wird, wird sich zeigen. Die Erkenntnisse werden in die nächste Planung einfließen.

Kritisch bis ablehnend äussern sich die beiden Krankenversichererverbände Curafutura und Santésuisse. Insbesondere Curafutura bemängelte (neben Physioswiss Zentralschweiz) eine unzureichende Koordination der Planung des stationären Angebots mit den umliegenden Kantonen. Weiter kritisiert sie die Weiterführung des Grundsatzes, wonach weiterhin alle Leistungserbringenden einen kantonalen Auftrag für die Leistungen erhalten sollen, die sie qualitativ hochstehend und wirtschaftlich erbringen sowie die Beschränkung kantonalen Steuerungseingriffe auf Fälle unzureichender Qualität als einseitig, unvollständig und folglich als [KVG](#)-widrig. Steuerungseingriffe in die bestehende Angebotsstruktur seien auch dann vorzunehmen, wenn der Bedarf abnimmt oder sich die Wirtschaftlichkeit eines Standortes und die Qualität der Leistungserbringung verschlechtern oder die Mindestfallzahlen nicht mehr erfüllt seien. Weiter kann Curafutura den auch künftig vorgesehenen Verzicht auf ein Ausschreibungsverfahren für die kantonalen Leistungsaufträge an die Spitäler nicht nachvollziehen, da dies einen Wettbewerb verhindere und es ausserkantonalen Spitälern mit allenfalls besserer Erreichbarkeit und Wirtschaftlichkeit verunmögliche, sich für die Luzerner Spitalliste bewerben zu können. Ebenfalls nicht nachvollziehen kann Curafutura, dass sich der Kanton bei der Vergabe der Leistungsaufträge lediglich an Mindestfallzahlen gemäss SPLG orientiert, statt solche fest vorzugeben. In der Rehabilitation bezweifelt Curafutura einen zwingenden Bedarf für eine wohnortnahe Rehabilitation. Für die Patientinnen und Patienten stünden die Qualität der Behandlung sowie die positive Beeinflussung der Heilung im Vordergrund. In Bezug auf den aufgezeigten Mehrbedarf an 40 Betten der Rehabilitation bis 2035 beantragt Curafutura, dass als Alternative zur Schaffung weiterer Kapazitäten eine Verdichtung der Kapazitäten in den bestehenden Angeboten zu prüfen sei. Weiter würde auch die ambulante Rehabilitation in den nächsten Jahren an Bedeutung gewinnen und müsse deshalb mitgeplant werden. Für Santésuisse ist es nicht nachvollziehbar, dass das Spital Wolhusen erneuert und dort weiterhin akutsomatische Leistungen angeboten werden sollen. Ein Abbau des spital-stationären Angebots und eine verstärkte Koordination mit anderen Kantonen seien angezeigt.

Die vom [KVG](#) geforderte Koordination mit anderen Kantone erfolgt derzeit über informelle Austausch und über den Einbezug der anderen Kantone in die Vernehmlassung zum vorliegenden Planungsbericht. Bei der Koordination der Angebote in der Zentralschweiz besteht zudem über die LUKS Gruppe und ihre Partnerspitäler (OW, UR, ZG) bereits eine starke betriebliche Abstimmung, die schweizweit Vorbildcharakter hat. Unser Rat teilt jedoch die Auffassung, dass die interkantonale Koordination auf Planungsebene weiter intensiviert werden muss.

Entgegen der Annahme von Curafutura weist die Prognose des Obsan auch für den akutstationären Bereich einen leicht steigenden Bedarf aus. Inwieweit dabei die vom Obsan hinterlegten eher zurückhaltenden Annahmen bezüglich Ambulantisierung effektiv eintreffen werden und welche Auswirkungen sich dadurch künftig auf die benötigten Spitalkapazitäten ergeben, wird sich zeigen. Demgegenüber dürfte aufgrund der Alterung der Bevölkerung der Bedarf in der stationären Rehabilitation auch unter Berücksichtigung der zunehmenden

Ambulantisierung in praktisch allen Kantonen steigen. Wie im Bericht aufgezeigt, dürfte dieser Mehrbedarf alleine mit einer Verdichtung der bestehenden Angebote nicht gedeckt werden können, sodass mittel- bis langfristig weitere Kapazitäten geschaffen werden müssen.

Die Wirtschaftlichkeit der Anbieter und der notwendige Wettbewerb können auch ohne Ausschreibungsverfahren sichergestellt werden. Einerseits müssen sich die Krankenversicherer an den Behandlungskosten nur im Umfang der von unserem Rat als wirtschaftlich genehmigten oder festgesetzten Tarifen beteiligen. Allfällige Mehrkosten aus der Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen trägt der Kanton allein. Andererseits steht es allen für die Luzerner Bevölkerung versorgungsrelevanten Spitälern (mehr als 5 % Patientenanteil aus Luzern) frei, sich für die Spitalliste des Kantons zu bewerben.

Was die Qualität anbelangt, vertreten wir die Auffassung, dass Mindestfallzahlen nicht der alleinige Indikator dafür sein können. Die regelmässigen Analysen der DIGE zeigen, dass die Qualitätsindikatoren der Luzerner Listenspitäler (ANQ-Messungen, Qualitätsindikatoren BAG, Beschwerdemanagement) grossmehheitlich nicht vom Mittelwert abweichen und die Qualität somit auf gutem Niveau gewährleistet ist.

9.2.5 Vision und strategische Stossrichtungen

Die Vision Gesundheitsversorgung 2035 ff. (Kap. [7.2](#)) unterstützen im Grundsatz 51 der 59 Vernehmlassungsteilnehmenden mit voller (35) respektive mehrheitlicher (16) Zustimmung. Zwei Vernehmlassungsteilnehmende stimmen dieser Aussage mehrheitlich nicht zu.

Die drei strategischen Stossrichtungen «Integrierte Gesundheitsversorgung», «Sicherung der Grundversorgung» sowie «Inanspruchnahme und Eigenverantwortung» werden von 52 der 59 Vernehmlassungsteilnehmenden im Grundsatz voll (37) oder mehrheitlich (15) unterstützt. Eine Institution unterstützt die Vision mehrheitlich nicht.

Insbesondere die angedachte konsequente Ausrichtung der Versorgungsleistungen entlang des gesamten Patientenpfades wird mehrfach positiv hervorgehoben.

Die SVP und die Mitte begrüßen die Vision und die drei strategischen Stossrichtungen und fordern deren konsequente und durchgehende Umsetzung.

Die FDP unterstützt die Vision und die strategischen Stossrichtungen mehrheitlich, merkt aber an, dass die Massnahmen ambitioniert seien (sowohl personell wie auch finanziell), Projekte/Foren mit Augenmass betrieben und das Erzeugen von zusätzlicher Bürokratie vermieden werden sollen. Auch andere Stellungnahmen bemängeln, dass zu wenig finanzielle Mittel zur Verfügung stehen würden, um die geplanten Massnahmen nachhaltig umsetzen zu können.

Auch die GLP unterstützt die Vision und die strategischen Stossrichtungen mehrheitlich, wünscht sich aber eine Belohnung für innovative Leistungserbringende.

Die SP unterstützt die Vision mehrheitlich nicht und kritisiert insbesondere, dass die dargelegte Vision den Fokus zu wenig auf die Prävention legt und die Rolle des Kantons zu wenig zum Ausdruck kommt. Sie unterstützt die Stossrichtungen «Integrierte Gesundheitsversorgung» und «Sicherung der Grundversorgung», vermisst aber Massnahmen gegen den Fachkräftemangel bei den Fachpersonen Gesundheit (FaGe) sowie bei den Fachpersonen Betreuung (FaBe). Bei der Stossrichtung «Inanspruchnahme und Eigenverantwortung» kritisiert die SP, dass deutlich zu wenig Gewicht auf die Gesundheitsprävention gelegt wird.

Die Grünen befürworten die Vision und die strategischen Stossrichtungen, regen aber (wie der SKL) an, die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung nicht entlang des Patientenpfades, sondern entlang des Lebenspfades zu planen. Weiter bemängeln sie und das Wundnetzwerk (Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz), dass als strategische Stossrichtung die globalen Veränderungen und massiven Gefahren für die Gesundheit der Bevölkerung nicht berücksichtigt werden (z. B. Klimawandel, Hitzeperioden, Überschwemmungen, Stürme usw.)

Das LUKS trägt die vorgeschlagenen Massnahmen grundsätzlich mit, fordert aber weitergehende oder präzisierende Massnahmen (siehe Kap. [9.2.6](#)).

Der VPOD und der Luzerner Gewerkschaftsbund bemängeln, dass das Gesundheitspersonal in der Vision fehle. Die reformierte Kirche des Kantons Luzern unterstützt die Vision ebenfalls, stösst aber an, dass die Seelsorge als wichtiger Bestandteil der Gesundheitsversorgung angesehen wird.

Aus Sicht unseres Rates fokussiert die Vision auf dem Versorgungsmodell für die Patientinnen und Patienten. Dieses setzt voraus, dass in allen Berufsgruppen genügend Fachpersonen vorhanden sind. Unser Rat anerkennt die Bedeutung der Gesundheitsförderung und Prävention und hat deren Stellenwert in der Vision entsprechend verankert.

Die Mittelzuweisung zu den strategischen Stossrichtungen respektive zu den Massnahmen erfolgt im Rahmen der verfügbaren Ressourcen und wurde erneut priorisiert. Bei der Umsetzung der Massnahmen werden die Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern einbezogen, wobei der Aufwand für die Involvierten so klein wie möglich gehalten wird. Das Engagement innovativer Leistungserbringender soll finanziell belohnt werden (Massnahme [8.1.2](#)).

Ihr Rat hat sich im Zusammenhang mit der Ausbildungsoffensive (1. Etappe der Pflegeinitiative) gegen die finanzielle Unterstützung von FaGe ausgesprochen.

Die Rolle der Seelsorge respektive Spiritual Care (konfessionsungebunden) in der Gesundheitsversorgung wurde im Bericht dargelegt.

9.2.6 Massnahmen

Die acht Massnahmen werden mit Blick auf die Herausforderungen der Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern von 41 Vernehmlassungsteilnehmenden als passend (33) oder eher passend (9) beurteilt. Fünf Vernehmlassungsteilnehmende erachten sie als eher zu umfassend, sechs als eher nicht ausreichend.

Gemäss den Grünen fehlen Massnahmen zur Adaption an den Klimawandel und zum Schutz vor Noxen⁴⁶ aus Luft, Wasser und Boden resp. in Lebensmitteln.

Die Massnahmen im vorliegenden Bericht fokussieren auf die Gesundheitsversorgung der Luzerner Bevölkerung. Massnahmen zur Adaption an den Klimawandel finden sich im [Planungsbericht B 87](#) Klima und Energie 2021 sowie in der [Massnahmen- und Umsetzungsplanung Klima und Energie 2022–2026](#).

Die Vernehmlassungsadressatinnen und -adressaten wurden danach gefragt, ob sie eine weitere Priorisierung der Massnahmen als sinnvoll erachten. 40 Vernehmlassungsteilnehmende stimmen der Frage zu (27) respektive mehrheitlich zu (13). 13 Vernehmlassungsteilnehmende beantworten die Frage mit nein (11) respektive mehrheitlich nein (2). Die ablehnenden Antworten deuten – insbesondere mit Blick auf die Antworten zur vorherigen Frage bezüglich der grundsätzlichen Einschätzung der Massnahmen – darauf hin, dass die Massnahmen von den Vernehmlassungsteilnehmenden als stimmig und richtig priorisiert erachtet werden. Die zustimmenden Antworten plädieren für eine weitere zeitliche und/oder finanzielle Priorisierung; allerdings meinen damit nicht alle Vernehmlassungsteilnehmende das Gleiche: Viele wollen damit zum Ausdruck bringen, dass die aus ihrer Sicht besonders dringlichen Massnahmen früher umgesetzt und/oder mit mehr Mitteln ausgestattet werden sollen. Einzelne regen eine grundsätzliche Reduktion der Massnahmen an (siehe vorherige Frage).

Schliesslich wurden die Vernehmlassungsadressatinnen und -adressaten danach gefragt, welche drei Massnahmen aus ihrer Sicht die höchste Priorität haben, sollte eine Priorisierung der Massnahmen nötig werden. Am meisten Stimmen erhalten die drei Massnahmen «Fachkräftemangel» (39), «Forum Integrierte Gesundheitsversorgung Luzern IGEL» (31) und «regionale Gesundheitsnetzwerke/-zentren» (29). Die übrigen Massnahmen erhalten deutlich weniger Stimmen: «Digitalisierung» und «Notfallversorgung» (je 16), «Prävention» (12), «Gesundheitskompetenz» (11), «Konzept Mangellage» (5).

Massnahmen der Stossrichtung «Integrierte Gesundheitsversorgung»

Die Massnahmen der Stossrichtung «Integrierte Gesundheitsversorgung» befürworteten 50 Vernehmlassungsteilnehmende voll (37) respektive mehrheitlich (13). Drei befürworteten die Massnahmen mehrheitlich nicht.

Einige Vernehmlassungsteilnehmende betonen die Wichtigkeit dieser Stossrichtung im Hinblick auf eine optimale und zukunftsgerichtete Gesundheitsversorgung. Insbesondere die Schaffung von Gesundheitsnetzwerken/-zentren wird positiv hervorgehoben.

⁴⁶ Eine Noxe ist eine Substanz oder ein Ereignis, das einem biologischen Organismus Schäden zufügt (Chemikalien oder von Mikroorganismen ausgeschiedene Substanzen).

Vereinzelt wird bemängelt, dass eine detaillierte und konkrete Darstellung der Umsetzung fehle. Ausserdem regen die SP wie auch der VLG an, dass es eine klare Definition von integrierter Gesundheitsversorgung brauche.

Die Definition des Begriffs «Integrierte Gesundheitsversorgung» wird im Rahmen der Erarbeitung der kantonalen Strategie «Integrierte Gesundheitsversorgung» geschaffen (siehe Kap. [7.3](#)).

Die SP wie auch die FDP stehen dem Forum IGEL eher skeptisch gegenüber. Es brauche klare Ziele und Aufträge. Die SP bemängelt, dass die Kosten zu tief angesetzt sind, wenn das Forum IGEL als zentrale Drehscheiben funktionieren soll. Andere Stellungnahmen begrüssen die Schaffung des Forums IGEL explizit und bekunden Interesse, darin mitzuwirken.

Von mehreren Seiten (SVP, Die Mitte, SP, Stadt Willisau, Gemeinde Romoos, Verein Pro Spital Wolhusen sowie Entwicklungsträger Region Luzern West) wird begrüsst, dass die integrierte Gesundheitsversorgung umgesetzt wird. Dies bedeute aber einen anspruchsvollen Paradigmenwechsel für alle Beteiligten. Die erwähnten Stellungnahmen betonen ebenfalls, dass die bedarfsgerechte Steuerung der Notfalldienste höchste Priorität haben soll. Die Belastung durch die Notfalldienste sei für Hausärztinnen und Hausärzte ein grosses Hindernis, sich in ländlichen Regionen niederzulassen. Bei der Digitalisierung solle der Fokus auf die Schnittstellen und die Verknüpfung der vielen verschiedenen Informationssysteme gelegt werden, um die integrierte Gesundheitsversorgung zu stärken.

Das LUKS fordert zusätzlich weitergehende oder präzisierende Massnahmen bei der Stossrichtung «Integrierte Gesundheitsversorgung»: Umsetzung eines flächendeckenden Palliativkonzepts, Optimierung des Abstroms von akutsomatisch-stationären Patientinnen und Patienten in Pflegeeinrichtungen, Schaffung eines Telehealth-Zentrums sowie Erlass eines Dekrets zur Anschubfinanzierung der digitalen Transformation).

Die Erarbeitung von Palliativkonzepten in Pflegeheimen ist bereits weit verbreitet und wird im Rahmen der Planung der Langzeitversorgung als erstrebenswertes Ziel erachtet. Die Optimierung der Schnittstelle von der akut-stationären zur Langzeitversorgung wird im Rahmen der Stossrichtung «Integrierte Gesundheitsversorgung» angegangen. Die Schaffung eines Telehealth-Zentrums stellt eine interessante Möglichkeit dar, die im Rahmen der Förderung von Pilotprojekten (Massnahme 8.1.2) als Projektidee eingegeben werden kann.

Massnahmen der Stossrichtung «Sicherung der Grundversorgung»

Die Massnahmen der Stossrichtung «Sicherung der Grundversorgung» befürworten 51 Vernehmlassungsteilnehmende voll (27) respektive mehrheitlich (24). Zwei befürworten die Massnahmen mehrheitlich nicht.

Insbesondere begrüsst werden die staatlichen Fördermassnahmen bei der Aus- und Weiterbildung, um dem Fachkräftemangel zu begegnen. Einige Vernehmlassungsteilnehmende weisen allerdings darauf hin, dass der Fachkräftemangel im Bericht

vorwiegend in der Akutversorgung thematisiert werde und zu wenig auf andere Versorgungsbereiche eingehe. Deshalb wird von diversen Seiten gefordert, die Massnahmen zum Fachkräftemangel nicht auf einzelne Berufsgruppen zu beschränken. Andere weisen auf die Wichtigkeit der Stärkung der medizinischen Grundversorgung hin. Der VLG bezweifelt, dass die geplanten Massnahmen genügen, um den Mangel an Hausärztinnen und -ärzten insbesondere in ländlichen Regionen decken zu können.

Die SP fordert zusätzliche Massnahmen, um Fachärztinnen und Fachärzte in besonders vom Fachkräftemangel betroffenen Gebieten gezielt zu fördern.

Der Kanton Luzern unterstützt die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten im Rahmen von GWL an die Spitäler und durch das Praxisassistentenprogramm. Diese GWL-Beiträge werden den Spitälern seit dem Jahr 2012 mit 15'000 Franken pro Vollzeitäquivalente (VZÄ) vergütet. Für das Jahr 2025 ist vorgesehen, dass der Kanton diesen Beitrag auf 30'000 Franken pro VZÄ erhöhen wird. Zusätzlich werden unter gewissen Bedingungen ab 2024 15'000 Franken pro Medizinstudierenden und -studierende an die Spitäler im Rahmen der GWL vergütet. Spezifische Anreize für einzelne Disziplinen sind auf kantonaler Ebene schwierig umzusetzen. Eine langfristig wirksame Massnahme ist eine Anpassung auf tariflicher Ebene.

Die Grünen erachten es als zentral, dass bei Regelungen der Verantwortung und Finanzierung von staatlichen Fördermassnahmen sowie beim Konzept Mangellage keine Abgrenzung zwischen kantonaler und kommunaler Verantwortung vorgenommen wird.

Das LUKS fordert zusätzlich weitergehende oder präzisierende Massnahmen bei der Stossrichtung «Sicherung der Grundversorgung» (Erstversorgung von Neugeborenen mittels Tele-Neonatologie, Finanzierung der Weiterbildung zum Facharzttitel sowie Prüfung der Subvention der ambulanten Notfallversorgung).

Die Anträge werden vom GSD zu gegebener Zeit geprüft.

Massnahmen der Stossrichtung «Inanspruchnahme und Eigenverantwortung»

Die Massnahmen der Stossrichtung «Inanspruchnahme und Eigenverantwortung» befürworten 50 Vernehmlassungsteilnehmende voll (33) respektive mehrheitlich (17). Drei befürworten die Massnahmen mehrheitlich nicht.

Es wird von vielen Seiten (u. a. SP, GLP, Spitex Kantonalverband) gefordert, die Förderung der Gesundheitskompetenz und Prävention breiter auszulegen und mehr finanzielle Mittel zu investieren. Insbesondere bei der Massnahme «Prävention» wird eine breitere Perspektive gewünscht, die über ein kantonales Früherkennungsprogramm für Brustkrebs hinausgeht.

Die SP, die GLP und die FDP unterstützen die Stärkung der Eigenverantwortung. Die FDP stellt allerdings infrage, ob dies eine kantonale Aufgabe darstelle. Die Gemeinden sollen aufgrund ihrer Nähe zur Bevölkerung in den Prozess eingebunden werden. Die SP sieht in dieser Stossrichtung erheblichen Nachbesserungsbedarf. Sie wünscht sich beispielsweise eine Auslegeordnung über Präventionsprogramme mit

den besten Kosten-Nutzen-Verhältnissen und erst darauf beruhend die Festlegung und Förderung mit genügend finanziellen Ressourcen.

Das LUKS wünscht die Errichtung eines Instituts für Prävention, um den demografischen Herausforderungen gerecht zu werden und kostensenkende Massnahmen zu etablieren.

Unser Rat anerkennt die Bedeutung der Gesundheitsförderung und Prävention; die Massnahmen wurden überprüft und soweit möglich den Anträgen entsprechend überarbeitet.

Die Grünen fordern eine ausgeprägtere Lehre von Gesundheitsbildung an Luzerner Schulen. Das Wundnetzwerk (Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz) spricht sich dafür aus, an den Schulen, Bildungsinstitutionen und Betrieben verpflichtende Programme für eine regionale, saisonale und pflanzenbasierte Ernährung einzuführen.

Die Schulen thematisieren Ernährung und Gesundheit nach Angaben des Bildungs- und Kulturdepartementes wie folgt: Entweder als spezifisches Schulfach an den Volksschulen (z. B. «Körperfunktionen verstehen», «sich kennen und sich Sorge tragen» oder auch «Ernährung und Gesundheit») oder aber als fächerübergreifendes Thema, welches im Lehrplan unter der Leitidee von «Nachhaltiger Entwicklung» aufgeführt ist. Zu verweisen ist an dieser Stelle auf das kantonale Aktionsprogramm «Ernährung und Bewegung» für Kinder und Jugendliche, das durch die Fachstelle Gesundheitsförderung der DIGE umgesetzt wird. Die Fachstelle Gesundheitsförderung setzt dabei auf freiwillige Angebote, wie beispielsweise das Qualitätslabel für ausgewogene und nachhaltige Ernährung für Kindertagesstätten und schulische Tagesstrukturen ([Fourchette verte](#)).

Die Lups regt an, ein kantonal koordiniertes Präventionsprogramm für Kinder und Jugendliche aufzubauen, um der starken Zunahme von psychischen Erkrankungen in dieser Altersgruppe entgegenzuwirken. Weiter plädiert sie dafür, die Kampagne «Wie geht's dir» auszuweiten (Friendship Bench) und die Kirchgemeinden darin zu involvieren.

Die Fachstelle Gesundheitsförderung engagiert sich bereits mit diversen Massnahmen zur Stärkung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (siehe Kap. [3.4.1](#)). Weitere Massnahmen werden in der nächsten Planungsphase ab 2026 geprüft.

9.3 Wichtige Unterschiede Vernehmlassungsbotschaft - definitive Botschaft

Abgesehen von Aktualisierungen, Präzisierungen und redaktionellen Bereinigungen, die teilweise auch durch die Teilnehmenden der Vernehmlassung angeregt wurden, unterscheidet sich die Vernehmlassungsversion vom vorliegenden, durch unseren Rat verabschiedeten Planungsbericht über die Gesundheitsversorgung 2024 inhaltlich hauptsächlich in den folgenden Punkten:

- Im neuen Kapitel 2.3.2 wird kurz auf die Thematik der vulnerablen Bevölkerungsgruppen eingegangen.

- Die Seelsorge und das Engagement von Angehörigen wurde aus dem Kapitel 3.5 in das neue Kapitel 3.6 verschoben. Weiter wurde das neue Kapitel 3.6 mit einem Abschnitt zu Beratung, Hilfe und Betreuung ergänzt.
- Die Vision in Kapitel 7.2 wurde in einigen Punkten überarbeitet. Nennenswert ist insbesondere der stärkere Fokus auf die Gesundheitsförderung und die Prävention.
- In Kapitel 7.3 wurde präzisiert, dass im Rahmen der strategischen Stossrichtung «Integrierte Gesundheitsversorgung» eine kantonale Strategie «Integrierte Gesundheitsversorgung» erarbeitet werden soll, welche als strategische Grundlage für die Umsetzung der dazugehörigen Massnahmen (Kap. 8.1.1, 8.1.2 und 8.1.3) dient.
- Im neuen Kapitel 7.4 wurden die Rollen von Kanton, Gemeinden, Leistungserbringenden und Bildungsinstitutionen beschrieben.
- Das Kapitel 8 zu den Massnahmen wurde mit den Grundsätzen zur Massnahmenumsetzung ergänzt, die Steckbriefe der Massnahmen aktualisiert sowie die Mittelzuweisung infolge des Budgetprozesses überprüft und priorisiert. Weiter wurden punktuell Anpassungen am Zeitplan vorgenommen.

10 Antrag

Sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrte Damen und Herren, wir beantragen Ihnen, den Planungsbericht über die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern zustimmend zur Kenntnis zu nehmen.

Luzern, 19. August 2024

Im Namen des Regierungsrates
Der Präsident: Reto Wyss
Der Staatsschreiber: Vincenz Blaser

**Kantonsratsbeschluss
über den Planungsbericht über die Gesundheitsversorgung im Kan-
ton Luzern 2024**

vom

Der Kantonsrat des Kantons Luzern,

nach Einsicht in die Botschaft des Regierungsrates vom 19. August 2024,

beschliesst:

1. Vom Planungsbericht über die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern 2024 wird in zustimmendem Sinn Kenntnis genommen.
2. Der Kantonsratsbeschluss ist zu veröffentlichen.

Luzern,

Im Namen des Kantonsrates

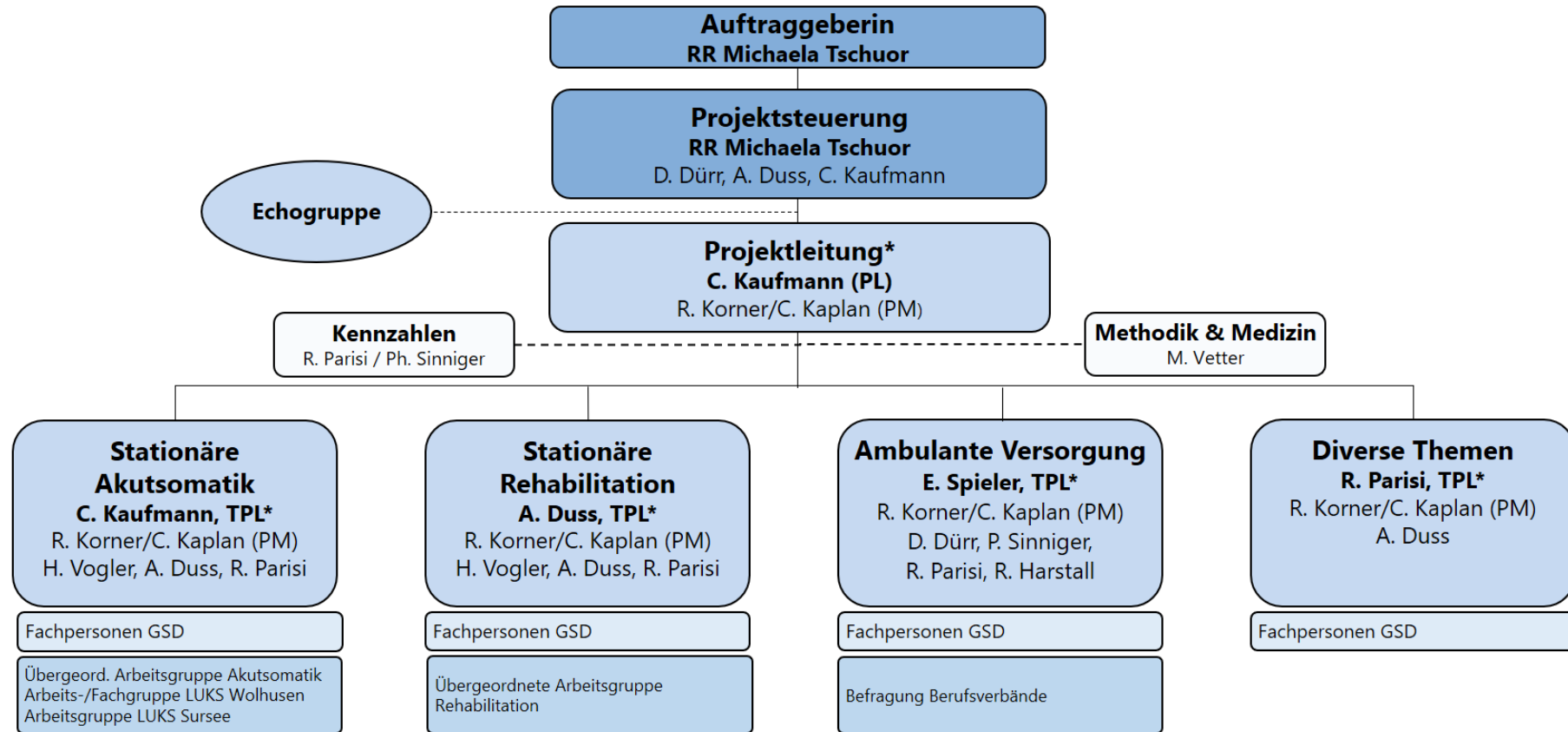
Der Präsident:

Der Staatsschreiber:

Verzeichnis der Beilagen

- Anhang [1](#) Projektorganisation
- Anhang [2](#) Mitglieder Echo- und Arbeitsgruppen
- Anhang [3](#) Befragte Organisationen und Verbände
- Anhang [4](#) Umsetzungsstand Massnahmen Planungsbericht über die psychiatrische Versorgung im Kanton Luzern 2021
- Anhang [5](#) Kantonale Massnahmen zur Stärkung der Gesundheitsversorgung im Zusammenhang mit einer Pandemie
- Anhang [6](#) Massnahmenvorschläge ambulanter nichtärztlicher Gesundheitsberufe
- Anhang [7](#) Porträts der innerkantonalen Leistungserbringenden (Akutsomatik)
- Anhang [8](#) Porträts der innerkantonalen Leistungserbringenden (Rehabilitation)
- Anhang [9](#) Einflussfaktoren und Annahmen für die Bedarfsprognose in der Akutsomatik
- Anhang [10](#) Einflussfaktoren und Annahmen für die Bedarfsprognose in der Rehabilitation
- Anhang [11](#) Glossar und Abkürzungen
- Anhang [12](#) Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Projektorganisation



* Projektkernteam

Abb. 19: Projektorganisation

Quelle: Interne Daten des GSD

Mitglieder Echo- und Arbeitsgruppen

Teilnehmende der Kickoff-Veranstaltung vom 16. November 2022, der Echo-Veranstaltung vom 23. Mai 2023 und/oder der Abschlussveranstaltung vom 22. Januar 2024.

Organisation	Name	Vorname
Mitte	Affentranger-Aregger	Helen
Ärztegesellschaft des Kantons Luzern	Albanese	Marco
Luzerner Kantonsspital	Aschwanden	Christine
Vereinigung Luzerner Hausärzte (VLuHa)	Azofeifa	Janice
Evangelisch-Reformierte Kirche Kanton Luzern	Bachmann	Lilian
Verein hebamme-zentralschweiz.ch	Bachmann Schuler	Karin
Hochschule Luzern	Bader	Barbara
Grüne	Bärtsch	Korintha
Luzerner Kantonsspital	Banz	Monika
Unimedica Ruswil	Beck	Mario
Luzerner Psychiatrie	Bilke	Oliver
Politikberatung und Kommunikation	Blatter	Hannes
Ärztegesellschaft des Kantons Luzern	Bleiber	Brigitte
FDP.Die Liberalen, GASK	Boos-Braun	Sibylle
Geburtshaus Terra Alta	Bossart	Jeannine
Verein Pro Spital Wolhusen	Bouvard Marty	Christine
ZURZACH Care AG	Brauchli	Marco
CSS	Breu	Petra
SP, GASK	Budmiger	Marcel
cereneo Schweiz AG	Christen	Irene
LUKS	Courteney	Udo
Spitex Stern	Colic	Dzenana
Ärztegesellschaft des Kantons Luzern	Diener	Urs
ZURZACH Care Rehaklinik Sonnmatt	Dorn	Thomas
Gesundheitsamt Kanton Nidwalden	dos Santos	Carolina
FDP.Die Liberalen	Dubach	Georg
DIGE	Dürr	David
Luzerner Kantonsspital	Duss	Adrian
Departementssekretariat GSD	Duss	Alexander
Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) Sektion Zentralschweiz	Eberhard	Susanne
SP, GASK	Engler	Pia
Hirslanden Klinik St. Anna	Erni	Andrea
Dienststelle Gesundheit und Sport	Estermann	Tamara
Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft Sektion Luzern	Fenner	Nicolas
Departementssekretariat GSD	Fleischli	Patrick
SVP	Frank	Reto
cereneo Schweiz AG	Freigang	David
LUKS Gruppe	Fricker	Ulrich
Luzerner Psychiatrie	Gabriel Felleiter	Kerstin
GSD	Graf	Guido
Hochschule Luzern	Guggisberg	Dorothee
DIGE	Harstall	Roger
DIGE	Herz	Ramona

Organisation	Name	Vorname
Grüne, GASK	Heselhaus	Sabine
Ärztegesellschaft des Kantons Luzern	Hirth	Andreas
Luzerner Kantonsspital	Hoffmann	Katrin
GLP	Howald	Simon
GLP	Huser	Claudia
Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft Sektion Luzern	Illi	Marietta
SPZ	Jelmoni	Luca
Departementssekretariat GSD	Kaplan	Caroline
Departementssekretariat GSD	Kaufmann	Cornel
Verein hebamme-zentralschweiz.ch	Kobler	Lea
Grüne, GASK	Koch	Hannes
TeamFocus	Korner	Rolf
Ärztegesellschaft des Kantons Luzern	Kramis	Aldo
Pulsus	Kurrer	Michael
Dienststelle Soziales und Gesellschaft	Lang	Edith
Amt für Gesundheit und Soziales Kanton Schwyz	Lötscher	Ivo
DIGE	Luterbacher	Stephan
SP	Meier	Anja
Verband Luzerner Gemeinden (VLG)	Meier	Karin
Departementssekretariat GSD	Meier	Lorena
Meister am Sprengiplatz GmbH	Meister	Christian
Verein für Hausarztmedizin & Community Care Luzern	Merlo	Christoph
SPZ	Metzger	Stefan
XUND Bildungszentrum Gesundheit Zentralschweiz	Meyer	Jörg
Kinderspitex Zentralschweiz	Meyer-Jenni	Helene
Luzerner Apotheker Verein	Meyer-Masseti	Carla
Schweizer Drogistenverein Sektion Zentralschweiz	Meyer-Strähl	Rosemarie
Luzerner Kantonsspital	Meyer Wermelinger	Tiziana
Luzerner Kantonsspital	Neff Lüthy	Yvonne
Curaviva	Neumann	Raymond
Hirslanden Luzern	Pahls	Stephan
DIGE	Parisi	Roberto
CSS	Pekas	Josko
Mitte, GASK	Piani	Carlo
Schweizerischer Hebammenverband SHV Sektion Zentralschweiz	Pfenninger	Lea
Die Mitte	Piazza	Daniel
SBK Sektion Zentralschweiz	Rittmann	Miriam
Ärztegesellschaft des Kantons Luzern Sektion Entlebuch	Rohrer	Gabriela
Curaviva	Rohrer	Nadja
Gesellschaft der St. Anna-Ärztinnen und -Ärzte Luzern	Rose	Silvia
Terra Alta	Ruckstuhl-Meier	Renate
Departementssekretariat GSD	Schafroth	Noémie
GLP, GASK	Schaller	Riccarda
CSS	Schenker	Matthias
LUKS Gruppe	Schilliger	Peter
Luzerner Kantonsspital	Schmid	Hansjörg
Luzerner Höhenklinik Montana	Schnyder	Jean-Marie
SVP, GASK	Schnydrig	Monika

Organisation	Name	Vorname
Luzerner Kantonsspital	Schubert	Virginie
Luzerner Kantonsspital	Schüpfer	Guido
Pro Senectute	Schuler	Marcel
DIGE	Schwab	Christa
Luzerner Psychiatrie	Schwegler	Peter
Luzerner Apotheker Verein	Serdio Martinez	Tamara
Spitex Kantonalverband	Sidler	Lothar
DIGE	Sinniger	Philipp
DIGE	Spieler	Eva
Ärztenez Luzern Land, Ärztesgesellschaft des Kantons Luzern	Stäuble	Daniel
LUKS Kinderspital	Stocker	Martin
Verein Palliativ Luzern	Studer	Bernhard
Zentrum für Hausarztmedizin und Community Care	Studer	Christian
Residio Hochdorf AG	Stutz	Erika
DIGE	Suter	Peter
FDP,Die Liberalen, GASK	Theiler	Jacqueline
Vereinigung Luzerner Hausärzte (VLuHa)	Thoët	Beat
GSD	Tschuor	Michaela
Spitalplanung.Swiss AG	Vetter	Michael
Departementssekretariat GSD	Vogler	Hanspeter
CONCORDIA	von Ah	Nadja
Dienststelle Soziales und Gesellschaft	von Deschwanden	Luzia
Leiter Gesundheitsamt Kanton Obwalden	von Ehrenberg	Dieter
Hausärzte Willisau, Ärztenetzwerk Luzern Land	von Kiparski	Alexander
Verwaltungsrat Iups	Von Wahlde-Burmeister	Christine
ZURZACH Care AG	Wanner	Dario
ZURZACH Care AG	Werder	Marietta
Hausärzte Willisau, Ärztenetzwerk Luzern Land	Wicki	Manfred
Xund	Widmer	Josef
Departementssekretariat GSD	Winiger	Martina
Geburtshaus Terra Alta	Zraggen	Anja
Ärztesgesellschaft des Kantons Luzern	Zihlmann	Ueli
Hirslanden Klinik St. Anna	Zollinger	Jonas

Tab. 38: *Teilnehmende Kickoff 2022, Echo-Veranstaltung 2023 und/oder Abschluss-Veranstaltung 2024*

Quelle: Interne Daten des GSD

Bemerkung: Die aufgeführten Personen haben an mindestens einer der drei Veranstaltungen teilgenommen.

Mitglieder der übergeordneten Arbeitsgruppe Akutspitäler

Organisation	Name	Vorname	Funktion
Ärztegesellschaft Kt. Luzern	Bleiber Di Nicola	Brigitte	Co-Präsidentin
Ärztegesellschaft Kt. Luzern	Diener	Urs	Mitglied (Ressort DRG)
LUKS	Fuchs	Benno	CEO
SPZ	Jelmoni	Luca	Direktor
GSD	Kaplan	Caroline	wissenschaftliche Mitarbeiterin
GSD	Kaufmann	Cornel	Departementssekretär
Team Focus	Korner	Rolf	Berater
SPZ	Metzger	Stefan	Leiter UE und Leistungsmanagement
Hirslanden	Pahls	Stephan	Direktor a.i. Klinik St. Anna bis Feb. 2023)
Terra Alta	Ruckstuhl-Meier	Renate	Geschäftsführerin
LUKS	Schüpfer	Guido	CMO
GSD	Vogler	Hanspeter	Leiter Abteilung Gesundheit (bis 30.06.2023)
Hirslanden	Zollinger	Jonas	Direktor Klinik St. Anna (ab Feb. 2023)

Tab. 39: Mitglieder der übergeordneten Arbeitsgruppe Akutspitäler

Quelle: Interne Daten des GSD

Mitglieder der übergeordneten Arbeitsgruppe Reha-Kliniken

Organisation	Name	Vorname	Funktion
Cereneo	Christen	Irene	CEO
GSD	Duss	Alexander	Stv. Leiter Abt. Gesundheit (ab 1.7.2023 Leiter)
Cereneo	Freigang	David	CFO
SPZ	Jelmoni	Luca	Direktor
GSD	Kaplan	Caroline	wissenschaftliche Mitarbeiterin
SPZ	Metzger	Stefan	Leiter UE und Leistungsmanagement
LUKS	Nyffeler	Thomas	Chefarzt Neurorehabilitation
LUKS	Schüpfer	Guido	CMO/VR Luzerner Höhenklinik Montana AG
GSD	Vogler	Hanspeter	Leiter Abt. Gesundheit (bis 30.6.2023)
Zurzach Care Sonnmatt	Werder	Marietta	Geschäftsführerin Zentralschweiz

Tab. 40: Mitglieder der übergeordneten Arbeitsgruppe Reha-Kliniken

Quelle: Interne Daten des GSD

Mitglieder der Arbeitsgruppe LUKS Wolhusen (*Ausschuss Fachgruppe)

Organisation	Name	Vorname	Funktion
LUKS	Banz*	Monika	Co-Leiterin Standort Wolhusen
Fraktion G/JG	Bärtsch	Korintha	Präsidentin
Vereinigung Luzerner Hausärzte	Beck*	Mario	Vorstandsmitglied
Verein Pro Spital Wolhusen	Bouvard Marty	Christine	Co-Vereinspräsidentin
Fraktion SP	Budmiger	Marcel	Präsident
LUKS	Courteney*	Udo	Chefarzt Rehazentrum Wolhusen
Fraktion FDP.Die Liberalen	Dubach	Georg	Präsident
LUKS	Duss*	Adrian	Chefarzt Medizin Wolhusen
GSD	Duss*	Alexander	Stv. Leiter Abt. Gesundheit (ab 1.7.2023 Leiter)
Fraktion SVP	Frank	Reto	Co-Präsident
LUKS	Henzen	Christoph	Departementsleiter Medizin Luzern
Fraktion GLP	Huser	Claudia	Präsidentin
GSD	Kaplan*	Caroline	wissenschaftliche Mitarbeiterin
GSD	Kaufmann*	Cornel	Departementssekretär
Team Focus	Korner*	Rolf	Berater
Ärztzentrum Medici Zell	Küng*	Adrian	Co-Leitung, Hausarzt; Mitglied VR LUKS
ZHAM	Merlo*	Christoph	Co-Leitung
Fraktion Die Mitte	Nussbaum	Adrian	Präsident
Ärztegesellschaft	Rohrer*	Gabriela	Sektion Entlebuch
LUKS	Schubert*	Virginie	Leiterin Regionen; Mitglied GL
LUKS	Schüpfer*	Guido	Co-Leiter Standort Wolhusen, Mitglied eGL
Spitalplanung swiss	Vetter*	Michael	Fachexperte Spitalplanung
GSD	Vogler*	Hanspeter	Leiter Abt. Gesundheit (bis 30.6.2023)
Ärzt Netzwerk Luzern Land	von Kiparski*	Alexander	Präsident

Tab. 41: Mitglieder der Arbeitsgruppe LUKS Wolhusen (*Ausschuss Fachgruppe)

Quelle: Interne Daten des GSD

Mitglieder der Arbeitsgruppe LUKS Sursee

Organisation	Name	Vorname	Funktion
LUKS	Duss	Adrian	Chefarzt Medizin Wolhusen
LUKS	Wildisen	Alessandro	Chefarzt Chirurgie Sursee
GSD	Duss	Alexander	Leiter Abt. Gesundheit (seit 1.7.2023)
GSD	Kaplan	Caroline	Wissenschaftliche Mitarbeiterin
GSD	Kaufmann	Cornel	Departementssekretär
Ärztenezwerk LU Land	Bühlmann	Cyrill	Hausarzt Sempach
Ärztegesellschaft LU, Ärztenezwerk LU Land	Stäuble	Daniel	Vorstandsmitglied, Facharzt Hand- und Mikrochirurgie Sursee
Ärztenezwerk LU Land	Bachmann	Fabian	Hausarzt Oberkirch
LUKS	Schüpfer	Guido	CMO, Mitglied GL
GSD	Vogler	Hanspeter	Leiter Abt. Gesundheit (bis 30.6.2023)
GASK	Zeier	Maurus	Präsident
Ärztegesellschaft LU	Pemberger	Michael	Vorstandsmitglied, Hausarzt Schötz
Spitalplanung swiss	Vetter	Michael	Fachexperte Spitalplanung
TeamFocus	Korner	Rolf	Berater
LUKS	Schubert	Virginie	Leiterin Regionen, Mitglied GL
LUKS	Neff	Yvonne	Standortleitung Sursee

Tab. 42: Mitglieder der Arbeitsgruppe LUKS Sursee

Quelle: Interne Daten des GSD

Befragte Organisationen und Verbände

Befragte stationäre Leistungserbringende (Akutsumatik und Rehabilitation)

Luzerner Kantonsspital
 Hirslanden Klinik St. Anna AG
 Schweizer Paraplegiker Zentrum
 Geburtshaus Terra Alta
 ZURZACH Care Rehaklinik Sonnmatt Luzern
 Cereneo Schweiz AG

Zur Befragung eingeladene ambulante Leistungserbringende

Ärztgesellschaft Kanton Luzern
 Association Spitex privée Suisse: Verband der privaten Spitex-Organisationen (ASPS)
 Bioanalytica AG
 Blutspendedienst Zentralschweiz
 ChiroSuisse
 Curaviva – Branchenverband der Dienstleister für Menschen im Alter
 Drogistenverband, Sektion Zentralschweiz
 ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz, Sektion Zentralschweiz
 Interkantonale Osteopathie Gesellschaft Nordost-, Nordwest- und Zentralschweiz (IKOG-NOWZ)
 Logopädie Luzern – Berufsverband Luzerner Logopädinnen und Logopäden
 Luzerner Apotheker Verein
 Optischweiz – Der Verband für Optometrie und Optik
 Organisation der Arbeitswelt Alternativmedizin Schweiz (OdA AM))
 Organisation der Arbeitswelt Medizinische Masseur (OdA MM)
 Patientenstelle Zentralschweiz
 Physioswiss, Sektion Zentralschweiz
 Rettungsdienst LUKS
 Rettungsdienst Seetal
 Schweizerische Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen (SVNP)
 Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft (SSO), Sektion Luzern
 Schweizerische Zahntechniker-Vereinigung (SZV)
 Schweizerischer Berufsverband für Augenoptik und Optometrie (SBAO)
 Schweizerischer Berufsverband für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK)
 Schweizerischer Hebammenverband, Sektion Zentralschweiz
 Schweizerischer Podologen-Verband (SPV), Region Zentralschweiz
 Schweizerischer Verband der Ernährungsberaterinnen und -berater (SVDE), Sektion Zentralschweiz
 Schweizerischer Verband für Fachpersonen Apotheke (SIPA)
 Schweizerischer Verband Medizinischer Praxis-Fachpersonen (SVA), Sektion Luzern-Innerschweiz
 Senesuisse – Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz
 Spitex Kantonalverband
 Swiss Dental Hygienists, Sektion Zentralschweiz
 Synlab Suisse SA
 Verband PsychotherapeutInnen Zentralschweiz (VPZ)
 Vereinigung Luzerner Hausärzte (VLuHa)

Tab. 43: Befragte Organisationen und Verbände

Quelle: Interne Daten des GSD

Umsetzungsstand Massnahmen Planungsbericht über die psychiatrische Versorgung im Kanton Luzern 2021 (Stand Mitte Juni 2024)

Der Kanton Luzern hat mit dem [Planungsbericht über die psychiatrische Versorgung](#) vom 7. September 2021 einen wichtigen Schritt gemacht und der institutionellen psychiatrischen Versorgung eine positive Dynamik ermöglicht. Die Nachfrage nach psychiatrischen Leistungen im Kinder-, Jugend- und Erwachsenenbereich ist weiterhin hoch. Gemäss der Lups braucht es zukünftig weitere Ausbauschritte, um dem weiter steigenden Bedarf substantiell entgegenzutreten zu können.

Die Lups verfolgt weiterhin ihren Weg der Erneuerung und Weiterentwicklung und ist mit der Umsetzung der Massnahmen aus dem Planungsbericht auf Kurs. Nachfolgend ein Überblick über den Umsetzungsstand der Massnahmen aus dem Planungsbericht:

Finanzierung ambulanter Leistungen (Lead Kanton)

Die Vergütung von nicht kostendeckenden Leistungen über GWL im institutionellen ambulanten Bereich konnte auf der Basis des Planungsberichtes zwischen Kanton und der Lups mit einem neuen Abgeltungsmodell geregelt werden. Die institutionelle psychiatrische Versorgung ist auf diese kantonale Mitfinanzierung angewiesen. Diese Massnahme ist umgesetzt.

Abbau Wartezeiten Ambulatorien und Fachsprechstunden Kinder und Jugend (Lead Lups)

Ein Ausbau der ambulanten Leistungen erfolgte mit der Eröffnung eines zusätzlichen Ambulatoriums für Kinder-, Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie Ende November 2023 auf dem Campus LUKS in Luzern. Für dieses neue Ambulatorium konnten 13 weitere Stellen zur bedarfsgerechten Erweiterung des ambulanten Angebots bereitgestellt werden. Insgesamt wurden im Rahmen des Planungsberichtes 50 zusätzliche Stellen bewilligt. Per Ende 2023 konnten rund 70 Prozent dieser Stellen besetzt werden. Nach einer umfassenden Standort-Evaluation hat sich die Lups für den Standort Schappe-Center in Kriens als neuer, zusätzlicher Lups-Standort entschieden. Dort soll ab dem zweiten Quartal 2025 ein ambulantes psychiatrisches Kompetenzzentrum für die Stadt und Agglomeration Luzern betrieben werden, in welchem ambulante und aufsuchende Dienstleistungen der Lups-Erwachsenenpsychiatrie angeboten werden. Die bisherigen Standorte in der Stadt Luzern (Löwengraben und Voltastrasse) werden ins Schappe-Center überführt. Die ambulanten und stationären Dienstleistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie verbleiben an ihren bisherigen Standorten (Campus LUKS in Luzern sowie Fenkernstrasse 15 in Kriens). Aktuell liegen die Detailkonzepte für den Betrieb des Standorts im Schappe-Center vor, die Planung der nötigen Umbauarbeiten ist weit fortgeschritten.

Mit dem bereits erfolgten Ressourcenausbau ging auch ein entsprechender Leistungsausbau einher: So konnte die Anzahl der ambulanten Leistungen (verrechnete Taxpunkte) – nach dem Grundsatz «ambulant vor stationär» – deutlich gesteigert werden (rund 33 % über die letzten drei Jahre). Weiter hat die Luzerner Psychiatrie

mit der Schaffung einer Transitionspsychiatriestation (für 16- bis 25-Jährige) und einem Angebot zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Verhaltensstörungen – integriert auf der Station für Abhängigkeitserkrankungen – zwei neue stationäre Angebote in Betrieb genommen, um der hohen Nachfrage gerecht zu werden. Trotz des Ausbaus der Leistungen in den letzten drei Jahren bleiben die Wartezeiten im ambulanten Bereich weiterhin hoch. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Nachfrage nach psychiatrischen Leistungen im gleichen Zeitraum weiter angestiegen ist.

Krisen-/Abklärungs-/Notfall-/Triage (KANT) mit einem Kriseninterventions-Zentrum (KIZ) und einer Zentralen Auskunfts- und Koordinationsstelle (ZAK) (Lead Lups)

Personen in einer akuten Krisensituation sollen zeitnah Zugang zu einer professionellen Beratung respektive Behandlung erhalten. Die Lups wird Anfang 2025 eine erste von drei geplanten Ausbaustufen eines Kriseninterventionszentrums (KIZ) starten. Die Kriseninterventionen werden dabei je nach Bedarf stationär, ambulant oder aufsuchend angeboten. Ebenfalls ab Anfang 2025 soll der Zugang zu allen Lups-Leistungen neu über eine zentrale Anmelde- und Koordinationsstelle (ZAK) erfolgen. Damit soll der Anmeldeprozess für die Patientinnen und Patienten, die Zuweisenden sowie für die diversen Lups-Fachbereiche mit weniger administrativem Aufwand verbunden sein. Zudem soll eine optimierte Triage dafür sorgen, dass die knappen Lups-Fachkräftressourcen maximal zum Nutzen der Patientinnen und Patienten eingesetzt werden.

Traumazentrum Kanton Luzern respektive Zentralschweiz (Lead Kanton)

Der Bedarf für ein Traumazentrum in der Zentralschweiz wurde im Austausch zwischen der DIGE und der Lups, der Dienststelle Asyl- und Flüchtlingswesen, der Opferberatungsstelle der Dienststelle Soziales und Gesellschaft und dem SRK Kanton Luzern bestätigt. Das SRK betreibt aktuell in der Schweiz fünf Kompetenzzentren, die für Folter- und Kriegsoffer medizinische, psychotherapeutische sowie psychosoziale Beratung anbieten.

Die DIGE hat in der ersten Jahreshälfte 2024 zusammen mit dem SRK Kanton Luzern und einer externen Projektbegleitung im Rahmen eines Vorprojekts und unter Einbezug der direkt beteiligten Anspruchsgruppen ein Grobkonzept für ein kantonales oder regionales Traumazentrum erstellt. Dabei stellen sich grundsätzliche Fragen hinsichtlich des Betriebes (u. a. Anbindung an eine Regelstruktur oder eigenständiges Zentrum, Therapiekonzept), des Mengengerüsts (Grösse und Bedarf), der langfristigen Finanzierung, des Einbezugs weiterer Kantone sowie des Aufbaus einer Projektorganisation.

Eine Projekt- und Konzeptvorstellung erfolgt in der Zentralschweizer Fachgruppe Gesundheit (ZFG) beziehungsweise in der Zentralschweizer Gesundheitsdirektorinnen und -direktorenkonferenz (ZGDK). Vorbehältlich des regierungs- und kantonsrätlichen Entscheides zur Budgetierung der erweiterten Massnahme Traumazentrum ist auf Basis des vorliegenden Auftrages geplant, das Konzept weiter zu schärfen und die Umsetzungsplanung mit der Ausarbeitung eines Detail- und Betriebskonzepts anzugehen.

Suchtberatung (Lead Kanton)

Die ambulante Suchtberatung soll niederschwellig, flächendeckend, kosteneffizient und kostentransparent ausgestaltet sein. Die DIGE hat zusammen mit den verschiedenen Fachstellen der Suchtberatung im Kanton Luzern (SoBZ Regionen Willisau-Wiggertal, Hochdorf/Sursee, Entlebuch, Klick Fachstelle Sucht Region Luzern), der Jugend- und Familienberatung Stadt Luzern und der Luzerner Psychiatrie entschieden, dass Interface Politikstudien ein Arbeitspapier zur transparenten und nachvollziehbaren Erarbeitung möglicher Lösungen zur Verbesserung des Status quo in der Suchtberatung entwickeln soll. In einem Workshop Ende Oktober 2023 wurden – ausgehend von den Anforderungskriterien an die Suchtberatung – sechs Handlungsoptionen definiert, die den Zugang zu einer zeitgemässen ambulanten Suchtberatung regeln sollen.

Aus den Ergebnissen des Workshops und dem DIGE-internen Arbeitspapier «Umsetzung Massnahmen Suchtberatung» wurden verschiedene Umsetzungsmodelle und zentrale Parameter erarbeitet. Die von Fachpersonen und Gemeindeverbänden eingegangenen Rückmeldungen zum erwähnten Arbeitspapier wurden dabei aufgenommen. Anlässlich eines Workshops im Sommer 2024 werden die Parameter künftiger Modelle (Leistungserbringende, Kostenträger, Abgeltung der Leistungen) diskutiert. Als Voraussetzung für eine Lösungsfindung gelten weiterhin die bereits definierten Faktoren: Zugang zur ambulanten Suchtberatung unabhängig von den Suchtformen, vom Wohnort und vom Alter; die Qualitätsanforderungen; die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Beratungs- und Fachstellen sowie die ausreichende Information der Bevölkerung über die Zugänge zu den Behandlungs- und Therapieangeboten.

Menschen mit geistiger Behinderung (Lead Kanton)

Die Zunahme von psychischen Problematiken führt dazu, dass auch die sozialen Einrichtungen sich mit psychischen Störungsbildern und dem adäquaten Umgang damit auf betrieblicher Ebene und fallbezogen auseinandersetzen müssen. Dies gilt im Besonderen für Menschen mit geistiger Behinderung. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen der Psychiatrie und den sozialen Einrichtungen und im Sonderschulbereich mit den Sonderschulen (DVS) ist eine wichtige Voraussetzung für eine gelingende pädagogische und therapeutische Förderung. Die Zuständigkeiten und die Abgrenzung der Finanzierung solcher Kooperationsmodelle muss geklärt werden. Der [Planungsbericht über die sozialen Einrichtungen nach dem SEG 2024–2027](#) vom 4. Juli 2023 adressiert diese Thematik und sieht als Massnahme für die Schnittstelle SEG/Psychiatrie/Sonderschule vor, dass die Kooperation in den Schnittstellenbereichen gefördert, die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Fachbereichen gestärkt und die Zuständigkeiten und Finanzierungsmodelle geklärt werden sollen.

Angebotsseitig ist im Besonderen auf den von der Lups im Herbst 2023 eröffneten Neubau des Wohnheims Sonnengarte in St. Urban hinzuweisen. Künftig stehen 64 Wohn- beziehungsweise Betreuungsplätze und fünf Tagesplätze für eine zeitgemässe Betreuung von geistig- und mehrfachbeeinträchtigten erwachsenen Menschen zur Verfügung. Zwei Kriseninterventionsplätze stehen seit Mai 2024 zur Verfügung, zwei weitere Plätze werden in Absprache mit der DISG voraussichtlich ab 2025 zur Verfügung stehen.

Die Betreuung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung durch die Lups findet in der Regelversorgung und meistens ambulant statt.

Kantonale Massnahmen zur Stärkung der Gesundheitsversorgung im Zusammenhang mit einer Pandemie

Bereich	Herausforderung	Massnahmen (beispielhaft)
Personal	<p>Verstärkter Personalmangel durch Überlastung und Übernahme von Mehraufgaben.</p> <p>Verschiebung der Aufgaben und Prioritäten.</p> <p>Personalausfälle.</p> <p>Arbeit unter erschwerten Bedingungen.</p> <p>Bedarf an zusätzlichem Personal in unterstützender Funktion.</p>	<p><i>Generell:</i> Es wird mehr Personal mit Funktion in der Gesundheitsversorgung benötigt. Inklusive Personal, das zur Aufrechterhaltung von Gesundheitsbetrieben benötigt wird (z. B. Reinigung, Küche, Wäscherei). Festlegung der lage- und situationsabhängigen Richtlinien zur Quarantäne-/Isolationserleichterung zur Aufrechterhaltung des Minimalbetriebs (Definition des Prozesses und Entscheidungsgremiums). Förderung der Resilienz. Sicherstellung der Redundanz für Schlüsselfunktionen (Ziel: Verbesserung der Durchhaltefähigkeit).</p> <p><i>Pflegepersonal:</i> Umsetzung Pflegeinitiative (Nachwuchsförderung, Ausbildungsverpflichtung, Schaffung rechtlicher Rahmenbedingungen, «Advanced Practice Nursing» usw.), Schaffung der Position «Chief Nursing Officer».</p> <p><i>Ärztliches Personal:</i> Ausbau Joint Medical Master. Förderung der Grundversorgung (Hausarztmedizin).</p> <p><i>Apothekerinnen/Apotheker:</i> Impfungen und andere Dienstleistungen (z. B. Testen, Probennahme) durch Apothekerinnen/Apotheker auf rechtlicher Basis regulieren.</p> <p><i>Personelle Zusatzressourcen:</i> Schaffung von Rechtsnormen zum Aufbau und zur Administration eines ständigen kantonalen Helferpools schaffen. Personelle Stärkung von Partnerorganisationen (z. B. Zivilschutz). Umsetzung des Konzepts «Personelle Unterstützung der zivilen Gesundheitseinrichtungen durch den Zivilschutz».</p>
Material	<p>Versorgung mit medizinischen Gütern und persönlichem Schutzmaterial.</p> <p>Sicherstellung der Versorgung bei unterbrochenen Lieferketten (zusätzlicher Logistikbedarf).</p> <p>Versorgungsengpässen bei Produkten durch Produktionsverschiebung zugunsten von Schutzmaterial.</p>	<p>Erhöhung des Selbstversorgungsgrads (national und kantonal).</p> <p>Pflichtlager im Kanton schaffen, erhalten oder ausbauen.</p> <p>Verträge/Leistungsvereinbarungen/angepasste Bewilligungsvoraussetzungen mit Leistungserbringenden und Dienstleistenden erstellen (Vorhalteleistung/Pflichtlager).</p>
Infrastruktur	<p>Fehlen von notwendigen Kapazitäten ambulant wie stationär.</p> <p>Bereitstellung ausreichender Labor-/Impf-/Testkapazität. Durchhaltefähigkeit der Organisation.</p>	<p>Werterhaltung bestehender Infrastruktur (z. B. IT für Material-Impfstofflogistik aufrecht erhalten ausserhalb der pandemischen Situation).</p> <p>Gesetzliche Verankerung der Weisungsbefugnis/Requierungskompetenz/Requisition von personellen und materiellen Ressourcen der Behörden/KFS bei besonderen und ausserordentlichen Lagen zur Erbringung von Leistungen (z. B. Spitäler, Dienstleister, Berufsgruppen, Infrastrukturanbieter usw.).</p> <p>Sicherstellen der für den Kanton relevanten Versorgungsketten.</p> <p>Kantonale Lagerkapazitäten für Material und Ausrüstung schaffen/Bewirtschaftung sicherstellen.</p> <p>Verträge/Leistungsvereinbarungen mit Dritten erstellen (z. B. Lagerkapazitäten und Räumlichkeiten).</p> <p>Stärkung der Laborvernetzung (regional).</p> <p>Schaffung temporärer Infrastruktur (z. B. Notspital, Quarantäneunterkünfte usw.).</p>
Bereichsübergreifend	<p>Die bereichsübergreifenden Herausforderungen sind detailliert im Rechenschaftsbericht des Regierungsrates zur Covid-19-Krisenbewältigung aufgeführt.</p>	<p>Kantonale Epidemienverordnung und Pandemieplan überarbeiten (nach Überarbeitung des nationalen Pandemieplans).</p> <p>Zusammenarbeit mit den Zentralschweizer Kantonen verbessern.</p> <p>Koordination der Leistungserbringenden unterstützen.</p> <p>Kommunikation zwischen Regierung und Task Force verstärken.</p> <p>Information der Migrationsbevölkerung verbessern.</p>

Tab. 44: Kantonale Massnahmen zur Stärkung der Gesundheitsversorgung im Zusammenhang mit einer Pandemie

Quelle: Interne Daten des GSD

Massnahmenvorschläge ambulanter nichtärztlicher Gesundheitsberufe

Handlungsfeld	Massnahmen
Fachkräftemangel	<p><i>Rekrutierung:</i> Anerkennungsprozess bei ausländischer Ausbildung vereinfachen, Arbeitszeiten verbessern (flexible Arbeitsplanung), Externe Personalvermittler einsetzen, Karrieremöglichkeiten schaffen, Verbindlichkeiten schaffen bei Anstellung, Weiterbildung unterstützen (intern und extern)</p> <p><i>Ausbildung:</i> Anzahl Ausbildungsplätze/Studienplätze erhöhen, Ausbildungsniveau und -dauer prüfen, Ausbildungsverbände fördern, Berufsbekanntheit steigern (Nutzung diverser Kanäle), Dezentrale Ausbildungszentren schaffen, Finanzielle Unterstützung für Auszubildende und Ausbildungsbetriebe, Passerellen schaffen für verwandte Berufe, Praktikumsplätze schaffen, Praxisausbildung mit Einblick in verschiedene Fachrichtungen gestalten, Quereinstieg ermöglichen/ fördern, Stipendien anbieten, Talentförderung und Karriereplanung anbieten</p> <p><i>Personalerhalt:</i> Einbindung des Personals in Entscheidungsgremien, Entscheidungskompetenz steigern, Karrieremöglichkeiten schaffen, Kinderbetreuung anbieten, Tätigkeitsfelder erweitern, Verlässlichkeit der Dienstpläne steigern, Weiterentwicklungsmöglichkeiten schaffen</p>
Digitalisierung	<p>Administrativer Aufwand möglichst geringhalten, EPD fördern, EPD Kommunikationskampagne durchführen (inkl. Information zum Datenschutz), IT-Kompetenz der Gesundheitsberufe fördern,</p> <p>Finanzielle Unterstützung im Digitalisierungsprozess der Leistungserbringenden, Schnittstellen schaffen (einmalige Datenerhebung – Once-Only-Prinzip)</p>
Versorgung ländlicher Regionen	<p>Aufgaben/Kompetenzen nichtärztlicher Gesundheitsberufe generell überdenken und neu zuordnen, Abgeltung für Wegzeiten bei Heimbehandlungen verbessern, Einschränkung der Selbstdispensation durch ärztliche Personen, Koordination zwischen Akutversorgung und ambulanter Gesundheitsversorgung fördern, Nichtärztliche Gesundheitsberufe für Triage von Patientinnen und Patienten ausbilden und einsetzen, Schnittstellen stärken um Vernetzung ländlicher Versorgung mit Zentrum zu gewährleisten, Wo Bereitschaftsdienst notwendig ist Bereitschaftsentschädigung entrichten, Zugang zur Behandlung durch nicht-ärztliche Gesundheitsberufe ohne Umweg über Hausarzt</p>
Innovative Versorgungsmodelle	<p>Direktzugang ermöglichen, Forschung zur Identifizierung geeigneter innovativer Versorgungsmodelle involvieren, Kompetenzen umverteilen, Pilotprojekte fördern, Stärkung/Schaffung neuer Berufsfelder (u. a. Advanced Practice Nurse)</p>
Schnittstellen	<p>Definition von Standards zur Übergabe von Information, Entschädigung für interprofessionelle Zusammenarbeit (Zeitaufwand), IT-Schnittstellen schaffen, Verantwortlichkeit der einzelnen Leistungserbringenden klar definieren</p>
Gesundheitsförderung und Prävention	<p>Abrechnung von Präventionsleistungen ermöglichen/fördern, Allgemeinbildung der Bevölkerung in Gesundheitsthemen steigern (z. B. über Schulen), Bewusstsein für die Relevanz von Gesundheitsförderung und Prävention schaffen, Öffentlichkeitsarbeit steigern (inkl. Informationsveranstaltungen), Präventionskampagnen und -programme fördern</p>
Eigenverantwortung/Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten	<p>Anleitung zum Selbstmanagement vermitteln, Förderung von beratenden Massnahmen, Förderung der Eigenverantwortung, Niederschwelliger Zugang zu Gesundheitsinformationen gewährleisten, Unabhängige Informationsstellen unterstützen, Unterstützung von Kampagnen</p>

Tab. 45: Massnahmenvorschläge ambulanter nichtärztlicher Gesundheitsberufe

Quelle: Befragung der Berufsverbände durch die DIGE im Frühjahr 2023

Bemerkung: Nicht aufgeführt ist, wer für eine allfällige Umsetzung der vorgeschlagenen Massnahmen zuständig wäre (Bund, Kanton, Berufsverbände, Ausbildungszentren, Leistungserbringende).

Porträts der innerkantonalen Leistungserbringenden (Akutsomatik)

Luzerner Kantonsspital (LUKS)

Das LUKS ist das grösste universitäre Lehr- und Forschungsspital der Schweiz und das Zentrumsversorgungsspital für die ganze Zentralschweiz. Das LUKS umfasst die Spitalbetriebe in Luzern (inkl. Kinderspital), Sursee und Wolhusen und erbringt Versorgungsleistungen von der Grundversorgung bis zur hochspezialisierten Medizin. Rechtsträger für den Betrieb des Luzerner Kantonsspitals ist die LUKS Spitalbetriebe AG. Diese ist eine Tochtergesellschaft der Luzerner Kantonsspital AG, zu der unter anderem auch die Tochtergesellschaften Spital Nidwalden AG und Luzerner Höhenklinik Montana AG (Rehabilitation) gehören. Folgende Kennzahlen aus den Jahren 2020 und 2021 sind im LUKS zu verzeichnen. Dabei beziehen sich die ersten Kennzahlen (bis und mit durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen (stationäre Akutsomatik) auf die Behandlungen in der stationären Akutsomatik. Die grau hinterlegten Kennzahlen beziehen sich auf die rehabilitativen Behandlungen. Die restlichen Kennzahlen beziehen sich mit zwei gekennzeichneten Ausnahmen auf alle Behandlungen des LUKS (Rehabilitation und Akutsomatik zusammen). Zu beachten ist, dass die dargelegten Zahlen 2020/2021 aufgrund der Covid-19-Pandemie im Mehrjahresvergleich tiefer liegen:

Luzerner Kantonsspital		
<i>Standorte Luzern, Sursee und Wolhusen</i>	2020	2021
Anzahl stationäre Austritte/Fälle (stationäre Akutsomatik)	39'251	41'214
Anzahl Pflage tage (stationäre Akutsomatik)	225'555	239'720
Anzahl stationäre Betten (stationäre Akutsomatik)	736,2	727,0
Belegungsgrad der Betten in % (stationäre Akutsomatik)	76%	81%
durchschn. Aufenthaltsdauer in Tagen (stationäre Akutsomatik)	5,4	5,4
Anzahl stationäre Betten (Rehabilitation)	54,8	62,0
Belegungsgrad der Betten in % (Rehabilitation)	73%	85%
durchschn. Aufenthaltsdauer in Tagen (Rehabilitation)	25,8	25,7
Anzahl gesunde Neugeborene (stationäre Akutsomatik)	2771	2729
Case-Mix-Index (CMI. ⁴⁷) netto (stationäre Akutsomatik)	1,17	1,19
Anteil ausserkantonale Patientinnen und Patienten in %	22%	22%
Anteil Patientinnen und Patienten halbprivat oder privat in %	19%	19%
Ärztinnen und Ärzte in Vollzeitäquivalenten (VZÄ)	966,8	1005,0
Anzahl Belegärztinnen und -ärzte	41	46
Pflegepersonal in VZÄ	2395,6	2384,9
übriges medizinisches Personal in VZÄ	690,3	722,5
Übriges Belegpersonal in Stunden	75	0
gesamtes Personal in VZÄ	5566,6	5623,3
Anzahl angebotene Fachgebiete für den Facharzttitel. ⁴⁸		34

⁴⁷ CMI = mittlerer Schweregrad der behandelten stationären Fälle. Die Berechnung des CMI basiert auf den Daten der Medizinischen Statistik des BFS.

⁴⁸ Daten aus dem Jahr 2023, <https://www.siwf-register.ch/>.

Tab. 46: Kennzahlen des Luzerner Kantonsspitals

Quelle: BAG (Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2021)

Das LUKS hat seit dem letzten [Planungsbericht 2015](#) verschiedene grössere und kleinere Investitionen gestartet und abgeschlossen. Auf der Homepage des LUKS sind die grössten und wichtigsten abgeschlossenen und anstehenden Projekte beschrieben.

Hirslanden Klinik St. Anna AG

Die Hirslanden Klinik St. Anna AG ist auf der Luzerner Spitalliste und gilt seit 2013 als Zentrumsversorgungsspital. Das Spital wurde im Jahr 2005 durch die Privatklinikgruppe Hirslanden übernommen. Folgende Kennzahlen aus den Jahren 2020 und 2021 sind in der Hirslanden Klinik St. Anna AG mit den drei Standorten (Klinik St. Anna, St. Anna im Bahnhof sowie der Klinik Meggen) in Bezug auf die Akutbehandlung zu verzeichnen:

Hirslanden Klinik St. Anna AG		
<i>Standorte Klinik St. Anna, St. Anna im Bahnhof, Klinik Meggen</i>	2020	2021
Anzahl stationäre Austritte/Fälle (Akutbehandlung)	14'504	14'712
Anzahl Pflgetage (Akutbehandlung)	63'311	64'306
Anzahl stationäre Betten (Akutbehandlung)	219,0	219,7
Belegungsgrad der Betten in %	77%	78%
Durchschn. Aufenthaltsdauer in Tagen (Akutbehandlung)	4,4	4,4
Anzahl gesunde Neugeborene	731	790
Case-Mix-Index (CMI) netto	1,04	1,04
Anteil ausserkantonale Patientinnen und Patienten in %	19%	19%
Anteil Patientinnen und Patienten halbprivat oder privat in %	44%	44%
Ärztinnen und Ärzte in Vollzeitäquivalenten (VZÄ)	83,5	82,1
Belegärztinnen und -ärzte in Stunden	132'551	140'338
Pflegepersonal in VZÄ	494,2	481,0
übriges medizinisches Personal in VZÄ	149,9	151,9
Übriges Belegpersonal in Stunden	5600	9141
gesamtes Personal in VZÄ	1038,5	1037,0
Anzahl angebotene Fachgebiete für den Facharzttitel ⁴⁹		13

Tab. 47: Kennzahlen der Hirslanden Klinik St. Anna AG

Quelle: BAG (Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2021)

Die Hirslanden Klinik St. Anna hat Anfang 2022 das grosszyklische Erneuerungsprojekt ANNAplus gestartet. Kern des Projekts sind der Neubau des Trakts G im Hof mit ambulanten Einheiten wie Radiologie und Katheterlaboren sowie Abriss und Neubau der bestehenden Trakte A und B, in denen die Kerneinheiten Zentral-OP, Aufwachraum, IPS, IMC, ZSVA, Notfallzentrum und Bettenstationen neu erstellt werden. Das Investitionsvolumen beträgt rund 200 Millionen Franken.

Geburtshaus Terra Alta

Das Geburtshaus Terra Alta in Oberkirch ist auf der Luzerner Spitalliste und gilt als privates Geburtshaus und Spezialklinik (Gynäkologie/Neonatalogie). Folgende Kennzahlen aus den Jahren 2020 und 2021 sind im Geburtshaus zu verzeichnen:

⁴⁹ Daten aus dem Jahr 2023. <https://www.siwf-register.ch/>

Geburtshaus Terra Alta		
<i>Standort Oberkirch</i>	2020	2021
Anzahl stationäre Austritte/Fälle (Akutbehandlung)	937	1022
Anzahl Pfl egetage (Akutbehandlung)	2915	3099
Anzahl stationäre Betten (Akutbehandlung)	6	6
Belegungsgrad der Betten in %	99%	109%
durchschn. Aufenthaltsdauer in Tagen (Akutbehandlung)	3,1	3,0
Anzahl gesunde Neugeborene	444	488
Case-Mix-Index (CMI) netto	0,37	0,36
Anteil ausserkantonale Patientinnen und Patienten in %	21%	21%
Anteil Patientinnen und Patienten halbprivat oder privat in %	3%	4%
Ärztinnen und Ärzte in Vollzeitäquivalenten (VZÄ)	0	0
Belegärztinnen und -ärzte in Stunden	85	88
Pflegepersonal in VZÄ	19,0	18,6
übriges medizinisches Personal in VZÄ	0,4	0,3
Übriges Belegpersonal in Stunden	0	0
gesamtes Personal in VZÄ	27,8	27,7
Anzahl angebotene Fachgebiete für den Facharzttitel ⁵⁰	0	0

Tab. 48: Kennzahlen des Geburtshauses Terra Alta

Quelle: BAG (Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2021)

⁵⁰ Daten aus dem Jahr 2023. <https://www.siwf-register.ch/>

Porträts der innerkantonalen Leistungserbringenden (Rehabilitation)

Luzerner Kantonsspital (LUKS)

Eine wichtige Entwicklung in vielen Teilfeldern der Rehabilitationsangebote wird in Zukunft durch die vollständige oder Teilambulantisierung wohnortsnah geprägt sein.

Standort Luzern: Die Neurorehabilitation am LUKS, welche seit mehr als 20 Jahren existiert, ist seit 2012 integraler Bestandteil der Klinik für Neurologie und Neurorehabilitation. Die Neurorehabilitation verfügt über eine Bettenstation (34 Betten), eine Tagesklinik sowie ein Ambulatorium. Als einzigartige Institution in der Schweiz ermöglicht die Klinik für Neurologie und Neurorehabilitation eine kontinuierliche, neurorehabilitative Therapie vom ersten Tag des Spitaleintritts bis zur sozialen und beruflichen Wiedereingliederung. Die Behandlung umfasst alle neurologischen Krankheitsbilder, insbesondere Neurorehabilitation nach Hirnschlag, Schädelhirntrauma und neurodegenerativen Erkrankungen (M. Parkinson).

Das Angebot für Neurorehabilitation ist ein herausragendes Beispiel für integrierte Gesundheitsversorgung, die sehr gute Ergebnisse für Patientinnen und Patienten erreicht. Die Einbettung in die Akutversorgung stellt den perfekten Übergang aus der Akutmedizin in eine gelingende Rehabilitation. Das LUKS zeichnet sich mit diesem Angebot eingebettet in eine exzellente Begleitforschung aus.

Standort Wolhusen: Das im Jahr 2017 in Betrieb genommene Reha-Zentrum Wolhusen startete mit elf Betten und konnte das Angebot bis im Jahr 2022 auf maximal 32 Betten ausbauen.

Die detaillierten Kennzahlen zur Rehabilitation an den Standorten Luzern und Wolhusen sind im Porträt des LUKS im Anhang 6 zu finden.

Luzerner Höhenklinik Montana

Die Luzerner Höhenklinik Montana gehört seit 2008 zum LUKS. Der Standort befindet sich in Crans-Montana (VS).

Folgende Kennzahlen sind in der Luzerner Höhenklinik Montana für die Jahre 2020 und 2021 zu verzeichnen:

Luzerner Höhenklinik Montana in Crans-Montana	2020	2021
Anzahl stationäre Betten	59,1	65,7
durchschn. Aufenthaltsdauer in Tagen	27,7	23,9
Belegungsgrad der Betten in %	84%	87%
Anteil ausserkantonale Patientinnen und Patienten in %	53%	52%
Anteil Patientinnen und Patienten halbprivat oder privat in %	15%	16%
Ärztinnen und Ärzte in Vollzeitäquivalenten (VZÄ)	10,6	10,5
Pflegepersonal in VZÄ	40,4	40,0
übriges medizinisches Personal in VZÄ	18,3	17,9
gesamtes Personal in VZÄ	109,4	110,5

Tab. 49: Kennzahlen der Luzerner Höhenklinik Montana

Quelle: BAG (Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2021)

Schweizer Paraplegiker-Zentrum (SPZ)

Das SPZ in Nottwil ist auf der Luzerner Spitalliste und gilt als private Spezialklinik im Bereich der Rehabilitation und Akutbehandlung. Das Leistungsgruppen-Angebot konzentriert sich auf die ganzheitliche Behandlung bei Querschnittlähmungen und querschnittlähmungsähnlicher Symptomatik (inkl. neuromuskulärer Krankheiten) und synergetisch auf die Behandlung von weiteren komplexen Rückenleiden, Weaning (Entwöhnung der Beatmung) und Schmerzsymptomatiken bei Patientinnen und Patienten ohne Querschnittlähmung.

Folgende Kennzahlen aus den Jahren 2020 und 2021 sind im SPZ zu verzeichnen. Dabei beziehen sich die ersten Kennzahlen (bis und mit Belegungsgrad der Betten in Prozent (stationäre Akutsomatik) nur auf die Behandlungen der stationären Akutsomatik. Die grau hinterlegten Kennzahlen beziehen sich nur auf die rehabilitativen Behandlungen. Die restlichen Kennzahlen beziehen sich auf alle Behandlungen des SPZ (Rehabilitation und Akutsomatik):

SPZ in Nottwil	2020	2021
Anzahl stationäre Austritte/Fälle (stationäre Akutsomatik)	397	647
Anzahl Pflage tage (stationäre Akutsomatik)	4901	6737
Anzahl stationäre Betten (stationäre Akutsomatik)	57,8	52,3
Belegungsgrad der Betten in % (stationäre Akutsomatik)	69%	90%
durchschn. Aufenthaltsdauer in Tagen (stationäre Akutsomatik)	12,4	10,4
Anzahl stationäre Betten (Rehabilitation)	114,9	127,7
Belegungsgrad der Betten in % (Rehabilitation)	96%	88%
durchschn. Aufenthaltsdauer in Tagen (Rehabilitation)	47,5	47,0
Anzahl gesunde Neugeborene	0	0
Case-Mix-Index (CMI) netto	3,69	3,21
Anteil ausserkantonale Patientinnen und Patienten in %	78%	71%
Anteil Patientinnen und Patienten halbprivat oder privat in %	19%	17%
Ärztinnen und Ärzte in Vollzeitäquivalenten (VZÄ)	87,9	95,7
Belegärztinnen und -ärzte in Stunden	3214	2189
Pflegepersonal in VZÄ	426,7	449,9
übriges medizinisches Personal in VZÄ	188,2	199,1
Übriges Belegpersonal in Stunden	2200	0
gesamtes Personal in VZÄ	1059,6	1124,0
Anzahl angebotene Fachgebiete für den Facharzttitel. ⁵¹		7

Tab. 50: Kennzahlen des SPZ

Quelle: BAG (Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2021)

Das SPZ hat im September 2020 die Klinikerweiterung und -erneuerung nach einer fünfjährigen Bauzeit abgeschlossen. Seit Januar 2020 stehen drei neue Pflegestationen mit 66 Betten, drei Operationssälen und einer Intensivstation mit 16 Betten für die akutmedizinische Behandlung bereit. Mit der [Klinikerweiterung](#) stehen für akutmedizinische Probleme maximal 82 Betten zur Verfügung.

⁵¹ Daten aus dem Jahr 2023, <https://www.siwf-register.ch/>

ZURZACH Care Rehaklinik Sonnmatt Luzern

Seit Oktober 2016 besteht die ZURZACH Care (früher RehaClinic AG) Rehaklinik Sonnmatt am Stadtrand von Luzern. Dort haben Patientinnen und Patienten Zugang zu Leistungen der muskuloskelettalen und neurologischen Rehabilitation.

Folgende Kennzahlen der ZURZACH Care Rehaklinik Sonnmatt Luzern sind aus dem Jahr 2020 und 2021 in Bezug auf die rehabilitative Behandlung zu verzeichnen:

ZURZACH Care Rehaklinik Sonnmatt Luzern	2020	2021
Anzahl stationäre Betten	51,9	52,0
durchschn. Aufenthaltsdauer in Tagen	22,4	22,4
Belegungsgrad der Betten in %	84%	87%
Anteil ausserkantonale Patientinnen und Patienten in %	38%	44%
Anteil Patientinnen und Patienten halbprivat oder privat in %	48%	45%
Ärztinnen und Ärzte in Vollzeitäquivalenten (VZÄ)	6,1	5,3
Pflegepersonal in VZÄ	31	43,8
übriges medizinisches Personal in VZÄ	16,3	15,3
gesamtes Personal in VZÄ	58,2	68,5

Tab. 51: Kennzahlen der ZURZACH Care Rehaklinik Sonnmatt Luzern
Quelle: [BAG](#) (Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2021)

Cereneo Schweiz AG

Die [cereneo-Klinik](#) in Hertenstein (Gemeinde Weggis) wurde im Oktober 2020 in Betrieb genommen. cereneo Schweiz AG gilt als private Klinik für neurologische Rehabilitation mit Betreuung von sowohl Schweizer Patientinnen und Patienten aller Versicherungsklassen sowie von internationalen Patientinnen und Patienten. Mit Inbetriebnahme des neuen Klinikstandorts wurden die seit 2013 bestehenden Spitalistenplätze von Vitznau nach Hertenstein verlagert. Der Betrieb am Klinikstandort Vitznau läuft indessen über die Schwestergesellschaft cereneo International AG als reine Privatklinik weiter.

Folgende Kennzahlen der Klinik cereneo Schweiz AG sind aus dem Jahr 2020 und 2021 in Bezug auf die rehabilitative Behandlung zu verzeichnen:

cereneo Schweiz AG Neurorehabilitationsklinik	2020	2021
Anzahl stationäre Betten	17,3	23,0
durchschn. Aufenthaltsdauer in Tagen	47,9	52,1
Belegungsgrad der Betten in %	61%	62%
Anteil ausserkantonale Patientinnen und Patienten in %	93%	91%
Anteil Patientinnen und Patienten halbprivat oder privat in %	62%	66%
Ärztinnen und Ärzte in Vollzeitäquivalenten (VZÄ)	2,4	3,0
Pflegepersonal in VZÄ	23,4	25,4
übriges medizinisches Personal in VZÄ	13,9	14,0
gesamtes Personal in VZÄ	53,9	54,6

Tab. 52: Kennzahlen der cereneo Schweiz AG Neurorehabilitationsklinik
Quelle: [BAG](#) (Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2021)

Einflussfaktoren und Annahmen für die Bedarfsprognose in der Akutsomatik

		3 Szenarien		
		Min	Basis	Max
Einflussfaktoren	Demografie	BFS tief	BFS Referenz	BFS hoch
	Angleichung Hospitalisierungsraten	Keine Angleichung der Hospitalisierungsraten an den Schweizer Durchschnitt, sofern die LU-Rate unter der durchschn. CH-Rate liegt. Liegt die LU-Rate über der durchschn. CH-Rate, erfolgt eine Angleichung um 75 %.	Keine Angleichung der Hospitalisierungsraten an den Schweizer Durchschnitt, sofern die LU-Rate unter der durchschn. CH-Rate liegt. Liegt die LU-Rate über der durchschn. CH-Rate, erfolgt eine Angleichung um 50 %.	Keine Angleichung der Hospitalisierungsraten an den Schweizer Durchschnitt
	Epidemiologie	Keine Veränderung	Keine Veränderung	Keine Veränderung
	Medizintechnik	Hüft- und Knierevisionen (BEW): Keine Veränderung Neurologie (NEU): Keine Verlagerung	Hüft- und Knierevisionen (BEW): Revisionen Hüft- (BEW7.1.1) u. Knieprothesen (BEW7.2.1): Durchschnittlicher Anstieg der Revisionen gemäss Studien der GDZH zu medizinischen Entwicklungen. Neurologie (NEU): Keine Verlagerung	Hüft- und Knierevisionen (BEW): Ein um 50 % stärkerer Anstieg der Revisionen Hüftprothesen (BEW7.1.1.) und Knieprothesen (BEW7.2.1.) als im Basisszenario erwartet. Neurologie (NEU): Verlagerung der Fälle aus der SPLG NEU3 in die spezialisierte SPLG NEU3.1, sodass im Jahr 2032 30 % der Fälle in der SPLG NEU3.1 behandelt werden (gemäss Studien der GDZH zu medizinischen Entwicklungen)
	Ambulantisierung (Verlagerung)	75 % des Verlagerungspotenzials gemäss der BAG Liste (Anhang 1a der KLV per 1.1.2023) werden bis 2030 durch ambulante Behandlungen substituiert	50 % des Verlagerungspotenzials gemäss der BAG Liste (Anhang 1a der KLV per 1.1.2023) werden bis 2030 durch ambulante Behandlungen substituiert	10 % des Verlagerungspotenzials gemäss der BAG Liste (Anhang 1a der KLV per 1.1.2023) werden bis 2030 durch ambulante Behandlungen substituiert
	Übrige	Anpassung der prognostizierten Entwicklung der Fallzahlen im SPLB «Geburtshilfe» an die Prognose im SPLB «Neugeborene».		
	Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD)	Reduktion der MAHD bis ins Jahr 2035 auf das 50. Perzentil gemäss Verteilung der MAHD pro SPLG	Reduktion der MAHD bis ins Jahr 2035 auf das 50. Perzentil gemäss Verteilung der MAHD pro SPLG	Kantonal – Grundlage für die Prognose bildet die MAHD der Luzerner Kantonsbevölkerung (Referenz)

Tab. 53: Einflussfaktoren und Annahmen für die Bedarfsprognose (Akutsomatik)

Quelle: [Obsan](#) Versorgungsbericht 2024 Kanton Luzern

Einflussfaktoren und Annahmen für die Bedarfsprognose in der Rehabilitation

		3 Szenarien		
		Min	Basis	Max
Einflussfaktoren	Demografie	BFS tief	BFS Referenz	BFS hoch
	Angleichung Hospitalisierungsraten	Keine Angleichung der Hospitalisierungsraten an den Schweizer Durchschnitt, sofern die LU-Rate unter der durchschn. CH-Rate liegt. Liegt die LU-Rate über der durchschn. CH-Rate, erfolgt eine Angleichung um 75 %.	Keine Angleichung der Hospitalisierungsraten an den Schweizer Durchschnitt, sofern die LU-Rate unter der durchschn. CH-Rate liegt. Liegt die LU-Rate über der durchschn. CH-Rate, erfolgt eine Angleichung um 50 %.	Keine Angleichung der Hospitalisierungsraten an den Schweizer Durchschnitt
	Epidemiologie	Keine Veränderung	Keine Veränderung	Keine Veränderung
	Medizintechnik	Medizintechnik	Keine Veränderung	Gemäss Studien GDZH: Zunahme in der Akutso-matik im Bereich «Bewegungsapparat chirurgisch» kann zu leicht höheren Fallzahlen in der musku-loskelettalen Rehabilitation führen (Anstieg im Zusammenhang mit dem Anstieg in der Akutso-matik)
	Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD)	Reduktion der MAHD bis ins Jahr 2035 auf das 50. Perzentil gemäss Verteilung der MAHD pro Leistungsgruppe	Reduktion der MAHD bis ins Jahr 2035 auf das 50. Perzentil gemäss Verteilung der MAHD pro Leistungsgruppe	Kantonal – Grundlage für die Prognose bildet die MAHD der Luzerner Kantonsbevölkerung (Referenz)

Tab. 54: Einflussfaktoren und Annahmen für die Bedarfsprognose (Rehabilitation)

Quelle: [Obsan](#) Versorgungsbericht 2024 Kanton Luzern

Glossar und Abkürzungen

Abfluss, %	Der Abfluss steht für den Anteil der ausserhalb eines Kantons (oder einer Region) hospitalisierten Fälle an allen Hospitalisierungen von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton (in der Region).
Abwanderung	Die Abwanderung beschreibt die Anzahl Hospitalisierungen ausserhalb eines Kantons (oder einer Region) von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz innerhalb des Kantons (der Region). Die Abwanderung ist folglich die absolute Anzahl der Patientinnen und Patienten aus dem Kanton (der Region), die sich ausserhalb des Kantons (der Region) behandeln lassen.
Fallzahlen	Ein Fall entspricht einer Hospitalisierung. Dabei werden alle Fälle berücksichtigt, welche während eines Jahres aus dem Spital entlassen werden (A-Fälle). In der Psychiatrie werden zusätzlich Fälle, die das gesamte Jahr in der Klinik verbringen, berücksichtigt (C-Fälle). Seit der Einführung von Swiss DRG (2012) werden die Fälle in der Akutsomatik, beziehungsweise seit der Einführung von TARPSY (2018) die Fälle in der Psychiatrie neu definiert: Fälle, die unter bestimmten Bedingungen innerhalb von 18 Tagen rehospitalisiert werden, werden neu unter derselben Fallnummer zusammengeführt.
Lokalisationsindex	Der Lokalisationsindex ist das Gegenstück zum Abfluss und bezeichnet den Anteil der in einem Kanton (oder in einer Region) wohnhaften Fälle, die im Kanton (in der Region) hospitalisiert werden, an allen Hospitalisierungen von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton (in der Region). Diese Kennzahl zeigt, welcher Anteil der hospitalisierten Bevölkerung im eigenen Wohnkanton (in der eigenen Wohnregion) hospitalisiert wird und somit im Kanton (in der Region) «bleibt».
Mittlere Aufenthaltsdauer (MHAD)	Die durchschnittliche Anzahl Tage des Spitalaufenthalts gemäss Tarifsystem.
Nettowanderung (auch Absolut-Saldo, Huber, 2015)	Die Nettowanderung zeigt, wie gross die Differenz zwischen den von ausserhalb eines Kantons (einer Region) kommenden Fällen (Zuwanderung) und den aus dem Kanton (der Region) hinausgehenden Fällen (Abwanderung) ist. Ein positiver Wert (>0) bedeutet, dass absolut gesehen mehr Fälle von ausserhalb des Kantons (der Region) kommen als vom Kanton (von der Region) aus in andere Kantone (Regionen) gehen. Ist der Saldo nahe null, so deutet dies auf einen zahlenmässigen Ausgleich der hineinkommenden und hinausgehenden Flüsse hin.
Pflegetage	Die Anzahl der Pflegetage berechnet sich gemäss Swiss DRG als Differenz von Austrittsdatum und Eintrittsdatum, abzüglich allfälliger Urlaubstage.
Standardisierte Hospitalisierungsrate	Dieser Indikator zeigt die Anzahl Hospitalisierungen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner eines Kantons im jeweiligen Versorgungsgebiet (Akutsomatik, Psychiatrie oder Rehabilitation) auf. Die in diesem Bericht dargestellten Raten sind nach Alter und Geschlecht standardisiert; das bedeutet, dass die Ergebnisse um die Variationen korrigiert werden, die in der demografischen Struktur der Kantone bestehen.
Zustrom, %	Der Zustrom steht für den Anteil der von ausserhalb eines Kantons (oder einer Region) kommenden Patientinnen und Patienten an allen Hospitalisierungen in Spitälern mit Standort innerhalb des Kantons (der Region).
Zuwanderung	Die Zuwanderung beschreibt die Anzahl Hospitalisierungen von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz ausserhalb eines Kantons (oder einer Region) in Spitälern mit Standort innerhalb des Kantons (der Region). Die Zuwanderung ist folglich die absolute Anzahl der nicht im Kanton (in der Region) wohnhaften Patientinnen und Patienten, die für eine Behandlung in den Kanton (die Region) kommen.

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Ausgewählte Kennzahlen des Kantons Luzern	15
Tab. 2: Bevölkerungsprognose Kanton Luzern 2021–2025	17
Tab. 3: Gesamtkosten im Gesundheitswesen Schweiz 2010–2022	22
Tab. 4: Kantonale monatliche mittlere Prämien 2023–2024 der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	23
Tab. 5: Individuelle Prämienverbilligung Kanton Luzern 2015–2023	24
Tab. 6: Kantonale Beiträge an die Gesundheitsversorgung der Luzerner Bevölkerung 2018–2023	28
Tab. 7: Massnahmen zur Förderung der Gesundheitsfachpersonen in der Pflege	37
Tab. 8: Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung im Zusammenhang mit einer Pandemie	59
Tab. 9: Anzahl Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung im Kanton Luzern nach Geschlecht und Alter 2012/2022	72
Tab. 10: Anzahl Ärztinnen und Ärzte in der spezialisierten Versorgung im Kanton Luzern nach Geschlecht und Alter 2012/2022	76
Tab. 11: Anzahl Berufsausübungsbewilligungen im Kanton Luzern 2013/2022	82
Tab. 12: Rettungsdienstseinsätze im Kanton Luzern nach Rettungsdienst 2018–2022	87
Tab. 13: Übersicht über die Spitalplanungs-Leistungsbereiche	97
Tab. 14: Anzahl Fälle von Luzerner Patientinnen und Patienten nach Leistungsbereich 2018–2021 (gerundet)	101
Tab. 15: Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) in Tagen Kanton Luzern vs. Schweiz 2018–2021	102
Tab. 16: Kennzahlen der Listenspitäler gemäss kantonaler Spitalliste (Akutsomatik) 2021	102
Tab. 17: Indikatoren zu den Patientenströmen für den Kanton Luzern (Akutsomatik) 2018–2021	105
Tab. 18: Zuwanderung im Kanton Luzern nach Patientenherkunft 2018–2021 (ohne Trend)	106
Tab. 19: Abwanderung von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Luzern nach Zielkanton 2018–2021	107
Tab. 20: Prognostizierter Leistungsbedarf (Fallzahlen) nach SPLB und Prognoseszenario 2035	108
Tab. 21: Prognostizierte Pflageetage nach SPLB und Prognoseszenario 2035	110
Tab. 22: Übersicht Musterplanungssystematik Rehabilitation	119
Tab. 23: Rehabilitationsinstitutionen auf der Luzerner Spitalliste (Stand 23. Januar 2024)	121
Tab. 24: Anzahl Fälle von Luzerner Patientinnen/Patienten nach Leistungsbereich 2019–2021 (gerundet)	123
Tab. 25: Durchschn. MAHD von Patientinnen/Patienten mit Wohnsitz im Kanton Luzern nach Leistungsbereich 2019–2021	124
Tab. 26: Kennzahlen der Rehabilitationsinstitutionen auf der kantonalen Spitalliste 2021	125
Tab. 27: Indikatoren zu den Patientenströmen für den Kanton Luzern (Rehabilitation) 2018–2021	127
Tab. 28: Zuwanderung im Kanton Luzern nach Patientenherkunft 2018–2021	127
Tab. 29: Zuwanderung und Zustrom im Kanton Luzern nach Leistungsbereich 2019–2021	128
Tab. 30: Abwanderung von Patientinnen/Patienten aus dem Kanton Luzern nach Zielkanton 2018–2021	128
Tab. 31: Abwanderung von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Luzern nach Leistungsbereich 2019–2021	129
Tab. 32: Prognostizierter Leistungsbedarf (Fallzahlen) nach Leistungsbereich und Prognoseszenario 2035	130
Tab. 33: Prognostizierte Pflageetage nach Leistungsbereich und Prognoseszenario 2035	131
Tab. 34: Optionen des zukünftigen Leistungsangebots LUKS Wolhusen	143
Tab. 35: Übersicht Massnahmen 2025–2030	153
Tab. 36: Kostenübersicht der Massnahmen 2025–2030	162
Tab. 37: Zeitplan der Umsetzung der Massnahmen 2025–2030	163
Tab. 38: Teilnehmende Kickoff 2022, Echo-Veranstaltung 2023 und/oder Abschluss-Veranstaltung 2024	185
Tab. 39: Mitglieder der übergeordneten Arbeitsgruppe Akutspitäler	186
Tab. 40: Mitglieder der übergeordneten Arbeitsgruppe Reha-Kliniken	186
Tab. 41: Mitglieder der Arbeitsgruppe LUKS Wolhusen (*Ausschuss Fachgruppe)	186
Tab. 42: Mitglieder der Arbeitsgruppe LUKS Sursee	187
Tab. 43: Befragte Organisationen und Verbände	188
Tab. 44: Kantonale Massnahmen zur Stärkung der Gesundheitsversorgung im Zusammenhang mit einer Pandemie	193
Tab. 45: Massnahmenvorschläge ambulanter nichtärztlicher Gesundheitsberufe	194
Tab. 46: Kennzahlen des Luzerner Kantonsspitals	196
Tab. 47: Kennzahlen der Hirslanden Klinik St. Anna AG	196
Tab. 48: Kennzahlen des Geburtshauses Terra Alta	197
Tab. 49: Kennzahlen der Luzerner Höhenklinik Montana	198
Tab. 50: Kennzahlen des SPZ	199
Tab. 51: Kennzahlen der ZURZACH Care Rehaklinik Sonnmatt Luzern	200
Tab. 52: Kennzahlen der cereneo Schweiz AG Neurorehabilitationsklinik	200
Tab. 53: Einflussfaktoren und Annahmen für die Bedarfsprognose (Akutsomatik)	201
Tab. 54: Einflussfaktoren und Annahmen für die Bedarfsprognose (Rehabilitation)	202

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Mega-Trends im Gesundheitswesen.....	17
Abb. 2: Alterszusammensetzung Bevölkerung Kanton Luzern 2021/2035.....	18
Abb. 3: Anteil Personen im Kanton Luzern / in der Schweiz mit mindestens einer ärztlichen Konsultation in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung (gerundet).....	70
Abb. 4: Anzahl Leistungserbringende und Rate der Konsultationen in Gruppenpraxen, LU und CH, 2012–2021.....	71
Abb. 5: Alters-/Geschlechterverteilung der in der Grundversorgung tätigen Ärztinnen/Ärzte im Kanton Luzern 2012/2022.....	72
Abb. 6: Versorgungsgrade des Standortkantons Luzern in der Grundversorgung 2019.....	74
Abb. 7: Versorgungsgrade der Grundversorgung nach Wahlkreis im Kanton Luzern 2019.....	75
Abb. 8: Versorgungsgrade des Standortkantons Luzern in der spezialisierten Versorgung 2019.....	77
Abb. 9: Anzahl Apotheken und Drogerien im Kanton Luzern 2014/2023.....	82
Abb. 10: Rettungsdiensteinsätze im Kanton Luzern pro 1000 Einwohnende 2018–2022.....	87
Abb. 11: Kartogramm der Luzerner Akutspitäler, Geburtshäuser und Rehabilitationskliniken 2021.....	99
Abb. 12: Globale Indikatoren zur Versorgungssituation im Kanton Luzern (Akutsomatik) 2012–2021.....	100
Abb. 13: Patientenströme der stationären Akutsomatik nach Luzerner Wahlkreisen 2021.....	104
Abb. 14: Globale Indikatoren zur Versorgungssituation im Kanton Luzern (Rehabilitation) 2012–2021.....	122
Abb. 15: Patientenströme der stationären Rehabilitation nach Luzerner Wahlkreisen.....	126
Abb. 16: Ergebnis der Priorisierung der Handlungsfelder an der Echo-Veranstaltung vom 23. Mai 2023.....	146
Abb. 17: Vision Gesundheitsversorgung 2035 ff.....	147
Abb. 18: Übersicht strategische Stossrichtungen und Massnahmen 2025–2030.....	149
Abb. 19: Projektorganisation.....	182

Staatskanzlei
Bahnhofstrasse 15
6002 Luzern

Telefon 041 228 50 33
staatskanzlei@lu.ch
www.lu.ch