

# Planungsbericht des Regierungsrates an den Grossen Rat

B 87

## über die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern



## Übersicht

*Die letzte Spitalplanung datiert von 1992. Mit der vorliegenden Planung der Gesundheitsversorgung soll diese aktualisiert werden. Im Gegensatz zur bisherigen sind in der vorliegenden Planung auch die privaten sowie die übrigen Leistungsanbieter im Gesundheitswesen berücksichtigt. Das Schwergewicht liegt aber immer noch bei den öffentlichen Spitälern, da bei den übrigen Anbietern der Einflussbereich des Kantons wesentlich kleiner ist.*

*Ziel ist es, auch in Zukunft eine patientenorientierte, ausreichende und sichere Gesundheitsversorgung zu verantwortbaren Kosten für die ganze Bevölkerung anzubieten. Um dieses Ziel zu erreichen, braucht es klare Prioritäten. Im Bericht werden deshalb verschiedene Massnahmen aufgezeigt, wie die Qualität und die Wirtschaftlichkeit noch weiter verbessert werden können: Konzentration des Angebots, Förderung ambulanter Behandlungen, Ausweitung der Planung, Verstärkung des Controllings, mehr Transparenz, Konzentration auf das Wesentliche beim Versorgungsstandard, Verringerung der Administration u. a. m.*

*Im Weiteren stehen die folgenden Massnahmen im Vordergrund:*

- Die Zusammenarbeit ist auf allen Ebenen weiter zu fördern.*
- Die beiden Akutspitäler einerseits und die kantonalen psychiatrischen Dienste andererseits sollen organisatorisch und strategisch zu je einer einheitlichen Organisation zusammengeschlossen werden.*
- Für die Luzerner Höhenklinik Montana soll eine andere Trägerschaft gesucht werden.*
- Im KSSW Wolhusen sollen Geburtshilfe und Gynäkologie nur noch in beschränktem Umfang angeboten werden.*
- Der Aufbau einer interdisziplinären Notfall- und Intensivpflegestation am Kantonsspital ist vordringlich. Ebenso der Erweiterungsbau des Kinderspitals. Beide Vorhaben müssen aber innerhalb des Globalbudgets verwirklicht werden.*
- Auf dem Gebiet der Rehabilitation ist ein Ausbau des ambulanten Angebots und der geriatrischen Rehabilitation notwendig.*
- Beim psychiatrischen Angebot stehen die Errichtung einer Notfallpforte und die Umsetzung des gemeindepsychiatrischen Behandlungskonzepts im Vordergrund.*
- Es soll ein Konzept ausgearbeitet werden, damit die Notfallversorgung weiterhin im ganzen Kanton ausreichend gewährleistet ist.*

# Inhaltsverzeichnis

## ERSTER TEIL: BERICHT DES PROJEKTTEAMS

|      |                                                                                                           |    |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| A.   | Das Wichtigste im Überblick .....                                                                         | 7  |
| B.   | Das Projekt .....                                                                                         | 9  |
| I.   | Ausgangslage .....                                                                                        | 9  |
| II.  | Auftrag an Projektteam .....                                                                              | 10 |
| 1.   | Projektziele .....                                                                                        | 10 |
| 2.   | Rahmenbedingungen .....                                                                                   | 10 |
| III. | Projektorganisation .....                                                                                 | 11 |
| IV.  | Parlamentarische Vorstösse .....                                                                          | 11 |
| C.   | Grundsätze für die Versorgungsplanung Gesundheit .....                                                    | 11 |
| D.   | Das Umfeld .....                                                                                          | 13 |
| I.   | Kosten und Kostenentwicklung .....                                                                        | 13 |
| 1.   | Gesamtkosten im Gesundheitswesen .....                                                                    | 13 |
| 2.   | Gründe für den Kostenanstieg .....                                                                        | 13 |
| 3.   | Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt .....                                                 | 13 |
| 4.   | Ausgabenanteil der einzelnen Leistungsgruppen .....                                                       | 14 |
| 5.   | Durchschnittsprämien für die obligatorische Grundversicherung .....                                       | 15 |
| 6.   | Prämienverbilligung .....                                                                                 | 15 |
| 7.   | Trends bei den Kosten .....                                                                               | 16 |
| II.  | Weitere Trends, die für die Versorgungsplanung relevant sind .....                                        | 16 |
| 1.   | Demografische Entwicklung .....                                                                           | 16 |
| 2.   | Entwicklung in der Medizin .....                                                                          | 17 |
| 3.   | Neue Krankheiten und Unfälle .....                                                                        | 18 |
| 4.   | Pflegepersonal .....                                                                                      | 18 |
| 5.   | Ärztinnen und Ärzte .....                                                                                 | 18 |
| 6.   | Revision KVG .....                                                                                        | 19 |
| a.   | Spitalfinanzierung .....                                                                                  | 19 |
| b.   | Zulassungsstopp .....                                                                                     | 19 |
| III. | Vorgaben des KVG .....                                                                                    | 19 |
| IV.  | Revision Gesundheitsgesetz und Spitalgesetz .....                                                         | 19 |
| V.   | Zuständigkeiten auf den verschiedenen Planungsebenen .....                                                | 20 |
| E.   | Die stationäre medizinische Versorgung .....                                                              | 20 |
| I.   | Die heutige Struktur .....                                                                                | 20 |
| II.  | Mögliche Änderungen in der Spitalstruktur des Kantons Luzern .....                                        | 21 |
| 1.   | Spezialitätenklinik in Wolhusen .....                                                                     | 22 |
| 2.   | Auslagerung der Gynäkologie/Geburtshilfe aus dem KSSW Wolhusen .....                                      | 23 |
| 3.   | Verzicht auf die Höhenklinik Montana .....                                                                | 23 |
| F.   | Die Spitalversorgung im Kanton Luzern: Analyse der einzelnen Disziplinen und Veränderungsvorschläge ..... | 24 |
| I.   | Stationäre somatische Medizin .....                                                                       | 24 |
| 1.   | Fachgruppenbericht Medizin .....                                                                          | 24 |
| a.   | Beschreibung des Angebots/Ist-Analyse .....                                                               | 24 |
| b.   | Zusammenarbeit und Schnittstellen .....                                                                   | 25 |
| c.   | Entwicklungen und Trends .....                                                                            | 25 |
| d.   | Beurteilung des Angebots und Problemfelder .....                                                          | 26 |
| e.   | Lösungsvorschläge .....                                                                                   | 27 |
| 2.   | Fachgruppenbericht Chirurgie .....                                                                        | 29 |
| a.   | Angebot und Grundlagen .....                                                                              | 29 |
| b.   | Lösungsvorschläge für die Problemfelder der Gewichtung A .....                                            | 30 |
| 3.   | Fachgruppenbericht Frauenheilkunde .....                                                                  | 33 |
| a.   | Beschreibung des Angebots und der Grundlagen .....                                                        | 33 |
| b.   | Zusammenarbeit und Schnittstellen .....                                                                   | 33 |
| c.   | Entwicklungen und Trends .....                                                                            | 33 |
| d.   | Beurteilung des Angebots .....                                                                            | 34 |
| e.   | Lösungsvorschläge .....                                                                                   | 34 |
| f.   | Umsetzung .....                                                                                           | 35 |
| 4.   | Fachgruppenbericht Kinder und Jugendliche .....                                                           | 35 |
| a.   | Beschreibung des Angebots und der Grundlagen .....                                                        | 35 |
| b.   | Zusammenarbeit und Schnittstellen .....                                                                   | 36 |
| c.   | Entwicklungen und Trends .....                                                                            | 36 |
| d.   | Beurteilung des Angebots .....                                                                            | 37 |
| e.   | Lösungsvorschläge .....                                                                                   | 37 |
| f.   | Umsetzung (Massnahmen, Zeitplan, Kosten) .....                                                            | 37 |

|      |                                                                                                                                      |    |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| II.  | Fachgruppenbericht Rehabilitation .....                                                                                              | 38 |
| 1.   | Allgemeines zur Rehabilitation und zu den Grundlagen .....                                                                           | 38 |
| 2.   | Beschreibung des Angebots .....                                                                                                      | 38 |
| a.   | Stationäres Angebot .....                                                                                                            | 38 |
| b.   | Ambulantes und teilstationäres Angebot .....                                                                                         | 38 |
| c.   | Zusammenarbeit und Schnittstellen .....                                                                                              | 38 |
| 3.   | Entwicklungen und Trends .....                                                                                                       | 39 |
| 4.   | Beurteilung des Angebots .....                                                                                                       | 39 |
| 5.   | Lösungsvorschläge .....                                                                                                              | 40 |
| 6.   | Weitere Szenarien .....                                                                                                              | 42 |
| a.   | Förderung der ambulanten muskuloskelettalen<br>Rehabilitation .....                                                                  | 42 |
| b.   | Zukunftsszenarium für die Luzerner Höhenklinik Montana:<br>Zusammenschluss .....                                                     | 43 |
| c.   | Szenarium Verzicht auf die Luzerner Höhenklinik Montana .....                                                                        | 43 |
| d.   | Auswirkungen auf das Rehabilitationsangebot, falls ein<br>Luzerner Akutspital in eine Spezialitätenklinik umgewandelt<br>würde ..... | 44 |
| 7.   | Umsetzung .....                                                                                                                      | 44 |
| III. | Fachgruppenbericht Psychiatrie .....                                                                                                 | 45 |
| 1.   | Einleitung .....                                                                                                                     | 45 |
| 2.   | Beschreibung des jetzigen Angebots .....                                                                                             | 45 |
| a.   | Staatliche Angebote .....                                                                                                            | 45 |
| b.   | Die wichtigsten nicht-staatlichen Institutionen .....                                                                                | 46 |
| 3.   | Analyse der heutigen Versorgung .....                                                                                                | 47 |
| a.   | Grundsätzliche Problemfelder .....                                                                                                   | 47 |
| b.   | Erwachsenenpsychiatrie .....                                                                                                         | 48 |
| c.   | Kinder- und Jugendpsychiatrie .....                                                                                                  | 50 |
| d.   | Alterspsychiatrie .....                                                                                                              | 52 |
| e.   | Sucht .....                                                                                                                          | 52 |
| f.   | Geistig Behinderte .....                                                                                                             | 53 |
| 4.   | Zusammenfassung der Lösungsansätze und Priorisierung .....                                                                           | 54 |
| a.   | Grafische Darstellung der Lösungsansätze .....                                                                                       | 54 |
| b.   | Priorisierung der Lösungsansätze .....                                                                                               | 54 |
| G.   | Spezialgebiete der stationären Versorgung .....                                                                                      | 55 |
| I.   | Anästhesie/Intensivpflege/Schmerztherapie .....                                                                                      | 55 |
| 1.   | Ist-Aufnahme .....                                                                                                                   | 55 |
| a.   | Anästhesie .....                                                                                                                     | 55 |
| b.   | Intensivmedizin .....                                                                                                                | 55 |
| c.   | Schmerztherapie .....                                                                                                                | 56 |
| 2.   | Problemanalyse und Vorschläge .....                                                                                                  | 56 |
| a.   | Anästhesie .....                                                                                                                     | 56 |
| b.   | Intensivmedizin .....                                                                                                                | 56 |
| c.   | Schmerztherapie .....                                                                                                                | 57 |
| d.   | Szenarium Spezialitätenklinik in Wolhusen .....                                                                                      | 57 |
| II.  | Radiologie .....                                                                                                                     | 57 |
| III. | Rettungsdienst/Sanitätsnotruf 144/ärztlicher Notfalldienst<br>(ohne Katastrophenorganisation) .....                                  | 58 |
| 1.   | Ist-Aufnahme .....                                                                                                                   | 58 |
| a.   | Das Luzerner Rettungswesen im schweizerischen Vergleich .....                                                                        | 58 |
| b.   | Sanitätsnotruf 144 und Einsatzleitung .....                                                                                          | 58 |
| c.   | Standorte des Rettungsdienstes .....                                                                                                 | 58 |
| d.   | Ärztlicher Notfalldienst .....                                                                                                       | 58 |
| 2.   | Probleme und Lösungsansätze .....                                                                                                    | 59 |
| a.   | Sanitätsnotruf 144 .....                                                                                                             | 59 |
| b.   | Advanced Life Support (ALS) .....                                                                                                    | 59 |
| c.   | Ressourcen der Rettungsdienste .....                                                                                                 | 59 |
| d.   | Ärztlicher Notfalldienst .....                                                                                                       | 59 |
| e.   | Szenarium Spezialitätenklinik in Wolhusen .....                                                                                      | 60 |
| IV.  | Labor .....                                                                                                                          | 60 |
| 1.   | Allgemeines .....                                                                                                                    | 60 |
| 2.   | Angebot im Kanton Luzern .....                                                                                                       | 60 |
| 3.   | Beurteilung der Laborversorgung und Ausblick .....                                                                                   | 61 |
| V.   | Apotheken .....                                                                                                                      | 61 |
| VI.  | Pathologie .....                                                                                                                     | 61 |

|       |                                                                      |    |
|-------|----------------------------------------------------------------------|----|
| H.    | Ambulante und teilstationäre Angebote .....                          | 61 |
| I.    | Frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte .....                        | 61 |
|       | 1. Allgemeines .....                                                 | 61 |
|       | 2. Anzahl Leistungserbringerinnen und -erbringer .....               | 62 |
|       | 3. Entwicklung und Trends .....                                      | 62 |
|       | 4. Handlungsbedarf und Verbesserungsvorschläge .....                 | 63 |
| II.   | Zahnmedizin .....                                                    | 63 |
| III.  | Spitex .....                                                         | 64 |
|       | 1. Allgemeine Bedeutung der Spitex .....                             | 64 |
|       | 2. Angebot .....                                                     | 64 |
|       | 3. Entwicklungen und Trends beim Angebot und bei der Nachfrage ..... | 65 |
|       | 4. Analyse und Bewertung .....                                       | 65 |
|       | 5. Handlungsbedarf und Verbesserungsvorschläge .....                 | 65 |
| IV.   | Andere Berufe der Gesundheitspflege .....                            | 65 |
| I.    | Weitere Themen .....                                                 | 66 |
| I.    | Interkantonale und innerkantonale Zusammenarbeit .....               | 66 |
| II.   | Patientensteuerung und ausserkantonale Hospitalisationen .....       | 67 |
| III.  | Prävention .....                                                     | 68 |
| IV.   | Mitarbeitende in Spitälern .....                                     | 69 |
|       | 1. Allgemeine Bedeutung des Personals .....                          | 69 |
|       | 2. Aus- und Weiterbildung .....                                      | 69 |
|       | a. Aus- und Weiterbildung des nichtärztlichen Personals .....        | 70 |
|       | b. Aus-, Weiter- und Fortbildung des ärztlichen Personals .....      | 71 |
| V.    | Qualität .....                                                       | 71 |
| VI.   | Alternativmedizin .....                                              | 72 |
| VII.  | Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit .....            | 72 |
| VIII. | Alters- und Pflegeheime .....                                        | 73 |
| K.    | Geprüfte Massnahmen im Überblick .....                               | 73 |
|       | 1. Organisatorische Massnahmen .....                                 | 73 |
|       | 2. Massnahmen Spitalstrukturen .....                                 | 73 |
|       | 3. Fachübergreifende Massnahmen .....                                | 74 |
|       | 4. Massnahmen Medizin .....                                          | 75 |
|       | 5. Massnahmen Chirurgie .....                                        | 76 |
|       | 6. Massnahmen Kinder und Jugendliche .....                           | 76 |
|       | 7. Massnahmen Spezialgebiete .....                                   | 77 |
|       | 8. Massnahmen Psychiatrie .....                                      | 78 |
|       | 9. Massnahmen Rehabilitation .....                                   | 79 |

## ZWEITER TEIL: STELLUNGNAHME DES REGIERUNGSRATES

|       |                                                     |    |
|-------|-----------------------------------------------------|----|
| I.    | Gesamtbetrachtung .....                             | 80 |
| II.   | Zusammenarbeit .....                                | 80 |
|       | 1. Allgemein .....                                  | 80 |
|       | 2. Interkantonale .....                             | 80 |
|       | 3. Universitäts-, Privat- und Spezialkliniken ..... | 81 |
|       | 4. Kantonale Heilanstalten .....                    | 81 |
| III.  | Steuerung und Controlling .....                     | 81 |
|       | 1. Angebots- und Patientensteuerung .....           | 81 |
|       | 2. Förderung ambulanter Angebote .....              | 81 |
|       | 3. Aufenthaltsdauer .....                           | 81 |
|       | 4. Behandlungspfade und Codierung .....             | 82 |
|       | 5. Innovationscontrolling im Spital .....           | 82 |
|       | 6. Bewilligungspflicht für Grossgeräte .....        | 82 |
| IV.   | Versorgungsstandard .....                           | 82 |
| V.    | Hochbauten .....                                    | 83 |
| VI.   | Aus- und Weiterbildung .....                        | 83 |
| VII.  | Administration .....                                | 83 |
| VIII. | Personalpolitik .....                               | 83 |
| IX.   | Prävention .....                                    | 83 |
| X.    | Freipraktizierende .....                            | 84 |
| XI.   | Spitex .....                                        | 84 |
| XII.  | Qualität .....                                      | 84 |
| XIII. | Abgrenzungen .....                                  | 84 |
|       | 1. Totalrevision Gesundheitsgesetz .....            | 84 |
|       | 2. Spitalgesetz .....                               | 84 |
|       | 3. Pflegeheime .....                                | 84 |

|                                                        |     |
|--------------------------------------------------------|-----|
| XIV. Zu den einzelnen vorgeschlagenen Massnahmen ..... | 85  |
| 1. Organisatorische Massnahmen .....                   | 85  |
| 2. Fachübergreifende Massnahmen .....                  | 86  |
| 3. Massnahmen Medizin .....                            | 86  |
| 4. Massnahmen Chirurgie .....                          | 87  |
| 5. Massnahmen Kinder und Jugendliche .....             | 87  |
| 6. Massnahmen Spezialgebiete .....                     | 87  |
| 7. Massnahmen Psychiatrie .....                        | 87  |
| 8. Massnahmen Rehabilitation .....                     | 88  |
| XV. Tabellarische Übersicht über die Massnahmen .....  | 88  |
| XVI. Antrag .....                                      | 91  |
| Entwurf Grossratsbeschluss .....                       | 92  |
| Anhänge: .....                                         | 93  |
| – Definitionen und Abkürzungen .....                   | 93  |
| – Mitglieder der Projektorganisation .....             | 97  |
| – Tabellen und Grafiken .....                          | 100 |



# Der Regierungsrat des Kantons Luzern an den Grossen Rat

Sehr geehrte Frau Präsidentin  
Sehr geehrte Damen und Herren

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

Die letzte Spitalplanung, die dem Grossen Rat zur Kenntnisnahme vorgelegt wurde, datiert von 1992, jene betreffend die Psychiatrieplanung von 1995. Seither hat sich einiges verändert. Am 12. Februar 2003 haben wir deshalb das Gesundheits- und Sozialdepartement beauftragt, eine neue Planung für die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern auszuarbeiten. Im Sommer 2004 schloss das Projektteam unter der Leitung von Walter Bachmann, Departementssekretär, seine Arbeiten ab. Der Bericht des Projektteams wird im folgenden ersten Teil des Planungsberichts wiedergegeben. Im zweiten Teil nehmen wir zum Bericht des Projektteams Stellung und würdigen die vorgeschlagenen Massnahmen.

## ERSTER TEIL: BERICHT DES PROJEKTTEAMS

### **A. Das Wichtigste im Überblick**

#### **I. Zum Bericht**

Ziel des Berichts ist es, dass der Luzerner Bevölkerung auch in Zukunft ein möglichst bedarfsgerechtes Angebot an medizinischen Leistungen zur Verfügung steht. Im Mittelpunkt stehen also immer die Interessen der Patientinnen und Patienten. Die Grundversorgung muss in allen Regionen angemessen sichergestellt sein. Das Angebot soll innerkantonal und interkantonal möglichst koordiniert sein und auf einem qualitativ hohen Niveau stehen. Es ist an den Kriterien der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit zu messen.

Die letzte Spitalplanung datiert von 1992. Mit der vorliegenden Planung soll diese aktualisiert werden. Während die bisherige Planung nur die öffentlichen Spitäler umfasste, sind in der vorliegenden Planung auch die privaten sowie die übrigen Leistungsanbieter im Gesundheitswesen berücksichtigt. Nicht Gegenstand dieses Berichts sind hingegen die Pflegeheime. Hier existiert eine separate Planung.

Das Hauptaugenmerk liegt aber entsprechend der heute geltenden gesetzlichen Ausgangslage noch immer bei den Spitälern und dort bei den öffentlichen Spitälern. Hier hat der Kanton aufgrund der direkten Finanzierung die Planungshoheit. Bei den übrigen Anbieterinnen und Anbietern hat der Kanton wenig direkte Einflussmöglichkeiten. Dies könnte sich aber mit der anstehenden KVG-Revision ändern. Demnach sollen alle öffentlichen und privaten Spitäler auf der Spitalliste gleich finanziert werden. Der Kontrahierungszwang bei den ambulanten Anbietern würde aufgehoben. Entsprechend grösser wäre dann die Planungshoheit und -pflicht des Kantons. Diesen Trends wurde Rechnung getragen. In den Fachgruppen wurden auch die detaillierten Leistungen der einzelnen Anbieter erhoben. Diese Daten stehen der Kommission des Grossen Rates zur Verfügung. Und sie dienen insbesondere auch später dem Regierungsrat zur Erstellung der Spitalliste.

Der Bericht soll in erster Linie eine Entscheidungsgrundlage für die strategische Ausrichtung sein. Die vorgeschlagenen Massnahmen sind deshalb noch nicht im Detail ausgearbeitet. Bei der späteren Umsetzung werden die betroffenen Personen und Institutionen selbstverständlich wieder in die Arbeiten einbezogen werden.

Der vorliegende Bericht wurde vom Kernteam am 4. Juni 2004 mit sehr grosser Mehrheit verabschiedet.

### **II. Das Projektteam**

Bei der Zusammenstellung des Projektteams achtete das Gesundheits- und Sozialdepartement darauf, dass alle von der Planung betroffenen Leistungsanbieterinnen und -anbieter darin vertreten sind. Hingegen war es nicht möglich, die einzelnen Projektgruppen in allen Punkten repräsentativ zusammenzusetzen. Es versteht sich deshalb von selbst, dass nicht alle Mitglieder der Projektorganisation mit allen Aussagen und Schlussfolgerungen des Schussberichts und der Fachgruppenberichte einverstan-

den sind. Dies war auch nicht das Ziel. Soweit wie möglich wurde nach dem Konsensprinzip vorgegangen. Wo aber eine Übereinstimmung nicht erzielt werden konnte, wurden Mehrheitsentscheide gefällt.

Die Projektleitung lag bei Walter Bachmann, Departementssekretär GSD. Die genaue Projektorganisation findet sich im Anhang.

### **III. Sparpotenzial**

Ein wichtiges Ziel des Projektes war es, nebst Versorgungslücken auch mögliches Sparpotenzial aufzuzeigen. Dabei hat sich gezeigt, dass nach den harten Budgetverhandlungen in den letzten Jahren kaum mehr offensichtliche Einsparungsmöglichkeiten vorhanden sind. Die Gesamtstruktur des Angebots im Kanton Luzern darf als günstig bezeichnet werden. Das Angebot ist insgesamt ausreichend, regional gut verteilt und hat ein qualitativ hohes Niveau. Es bestehen keine eigentlichen Überkapazitäten. An verschiedenen Orten besteht aber noch Optimierungspotenzial.

Spürbare und nachhaltige Einsparungen sind nur möglich, wenn man in einer ersten Phase Investitionen vornimmt (wie etwa für eine gemeinsame Intensiv- und Notfallstation) oder wenn das Leistungsangebot spürbar verringert wird. Im Bericht sind solche Möglichkeiten aufgezeigt.

### **IV. Die wichtigsten vorgeschlagenen Massnahmen**

#### **1. Organisatorische Massnahmen**

Es wird vorgeschlagen, die kantonalen Spitäler (Kantonsspital und Kantonales Spital Sursee-Wolhusen) organisatorisch und strategisch zusammenzuführen; ebenso die beiden Psychiatriezentren Luzern-Stadt und Luzerner Landschaft sowie den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst. So können betriebliche Optimierungen und eine bessere Abstimmung des Leistungsangebots erzielt werden.

#### **2. Spitalstruktur**

Obwohl das gegenwärtige Versorgungsnetz als günstig bezeichnet werden darf, wurden bewusst auch Szenarien geprüft, bei denen die Spitalstruktur verändert wird. Es ging dabei nicht darum, ein bestimmtes Modell zu propagieren, sondern theoretisch mögliche Szenarien aufzuzeigen und deren Konsequenzen zu analysieren.

- Umwandlung des KSSW Wolhusen in eine Spezialitätenklinik: Dieses Modell wird aus fachlichen und medizinischen Gründen nicht zur Umsetzung empfohlen.
- Auslagerung der Geburtshilfe/Gynäkologie aus dem KSSW Wolhusen: Diese Massnahme wäre medizinisch verantwortbar. Kosteneinsparungen ergäben sich insbesondere aus dem Wegfall von Vorhalteleistungen. Das Kernteam schlägt vor, die Massnahme in 2. Priorität zu behandeln.
- Verzicht auf die Luzerner Höhenklinik Montana: In erster Linie sollen eine enge Zusammenarbeit mit den drei andern Rehabilitationskliniken in Montana verwirklicht und eine andere Trägerschaft gesucht werden. Führen diese Massnahmen nicht zum Ziel, soll die Klinik geschlossen werden.

#### **3. Vorgeschlagene Massnahmen mit der Priorität 1**

##### **a. Fachübergreifende Massnahmen**

- Aufbau einer interdisziplinären Notfall- und Intensivpflegestation im Spitalzentrum am KSL: Die teuren Vorhalteleistungen könnten damit wesentlich verringert, und die Versorgungsqualität könnte gleichzeitig verbessert werden. Planungsgrundlagen existieren bereits. Die Investitionskosten betragen rund 20–40 Millionen Franken.



- Anpassung der Spitalliste aufgrund dieser Planung: Hinzuzuziehen sind auch die ausführlichen Fachgruppenberichte mit den aktuellen Fallzahlen<sup>1</sup>. Zuständig für den Erlass der Spitalliste ist der Regierungsrat.
- In vier bis sechs auf die Regionen verteilten Pflegeheimen soll eine spezielle, auf betagte Menschen angepasste Rehabilitation und Nachbehandlung angeboten werden.
- Die Zusammenarbeit zwischen dem Kantonsspital und dem Kantonalen Spital Sursee-Wolhusen soll weiter intensiviert werden. Das Leistungsspektrum der Anbieter ist klar zu definieren. Das Kantonsspital Luzern muss weiterhin Zentrums- und Erstversorgungszentrum bleiben.

## **b. Medizin**

- Die interventionelle Kardiologie am Kantonsspital Luzern soll personell verstärkt werden, damit Notfallinterventionen rund um die Uhr gewährleistet sind.
- Die Angebotsbeschränkung bei der Herzchirurgie am Kantonsspital Luzern soll aufgehoben werden.
- Das Angebot bei der Wirbelsäulenchirurgie soll hinsichtlich eines Überangebots überprüft und ein allgemeingültiges Behandlungskonzept definiert werden.

## **c. Kinderspital**

Der Bedarfsnachweis für einen Erweiterungsbau ist seit längerem erbracht. Der geschätzte Kostenrahmen beträgt 20 bis 30 Millionen Franken (1. Priorität, aber nachrangig zur gemeinsamen Notfall- und Intensivpflegestation).

## **d. Radiologie/Schnittbildverfahren**

Ein Ausbau am Kantonsspital soll geprüft werden, damit die Engpässe bei komplexen, dringlichen oder Notfalluntersuchungen behoben werden können.

## **e. Psychiatrie**

Mit einer psychiatrischen Notfallpforte sollen die medizinische und chirurgische Notfallstation sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte und die Polizei entlastet werden. Mit dem Aufbau eines gemeindepsychiatrischen Behandlungskonzeptes sollen Hospitalisationen durch eine bessere Nachbetreuung und Triage vermieden oder verkürzt werden.

## **f. Rehabilitation**

Die ambulante Neurorehabilitation soll ausgebaut werden. Ein Konzept besteht bereits.

# **B. Das Projekt**

## **I. Ausgangslage**

Die letzte Spitalplanung, die dem Grossen Rat zur Kenntnisnahme vorgelegt wurde, datiert von 1992, jene betreffend die Psychiatrieplanung von 1995. Seither hat sich in der Medizin, bei den gesellschaftlichen Ansprüchen und auch im Recht einiges geändert. Die vorliegende Planung soll diesen Veränderungen Rechnung tragen.

<sup>1</sup> In diesem Bericht sind zum Teil nur die von den Fachgruppen verfassten Zusammenfassungen wiedergegeben.

1992 war die Planungshoheit der Kantone auf die öffentlichen Spitäler beschränkt. Im neuen KVG ist vorgeschrieben, dass die Kantone auch die privaten Spitäler bei der Planung angemessen berücksichtigen. Bisher hatte diese Bestimmung allerdings keine grosse Bedeutung, da die Kosten in den privaten Spitälern allein von den Krankenversicherern übernommen werden. In der laufenden Revision des Krankenversicherungsgesetzes wird vorgeschlagen, dass für alle Spitäler auf der Spitalliste – also private und öffentliche – die gleichen Finanzierungsregeln gelten sollen. Sollte die Gesetzesänderung in der vorgeschlagenen Form in Kraft treten, würden die Spitalplanung und die Spitallisten deshalb künftig eine viel grössere Rolle spielen als bisher.

## **II. Auftrag an Projektteam**

Vor diesem Hintergrund hat der Regierungsrat am 12. Februar 2003 das Gesundheits- und Sozialdepartement beauftragt, eine neue Planung für die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern auszuarbeiten. Er definierte dabei folgende Projektziele und Rahmenbedingungen:

### **1. Projektziele**

- Die gegenwärtige Versorgungsstruktur soll beschrieben, analysiert und bewertet werden.
- Es soll eine Versorgungsstruktur ausgearbeitet werden, welche der sich abzeichnenden Kostenentwicklung im Gesundheitswesen einerseits und den zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln andererseits Rechnung trägt. Dabei ist insbesondere auch aufzuzeigen, ob und allenfalls wie das bestehende Angebot reduziert und ob auf bestimmte Angebote gänzlich verzichtet werden kann, eventuell durch vermehrte Zusammenarbeit mit andern Institutionen. Insbesondere zu beachten sind schliesslich auch die im Zusammenhang mit dem IFAP gemachten Vorschläge.
- Es sollen Massnahmen vorgeschlagen werden, wie allfällige Versorgungslücken geschlossen, das Angebot optimiert und die Zusammenarbeit verbessert werden können. Den in der Grobbeurteilung aufgezeigten Defiziten ist besondere Beachtung zu schenken.
- Es soll aufgrund der Kriterien Versorgungssicherheit, Qualität und Wirtschaftlichkeit aufgezeigt werden, welche Leistungen zur Zentrumsversorgung gehören und deshalb konzentriert angeboten werden sollen (am Kantonsspital oder an einem andern Spital) und welche Leistungen zur Grundversorgung gehören. Gestützt auf diese Ergebnisse soll bezüglich des Angebots eine Positiv-Negativ-Liste für die Spitäler und allfällige weitere Leistungserbringer erstellt werden. Mitzubearbeiten ist ebenfalls die Ausbildung.
- Es soll aufgelistet werden, welche Daten, Statistiken und Instrumente für die Planung, Evaluation und Wirkungsanalyse notwendig sind.
- Die Trends sind vertieft zu analysieren.

### **2. Rahmenbedingungen**

- In die Planung sind grundsätzlich alle Leistungsanbieter miteinzubeziehen. Ebenfalls in die Planung miteinzubeziehen sind das Angebot und die Nachfrage der benachbarten Kantone. Keine Detailplanung ist hingegen erforderlich, wo eine spezielle Planung vorgesehen ist, wie bei der Pflegeheimplanung. Der Informationsfluss zwischen den Projektteams ist aber sicherzustellen, damit die Planungen aufeinander abgestimmt sind.
- Die Planung soll später Grundlage für die Spitalliste und die Leistungsaufträge an die Spitäler und Kliniken sein.
- Bei der Planung sollen die im Vorprojekt erarbeiteten Grundsätze wegleitend sein.
- Die Trends sind zu berücksichtigen.
- Es soll die ganze Versorgungskette (Vorsorge – Versorgung – Nachsorge) berücksichtigt werden.

### III. Projektorganisation

Die Projektorganisation umfasste verschiedene Arbeitsgruppen. Deren genaue Zusammensetzung findet sich im Anhang.

### IV. Parlamentarische Vorstösse

Folgende parlamentarische Vorstösse haben einen Bezug zu dieser Planung:

- Motion M 270 von Hans Lustenberger über das Leistungsangebot im Gesundheitswesen des Kantons Luzern, erheblich erklärt am 21. November 2000,
- Motion M 285 von Margrit Steinhäuser über ein Zentrum für eine geriatrische Kurzzeitrehabilitation, erheblich erklärt am 15. Januar 2001,
- Motion M 299 von Elisabeth Schubiger über die Erarbeitung eines umfassenden Massnahmenkonzepts zu jetzigen und zukünftigen Bedürfnissen der älteren Generation im Bereich von Medizin und Pflege, erheblich erklärt am 16. Januar 2001,
- Motion M 359 von Eva Zihlmann über einen Planungsbericht für eine kantonale Spitalplanung, erheblich erklärt am 27. März 2001,
- Interpellation I 395 von Hans Lustenberger über den Ausbau der Neuro- und Herzchirurgie und Zusammenarbeitsmodelle mit anderen Kliniken, erheblich erklärt am 25. Juni 2001,
- Postulat P 400 von Marlise Stöckli über den Übertritt vom Akutspital ins Pflegeheim, erheblich erklärt am 25. Juni 2001,
- Motion M 417 von Herbert Widmer über ein modernes Konzept für den Sanitätsnotruf und den Rettungsdienst des Kantons Luzern, erheblich erklärt am 26. Juni 2001,
- Postulat P 874 von Elisabeth Schubiger über eine umgehende Auslösung weiterer Planungsschritte für das Kinderspital Luzern und die Aufnahme des Projekts «Erweiterung Kinderspital» (mit Investitionskosten) in den IFAP 2004–2008, erheblich erklärt am 1. April 2003,
- Postulat P 28 von Bruno Heutschy über die neue Spitalliste, erheblich erklärt am 24. Juni 2003,
- Anfrage A 123 von Josef Dissler über die künftige Ausrichtung des kantonalen Spitals von Wolhusen im Rahmen der Gesundheitsversorgung/Spitalplanung, erheblich erklärt am 20. Januar 2004,
- Anfrage A 130 von Damian Meier über die Planung des Gesundheits- und Sozialdepartementes bezüglich kantonale Spitäler, erheblich erklärt am 26. Januar 2004,
- Anfrage A 135 von Rolf Hermetschweiler über die zukünftige Ausrichtung im Rahmen der Gesundheitsversorgung und Spitalplanung, erheblich erklärt am 26. Januar 2004.

### C. Grundsätze für die Versorgungsplanung Gesundheit

Mit den nachfolgenden zwölf Grundsätzen hat die Steuerungsgruppe zusammen mit einer Echogruppe Leitplanken definiert, an denen sich die ganze Planungsarbeit orientiert hat. Sie sind zugleich auch Zielsetzungen, an denen die Planung später gemessen werden muss. Die Kommentare zu den einzelnen Grundsätzen sind Interpretationshilfen.

1. *Das Angebot der medizinischen Leistungen orientiert sich an den Bedürfnissen der Bevölkerung. Die Grundversorgung muss in allen Regionen angemessen sichergestellt sein. Das Angebot erfolgt innerkantonale und interkantonale möglichst koordiniert und auf qualitativ hohem Niveau. Es misst sich an den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit.*

Mit dem Bekenntnis zu einer bedarfsgerechten Versorgung soll ausgedrückt werden, dass der Kanton Luzern weder Überkapazitäten noch Versorgungslücken will. Das Angebot und die Nachfrage für den Kanton Luzern darf nicht isoliert betrachtet werden. Wichtig sind die Zusammenarbeit und die Koordination der Anbieter untereinander und mit andern Kantonen. Einerseits werden im Kanton Luzern Leistungen auch für andere Kantone angeboten (insbesondere Zentrumsversorgung) und andererseits bezieht der Kanton Luzern auch Leistungen in andern Kantonen (insbesondere Spitzenmedizin). Die Einhaltung der Kriterien Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit sind auch vom KVG gefordert. Sie spielen insbesondere bei der Definition des Bedarfs eine wichtige Rolle, indem sie das Wünschbare vom Sinnvollen und (finanziell) Machbaren abgrenzen helfen.

2. *Der medizin-technische Fortschritt muss in die Versorgungsleistungen einfließen, allerdings unter Berücksichtigung von ethischen und wirtschaftlichen Aspekten.*

Die Medizin hat in den letzten Jahrzehnten enorme Fortschritte gemacht und die Entwicklung wird weiter zunehmen. Damit stellt sich immer häufiger die Frage, was ethisch noch vertretbar und was noch finanzierbar ist (Genmanipulation, Xenotransplantation, Fortpflanzungsmedizin usw.). Wie können die zur Verfügung stehenden Mittel am wirkungsvollsten eingesetzt werden? Mit diesem Grundsatz soll deshalb ausgedrückt werden, dass der medizinische Fortschritt zwar grundsätzlich übernommen, aber auch kritisch hinterfragt werden muss.

3. *Die Erstversorgung in Notfallsituationen ist im ganzen Kantonsgebiet sichergestellt.*

Dieser Grundsatz ist ein Bekenntnis zum Service public auf dem Gebiet der Gesundheitsversorgung. Es soll keine Region im Kanton Luzern geben, in der für Notfallsituationen keine medizinische Erstversorgung gewährleistet ist. Einen wichtigen Beitrag leisten hier auch die frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte als Grundversorger.

4. *Prävention und Gesundheitsförderung haben einen hohen Stellenwert.*

Gesundheitspolitik darf sich nicht allein mit der Wiederherstellung der Gesundheit befassen. Ein wichtiges Ziel muss auch die Gesundheitsförderung und -erhaltung sein. Gesundheitspolitik darf deshalb nicht isoliert betrachtet werden. Die Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit müssen auch in andern Bereichen im Sinn einer «Gesundheitsverträglichkeitsprüfung» mitberücksichtigt werden; beispielsweise in der Sozial-, Umwelt-, Sicherheits-, Bildungs-, Familien- oder Wirtschaftspolitik.

5. *Die Qualität der Leistungen hängt wesentlich von der Qualität der Fachkräfte ab. Die Rahmenbedingungen müssen deshalb so gestaltet sein, dass genügend und gut ausgebildete Fachkräfte zur Verfügung stehen.*

Unter dem Begriff Fachkräfte sind sämtliche Personen gemeint, die im Gesundheitsbereich und in verwandten Gebieten arbeiten. Ohne genügend und gut qualifiziertes Personal sind die besten Planungen und Konzepte nutzlos. Wichtig sind attraktive Arbeitsbedingungen und gute Aus-, Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten. Der Kanton schafft in seinem Kompetenzbereich die entsprechenden Rahmenbedingungen.

6. *Die organisatorischen Rahmenbedingungen für die Leistungserbringer sind so ausgestaltet, dass diese auf Veränderungen im gesundheitspolitischen Umfeld rasch reagieren können.*

Zurzeit ist in der Gesundheitspolitik sehr vieles im Umbruch. Zum Beispiel soll die ganze Spitalfinanzierung neu geregelt werden. Es ist vorgesehen, dass sowohl Nur-Grundversicherte als auch Zusatzversicherte in allen Spitälern, also auch in den Privatspitälern, subventioniert werden. Die Investitionskosten werden künftig auch bei Privatspitälern zur Hälfte von der öffentlichen Hand übernommen. Zwischen der Finanzierung von öffentlichen und privaten Spitälern wird also nicht mehr unterschieden. Diese neuen Voraussetzungen müssen auch bei den Rahmenbedingungen berücksichtigt werden. Auch bei anderen Neuerungen wie etwa dem Tarmed oder dem Zulassungsstopp zur sozialen Krankenversicherung müssen die Rahmenbedingungen so ausgestaltet sein, dass die Leistungserbringer rasch reagieren können.

7. *Eine hohe Leistungs- und Kostentransparenz wird angestrebt.*

Was man nicht kennt, kann man nicht managen. Für die interne Führung ist deshalb eine hohe Kosten- und Leistungstransparenz unerlässlich. Aber auch gegen aussen müssen die Kosten und Leistungen in einem gewissen Grad ausgewiesen werden können. Dies ist notwendig für die Preisfindung, den Wettbewerb und die Planung. Die Erkenntnisse aus der Kosten- und Leistungstransparenz müssen als Grundlage für Entscheide genutzt werden.

8. *Die Patientenrechte sind gewährleistet. Der Mensch ist der Mittelpunkt des Handelns. Seine Würde wird geachtet.*

Zur Würde der Patientinnen und Patienten gehören unter anderem auch das Selbstbestimmungsrecht und die Privatsphäre. Selbstverständlich wird auch der Datenschutz beachtet.

9. *Die Gesamtsteuerung des Leistungsangebots erfolgt über die Versorgungsplanung und die darauf beruhenden Instrumente (z. B. Leistungsaufträge, Spitalliste). Die Planung ist Entscheidungsgrundlage für die politischen Behörden und erfolgt stufengerecht.*

Die Zuständigkeiten, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten müssen klar geregelt sein. Sie sind so zu ordnen, dass auf neue Entwicklungen und Bedürfnisse rasch reagiert werden kann.

10. *Gegenstand der Planung ist das Leistungsangebot für den Kanton Luzern. Es sollen möglichst alle Leistungsanbieter miteinbezogen sein. Die Planung muss anschlussfähig sein mit Blick auf die Planungsregion Zentralschweiz und andere grenznahe Regionen.*

Der Kanton Luzern kann nur für sein Kantonsgebiet verbindlich planen. Wichtig ist aber, dass das Angebot mit den umliegenden Kantonen abgestimmt ist. In die Versorgungsplanung sind alle Anbieter miteinzubeziehen (Medizinalpersonen, andere Gesundheitsberufe, Spitex, Pflegeheime, Spitäler, Rettungsdienste u. a.). Deren rechtliche Organisation (privatrechtlich oder öffentlich-rechtlich, selbständig oder unselbständig) darf keine Rolle spielen.

11. *Es wird eine enge Zusammenarbeit und Koordination des Angebots für die ganze Versorgungsregion angestrebt.*

Das Versorgungsangebot soll in der ganzen Zentralschweiz möglichst koordiniert erfolgen. Vorausgesetzt ist selbstverständlich die Abgeltung der Kosten.

12. *Der Planungshorizont umfasst fünf Jahre. Die Planung wird laufend hinsichtlich neuer Bedürfnisse und Entwicklungen überprüft.*

Früher galt ein Planungshorizont von zehn Jahren. Diese Zeitspanne ist heute zu lang. Die schnellere Entwicklung in Medizin und Politik erfordert eine raschere Überprüfung und Anpassung der Planung. Selbstverständlich muss sich der Planungshorizont nach den Bedürfnissen richten. Der Planungshorizont ist also als Richtgrösse anzusehen. Daneben muss immer eine rollende Planung stattfinden.

## **D. Das Umfeld**

### **I. Kosten und Kostenentwicklung<sup>2</sup>**

#### **1. Gesamtkosten im Gesundheitswesen**

Die Kosten des Gesundheitswesens steigen seit Jahren ungebrochen an. Sie sind in den letzten fünf Jahren durchschnittlich um 4 Prozent gestiegen. Im Jahr 2002 haben sie sich von 46,1 auf 48 Milliarden Franken erhöht.<sup>3</sup>

#### **2. Gründe für den Kostenanstieg**

Die Gründe für den Kostenanstieg sind komplex. Sie stehen sowohl mit dem Angebot als auch mit der Nachfrage in Zusammenhang. Alle Akteure tragen dazu bei: Patientinnen und Patienten, Leistungserbringer, Krankenversicherer und die Gesundheitspolitik. Nennenswert sind zum Beispiel auf der Angebotsseite die wachsende Spezialisierung und Technisierung, die zunehmende Anzahl Leistungsanbieter sowie neue und kostspielige Medikamente. Auf der Nachfrageseite sind insbesondere folgende Faktoren ausschlaggebend: die strukturelle Entwicklung der Bevölkerung und der Haushalte, die abnehmende soziale Solidarität, der verbesserte Zugang der Bevölkerung zu qualitativ hoch stehenden Leistungen sowie die Anspruchshaltung.

#### **3. Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt**

Der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt nahm in der Schweiz von 10,9 Prozent (2001) auf 11,2 Prozent (2002) zu. Damit liegt die Schweiz laut Statistiken der OECD für 2001 hinter den USA (13,9%) auf dem zweiten Platz. An dritter Stelle folgt Deutschland mit 10,7 Prozent. Am unteren Ende der Rangliste finden sich die Türkei (4,8%) und die Slowakei (5,7%).

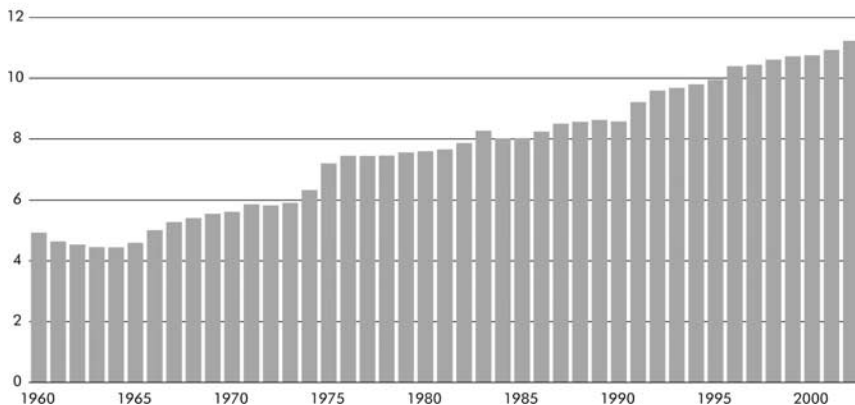
Die Ergebnisse bestätigen einerseits die Wechselbeziehung zwischen materiellem Wohlstand und Gesundheitsausgaben. Andererseits darf die Statistik aber nicht zu voreiligen Schlüssen führen. Es ist nämlich gut möglich, dass in einigen Ländern die Kosten der Leistungserbringer im Privatsektor nicht oder nur unvollständig erfasst werden. Eventuell werden die Ausgaben für die Langzeitpflege teilweise auch nicht unter den Kosten für das Gesundheitswesen verbucht, sondern als Sozialausgaben.

<sup>2</sup> Die folgenden Angaben stützen sich weitgehend auf die vom Bundesamt für Statistik veröffentlichten Zahlen.

<sup>3</sup> Das Gesundheitswesen umfasst mehrere Leistungserbringer, deren Leistungen nicht immer von der Krankengrundversicherung (KVG) oder anderen Sozialversicherungen getragen werden. Unter dem Strich, d. h. nach Abzug der Kostenbeteiligungen zulasten der Versicherten (Franchise und Selbstbehalt), wurden 2002 lediglich 32,3 Prozent der gesamten Kosten des Gesundheitswesens im Rahmen der Krankenversicherung (KVG) geregelt. Die anderen zentralen Finanzierungsquellen sind die privaten Haushalte und der Staat. Es gilt deshalb klar zwischen Kosten des Gesundheitswesens und Ausgaben der Krankenversicherung zu trennen.

### Kosten des Gesundheitswesens in Prozent des Bruttoinlandproduktes seit 1960, Schweiz

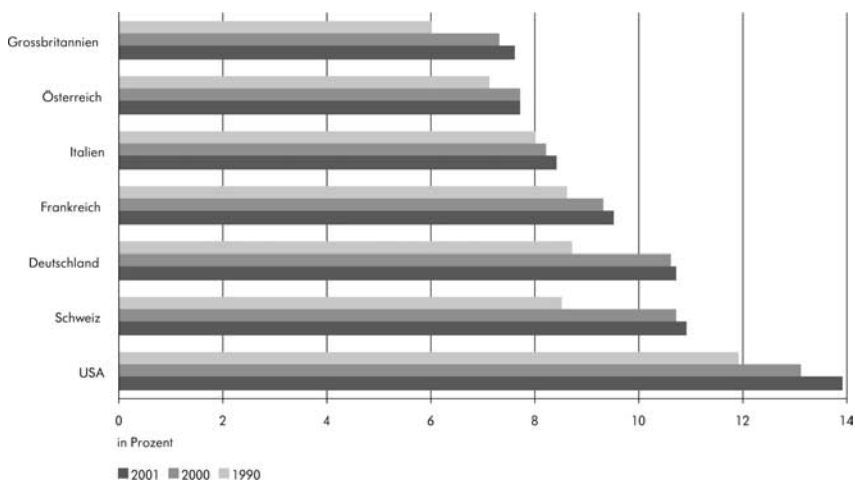
in Prozent



© Amt für Statistik des Kantons Luzern

Quelle: Bundesamt für Statistik – Kosten des Gesundheitswesens

### Kosten des Gesundheitswesens ausgewählter OECD-Länder in Prozent des Bruttoinlandproduktes 1990, 2000 und 2001



© Amt für Statistik des Kantons Luzern

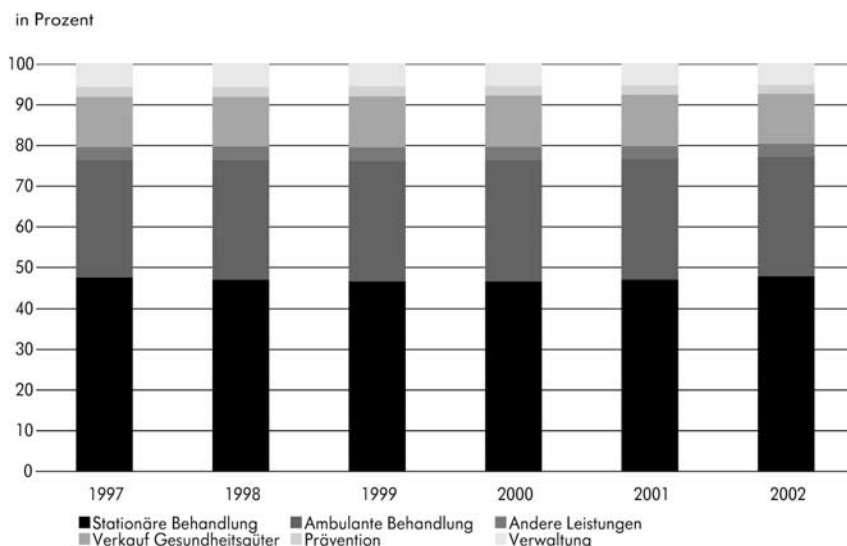
Quelle: OECD Health Data 2003

## 4. Ausgabenanteil der einzelnen Leistungsgruppen

Der Ausgabenanteil der einzelnen Leistungsgruppen erreichte 2002 im stationären Bereich (Spitäler, Heime, Institutionen für Behinderte) einen Höchststand (48,1%). Seit 2001 ist bei den Akutspitälern (2000: 28,0%; 2002: 28,7%) sowie in den Institutionen für Langzeitaufenthalte (2000: 12,0%; 2002: 12,5%) eine Steigerung der Ausgaben festzustellen. Der Anteil der Aufwendungen für ambulante Leistungen ist seit 2000 (29,8%) leicht rückläufig (2002: 29,4%). Dabei ist aber zu beachten, dass für die Verringerung vor allem die ärztlichen (1997: 14,1%; 2002: 13,8%) und deutlicher noch die zahnärztlichen Leistungen (1997: 7,0%; 2002: 6,1%) bestimmend waren; diese Bewegung wurde jedoch durch einen Anstieg bei den ambulanten Leistungen der Spitäler gebremst (1997: 3,9%; 2002: 5,5%). Der Anteil der Ausgaben für Medikamente hat sich geringfügig verkleinert (1997: 12,4%; 2002: 12,3%). Dasselbe gilt für die Prävention (1997: 2,4%; 2002: 2,3%). Der Anteil der Verwaltungsausgaben schrumpft seit 1998 konstant (damals: 5,3%; 2002: 4,8%).



### Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungen in Prozent seit 1997, Schweiz



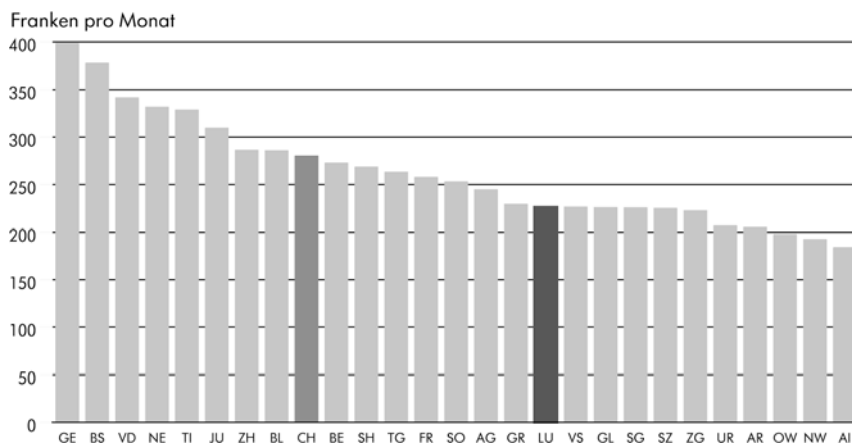
© Amt für Statistik des Kantons Luzern

Quelle: Bundesamt für Statistik – Kosten des Gesundheitswesens

## 5. Durchschnittsprämien für die obligatorische Grundversicherung

Bei den Durchschnittsprämien für die obligatorische Grundversicherung zeigen sich sehr grosse kantonale Unterschiede. Im (günstigsten) Kanton Appenzell Innerrhoden betrugen die Durchschnittsprämien für Erwachsene im Jahr 2004 183 Franken, während sie im (teuersten) Kanton Genf mehr als doppelt so hoch waren, nämlich 398 Franken. Der Kanton Luzern liegt mit 226 Franken wesentlich unter dem schweizerischen Durchschnitt.

### Durchschnittsprämien für Erwachsene in der obligatorischen Krankenversicherung nach Kanton 2004



© Amt für Statistik des Kantons Luzern

Quelle: Bundesamt für Gesundheit – Statistik der obligatorischen Krankenversicherung

## 6. Prämienverbilligung

Vor diesem Hintergrund sind auch die kantonalen Unterschiede bei der Prämienverbilligung zu betrachten. Im Jahr 2003 hatten im Kanton Luzern all jene Personen Anspruch auf Prämienverbilligung, bei denen die regionalen Richtprämien höher waren als 8,5 Prozent des gesamten steuerbaren Einkommens plus ein Zehntel des steuerbaren Vermögens. Im Jahr 2003 haben im Kanton Luzern 43,4 Prozent der Bevölkerung diese Voraussetzungen erfüllt und Prämienverbilligung erhalten. Im Einzelnen präsentieren sich die Zahlen für den Kanton Luzern wie folgt:

*Individuelle Prämienverbilligung: Anspruchsbestimmender Prozentsatz, Anspruchsberechtigte und Auszahlungen seit 1996, Kanton Luzern*

|      | Anspruchs-<br>bestimmender<br>Prozentsatz | Berechtigte Personen |                                             | Zahlungen <sup>1)</sup><br>in 1000 Franken |
|------|-------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------|
|      |                                           | Anzahl               | in Prozent der mittleren<br>Wohnbevölkerung |                                            |
| 1996 | 10,0                                      | –                    | –                                           | 37 070                                     |
| 1997 | 8,5                                       | 76 205               | 22,2                                        | 57 507                                     |
| 1998 | 7,5                                       | 98 332               | 28,6                                        | 81 822                                     |
| 1999 | 7,0                                       | 128 983              | 37,4                                        | 104 069                                    |
| 2000 | 8,5                                       | 118 349              | 34,2                                        | 88 223                                     |
| 2001 | 8,5                                       | 124 253              | 35,6                                        | 96 237                                     |
| 2002 | 8,5                                       | 134 121              | 38,1                                        | 118 134                                    |
| 2003 | 8,5                                       | 153 953              | 43,4                                        | 142 060                                    |
| 2004 | 9,5                                       |                      |                                             |                                            |

<sup>1)</sup> Inkl. Transferzahlungen an Gemeinden für uneinbringliche Prämien  
Quelle: Ausgleichskasse Luzern

## 7. Trends bei den Kosten

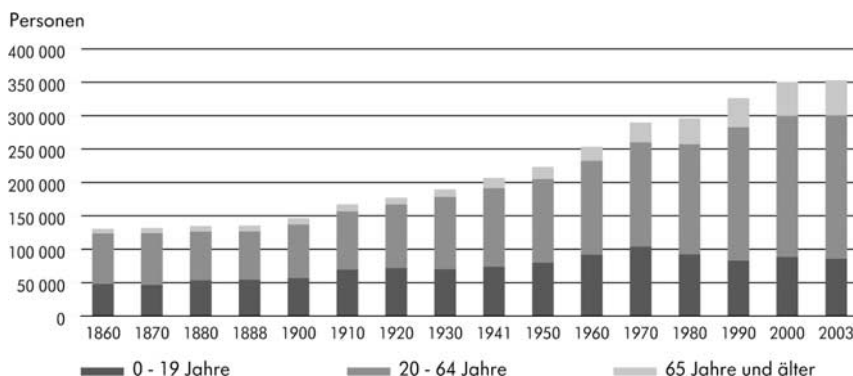
Die Leistungssteigerung führt automatisch auch zu einer Kostensteigerung. Die Tatsache, dass die Kosten für die Gesundheitsversorgung wesentlich schneller wachsen als der allgemeine Kostenindex wird auch in Zukunft gelten und noch vermehrt an Bedeutung gewinnen. Man wird deshalb nicht darum herum kommen, sich vermehrt und intensiver mit der Frage auseinanderzusetzen, welche Leistungen durch die obligatorische Grundversicherung abgedeckt sein sollen und welche nicht. Diese Probleme müssen aber auf eidgenössischer Ebene gelöst werden. Die Kantone haben keine Kompetenz zu bestimmen, was von der obligatorischen Versicherung übernommen werden muss und was nicht.

## II. Weitere Trends, die für die Versorgungsplanung relevant sind

### 1. Demografische Entwicklung

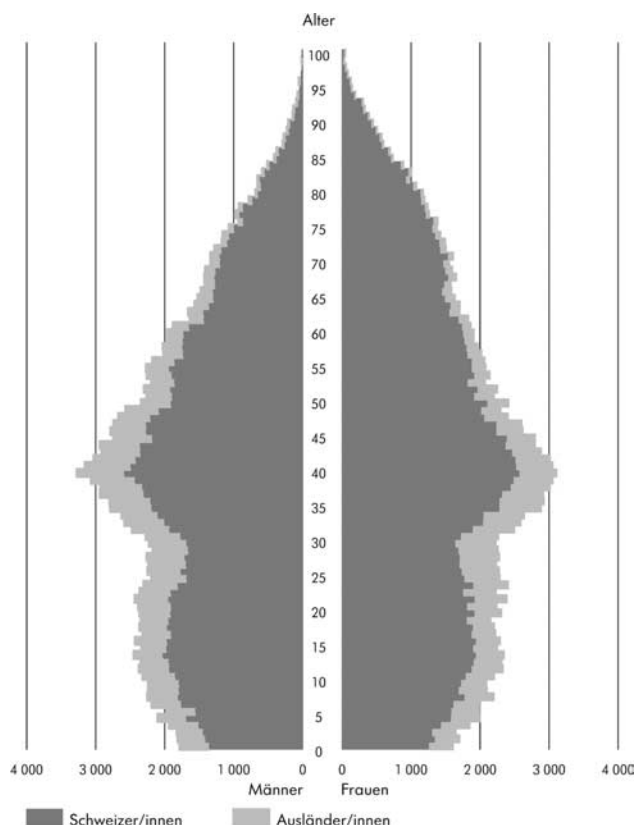
Gesamtschweizerisch gehen die Geburten seit einigen Jahren zurück, während andererseits – nicht zuletzt auch wegen des medizinischen Fortschritts – die Menschen immer älter werden. Die Nachfrage nach medizinischen und pflegerischen Leistungen dürfte damit in Zukunft noch grösser werden, während das Rekrutierungsfeld für Berufe im Gesundheitswesen kleiner wird. Das Älterwerden muss aber nicht automatisch zu mehr Gesundheitskosten führen. Die Menschen bleiben auch immer länger gesund und mobil. Am meisten Gesundheitskosten werden in den letzten Lebensmonaten ausgelöst; unabhängig davon, ob der Mensch jung oder alt stirbt.

*Bevölkerungsentwicklung nach Alter seit 1860, Kanton Luzern*



© Amt für Statistik des Kantons Luzern  
Quelle: Bundesamt für Statistik – Eidg. Volkszählung;  
Amt für Statistik des Kantons Luzern – Kantonale Bevölkerungsstatistik

*Altersstruktur der Wohnbevölkerung nach Geschlecht und Heimat Ende 2003, Kanton Luzern*



© Amt für Statistik des Kantons Luzern

Quelle: Amt für Statistik des Kantons Luzern – Kantonale Bevölkerungsstatistik

## 2. Entwicklung in der Medizin

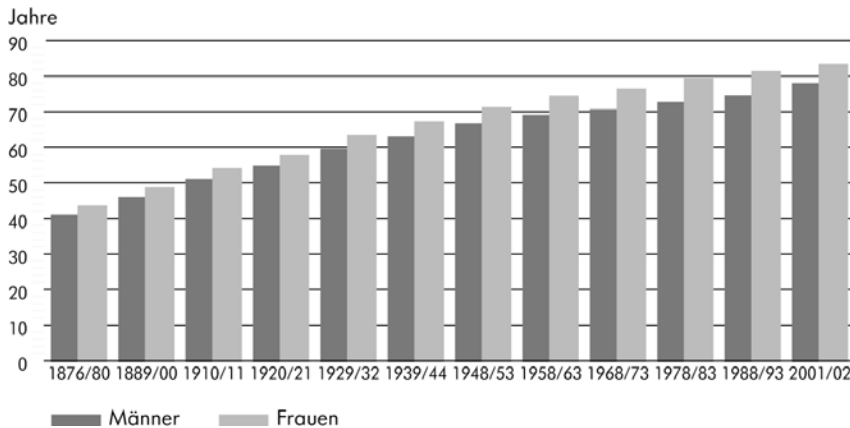
Auch für die Zukunft ist mit einem weiteren rasanten Fortschritt in der Forschung und Entwicklung neuer Technologien und Medikamente zu rechnen. Die Grenzen der Machbarkeit werden immer weiter gezogen.

Eine grosse Rolle wird dabei die Genforschung spielen. Ein typischer Trend dürfte beispielsweise die individualisierte Medizin sein. Dazu gehört nicht nur die kurative, sondern auch die prädiagnostische Medizin. Deren Ziel ist es, es gar nicht erst zu Gesundheitsstörungen kommen zu lassen. Durch die Kenntnisse des menschlichen Genoms wächst auch die Möglichkeit, die biologische Konstitution eines Individuums zu prognostizieren. Daraus lässt sich die Prävention ableiten. Der Mensch soll nicht mehr Patient werden, aber ständig in Behandlung sein.

Ein häufig beschriebener Trend ist auch die Medikalisierung. Immer weniger Leiden werden als Schicksal anerkannt und stattdessen zu behandelbaren Krankheiten, oder es werden gar «neue Krankheiten» erfunden (einfaches Schnarchen, Wechseljahre des Mannes, Unfruchtbarkeit u. Ä.) In dieses Kapitel gehört auch der Trend zur Komfortmedizin, etwa beim Kaiserschnitt. Zweifellos hat der medizinische Fortschritt in verschiedenster Hinsicht Vorteile, wie etwa eine höhere Lebensqualität, eine längere Lebenserwartung oder kürzere Arbeitsausfälle und Hospitalisationszeiten gebracht. Andererseits ist damit auch eine weitere massive Kostensteigerung verbunden. Die Frage, welchen Zusatznutzen eine Innovation mit sich bringt und ob dieser Zusatznutzen auch die damit verbundenen Zusatzkosten rechtfertigt, wird eine immer grössere Rolle spielen. Mit den zusätzlichen Möglichkeiten stellen sich zudem auch immer mehr ethische Fragen.

Die Fortschritte in der Medizin haben dazu beigetragen, dass die Aufenthaltsdauer in den Spitälern und die Abwesenheit vom Arbeitsplatz verringert wurden. Die Lebensqualität ist bis ins hohe Alter gestiegen. Durchschnittlich wird die Bevölkerung alle 10 Jahre 3 Jahre älter. Dabei darf aber nicht ausser Acht gelassen werden, dass nicht nur die Medizin den Gesundheitszustand beeinflusst. Verschiedene Studien belegen, dass Menschen mit tiefem Lohn, niedriger Schulbildung, schlechter Arbeitssituation oder niedrigem Sozialstatus einen schlechteren Gesundheitszustand haben oder häufiger invalid werden und früher sterben.

### Lebenserwartung bei Geburt seit 1876, Schweiz



© Amt für Statistik des Kantons Luzern

Quelle: Bundesamt für Statistik – Bevölkerungsstatistik

## 3. Neue Krankheiten und Unfälle

Sogenannte Zivilisationskrankheiten wie Übergewicht werden wohl weiter zunehmen. Der Trend, dass immer weniger Krankheiten, Leiden, aber auch Befindlichkeitsstörungen oder blosse Normabweichungen als Schicksal hingenommen werden, dürfte weiter zunehmen und wird auch von der Industrie gefördert. Gesellschaftsbedingte Probleme andererseits werden immer häufiger psychiatrisiert.

Aber auch neue oder gehäuft auftretende Krankheiten wie Aids, Demenz oder Altersblindheit stellen neue Herausforderungen dar. Multiresistente Keime wie TBC nehmen zurzeit zu. Neue Trendsportarten und ein anderes Freizeitverhalten führen ferner zu neuen Unfallbildern.

## 4. Pflegepersonal

Allein schon aufgrund der demografischen Entwicklung wird der Bedarf an Pflegepersonal zunehmen. Ob die neuen Ausbildungskonzepte ausreichen, um den zukünftigen Bedarf zu decken, ist fraglich. Die Anstellungsbedingungen werden eine immer grössere Rolle spielen. Zurzeit bewerben sich am Ausbildungszentrum für Gesundheitsberufe rund doppelt so viele Personen wie die Schulen aufnehmen können.

## 5. Ärztinnen und Ärzte

Bei den Ärztinnen und Ärzten ist die Entwicklung ungewiss. Einerseits schlagen die Versicherer Alarm, dass eine der Hauptursachen für die Kostensteigerung die zu hohe Ärztedichte sei. Andererseits gibt es Anzeichen dafür, dass der Arztberuf immer weniger attraktiv ist. In einigen Regionen ist es bereits schwierig, Arztpraxen zu besetzen. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang auch, dass immer mehr Frauen ein Medizinstudium absolvieren und dass diese häufig nicht zu 100 Prozent oder nicht bis zur Pensionierung in ihrem Beruf arbeiten.

In den Spitälern muss damit gerechnet werden, dass die bisher zum Teil sehr langen Arbeitszeiten bald der Vergangenheit angehören. Die im Arbeitsgesetz vorgesehenen Bestimmungen kommen in immer mehr Betrieben zur Anwendung, und der Markt wird hier wohl eine relativ einheitliche Anwendung schaffen. Die Assistenzärztinnen und -ärzte werden ab 1. Januar 2005 generell dem Arbeitsgesetz unterstehen. Es ist davon auszugehen, dass ähnliche Arbeitszeiten auch für die Oberärztinnen und -ärzte eingeführt werden müssen. Eine Verkürzung der Arbeitszeit bedeutet mehr Stellen.

Die Auswirkungen des Tarmed sind noch nicht absehbar. Bereits gibt es aber Anzeichen dafür, dass er Auswirkungen auf das ärztliche Angebot haben wird. Wie auch in andern Wirtschaftsbereichen besteht zwischen der Vergütung und dem Angebot eine Abhängigkeit.

## 6. Revision KVG<sup>4</sup>

Im Zusammenhang mit der Spitalplanung sind insbesondere folgende vorgesehenen Revisionsvorschläge von Bedeutung:

### a. Spitalfinanzierung

Gemäss der vorgesehenen Revision müssen die Kantone künftig Beiträge für alle Versicherten – unabhängig von der Versichertenklasse – und in allen Spitälern auf der Spitalliste – unabhängig ob privat oder öffentlich – leisten. Es sollen keine Objekte, sondern nur noch Leistungen finanziert werden. Die obligatorisch versicherten Leistungen sollen «dual-fix», das heisst je hälftig von den Kantonen und den Versicherern getragen werden, und zwar sowohl die Betriebs- als auch die Investitionskosten.

Dieser Systemwechsel hat nicht nur in finanzieller Hinsicht massive Auswirkungen. Er führt auch zu einer neuen Rollenverteilung für alle Beteiligten. Den Kantonen kommt sozusagen die gleiche Rolle zu wie den Versicherern und die Privatspitäler werden mit der gleichen Finanzierung wie die öffentlichen einer vermehrten Planung unterstehen. Zudem muss transparent sein, wie viel 100 Prozent sind und wie viel die einzelnen Leistungen kosten, damit die verschiedenen Spitäler die gleichen Wettbewerbschancen haben. Beispielsweise müssen die Kostenanteile für Aus- und Weiterbildung und Vorhalteleistungen separat berechnet und abgegolten werden.

Die Spitalliste und die ihr zugrunde liegende Spitalplanung spielten gemäss dem Revisionsvorschlag künftig eine viel grössere Rolle als heute.

### b. Zulassungsstopp

Der noch bis Mitte 2005 geltende Zulassungsstopp für Ärztinnen und Ärzte soll im KVG durch eine Lockerung der Kontrahierungspflicht abgelöst werden. Nach der vorgeschlagenen Lösung wären die Versicherer nicht mehr verpflichtet, mit allen Leistungserbringern von ambulanten Leistungen einen Vertrag abzuschliessen. Die Kantone bestimmen die Anzahl der Leistungserbringer, mit denen die Versicherer Verträge abschliessen müssen.

Falls die Änderung in dieser Form in Kraft tritt, müssen die Kantone verlässliche Zahlen betreffend die Anzahl Leistungserbringer haben. Diese liegen nicht vor. Insbesondere müssen die in den Spitälern arbeitenden Ärztinnen und Ärzte besser in die Statistiken miteinbezogen werden. Auch gibt es (noch) keine einheitlichen Richtwerte, wie viele Ärztinnen und Ärzte welcher Fachrichtung pro Einwohnerin und Einwohner erforderlich sind.

## III. Vorgaben des KVG

Das KVG verpflichtet die Kantone zur Spitalplanung. Das Gesetz schreibt allerdings einzig vor, dass die Planung bedarfsgerecht sein muss und die privaten Anbieter angemessen in die Planung miteinzubeziehen sind (Art. 39 KVG). Auch in der vorgeschlagenen Revision werden keine zusätzlichen Kriterien für die Aufnahme oder Nicht-Aufnahme festgelegt, obwohl die Spitalliste mit der neuen Spitalfinanzierung eine sehr viel grössere Rolle spielen würde. Alle Spitäler auf der Liste sollen von der öffentlichen Hand nach den gleichen Regeln Geld erhalten, egal ob sie öffentlich oder privat sind.

## IV. Revision Gesundheitsgesetz und Spitalgesetz

Eine Revision des Gesundheitsgesetzes und ein neues Spitalgesetz sind zurzeit in der Vernehmlassung und werden dem Grossen Rat in einer separaten Vorlage unterbreitet. Auf Einzelheiten wird deshalb hier nicht eingegangen. Im Zusammenhang mit der Spitalplanung sind insbesondere folgende vorgesehenen Revisionsvorschläge von Bedeutung:

<sup>4</sup> Die Änderungen sind zurzeit im Stadium der Vernehmlassung.

- *Rechtlicher Status der Spitäler:* Die rechtliche Verselbständigung der öffentlichen Spitäler ist in allen Kantonen ein Thema und vielerorts bereits vollzogen. Im Revisionsentwurf für ein neues Spitalgesetz wird vorgeschlagen, die kantonalen Spitäler und Kliniken im Kanton Luzern in rechtlich selbständige Anstalten des öffentlichen Rechts zu überführen.
- *Selbstdispensation:* Ein häufig kontrovers diskutiertes Thema ist die Selbstdispensation. Im Gesetzesentwurf wird keine Änderung der bisherigen Regelung vorgeschlagen (uneingeschränkte Selbstdispensation).
- *Alternative Heilmethoden:* Der Revisionsentwurf will die Bewilligungspflicht aufheben.

## V. Zuständigkeiten auf den verschiedenen Planungsebenen

Gemäss dem kantonalen Einführungsgesetz zum KVG (SRL Nr. 865) ist der Grosse Rat zuständig für die Genehmigung der Planung. Der Regierungsrat erstellt die Spitalliste. Diese muss sich gemäss KVG auf die Planung stützen. In diesem Planungsbericht geht es deshalb nur um eine Grobplanung und die strategische Ausrichtung.

Wenn diese Planung abgeschlossen ist, liegen die meisten Unterlagen vor, um die Spitalliste zu erstellen. Dazu können wiederum die Fachgruppenberichte herangezogen werden. Diese sind zum Teil recht detailliert. Insbesondere wurden bei jedem Spital die Art und die Menge der einzelnen Leistungen erhoben. Dies ermöglicht es, aufgrund der Qualität (caseload) und Wirtschaftlichkeit eine Positiv-Negativ-Liste zu erstellen.

## E. Die stationäre medizinische Versorgung

### I. Die heutige Struktur

Die *Gesamtstruktur des Spitalangebots* darf im Kanton Luzern als günstig bezeichnet werden. Das Angebot ist insgesamt ausreichend, ist regional gut verteilt und hat ein qualitativ hohes Niveau. Es bestehen keine eigentlichen Überkapazitäten, doch gibt es Optimierungspotenzial.

Das wichtigste Spital in der *Akutversorgung* ist das Kantonsspital Luzern mit rund 700 Betten. Es bietet nebst der Grundversorgung für die Stadt und die Agglomeration auch die Zentrumsversorgung für die ganze Zentralschweiz an. Das Kantonale Spital Sursee-Wolhusen mit rund 300 Betten ist für die Grundversorgung der Luzerner Landschaft zuständig. Als privates Akutspital leistet auch die Klinik St. Anna in Luzern mit rund 200 Betten einen wichtigen Versorgungsbeitrag. Die Swissana Clinic in Meggen führt 17 Betten. Für die Spitzenmedizin hat der Kanton Luzern mit allen drei Deutschschweizer Universitätskliniken Vereinbarungen abgeschlossen.

Für die *psychiatrische Versorgung* ist der Kanton Luzern in zwei Sektoren unterteilt, die je von einem Psychiatriezentrum versorgt werden (stationär und ambulant). Total stehen im Kanton Luzern rund 280 Betten zur Verfügung.

Die grösste Klinik für *Rehabilitation* steht in Crans-Montana im Wallis (74 Betten) und bietet insbesondere pulmonale, kardiovaskuläre, muskuloskelettale und psychosomatische Rehabilitation an. Das Kantonsspital betreibt eine Klinik für Neurorehabilitation (30 Betten). Als private Klinik mit einem Rehabilitationsangebot, insbesondere für ältere Patientinnen und Patienten, ist die Klinik Sonnmatt in Luzern zu erwähnen (40 Betten).

Das Schweizerische Paraplegiker-Zentrum Nottwil (SPZ) ist eine *Spezialklinik* für Querschnittgelähmte (140 Betten). Es bietet sein Angebot gesamtschweizerisch an.

Die Planung der Pflegeheimplätze erfolgt separat und ist nicht Gegenstand dieses Berichts.

In den nachfolgenden Tabellen sind alle Institutionen der Zentralschweiz aufgeführt, die von der Krankenhausstatistik erfasst werden. Zudem verweisen wir auf die entsprechende Grafik im Anhang.



*Betten, Hospitalisationen und Pflegetage der Zentralschweizer Krankenhäuser 2002*

| Kt.                     | Betrieb                                | Betten <sup>1</sup> | Belegung<br>in % | Hospitali-<br>sationen <sup>2</sup> | Pflege-<br>tage <sup>2</sup> |
|-------------------------|----------------------------------------|---------------------|------------------|-------------------------------------|------------------------------|
|                         |                                        | Anzahl<br>im Mittel |                  |                                     |                              |
| Akutspitäler            |                                        |                     |                  |                                     |                              |
| LU                      | Kantonsspital Luzern                   | 621                 | 87,7             | 22 713                              | 198 796                      |
| LU                      | Kantonales Spital Sursee-Wolhusen      | 253                 | 83,1             | 9 562                               | 76 730                       |
| LU                      | Klinik St. Anna                        | 147                 | 93,6             | 9 845                               | 50 196                       |
| NW                      | Kantonsspital Nidwalden                | 98                  | 90,0             | 3 437                               | 32 168                       |
| OW                      | Kantonsspital Obwalden                 | 90                  | 85,0             | 2 423                               | 27 934                       |
| SZ                      | Spital Lachen <sup>3</sup>             | 111                 | 85,2             | 4 536                               | 34 585                       |
| SZ                      | Spital Schwyz                          | 120                 | 92,0             | 6 213                               | 40 335                       |
| SZ                      | Regionalspital Einsiedeln              | 49                  | 83,1             | 2 022                               | 14 868                       |
| SZ                      | Äskulap-Klinik <sup>4</sup>            | 34                  | –                | –                                   | –                            |
| UR                      | Kantonsspital Uri                      | 143                 | 93,0             | 3 349                               | 48 556                       |
| ZG                      | Zuger Kantonsspital                    | 158                 | 86,8             | 7 662                               | 50 060                       |
| ZG                      | Andreas Klinik                         | 52                  | 109,9            | 3 304                               | 20 852                       |
| Psychiatrische Kliniken |                                        |                     |                  |                                     |                              |
| LU                      | Psychiatriezentrum Luzerner Landschaft | 230                 | 98,0             | 1 019                               | 82 310                       |
| LU                      | Psychiatriezentrum Luzern-Stadt        | 53                  | 102,1            | 751                                 | 19 753                       |
| ZG                      | Klinik Meissenberg <sup>4</sup>        | 50                  | –                | –                                   | –                            |
| ZG                      | Psychiatrische Klinik Oberwil          | 124                 | 89,9             | 808                                 | 40 709                       |
| Rehabilitationskliniken |                                        |                     |                  |                                     |                              |
| LU                      | Luzerner Höhenklinik Montana           | 70                  | 90,8             | 1 344                               | 23 315                       |
| ZG                      | Klinik Adelheid                        | 78                  | 89,5             | 1 084                               | 25 467                       |
| Andere Spezialkliniken  |                                        |                     |                  |                                     |                              |
| LU                      | Swissana Clinic Meggen                 | 11                  | 89,5             | 861                                 | 3 698                        |
| LU                      | Schweizer Paraplegiker-Zentrum         | 145                 | 100,0            | 880                                 | 53 088                       |

<sup>1</sup> Betten für stationäre und teilstationäre Behandlungen, ohne Betten für gesunde Neugeborene und Gesunde

<sup>2</sup> Stationäre Hospitalisationen bzw. Pflegetage inkl. teilstationäre Fälle, ohne gesunde Neugeborene und Gesunde

<sup>3</sup> Aufgrund von Restrukturierungen des Spitals Lachen sind die Angaben für das Jahr 2002 nicht repräsentativ. 2003 verfügte das Spital Lachen im Mittel über 106 Betten, bei einer Bettenbelegung von 85,2 Prozent, und wies 4735 Hospitalisationen und 32 842 Pflegetage aus.

<sup>4</sup> Die Äskulap-Klinik (Brunnen SZ) und die Klinik Meissenberg (Zug ZG) haben die Genehmigung zur Veröffentlichung der nicht ausgewiesenen Daten (...) nicht erteilt.

Quelle: Bundesamt für Statistik – Krankenhausstatistik

## II. Mögliche Änderungen in der Spitalstruktur des Kantons Luzern

Obwohl das gegenwärtige Versorgungsangebot als günstig bezeichnet werden darf, wurden bewusst auch Szenarien geprüft, bei denen die Spitalstruktur verändert wird. Es ging dabei nicht darum, ein bestimmtes Modell zu propagieren, sondern *theoretisch mögliche Szenarien aufzuzeigen und deren Konsequenzen zu analysieren*. Ob solche Szenarien verwirklicht werden oder nicht, hängt zu einem wesentlichen Teil auch von den zur Verfügung stehenden Global- und Investitionskrediten ab. Entscheiden muss die Politik. Ihr sollen möglichst viele Entscheidungsgrundlagen zur Verfügung gestellt werden.

Bei der Frage, welche Szenarien überhaupt in Frage kommen, ist zu beachten, dass der Kanton Luzern heute nicht über zu viele Spitalbetten verfügt<sup>5</sup>. Bei der akuten somatischen Versorgung ist es zudem unrealistisch, dass markant mehr Leistungen als heute ausserkantonale eingekauft werden. In diesem Bereich wären Spitalschliessungen oder ein Bettenabbau also nur möglich, wenn die abgebauten Betten an einem andern Ort wieder aufgebaut würden. Das hat keinen Sinn und wurde deshalb auch nicht weiter geprüft. Hingegen wurde geprüft, ob durch eine Neuverteilung des Angebots finanzielle oder qualitative Verbesserungen erzielt werden könnten. Aus diesen Überlegungen wurden folgende Szenarien näher geprüft:

- *Umwandlung des KSSW Wolhusen in eine Spezialitätenklinik*
- *Auslagerung der Geburtshilfe/Gynäkologie aus dem KSSW Wolhusen*

<sup>5</sup> Vgl. dazu auch die Tabelle Seite 99.

Anders sieht die Lage bei der Rehabilitation aus. Zwar hat der Kanton Luzern auch hier gemessen an der Bevölkerung nicht zu viele Betten. Weil aber der Standort der Betten bei der Rehabilitation eine viel weniger grosse Rolle spielt als in der Akutmedizin, darf hier das gesamtschweizerische Angebot berücksichtigt werden. Und gesamtschweizerisch dürfte es mindestens genug oder sogar eher zu viele Betten haben. Unter dem Gesichtspunkt der Versorgungssicherheit war es deshalb vertretbar, das folgende Szenario zu prüfen:

– *Verzicht auf die Luzerner Höhenklinik Montana*

Die Auswirkungen dieser Szenarien wurden in den einzelnen Fachbereichen eingehend geprüft. Für Details sei deshalb auf die relevanten Stellen weiter unten verwiesen. Im Folgenden geben wir nur eine kurze Zusammenfassung der Resultate der Überprüfung:

## 1. Spezialitätenklinik in Wolhusen

- Eine Änderung der Spitalstruktur ist nur dann sinnvoll, wenn sie gegenüber der heutigen Struktur vorteilhafter ist. Gefordert ist deshalb, dass entweder der Betrieb weniger kostet und die Qualität mindestens gleich bleibt oder dass bei gleich bleibenden Kosten die Qualität merklich gesteigert werden kann.  
Die Kosten können vor allem dann gesenkt werden, wenn die Vorhaltekosten wegfallen, mit andern Worten also keine Intensivpflegestation und keine allgemeine 24-Stunden-Notfallaufnahme betrieben werden muss. In einer Spezialitätenklinik müssten also Fachrichtungen angeboten werden, die weder eine Intensivpflege noch eine allgemeine Notfallaufnahme benötigen. Ungeeignet wäre deshalb beispielsweise eine Kardiologie, weil diese auf eine Intensivstation angewiesen ist.
- Wenn das KSSW Wolhusen in eine Spezialitätenklinik umgewandelt werden sollte, müssten dort Spezialitäten angeboten werden, auf welche die andern Spitäler verzichten könnten. Es hat keinen Sinn, an zwei Orten im Kanton ein Kompetenzzentrum zu führen. Es gibt aber nur wenige Disziplinen, die für die Auslagerung in eine Spezialitätenklinik geeignet sind. Denn je mehr die Medizin spezialisiert wird, desto wichtiger ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Und gerade das Kantonsspital als Erstaufnahmезentrum kann nur auf wenige Disziplinen verzichten. Beispielsweise wäre die Gastroenterologie für eine Spezialitätenklinik ungeeignet, weil eine internistische Klinik nicht auf diese Spezialität verzichten kann.
- Es müsste sich bei einer Auslagerung um eine Spezialität handeln, die aus dem Kontext einer internistischen oder chirurgischen Klinik isoliert werden kann und die nicht auf Interdisziplinarität angewiesen ist. Ungeeignet wäre deshalb beispielsweise die Rheumatologie, weil viele akut erkrankte Rheumapatientinnen und -patienten nur im Kontext einer Inneren Medizin behandelt werden können. Ebenso ungeeignet wäre auch die Angiologie, weil die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit einer spezialisierten Radiologie und Gefässchirurgie Voraussetzung für deren Führung ist.
- Die Umwandlung des KSSW Wolhusen in eine Spezialitätenklinik würde konsequenterweise die Einstellung des bisherigen Notfalldienstes bedingen. Denn zum Betreiben einer Notfallstation braucht es sowohl eine Allgemeinchirurgie als auch eine Innere Medizin. Die bisherige Notfallversorgung setzt eine stationäre Grundversorgung mit entsprechender, permanent betriebener Infrastruktur (Labor, Röntgen, Intermediate Care Station oder Intensivpflegestation) voraus. Das wäre in einer Spezialitätenklinik nicht mehr möglich und auch zu teuer.
- Es ist auch zu beachten, dass ein Grossteil der stationären Patientinnen und Patienten über die Notfallstation ins Spital kommt. Ohne eine in der Nacht und am Wochenende betriebene Notfallstation würde deshalb ein Grundversorgungsspital einen grossen Teil der stationären Patientinnen und Patienten verlieren. Das bedeutet aber auch, dass die Erstaufnahmезentren für Notfälle (hier also das Kantonsspital Luzern oder das KSSW Sursee) eine solche Kapazitätssteigerung mit einem möglichst geringen Investitionsaufwand an Infrastrukturerweiterungen zu bewältigen hätten. Man käme mit der Errichtung einer Spezialitätenklinik nicht darum herum, die gesamte Infrastruktur für die Notfall- und Grundversorgung nur noch in Luzern und Sursee anzubieten.
- Wenn man alle diese Punkte beachtet, kommen nur wenige Disziplinen in Frage, die sich für eine Spezialitätenklinik eignen würden. Aus dem Bereich der heutigen Luzerner Akutspitäler bietet sich wohl nur die elektive Orthopädie als gut geeignete Disziplin für eine Spezialitätenklinik an.

- Theoretisch könnte auch das KSSW Sursee in eine Spezialitätenklinik umgewandelt werden. Aufgrund der Verkehrserschliessung wäre diese Lösung im Hinblick auf die Notfallversorgung sogar zu favorisieren. Denn ohne eigene stationäre Notfallversorgung vor Ort könnte die Bevölkerung rund um das Spital in Sursee problemloser versorgt werden als die Bevölkerung im Einzugsgebiet des Spitals in Wolhusen. Andererseits kann auf Sursee als Standort für ein Grundversorgungszentrum aufgrund der hohen Bevölkerungsdichte und -wachstums in dieser Region nicht verzichtet werden.

Die Projektleitung ist der Meinung, dass bei einer Umwandlung des KSSW Wolhusen in eine Spezialitätenklinik die Nachteile die Vorteile überwiegen. Auf die Schaffung einer Spezialitätenklinik in Wolhusen – mit dem Verlust der stationären Grundversorgung in dieser Region – sollte deshalb verzichtet werden.

## **2. Auslagerung der Gynäkologie/Geburtshilfe aus dem KSSW Wolhusen**

- Unter finanziellen Gesichtspunkten ist das Modell interessant, weil in diesem Bereich in Wolhusen kein 24-Stunden-Dienst mehr geleistet werden müsste. Insbesondere würde auch der Anästhesie-Bereitschaftsdienst entlastet.
- Aus medizinischer Sicht könnte eine Schliessung der stationären Gynäkologie/Geburtshilfe in Wolhusen in der heutigen Form verantwortet werden.
- Mögliche Kompensationen für den Wegfall im KSSW müssten näher geprüft werden. Es kommen verschiedene Varianten in Frage. Der Trend zum Frühwochenbett zuhause verkürzt die Liegezeiten in den Frauenkliniken.

## **3. Verzicht auf die Höhenklinik Montana**

Der Vorschlag war in der Kerngruppe umstritten und wurde entsprechend kontrovers diskutiert. Eine starke Minderheit setzte sich für die Schliessung der Klinik ein. Es solle ihr kein Leistungsauftrag mehr erteilt werden. Ohne die qualitativ gute Arbeit der Klinik zu bezweifeln, führte sie insbesondere folgende Argumente ins Feld:

- Es könne davon ausgegangen werden, dass die notwendige Versorgung mit ausserkantonalen Kliniken problemlos sichergestellt werden könnte. Das Rehabilitationsangebot sei in der Schweiz recht gross, und bereits heute leisteten ausserkantonale Kliniken über 32 000 Pflgetage für Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Luzern.
- Das jährliche Globalbudget für die LHM beträgt zurzeit 6,7 Millionen Franken (inkl. Miete). Dies ergibt rund 330 Franken pro Pflgetag. Selbst wenn man die Investitionskosten zum Teil abschreiben müsste, könnten die Leistungen mittel- und langfristig bei anderen Kliniken günstiger eingekauft werden. Dies insbesondere auch unter dem Hinweis, dass bei einer Schliessung der LHM der Bedarf an stationären Aufenthalten zurückgehen würde.
- Der Bedarf an stationärer Rehabilitation könne durch eine restriktivere Indikationsstellung, eine kürzere Hospitalisationsdauer und vor allem eine Verlagerung in ambulante Rehabilitationsformen merklich gesenkt werden.
- Die Strategie der besseren Vermarktung sei grundsätzlich falsch (z. B. Ausbau der Psychosomatik oder Verzicht des KSL auf stationäre Schlafabklärungen zugunsten der LHM). Angesichts der Probleme bei den Gesundheitskosten dürfe die Frage nicht sein, wie eine Klinik besser ausgelastet werden könne, sondern wie das Angebot dem tatsächlichen Bedarf angepasst werden könne. Überkapazitäten müssten abgebaut werden, weil sie falsche Anreize zur Mengenausweitung schaffen würden.
- Und schliesslich sei auch zu beachten, dass es viele Patientinnen und Patienten heute vorziehen, sich in Kliniken behandeln zu lassen, die besser und schneller zu erreichen sind als die LHM. Der lange Anfahrtsweg sei für viele Patientinnen und Patienten (und auch für die Angehörigen) eine Belastung.

Die Mehrheit des Kernteams unterstützte den Antrag der Fachgruppe<sup>6</sup>. Demnach sollen prioritär der Zusammenschluss der Kliniken in Montana und eine Angebotskonzentration angestrebt werden.

In Montana betreiben nebst Luzern auch die Kantone Bern, Genf und Wallis Rehabilitationskliniken. Das Angebot ist teilweise identisch. Der Kanton Luzern soll deshalb mit diesen Kantonen Verhandlungen bezüglich einer gemeinsamen, einheitlichen Trägerschaft aufnehmen. Dass der Kanton Luzern Mitträger sein muss, ist nicht

<sup>6</sup> Vgl. dazu auch die Ausführungen in Kapitel F. II. 6.b und c.

Voraussetzung. Denkbar ist zum Beispiel auch eine private Trägerschaft. Wichtig ist, dass das Angebot der Luzerner Klinik mit den andern Kliniken vor Ort koordiniert wird. Das Leistungsangebot der LHM soll deshalb im Sinn einer Konzentration auf weniger Kernkompetenzen angepasst werden.

Eine Schliessung der Klinik wird nur empfohlen, falls die Massnahme nicht innert nützlicher Frist umgesetzt werden kann oder nicht den gewünschten Erfolg hat.

## **F. Die Spitalversorgung im Kanton Luzern: Analyse der einzelnen Disziplinen und Veränderungsvorschläge**

### **I. Stationäre somatische Medizin**

#### **1. Fachgruppenbericht Medizin**

##### **a. Beschreibung des Angebots/Ist-Analyse**

Die Ist-Analyse der stationären internistischen Versorgung erforderte zunächst eine genaue Definition von 90 möglichen diagnostischen oder therapeutischen Leistungen, welche in 19 Fachrichtungen der Inneren Medizin angeboten werden können. Danach wurden diese Leistungen einerseits drei Versorgungsstufen zugeordnet – Grundversorgung, spezialisierte Versorgung und hochspezialisierte Versorgung – und andererseits abgeklärt, in welchen öffentlichen und privaten Institutionen diese Leistungen zurzeit angeboten werden oder ein Angebot in Planung ist.

##### *Versorgungsstufen*

Die Definition der Versorgungsstufen war im Projektauftrag weitgehend vorgegeben. Eine Leistung der Stufe Grundversorgung soll im Wesentlichen die Qualitäten «häufig, einfach und wohnortsnah» aufweisen. Bei Leistungen der Stufe spezialisierte Versorgung ist neben hohen technischen und fachlichen Anforderungen auch das Zusammenspiel verschiedener Fachrichtungen von Bedeutung (= interdisziplinäre Behandlung). Eine hoch spezialisierte Versorgung gehört ins Leistungsspektrum von Universitätskliniken und wird definitionsgemäss im Kanton Luzern nicht angeboten.

Es soll hervorgehoben werden, dass jede Fachrichtung Leistungen aufweist, welche in die Kategorie der Grundversorgung gehören. Mit anderen Worten: Jeder ausgebildete Internist und somit jede Institution ist befähigt, ein elementares Wissen und Können einer Fachrichtung anzubieten, auch wenn kein Spezial-Facharzttitel ausgewiesen werden kann.

Die Zuordnung zu den Versorgungsstufen erfolgte unabhängig vom gegenwärtigen Versorgungsangebot; sie soll aber künftig bei der Angebotsplanung als Leitbild dienen.

Im Anhang 1a sind alle erwähnten internistischen Leistungen einer der drei Versorgungsstufen zugeordnet; zudem sind die verwendeten Zuordnungskriterien und Definitionen ausführlich beschrieben.

##### *Angebot der Institutionen*

Es wurden sechs öffentliche und private Institutionen (Spitäler/Kliniken) des Kantons auf ihr Leistungsangebot hin untersucht: Das Kantonsspital Luzern (KSL), das Kantonale Spital Sursee-Wolhusen (KSSW), getrennt nach den Standorten Wolhusen und Sursee, die Klinik St. Anna, das Schweizerische Paraplegiker-Zentrum Nottwil (SPZ) und die Luzerner Höhenklinik Montana (LHM). Die Swissana Clinic Meggen verfügt über keine fest angestellten Internistinnen und Internisten und wurde nicht analysiert, weil nur internistische Leistungsangebote einer Klinik berücksichtigt wurden, welche vertraglich geregelt sind und mindestens ein 30-Prozent-Pensum umfassen.

Analog zu den oben erwähnten Versorgungsstufen wurde jeder Institution unter Leitung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Innere Medizin in jeder Fachdisziplin eine Grundversorgungsleistung zugesprochen.

Die Analyse des Leistungsangebots zeigt, dass im Fachgebiet Geriatrie im Kanton Luzern (und auch in den Kantonen OW, NW, UR und SZ) kein Angebot besteht, welches über die obligate Grundversorgungsleistung hinausgeht. Die interdisziplinären Fachgebiete Palliativmedizin und Psychosomatik werden nicht als eigenständige Abteilungen betrieben. Von diesen Ausnahmen abgesehen lässt sich aber festhalten, dass

der Kanton Luzern über ein ausgewogenes und massvolles Leistungsangebot verfügt, welches gleichmässig auf öffentliche und private Anbieter verteilt ist.

Im Anhang des ausführlichen Fachgruppenberichts ist das Angebot der oben erwähnten 90 Leistungen den 6 Institutionen zugeordnet.

## **b. Zusammenarbeit und Schnittstellen**

Neben den klassischen Fachgebieten der Inneren Medizin wurden auch die beiden eigenständigen und vom Facharzt-Titel «Innere Medizin» unabhängigen Disziplinen Dermatologie und Neurologie in die Ist-Analyse mit einbezogen, weil diese im Kantonsspital Luzern im Departement Innere Medizin eingebunden sind und auch in den Landspitälern des KSSW von der Inneren Medizin soweit als möglich abgedeckt werden. Auch in der Klinik St. Anna und im Paraplegiker-Zentrum Nottwil besteht eine enge Zusammenarbeit zwischen der Neurologie und der Inneren Medizin.

Die Palliativmedizin ist eine multiprofessionelle Disziplin, welche im Kanton Luzern vorwiegend in den Departementen Anästhesie, Chirurgie und Innere Medizin betrieben wird, nicht aber als eigenständige Abteilung angeboten wird. Sie ist dennoch in der Ist-Analyse aufgeführt, um auf diesen wichtigen Bereich hinzuweisen.

Eine Schnittstelle zur Psychiatrie bildet die Psychosomatik, für welche im Kanton Luzern ebenfalls keine eigenständige interdisziplinäre Abteilung existiert. Wie die oben erwähnte Palliativmedizin soll auf diesen wichtigen Bereich durch eine Erwähnung in der Ist-Analyse speziell hingewiesen werden.

Die Akutpsychiatrie ist formal eine rein psychiatrische Angelegenheit und wurde deshalb in der internistischen Ist-Analyse nicht aufgeführt. Tatsache ist aber, dass etwa 5 Prozent der Patientinnen und Patienten der Inneren Medizin des KSL oder KSSW als psychiatrische Notfälle eingewiesen werden. Die Ursachen wurden analysiert und als Problemfeld mit Handlungsbedarf erkannt. In Zusammenarbeit mit der Fachgruppe Psychiatrie sind Lösungsvorschläge erarbeitet worden.

Die Geriatrie besitzt wichtige Schnittstellen zur Rehabilitation und zur Langzeitpflege. Das Fehlen einer geriatrischen Abteilung oder Klinik im Kanton Luzern ist ein prioritäres Problemfeld mit Handlungsbedarf, welches in Zusammenarbeit mit der Fachgruppe Rehabilitation erarbeitet wurde.

## **c. Entwicklungen und Trends**

Entwicklungen und Trends im Gesundheitswesen werden die Innere Medizin wahrscheinlich bereits mittelfristig nachhaltig verändern und sind in einer Versorgungsplanung zu berücksichtigen.

### *Bettenbedarf*

Der Bedarf an internistischen Betten wird aller Wahrscheinlichkeit nach in der heutigen Grössenordnung bleiben. Das letzte Jahrzehnt war gekennzeichnet durch eine kürzere durchschnittliche Hospitalisationsdauer und eine Verlagerung in den ambulanten Bereich. Auf diese Trendwende haben die Akutspitäler des Kantons Luzern (KSL, KSSW und St. Anna) reagiert und zwischen 1990 und 2000 bereits 441 Akutbetten abgebaut. Ein weiterer Abbau wird kaum möglich sein, insbesondere weil der Anteil der betagten Bevölkerung exponentiell weiter steigt.

Im Gegensatz zur allgemeinen Abnahme der Pflagetage in den Spitälern des Kantons Luzern weisen die internistischen Abteilungen eine Zunahme der Pflagetage und der Patientenzahlen auf. Das Durchschnittsalter der hospitalisierten internistischen Patientinnen und Patienten ist kontinuierlich angestiegen und liegt heute bei über 75 Jahren.

### *Ärztemangel?*

Es ist schon bald mit einem ernsthaften Mangel an Schweizer Ärztinnen und Ärzten zu rechnen. Seit 1999 sinkt die Zahl der Studienabschlüsse in der Medizin (alle anderen Fakultäten wachsen stetig!), und der Frauenanteil hat 2002 erstmals die 50-Prozent-Marke überschritten. Das bedeutet, dass nur ein Teil der ausgebildeten Ärztinnen (und Ärzte) später diesen Beruf auch in einer Vollbeschäftigung ausüben werden (im Kanton Luzern arbeiteten im Jahr 2002 nur 48% der frei praktizierenden Ärztinnen voll, dagegen 91% der Ärzte). In den öffentlichen Spitälern wird zudem die Reduktion der Arbeitszeit von derzeit 55 Stunden pro Woche auf eine 50-Stunden-Woche für Assistenzärztinnen und -ärzte (und wahrscheinlich auch Oberärztinnen und -ärzte) ab 2005 einen zusätzlichen Stellenbedarf von 10 Prozent auslösen. Bereits

heute wären die Luzerner Kliniken ohne ausländische Assistenzärztinnen und -ärzte kaum mehr funktionsfähig. Auch bei den frei praktizierenden Ärzten hat sich eine Trendwende vollzogen; heute werden deutlich mehr Praxen offeriert als eröffnet (insbesondere in der Allgemeinmedizin: auf 138 Praxisofferten sind 2002 schweizweit nur 61 Praxiseröffnungen gekommen). In ländlichen Regionen finden sich für altershalber geschlossene Praxen kaum mehr Nachfolger; dies trifft das Entlebuch mittelfristig besonders stark, weil 7 von 9 Hausärzten deutlich über 50-jährig sind.

#### *Notfallmässige ambulante Grundversorgung*

Bei den Grundversorgerinnen und -versorgern ist eine sinkende Bereitschaft zum Notfalldienst nachts und an Wochenenden festzustellen. In der Agglomeration Luzern haben beispielsweise 90 Grundversorgerinnen und -versorger ihre Verpflichtungen zum Notfalldienst im Jahr 2003 gegen Bezahlung einer privaten Organisation (Permanence) teilweise oder vollständig übertragen. Die kostengünstige Triage und Behandlung durch den Hausarzt weicht in vermehrtem Mass der wesentlich teureren Bedarfsmedizin in den Ambulatorien.

#### *Kostenaufwand*

Der diagnostische und therapeutische Aufwand pro Krankheitsfall wird weiter steigen, trotz aller Sparbemühungen. Die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen sind in erster Linie Folge der Überalterung, der hohen Spezialisierung, des medizinischen Fortschrittes, der Single-Gesellschaft, der abnehmenden Eigenverantwortung des Individuums, der Medizinalisierung gesellschaftlicher Probleme, des breiten obligatorischen Grundleistungskataloges sowie der explodierenden Haftpflichtmentalität.<sup>7</sup>

Im Anhang des ausführlichen Fachgruppenberichts sind einige statistische Daten zu den aufgezeigten Trends festgehalten.

### **d. Beurteilung des Angebots und Problemfelder**

Die Fachgruppe hat in der aktuellen internmedizinischen Versorgung im Kanton Luzern 11 Problemfelder erkannt, für welche ein Handlungsbedarf besteht. In einem zweiten Schritt wurden diese Problemfelder drei Prioritätsstufen zugeordnet: akutes oder mengenmässig relevantes Problem (Priorität A), sich entwickelndes Problem (Priorität B) und Problem von untergeordneter Bedeutung (Priorität C).

Als Problemfelder der Priorität A wurden die Geriatrie, die Akutpsychiatrie und die Notfallmedizin eingestuft.

#### *Geriatrie*

Es ist bereits bei der Ist-Analyse festgestellt worden, dass im Kanton Luzern eine geriatriische Abteilung oder Klinik fehlt und dementsprechend auch kein fachlich ausgewiesenes Personal oder Ärztinnen und Ärzte mit dem Schwerpunkts-Titel Geriatrie vorhanden sind. Die demografische Entwicklung zeigt deutlich, dass wir künftig immer mehr alte Patientinnen und Patienten zu betreuen haben werden; bis zum Jahr 2020 wird die Zahl der über 80-Jährigen im Kanton Luzern von 12 800 auf 18 000 steigen. Geriatriische Patienten werden heute in der Akutmedizin behandelt, und die typischen geriatriischen Spezialitäten wie multidimensionales Assessment, geriatriische Rehabilitation, Vernetzung von Spitex, Haushilfe und Hausarzt wie auch die palliative Pflege können aus baulichen, personellen und strukturellen Gründen nicht optimal genutzt werden.

#### *Akutpsychiatrie*

Den internmedizinischen Abteilungen der öffentlichen Spitäler werden oft psychiatrische Notfallpatienten zugewiesen, diese machen bis zu 5 Prozent der Hospitalisationen aus. Häufige Ursache sind die fehlenden kurzfristig verfügbaren Betten in den kantonalen psychiatrischen Kliniken sowie die Verweigerung einer Einweisung in eine psychiatrische Klinik durch Patientinnen und Patienten oder deren Umfeld wegen der damit verbundenen Stigmatisierung. Daneben gibt es psychiatrische Notfallpatientinnen und -patienten, bei welchen somatische Probleme im Vordergrund stehen (z. B. Tabletten-Intoxikation) oder psychisch auffällige Patientinnen und Patienten, bei welchen mögliche organische Ursachen zuerst ausgeschlossen werden müssen (z. B. Stoffwechsel-Entgleisungen, Infektionen oder Tumore des Gehirns); diese Patientengruppen gehören klar auf die Akutmedizin. Für psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten fehlen im somatischen Akutspital das ärztliche und pflegerische

<sup>7</sup> Zitat aus einer Pressemitteilung der Zürcher Ärztesgesellschaft vom 17. 6. 2002



Fachwissen wie auch die Infrastruktur (z. B. geschlossene Abteilungen). Einmal auf der Akutmedizin hospitalisiert, kann eine konsiliarische Abklärung und Beratung durch Psychiater selten kurzfristig erfolgen, und die Verlegung in eine psychiatrische Klinik verzögert sich zusätzlich wegen der oben erwähnten limitierten Aufnahmekapazitäten.

#### *Notfallmedizin*

Die Patientinnen und Patienten entscheiden selbst, ob ihre Symptome einer notfallmässigen Beurteilung bedürfen; deren Spektrum reicht von lebensbedrohlichen Zuständen bis zu Befindlichkeitsstörungen. Die medizinische Notfallversorgung der Bevölkerung geschieht auf drei Stufen: erstens der notfallmässigen ambulanten Grundversorgung durch den Hausarzt oder durch Ambulatorien (z. B. Permanence, Spital-Ambulatorien und -Polikliniken), zweitens der Notfallversorgung durch den Fachspezialisten (in Facharzt-Praxen sowie in privaten und öffentlichen Spitälern) und drittens den rund um die Uhr betriebenen Notfallstationen (mit verfügbarer Operations-einheit, Überwachungsstation und Intensivmedizin). Internistische Notfallstationen mit Aufnahmewang werden wegen der teuren Vorhalteleistung im Kanton Luzern ausschliesslich von den öffentlichen Spitälern betrieben. Die Privatspitäler betreiben Notfallstationen, die jederzeit teilweise selektionierte Patientinnen und Patienten aufnehmen können (was ebenfalls Vorhalteleistungen beansprucht).

Nach Meinung der Fachgruppe Medizin sollte ein Patient im Kanton Luzern nicht wesentlich mehr als eine halbe Stunde Anfahrtsweg zur Notfallstation haben (Beispiel: Alarmierung und Ausrücken der Ambulanz 5', Hinfahrt Ambulanz 30', erste Massnahmen und Verladen 15', Rückfahrt Ambulanz 30' = 1 h 20' bis Eintreffen im Spital).

Wenn nun die ersten beiden (meist privatwirtschaftlich betriebenen) Stufen der Notfallmedizin in zunehmendem Ausmass nachts und am Wochenende nicht mehr verfügbar sind und die Begehrlichkeit der Bevölkerung nach sofortiger Abklärung weiter zunimmt, dann wird die personell und infrastrukturell teure Einrichtung der Notfallstation zunehmend auch für «einfache» medizinische Situationen missbraucht.

### **e. Lösungsvorschläge**

#### *Ohne Änderung der Spitalstruktur*

Für die Problemfelder der Priorität A (Geriatric, Akutpsychiatrie und Notfallmedizin) ergeben sich folgende Lösungsvarianten:

##### *Geriatric*

Als favorisierte Lösung für die fehlende geriatriche Versorgung wird im Kanton Luzern ein Geriatriczentrum mit den entsprechenden Infrastrukturen und Netzwerken erstellt und betrieben. Dieses Zentrum soll einem der bestehenden Akutspitäler angeschlossen sein. Nur so ist eine fachgerechte und adäquate Behandlung einer zunehmend grösser werdenden Patientengruppe gewährleistet. Gleichzeitig werden damit Akutbetten frei.

Weitere Varianten sind die Abgrenzung einer geriatriche Abteilung in einem der bestehenden Akutspitäler oder die Bildung einer geriatriche Equipe mit einem Leitenden Arzt und zugeteiltem Fachpersonal, welche konsiliarisch beigezogen werden können. Die Fachgruppe Medizin ist der Meinung, dass diese Varianten ungenügend sind.

##### *Akutpsychiatrie*

Zur Behebung von Fehlplatzierungen psychiatrischer Notfallpatientinnen und -patienten auf der Inneren Medizin soll im Areal des Kantonsspitals Luzern neu eine psychiatrische Notfallstation geschaffen werden, welche eine permanente Aufnahme und Behandlung gewährleistet. Eine solche Aufnahmestation kann auch als gemeinsame interdisziplinäre internistisch-psychiatrische Notfallstation (zusammen mit psychiatrischem Fachpersonal) betrieben werden.

Zudem soll im Psychiatriczentrum Luzerner Landschaft der psychiatrische Notfall-Konsiliardienst ausgebaut werden, damit diese Patientinnen und Patienten innert nützlicher Frist fachgerecht behandelt werden können.

#### *Notfallmedizin*

Alle internistischen Notfallstationen (KSL, KSSW Wolhusen, KSSW Sursee, St. Anna und SPZ) sind in der bisherigen Struktur und Funktion für die Versorgungssicherheit der Einwohner im Kanton unverzichtbar.

### *Mit Änderung der Spitalstruktur*

Gemäss Auftrag der Projektsteuerungsgruppe war ein Szenario zu prüfen, in welchem nur noch an einem Standort des KSSW eine umfassende Grundversorgung angeboten würde und am anderen Standort eine «Spezialitätenklinik» entstehen sollte. Zudem war ein Szenario ohne die Luzerner Rehabilitationsklinik in Montana (LHM) zu beurteilen.

#### *«Spezialitätenklinik»*

Der Verzicht auf die medizinische Grundversorgung an einem der beiden Standorte des KSSW (suggeriert wurde der Standort Wolhusen) zur Bildung einer Spezialitätenklinik ist nach Ansicht der Fachgruppe weder sinnvoll noch durchführbar. Beide Standorte versorgen im Einzugsgebiet eine grosse Wohnbevölkerung (Wolhusen 53 000 und Sursee 83 000 Einwohner<sup>8</sup>), die den Betrieb eines eigenen Grundversorgungsspiitals notwendig macht und rechtfertigt. Für den Standort Wolhusen ist zudem (wie oben aufgeführt) eine Notfallstation wegen der Versorgungssicherheit der Bevölkerung unabdingbar. Das Betreiben einer Notfallstation setzt aber zwingend ein Grundversorgungsspital voraus; somit kann am Standort Wolhusen nicht eine eigenständige, ausschliessliche Spezialitätenklinik entstehen. Der Standort Sursee ist zwar durch die Autobahn wesentlich besser erschlossen und es besteht zudem für die Randregionen seines Einzugsgebiets ein Spitalabkommen mit dem Kanton Aargau; trotzdem rät die Fachgruppe auch an diesem Standort von der Bildung einer Spezialitätenklinik ab, da eine Umlagerung von Patientengruppen im Sinn einer «Rochade» innerhalb der öffentlichen Spitäler keinen Sinn machen würde (teure Anpassung der Infrastruktur wie z. B. die Ausweitung der Notfall- und Intensivstation an anderen Akutkliniken, damit insgesamt keine Kosteneinsparung) und Doppelspurigkeiten entstehen würden, weil auf kein Fachgebiet einer allfälligen Spezialitätenklinik (z. B. Rheumatologie und Rehabilitation) am Zentrumsspital vollständig verzichtet werden könnte.

#### *Schliessung der Luzerner Höhenklinik Montana (LHM)*

Die Fachgruppe ist der Meinung, dass die Gesundheitsversorgung im Bereich der Inneren Medizin durch eine Schliessung der LHM nicht gefährdet würde. Als Ersatz müssten im Kanton Luzern neu 30–40 Rehabilitationsbetten geschaffen werden, welche aus dem Patientenkollektiv von Montana anfallen würden. Oder diese Versorgungskapazität müsste in ausserkantonalen Kliniken eingekauft werden. Eine Reduktion des Bettenbedarfs (heute werden in der LHM 70 Betten betrieben) ist möglich durch eine restriktivere Indikationsstellung, eine kürzere Hospitalisationsdauer (in der LHM aktuell 21 Tage), eine Verlagerung in ambulante Rehabilitationsformen (ununterbrochener Trend in den Bereichen Schlaflabor, kardiale und pulmonale Rehabilitation) und einen Wegfall von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten (in der LHM etwa 15%). Vom Bau einer Rehabilitationsklinik im Kanton Luzern rät die Fachgruppe ab.

### *Umsetzung/Empfehlungen der Fachgruppe Medizin*

Die Fachgruppe Medizin macht folgende drei Empfehlungen zur Planung der kantonalen Gesundheitsversorgung:

#### *Geriatriezentrum*

Das Geriatriezentrum soll realisiert werden. Die Schaffung neuer Strukturen ist mit Kosten verbunden, Einsparungen sind aber zu erwarten in der reduzierten Belegung von Akutbetten durch sogenannte multimorbide (mehrfach erkrankte) betagte Patienten und in der besseren Nutzung von Alters- und Pflegeheimbetten in den Gemeinden (weniger Fehlplatzierungen). Die frei werdenden Akutbetten sind nötig, um den steigenden Bedarf infolge der demografischen Entwicklung abdecken zu können.

#### *Psychiatrische Notfallstation*

Die psychiatrische Notfallstation am KSL wie auch der Ausbau eines psychiatrischen Notfall-KonsiliarDienst am KSSW sollen realisiert werden. Dazu werden personelle und eventuell auch infrastrukturelle Aufwendungen nötig sein. Die Fachgruppe empfiehlt, am KSL eine interdisziplinäre Notfallstation zu schaffen.

#### *Keine Änderung des Versorgungskonzepts*

Der Kanton Luzern verfügt mit einem Zentrumsspital (KSL), einem Landspital (KSSW mit den Standorten Sursee und Wolhusen) sowie einem Privatspital (Klinik St. Anna) über eine internmedizinische Versorgung, die effizient und effektiv ist. Zudem erweitert mit dem Schweizerischen Paraplegikerzentrum in Nottwil eine nationale Schwerpunktklinik das kantonale Angebot.

<sup>8</sup> Zum Vergleich: Der Kanton Uri betreibt ein Kantonsspital für eine Wohnbevölkerung von 34 000 Einwohner.

Beide Standorte des KSSW sollen Grundversorgungsspitäler bleiben. Eine Patientenumlagerung zur Bildung einer Spezialitätenklinik ist nach Einschätzung der Fachgruppe im Bereich der Inneren Medizin nicht durchführbar, würde die Versorgungssicherheit im entsprechenden Einzugsgebiet massiv gefährden und keine signifikante Kosteneinsparung bringen.

## **2. Fachgruppenbericht Chirurgie**

### **a. Angebot und Grundlagen**

Die Analyse des Ist-Angebotes an chirurgischen Leistungen im Kanton Luzern gründet auf der Ermittlung der Fallzahlen der angebotenen Leistungen aller Institutionen anhand einer detaillierten Liste, welche die letzten drei Jahre umfasst. Diese Leistungen wurden entsprechend den Vorgaben in Leistungen der Grundversorgungen und spezialisierten Versorgung, in Zentrumsleistungen und in spitzenmedizinische Leistungen, welche im Kanton nicht angeboten werden, unterteilt.

Anhand dieser Analyse wurde die Versorgungslage primär im Kanton Luzern und sekundär, was die Zentrumsfunktion des Kantonsspitals Luzern für die Region Zentralschweiz betrifft, bewertet. Dabei wurden alle Fachgebiete und, wo sinnvoll, einzelne Organbereiche separat (z. B. Wirbelsäulenchirurgie) ausschliesslich unter dem Aspekt

- von Fallzahlen bei komplexen Eingriffen, deren Komplikationsträchtigkeit u. a. auch von der Anzahl Eingriffe pro Institution abhängt (volume and outcome),
- von Angebotslücken und
- von Synergiepotenzial beurteilt.

Entsprechend der Vorgaben des Gesundheits- und Sozialdepartementes wurde eine Gewichtung vorgenommen.

Als akute Probleme (A), welche mengenmässig kurz- und mittelfristig relevante Probleme darstellen, wurden folgende Bereiche ermittelt:

#### *Notfallstationen*

Die Notfallversorgung in der Grundversorgung ist im Kanton gewährleistet. Kostenintensive Vorhalteleistungen werden aktuell an zwei Standorten (Sursee und Wolhusen) bereitgestellt. Die erforderlichen medizinischen Fachgebiete für eine Grundversorgung sind an beiden Standorten vorhanden. Das private Angebot an chirurgischer notfallmedizinischer Grundversorgung konzentriert sich in der Klinik St. Anna entsprechend der Klinikstrategie auf stationäre, Zusatzversicherte Patienten. Das Schweizerische Paraplegiker-Zentrum Nottwil (SPZ) als zweiter privater Anbieter von Notfallleistungen behandelt nur Notfälle im Rahmen seiner spezialisierten Versorgung (Para- und Tetraplegiker). Zentrumschirurgische Notfallchirurgie wird entsprechend dem Leistungsauftrag in der nötigen Interdisziplinarität und Tiefe permanent am KSL angeboten. Personell und infrastrukturell sind hier die Kapazitätsgrenzen erreicht. Vor allem aber sind die räumlichen Voraussetzungen nicht mehr zeitgemäss und entsprechen nicht mehr den aktuellen Standards.

#### *Herzchirurgie*

Das fachärztliche Potenzial wird durch den zeitlich limitierten Einsatz eines Kardiotechnikers nicht ausgeschöpft. Die Anzahl an Herzoperationen an der Herz-Lungen-Maschine ist dadurch limitiert. Ein zusätzlicher limitierender Faktor ist die fehlende Kapazität an intensivmedizinischen Betten. Mit Wegfall der politisch motivierten Limitierung auf einen Kardiotechniker könnten die jährlich anfallenden Kosten für Behandlungen an ausserkantonalen Institutionen und die unerträglichen Wartezeiten für grundversicherte Patientinnen und Patienten mit Herzleiden reduziert werden.

#### *Neurochirurgie*

Die neurotraumatologische und die neuroonkologische Versorgung als ausgesprochene Zentrumsleistung sind am KSL und im Kanton Luzern als kritisch zu betrachten. Eine bisher personell unterdotierte Neurochirurgie am KSL mit ausserkantonaler Verantwortlichkeit hat dazu geführt, dass die Rega und viele Innerschweizer Spitäler Schädelhirnverletzte und Hausärzte Patientinnen und Patienten mit Hirntumoren nicht ins KSL einweisen. Dem Kanton entstehen durch die ausserkantonale oder in der Klinik St. Anna angebotene spezialisierte Versorgung dieser Patientinnen und Patienten jährliche Kosten in Millionenhöhe. Die Zusammenarbeit mit den Klinikärzten des St. Anna und den Ärztinnen des Kantonsspitals Aarau für die Gewährleistung der Notfalldienste ist ein Beispiel der Zusammenarbeit von Fachärzten über die Institutionen hinweg zur Optimierung teurer Personalressourcen.

### *KSL als Zentrumsspital der Zentralschweiz*

Die medizinische Kompetenz und die Interdisziplinarität aller notwendigen Fachgebiete sind am KSL gewährleistet. Fehlende Investitionen in den Erhalt der Infrastruktur und in effizienzsteigernde Massnahmen behindern aber zunehmend die Erfüllung des Leistungsauftrages eines Zentrumsspitals. Die Attraktivität des KSL nimmt aufgrund schlechterer Verträge im Vergleich zu anderen Anbietern gegenüber den zuweisenden ausserkantonalen Spitälern ab. Die ausgesprochen teure Transplantationsmedizin und an kostenintensive universitäts- und spezielle Forschungslaboratorien gebundenen Therapien für wenige ausgewählte Patientinnen und Patienten werden richtigerweise ausserkantonale eingekauft.

Als sich entwickelnde Problemfelder, zum Beispiel bei Veränderung der Finanzierungsstruktur, wurden folgende Bereiche (B) erkannt:

#### *Viszeralchirurgie*

Hier besteht im Kanton in der Grundversorgung ein genügendes Angebot. Die notwendigen Fallzahlen bei der spezialisierten Versorgung (komplexe Viszeralchirurgie) werden nur durch eine Institution erreicht. Um die notwendige Kompetenz für diese Eingriffe im Kanton zu gewährleisten, sollte sich diese Chirurgie bei wenigen Chirurgen konzentrieren, was mittelfristig durch Zusammenarbeitsverträge geregelt werden sollte.

#### *Orthopädie*

Das Angebot an planbaren Eingriffen des Bewegungsapparates ist aus Sicht der Hausärzte mit Wartezeiten von bis 3 bis 8 Monaten im Kanton ungenügend. Mit der Überalterung der Bevölkerung und den höheren Anforderungen an die Lebensqualität wird für die Behandlung der degenerativen Leiden in diesem Fachgebiet ein zusätzliches Angebot nötig werden. Die personellen und infrastrukturellen Kapazitäten der öffentlichen Institutionen sind trotz des privaten Angebotes in diesem Bereich erreicht. Zentrumschirurgische Leistungen, wie rekonstruktive Wirbelsäulenchirurgie und rekonstruktive Beckenchirurgie werden nur limitiert, in Zusammenarbeit mit universitären Zentren und dem SPZ, angeboten. Für die Behandlung degenerativer Wirbelsäulenerkrankungen besteht ein privates Überangebot (Kosten für den Kanton für Wirbelsäuleneingriffe 3,7 Mio. Franken). Dieses wird akzentuiert durch den Trend, der in Richtung interdisziplinärer konservativer und schmerztherapeutischer Behandlung geht.

#### *Unfallchirurgie*

Das Angebot in der Grundversorgung ist genügend, wird aber aufgrund der Überalterung der Bevölkerung zunehmende Kapazitäten für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit altersbedingten Frakturen erfordern. Die Versorgung ist im Bereich der Wirbelsäulenverletzungen personell und infrastrukturell ungenügend und kann den Anforderungen an ein Zentrumsspital nur im Verbund mit dem SPZ knapp gerecht werden. Neurotraumatologie ist eine Zentrumsleistung.

Als Probleme von untergeordneter Bedeutung (C) mit einem genügendem Angebot, aber ungleicher Verteilung und Auslastung haben sich die folgenden operativen Bereiche erwiesen:

- Gefässchirurgie,
- Hals-Nasen- und Ohrenchirurgie,
- Handchirurgie,
- Mund-/Gesichtsirurgie,
- Ophthalmologie,
- plastische und Wiederherstellungschirurgie,
- Thoraxchirurgie,
- Urologie.

In diesen Bereichen ist die Versorgung im Kanton Luzern durch das Angebot von öffentlichen und privaten Spitälern genügend.

## **b. Lösungsvorschläge für die Problemfelder der Gewichtung A**

### *Ohne Änderung der Spitalstruktur*

Betrachtet man den Problembereich Notfallstationen (die restlichen Problemkreise betreffen ausschliesslich das KSL), so besteht hier weder für das KSSW noch für die privaten Anbieter Handlungsbedarf.

Hingegen erfordert die Erfüllung des Leistungsauftrages für die Notfallmedizin respektive -chirurgie eines Zentrumsspitals eine hohe Interdisziplinarität und eine immer grössere Versorgungstiefe. Nur durch Zusammenführen der heute parallel geführten fünf Notfallstationen am KSL (Chirurgie, Medizin, Gynäkologie/Geburts-hilfe, HNO, Psychiatrie) in einer interdisziplinären Notfallstation kann diese Aufgabe in der notwendigen Effizienz erfüllt werden. Interdisziplinäre Notfallstationen entsprechen nicht nur dem heutigen Standard in den Benchmark-Spitälern der übrigen Schweiz, sondern führen durch Konzentration der Kräfte auf einer Abteilung zu Effizienzsteigerungen und Personaleinsparung. Gleiches gilt auch für die aktuell zwei Intensivstationen am KSL (Chirurgie, Medizin). Nur in einer interdisziplinären Intensivstation kann diese kostenintensive Medizin synergetisch und effizient betrieben werden. Diese personalintensive und medizintechnisch anforderungsreiche Medizin muss sich an einem Ort im Kanton konzentrieren und mit genügender diagnostischer Infrastruktur bestückt sein. Das schwerverletzte Verkehrsoffer benötigt Chirurgen mit Spezialkompetenz, die alle Organsysteme interdisziplinär sofort und während 24 Stunden und an 365 Tagen im Jahr behandeln können. Diese teuren Vorhalteleistungen können nur durch Optimierung und Konzentration der Prozesse an einem Ort in einem vernünftigen Kostenrahmen gehalten werden. Eine Auslagerung an Dritte führt zu Kompetenzverlust und Doppelspurigkeiten bei hohen Vorhaltekosten an mehreren Orten. Die Problemfeldanalyse erfordert deshalb kurz- bis mittelfristig Investitionen in Massnahmen zur Effizienzsteigerung der Notfall- und Intensivstationen am KSL.

Die politisch begründete Limitierung in der Herz- und Neurochirurgie ist medizinisch und ökonomisch auf die Dauer nicht haltbar. Ein Wegfall dieser Einschränkungen könnte die alljährlichen Kosten in Millionenhöhe für Dienstleistungen an Dritte, auf die der Kanton kaum Einfluss bezüglich Indikationsstellung und Qualität hat, reduzieren.

Ferner sollte das KSL als Zentrumsspital durch eine konkurrenzfähige Preispolitik gegenüber den Zentralschweizer Kantonen im Vergleich zu anderen Anbietern deutlich gestärkt werden. Die Erhaltung medizinischer Kompetenz kommt primär der eigenen Bevölkerung zugute und reduziert ausserkantonale Hospitalisationen.

Der fachliche Austausch zwischen den öffentlichen und den privaten Institutionen durch das Einbinden von deren Vertreterinnen und Vertretern in den Notfalldienst würde auf der anderen Seite zur Erhöhung ihrer Kompetenz in der Notfallmedizin und zur effizienteren Nutzung der personellen und fachlichen Ressourcen am Zentrum beitragen (vgl. Pikettdienst Neurochirurgie, Belegarztsystem am öffentlichen Spital, 50-Stunden-Woche für Assistenz- und Oberärzte).

Während die kostenintensive Akut Chirurgie eine Konzentration im Zentrumsspital erfordert, sind in der planbaren Chirurgie der Grundversorgung und der spezialisierten Versorgung Zusammenarbeitsmodelle zur Erreichung kritischer Fallzahlen oder zur Optimierung von Prozessen zur Effizienzsteigerung möglich. Die öffentliche Vergabe von Leistungsaufträgen an Dritte muss aber an klare Qualitätsanforderungen gekoppelt sein. Zusätzlich müsste auch eine Aus- und Weiterbildungsverpflichtung damit verbunden werden, wenn an öffentlichen Institutionen gewisse Eingriffe der Grundversorgung nicht mehr gelernt werden können. Der Einbezug nicht-öffentlicher Spitäler in den Leistungsauftrag bedingt deren aktive Einbindung in eine verbindliche Versorgungsplanung. Wenn im öffentlichen Spital, um Kosten zu reduzieren, Personal- und Bettenkapazität abgebaut und der Investitionsstau weitergetrieben wird, besteht die Gefahr von Vertrauens- und Kompetenzverlust, verbunden mit einer Kostenverlagerung ohne direkte Einflussmöglichkeit.

#### *Mit Änderung der Spitalstruktur*

Das Modell mit zwei öffentlichen Grundversorgungsspitalern, davon eines zusätzlich mit Zentrumsfunktion (KSL) und einem Spital mit spezialisierter Versorgung ist für chirurgische Fächer durchaus denkbar. Bedingung für ein Spital mit spezialisierter Versorgung wäre jedoch, dass es keine Akutmedizin betreibt. Nur die Konzentration auf ausschliesslich planbare Eingriffe kann ihm die nötige Prozesseffizienz geben und einen hohen und kostengünstigen «Patientendurchsatz» mit entsprechend hoher Fachkompetenz garantieren. Die geografische Lage des Grundversorgungsspitals sowie des Spitals mit spezialisierter Versorgung sollte sich an den verkehrs- und lokalpolitischen Gegebenheiten orientieren. Als chirurgische Disziplin mit den Fallzahlen des Kantons Luzern eignet sich für eine spezialisierte Versorgung am ehesten die Orthopädie. Die elektive Chirurgie des Bewegungsapparates ist gut planbar und erfordert keine Notfall- und Intensivstation. Eine stationäre, nicht planbare Notfallchirurgie des Bewegungsapparates, welche eine Vorhaltekapazität während 24 Stunden und 365 Tagen erfordert, darf an einer solchen Institution nicht betrieben werden. Eine ambulante (evtl. privatwirtschaftlich organisierte) Notfallmedizin im Sinn einer Permanence für die lokale Bevölkerung wäre die Voraussetzung. Die Versorgung mit



notfallmässigen und nicht planbaren Eingriffen am Bewegungsapparat und diejenigen Anteile der Orthopädie, wie die Wirbelsäulenchirurgie, welche auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit (Neurochirurgie, Gefäss-/Thoraxchirurgie) angewiesen ist, müssen weiterhin in einer «ausgelagerten» orthopädischen Abteilung am KSL erfolgen, wo die entsprechenden Fachdisziplinen vertreten sind. Solche Modelle existieren in der Schweiz, sie sind aber im universitären Milieu angesiedelt und können deshalb nicht einfach auf die Verhältnisse des Kantons Luzern übertragen werden.

Zur besseren Auslastung der Operationskapazität eines solchen spezialisierten Spitals wären planbare tageschirurgische Eingriffe anderer Fachdisziplinen denkbar.

Das Zusammenführen von 24-Stunden-Notfallstationen an einem Ort im KSSW würde die Notfallouslastung des verbleibenden Grundversorgungsspitals optimieren, würde aber im KSL die Notfallkapazitätsengpässe weiter akzentuieren. Bedingung für das Grundversorgungsspital im KSSW ist das Angebot aller für die Notfallmedizin erforderlichen medizinischen Disziplinen (Allgemeinchirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe und Allgemeine Innere Medizin). Dieses Modell erfordert aber eine engere Kooperation zwischen KSSW und KSL zur Optimierung der Personalressourcen, der Fachkompetenz und der Ausbildungsbedürfnisse speziell für das Spital mit spezialisierter Versorgung, welches keine Notfallmedizin mehr anbietet.

### *Eigene Modellvorstellungen*

Bei allen durch die notwendigen Sparbemühungen getriebenen Modellüberlegungen darf die Aus- und Weiterbildung künftiger Generationen von Ärztinnen und Ärzten nicht vergessen werden. Selbstverständlich können eine Fachärztin oder ein Facharzt und Institutionen ohne Ausbildungsverpflichtung effizienter und schneller arbeiten. Solange die Kosten der Ausbildung nicht subventioniert werden, werden die Spiesse nie gleich lang sein. Der Ausbildungseingriff eines Assistenzarztes oder einer Assistenzärztin unter der Aufsicht einer Fachärztin oder eines Facharztes dauert zwangsläufig länger und belegt einen Operationssaal entsprechend länger. Auch die Assistenzärztinnen und -ärzte der Anästhesie brauchen für die Narkoseführung länger. Entsprechend wird der «Patientendurchsatz» in diesem Operationssaal weniger hoch sein.

Die heutige Generation der Fachärztinnen und -ärzte stirbt aus, und die neue Generation wird für die Ausbildung unter den Bedingungen einer 50-Stunden-Arbeitswoche mit einer drastischen Verlängerung der Ausbildungszeit rechnen müssen. Zudem ist die heutige Generation immer weniger interessiert, Berufe mit einer schlechten Lebensqualität, wie sie die chirurgischen Fächer mit sich bringen, zu ergreifen. Ein Notstand zeichnet sich ab, indem bereits heute 40 bis 50 Prozent unserer Assistentinnen und Assistenten aus dem Ausland rekrutiert werden müssen.

Das Modell, das sich die Fachgruppe Chirurgie vorstellt, sollte interdisziplinäre Kompetenzzentren ermöglichen, in denen in kleinen Profitzentren die Diagnose und die Behandlung in einem Team erfolgt. Durch regionale Aus-, Weiter- und Fortbildungsverbünde könnte eine effiziente Ausbildung durch die ganzheitliche Behandlung eines Problemkreises in hoher Fallzahl erreicht werden. Zur Erhöhung der Prozesskonstanz sollte die elektive Chirurgie vor allem dort durchgeführt werden, wo sie in hoher Qualität und zu einem guten Preis angeboten wird. Die Aus-, Weiter- und Fortbildungsverpflichtung muss jedoch entsprechend entschädigt werden. Die komplexe Chirurgie, die nur in geringer Fallzahl vorkommt, sollte an einer Institution durch ein fachärztliches Team, das sich aus Fachärztinnen und -ärzten mehrerer Institutionen zusammensetzen kann, durchgeführt werden. Die Zentrumsfunktion des KSL sollte durch effizienzsteigernde Investitionen in die Notfall- und Akut Chirurgie für die Spitäler des Kantons als «Backup-Klinik» für deren komplexe Fälle und für die Spitäler der Zentralschweiz als vertrauenswürdiges und kostengünstiges Zentrumsspital gestärkt werden. Die fachgebundene interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Institutionen sollte durch die Politik nicht behindert, sondern gefördert werden (Belegarztsystem für Spezialisten privater Institutionen). Eine Zusammenlegung der öffentlichen Spitäler (KSL und KSSW) in eine einzige Institution wäre erstrebenswert. Der Wettbewerb sollte auf der Ebene der medizinischen Kompetenz und Qualität und weniger auf jener der Hotellerie ausgetragen werden.

Die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte ist aber nicht nur Belastung, sondern auch eine notwendige und anforderungsreiche Aufgabe. Sie muss als Investition in eine gute Versorgung künftiger Generationen gewertet werden.



### 3. Fachgruppenbericht Frauenheilkunde

#### a. Beschreibung des Angebots und Grundlagen

##### *Gynäkologie*

- Chirurgische Tätigkeit,
- verteilt sich auf die kantonalen Spitäler und die Klinik St. Anna,
- Eingriffe kleinerer Art werden auch in der Swissana-Clinic und in den gynäkologischen Praxen durchgeführt.
- Exklusiv in der Frauenklinik Luzern werden angeboten:
  - Reproduktionsmedizin (Invitrofertilisation, IVF),
  - spezialisierte Kindergynäkologie im Zusammenhang mit Kinderschutz,
- Interruptio darf nur mit kantonaler Bewilligung durchgeführt werden.

##### *Geburtshilfe*

##### Geburten

- ab der 34. Schwangerschaftswoche verteilen sich auf die kantonalen Spitäler und die Klinik St. Anna,
- Frühgeburten unter 34 Schwangerschaftswochen und spezielle Risikogeburten sollen exklusiv in der Frauenklinik Luzern stattfinden,
- Hausgeburten und Geburten in Geburtshäusern sind risikofreien Situationen vorbehalten,
- spezielle Pränataldiagnostik (Chorionzottenbiopsie, spezieller Ultraschall) wird in Zusammenarbeit mit der Frauenklinik am Kantonsspital angeboten.

#### b. Zusammenarbeit und Schnittstellen

##### *Gynäkologie*

Die gynäkologische Onkologie ist auf eine enge Zusammenarbeit mit Pathologen, Radiologinnen, den Radio-Onkologen sowie den medizinischen Onkologinnen angewiesen (Tumor-Board).

##### *Geburtshilfe*

Die Vorbereitung und Durchführung von Frühgeburten unter 34 Schwangerschaftswochen und Geburten nach risikobelasteten Schwangerschaften sind auf die Zusammenarbeit mit der Neonatologie (inkl. Kinderchirurgie) angewiesen und deshalb in der Frauenklinik Luzern zentralisiert.

#### c. Entwicklungen und Trends

##### *Gynäkologie*

- Obwohl es in der Gynäkologie noch wenige solide Daten über Zusammenhänge zwischen «Caseload» und «Outcome» gibt, geht der Trend, insbesondere in der gynäkologischen Onkologie, in Richtung Subspezialisierung. Die Fachgesellschaft plant diesbezügliche Regelungen in der Weiterbildung und entsprechende Anforderungen an die Kompetenz (Dignität). Es hat durchaus einen Sinn, gewisse Operationen durch Spezialistinnen und Spezialisten durchführen zu lassen.
- Immer weniger Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner können eine Weiterbildung in Gynäkologie vorweisen. Dies hat mehr Zuweisungen in die Sprechstunden der Spezialistinnen und Spezialisten zur Folge.

##### *Geburtshilfe*

- Die Triage und Einweisung der stark risikobelasteten Schwangerschaften in das Perinatologische Zentrum Luzern hat sich schon seit längerer Zeit durchgesetzt.
- Allgemeine Geburtshilfe ist bezüglich Vorhalteleistungen (24-Stunden-Bereitschaft inkl. Operationsbereitschaft) sehr aufwändig und bei Unterschreiten einer gewissen Geburtenzahl nicht kosteneffizient.
- Die Schaffung eines Schwerpunktes (oder eines eigenen Titels) «nichtoperative Gynäkologie und Geburtshilfe» wird den Patientinnenfluss ebenfalls beeinflussen.

- Der Trend zum Frühwochenbett zuhause hält an und wird den Umfang der Tätigkeit frei praktizierender Hebammen erweitern.
- Der Trend einer Zunahme der Kaiserschnitt-Rate wird aufmerksam verfolgt; er wird möglicherweise eine Korrektur erfahren.

#### **d. Beurteilung des Angebots**

##### *Gynäkologie*

- Fachlich besteht kein Überangebot. Sollte allerdings ein flächendeckendes Mammographie-Screening gefordert werden, könnten Engpässe auftreten.  
Priorität: 3 (Umsetzung später)
- Die Fachgesellschaften werden im Bereich der operativen Gynäkologie bezüglich Qualität und Dignität kontrollierend Weichen stellen. Zum Beispiel wird Mam-machirurgie auch von Nicht-Gynäkologinnen und -Gynäkologen betrieben, allerdings mit abnehmender Tendenz. Bei der Erarbeitung von Lösungsvarianten muss eine Regelung mittels Leistungsauftrag/Negativ-Katalog gefunden werden. Dazu muss wissenschaftliche Literatur zum Thema Operationszahlen und müssen Langzeitresultate beigezogen werden.  
Priorität: 3 (Umsetzung 2–5 Jahre)

##### *Geburtshilfe*

- Vier geburtshilfliche Abteilungen erscheinen der Fachgruppe zu viel, insbesondere was die Vorhaltekosten und die betriebswirtschaftliche Effizienz betrifft.  
Priorität: 1 (dringend)
- Frei praktizierende Hebammen und kurze Hospitalisationen und ambulante Geburten ergänzen sich. Eine Verkürzung der stationären Liegezeiten nach Geburten zeichnet sich ab. Der Auftrag der frei praktizierenden Hebammen muss allenfalls angepasst werden.  
Priorität: 3 (Umsetzung später)

#### **e. Lösungsvorschläge**

##### *Ohne Änderung der Spitalstruktur*

- Keine Änderung der aktuellen Situation, das heisst Patientinnensicherheit bleibt gewährleistet,
- Ausbau der interdisziplinären Zusammenarbeit,
- Ressourcennutzung durch Schwerpunktbildung und -optimierung,
- Qualitätsbeobachtung/Leistungsauftrag.

##### *Mit Änderung der Spitalstruktur*

- Reduktion von drei auf zwei kantonale Frauenkliniken,
- Schliessung der stationären geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung am Standort Wolhusen in der heutigen Form,
- Aufrechterhaltung eines ambulanten, tagesstationären Angebots in Wolhusen,
- Vernetzung der verbleibenden Klinik.

##### *Vorteile*

- Kostengünstigere Leistungserbringung,
- höhere Attraktivität bei Mitarbeiterakquisition,
- gemeinsame Aus- und Weiterbildung,
- bessere Versorgungsqualität durch
  - Case-load-Steigerung
  - Sicherung der 24-Stunden-Bereitschaft auf hohem Niveau (entscheidender Punkt im Hinblick auf die Einführung des Arbeitsgesetzes für Kader-Ärztinnen und -Ärzte: Es wird kaum genügend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte geben, um an drei Standorten einen adäquaten In-house-rund-um-die-Uhr-Service anzubieten).

##### *Nachteile*

- Die Transportzeiten nehmen um rund 20–35 Minuten zu, dadurch wird die Versorgungssicherheit möglicherweise geschwächt.

*Risikobeurteilung:* Vergleiche mit ähnlichen Situationen in anderen Randregionen der Schweiz ergeben, dass wir im Kanton Luzern im Vergleich zu beispielsweise den Kantonen Graubünden oder Bern immer noch sehr gut abschneiden würden. Eine vertiefte Analyse dazu entzieht sich den Möglichkeiten der Arbeitsgruppe, wäre aber modellhaft möglich.

Untersuchungen in England über die Folgen der Schliessung kleiner Spitäler haben ergeben, dass die Totgeburtenrate nicht von der Wohnort-Spital-Distanz abhängt.<sup>9</sup>

- Senkung der Service-Qualität für die betroffene Bevölkerung.
- Schwer steuerbarer Patientinnenfluss.
- Personelle und räumliche Aufrüstung der verbleibenden zwei kantonalen Zentren (kostenneutral).

#### *Modelle zur Begrenzung der Nachteile*

- Neukonzeption der gesamten Notfallversorgung des Raumes Entlebuch, zum Beispiel mit Stützpunkt des Rettungsdienstes 144 im Entlebuch oder in Wolhusen; Möglichkeit der Hebammenbegleitung in Rettungswagen («Storchenambulanz»),
- ambulantes, tagesstationäres gynäkologisch-geburtshilfliches Angebot in Wolhusen (fachärztliches Angebot, Hebammen-Sprechstunden u. Ä.); von Seiten der frei praktizierenden Hebammen wird die Möglichkeit zur Durchführung von «Low-risk-Geburten» gewünscht.

#### *Beurteilung der Arbeitsgruppe*

Aus medizinischer Sicht lässt sich eine Reduktion der kantonalen geburtshilflich-gynäkologischen Kliniken von drei auf zwei stationäre Einrichtungen rechtfertigen. Die Zunahme der Fallzahlen an den zwei Standorten Luzern und Sursee ermöglicht ein besseres Qualitätsmanagement. Dies könnte, bezogen auf die Gesamtmorbidität, das geringe Risiko der Transportzeit-Zunahme in Notfallsituationen aufwiegen.

## **f. Umsetzung**

Falls eine Reduktion auf zwei kantonale geburtshilflich-gynäkologische Kliniken in Angriff genommen wird, muss die Detailplanung und Umsetzung einer Projektorganisation unter Einbezug der Betroffenen übertragen werden:

- Organisation des Sicherheitsnetzes: 144; lokales Angebot durch Ärztinnen und Ärzte und Hebammen,
- Schaffung der personellen und räumlichen Ausweichkapazitäten in der Frauenklinik KSL und am Standort Sursee; allenfalls könnten Engpässe durch Kooperationsabkommen mit der Klinik St. Anna gelöst werden,
- zentrale Disposition des Patientinnenflusses gemäss Bettenkapazität und fachlichen Schwerpunkten.

## **4. Fachgruppenbericht Kinder und Jugendliche**

### **a. Beschreibung des Angebots und der Grundlagen**

- Das Kinderspital ist in der Zentralschweiz «Alleinanbieter» für Kinder und Jugendliche.
- 65–70 Prozent der Patientinnen und Patienten stammen aus dem Kanton Luzern.
- Im Kinderspital Luzern besteht kein Angebot in den hoch spezialisierten Bereichen. Diesbezüglich erfolgt eine überregionale Koordination der universitären Kinderspitäler der Schweiz.
- Die Begriffe «Grund- und Zentrumsversorgung» lassen sich auf die Kinderheilkunde nicht analog der Erwachsenenmedizin anwenden, da ein Angebot für eine definierte Altersgruppe – nicht für ein medizinisches Fachgebiet – besteht.
- Nur vereinzelte Leistungen können der Grundversorgung in Erwachsenenspitälern zugeordnet werden (gewisse chirurgische Eingriffe bei grösseren Kindern, Erkrankungen bei Adoleszenten).

<sup>9</sup> Nach meCon, einem akkreditierten Messsystem für Patientenzufriedenheit

- Im Kinderspital Luzern werden auch nicht alle spezialisierten Leistungen angeboten (Hämodialyse, Verbrennungsbehandlung).
- Es existiert ein selbst formulierter Leistungsauftrag mit Positiv- und Negativlisten für die Kinderchirurgie und die Pädiatrie.

## b. Zusammenarbeit und Schnittstellen

### *Pädiatrie*

- Eine enge Zusammenarbeit besteht mit der Kinderchirurgie, der Frauenklinik, der Anästhesie und dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst.
- Der Betrieb bedingt Schnittstellen zum Zentrum für Labormedizin, Radiologie, Radioonkologie, Hals/Nasen/Ohren- und Augenklinik.

### *Kinderchirurgie*

- Enge Zusammenarbeit mit der Hals-Nasen-Ohren-Klinik am Kantonsspital Luzern,
- gewisse Operationen werden gemeinsam mit Spezialisten der Erwachsenen Chirurgie oder von auswärts zugezogenen Spezialistinnen und Spezialisten (z. B. Orthopädie) durchgeführt.

## c. Entwicklungen und Trends

Schätzung bis 2010

| Bereich   | Pädiatrie                                                                                              | Kinderchirurgie                                          | Interdisziplinär:<br>Intensivpflegestation/<br>Neonatalogie | Kinder-<br>Psychiatrie             |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Stationär | gleich bleibend<br>bis leichte<br>Zunahme <sup>(1)</sup>                                               | gleich bleibend<br>bis leichte<br>Zunahme <sup>(2)</sup> | leicht<br>zunehmend <sup>(5)</sup>                          | leicht<br>zunehmend <sup>(3)</sup> |
| Ambulant  | stark<br>zunehmend <sup>(4)</sup>                                                                      | stark<br>zunehmend <sup>(4)</sup>                        |                                                             | (nicht im<br>Kinderspital)         |
| Notfall   | gleich bleibend                                                                                        | gleich bleibend                                          | Transporte<br>evtl. leicht<br>zunehmend <sup>(5)</sup>      | gleich bleibend                    |
| Umfeld    | Trend zur Verkürzung der Arbeitszeiten führt zu zunehmendem<br>Personal- und Raumbedarf <sup>(6)</sup> |                                                          |                                                             |                                    |

### *Begründungen*

1. Zunahme bedingt durch Vermeidung von Hospitalisationen von Kleinkindern in Erwachsenenabteilungen (Schätzung + 2–5%). Kinder gehören in ein Kinderspital!

2. Abnahme der Missbildungschirurgie bei Neugeborenen. Zunahme durch Zusammenarbeit mit den Kantonen Tessin und Aargau. Zunahme durch Aufhebung des Kinderzimmers in der Hals-Nasen-Ohren-Klinik am Kantonsspital Luzern.

3. Die Zahl stationärer Behandlungen psychisch kranker Kinder und Jugendlicher zeigt einen Trend zur Zunahme. Die Akutpsychiatrie in diesem Alter gehört aus medizinischen Gründen zum Kinderspital und bedarf einer kinder- und jugendgerechten Infrastruktur (Schätzung + 5%).

4. Die Kompetenz der Grundversorger sowohl für pädiatrische wie für kinderchirurgische Fragestellungen nimmt ab. Tendenz zur Abnahme von Kinderarztpraxen in der Zentralschweiz. Gekoppelt mit zunehmender Anspruchshaltung der Eltern, erfordert dies oft eine spezialärztliche Beurteilung und Behandlung. Der Trend zur Subspezialisierung hält auch für den Bereich der Kinder und Jugendlichen weiter an (Schätzung + 20–30%). Gesamtschweizerische Netzwerke und die Kooperation bei medizinischen Spitzenleistungen sind zum Teil realisiert, andere drängen sich auf (z. B. Herzchirurgie).

5. Hält der Trend zur Zunahme von Frühgeborenen an, so wird sich das auf die Transporte aus den Kliniken im Einzugsgebiet und die Bereitstellung der nötigen Kapazität in der Neonatologie/Intensivmedizin auswirken (Schätzung + 5%).

6. Zunahme im ärztlichen Bereich (Schätzung + 5–10%),  
Zunahme im pädagogischen Bereich, KJPD-Patienten (Schätzung + 5%),  
Zunahme im Pflegebereich (Schätzung + 5–10%),  
Zunahme in den anderen Berufen im Gesundheitswesen (Schätzung + 2–5%).

## d. Beurteilung des Angebots

### *Gesamtes Kinderspital*

- Bauliche Unzulänglichkeit bestehen bezüglich der Raumkapazität und der Abläufe sowohl für die Kinderchirurgie als auch für die Pädiatrie. Planungsschritte sind notwendig.

*Planung:* Priorität 1 (Umsetzung unmittelbar nach Beschluss)

*Umsetzung:* Priorität 2 (Umsetzung in den nächsten 2–5 Jahren)

### *Pädiatrie*

- Akuter Engpass im Bereich Neuropädiatrie (zurzeit mit Aufnahmestopp belegt): Diese einzige Anlaufstelle in der Zentralschweiz weist immer mehr Zuweisungen auf. Die Unterversorgung benachteiligt Kinder mit schweren Krankheitsbildern. Das Benchmarking mit anderen Kliniken zeigt ein massives personelles und räumliches Defizit auf.

*Priorität: 1 (Umsetzung unmittelbar nach Beschluss)*

- Kinder- und Jugendpsychiatrie: Im Bereich Psychosomatik und psychiatrische Hospitalisationen (Krisenintervention, Bedürfnis nach somatischer Mitbetreuung) ist das Angebot im Kinderspital personell und räumlich ungenügend. Das Problem des Hospitalisationsortes für die Altersgruppe 16–18 Jahre (Adoleszenten-Medizin) muss gelöst werden. Sachlich und fachlich soll sie dem Kinderspital angegliedert werden.

*Priorität: 2 (in den nächsten 2–5 Jahren)*

### *Kinderchirurgie*

- Es besteht kein Überangebot; bezüglich Raum und Prozessabläufe vgl. oben.
- Die Kinderorthopädie wird zurzeit mit externem Konsiliarius, dessen Einsatz zeitlich limitiert ist, sichergestellt.
- Bezüglich seltener, spezieller Eingriffe und Qualitätsansprüche ist ein gesamtschweizerisches Konzept im Entstehen. Der Leistungsauftrag (Positiv-Negativ-Liste) unterliegt deshalb allfälligen Modifikationen.

## e. Lösungsvorschläge

### *Ohne Änderung der Spitalstruktur*

#### *Kinderspital*

- Planung eines Erweiterungsbaus und Aufnahme der Kosten in den Finanzplan.

#### *Pädiatrie*

- Bedarfsgerechte Ausstattung der Neuropädiatrie,
- Planung einer psychosomatisch-psychiatrischen Station im Zusammenhang mit dem Erweiterungsbau Kinderspital.

#### *Kinderchirurgie*

- Schaffung einer Kaderstelle Kinderorthopädie.

### *Mit Änderung Spitalstruktur*

- Keine Konsequenzen für Pädiatrie und Kinderchirurgie.

## f. Umsetzung (Massnahmen, Zeitplan, Kosten)

### *Kinderspital*

- Planung eines Erweiterungsbaues, sofort, 500 000 Franken
- Errichtung des Erweiterungsbaues: 2010, 20–30 Millionen Franken

### *Pädiatrie*

- Erweiterung der Neuropädiatrie: eine Oberärztin oder ein Oberarzt/zwei Untersuchungsräume,
- Schaffung einer psychosomatisch-psychiatrischen Station für Kinder- und Jugendliche gemäss Psychiatriekonzept.

### *Kinderchirurgie*

- Kinderorthopädie: eine Oberärztin oder ein Oberarzt, evtl. Leitende Ärztin oder Leitender Arzt und Untersuchungsräume.

## **II. Fachgruppenbericht Rehabilitation**

### **1. Allgemeines zur Rehabilitation und zu den Grundlagen**

Gemäss der Weltgesundheitsorganisation WHO ist die Rehabilitation folgendermassen definiert: Unter Rehabilitation versteht man den koordinierten, umfassenden Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, technischer und pädagogischer Massnahmen zur Funktionsverbesserung, zum Erreichen einer grösstmöglichen Eigenaktivität und zur weitestgehenden unabhängigen Partizipation in allen Lebensbereichen, damit der Betroffene in seiner Gestaltung so frei wie möglich wird. Die Rehabilitation setzt dann ein, wenn eine bleibende Behinderung vorliegt oder zu erwarten ist. Davon unterschieden werden muss die medizinische Nachbehandlung, die dann notwendig ist, wenn nach Krankheiten und Operationen mittels Weiterbehandlung eine Heilung erzielt werden soll.

Rehabilitation basiert auf einem umfassenden Behandlungsansatz, welcher sich auf die kombinierte Expertise eines interdisziplinären Behandlungsteams abstützt, das eng koordiniert und vernetzt zum Wohle der Patientin und des Patienten zusammenarbeitet. Sie erfolgt stationär oder ambulant. Die Rehabilitation ist Teil der Behandlungskette.

### **2. Beschreibung des Angebots**

#### **a. Stationäres Angebot**

Laut einer Umfrage bei den für den Kanton Luzern wichtigsten Rehabilitationskliniken werden zurzeit rund 59 Prozent der Luzerner Patientinnen und Patienten stationär in Luzerner Kliniken behandelt (KSL, SPZ, LHM und Klinik Sonnmatt), 41 Prozent in ausserkantonalen Kliniken. Ausserkantonale Behandlungen entfallen hauptsächlich auf die Bereiche der muskuloskelettalen Rehabilitation (75% ausserkantonale Behandlungen), der kardialen Rehabilitation (65%) und der neurologischen Rehabilitation (35%). Von insgesamt 78 000 stationären Rehabilitationstagen werden 46 000 von Luzerner Kliniken erbracht, 31 000 davon in den kantonalen Kliniken. In ausserkantonalen Kliniken werden 32 000 Pflage tage erbracht. Ein Rehabilitationsangebot für multimorbide geriatrische Patientinnen und Patienten fehlt.

#### **b. Ambulantes und teilstationäres Angebot**

Die Klinik St. Anna betreibt ein strukturiertes kardiales Rehabilitationsangebot, zudem sind entsprechende Programme für die pulmonale und muskuloskelettale Rehabilitation im Aufbau begriffen. Das SPZ betreibt ein spezialisiertes Zentrum für Menschen mit Paraplegien und mit chronischen Schmerzen. Kleinere Angebote für muskuloskelettale Rehabilitation bestehen auch am Kantonsspital Luzern und im KSSW in Wolhusen. Für mehrfach kranke, geriatrische Patientinnen und Patienten bestehen im Kanton Luzern keine strukturierten multidisziplinären Angebote für Rehabilitation und Assessment.

#### **c. Zusammenarbeit und Schnittstellen**

In vielen Bereichen liegen keine wesentlichen Schnittstellenprobleme vor. Problematische Schnittstellen sind jedoch:

- Chronifizierte Schmerzsyndrome: Hier erfolgt oft eine zu späte Zuweisung zum Spezialisten. Bei der Schnittstelle zu den Sozialversicherungen beziehungsweise privaten Taggeldversicherungen kommt es heute noch zu starken Verzögerungen.
- Neurorehabilitation (KSL): Hier bestehen Probleme wegen der zu geringen Aufnahmekapazität und der daraus folgenden Wartefristen. Die ambulante Betreuung, inklusive Tagesrehabilitation, hat zu geringe Behandlungskapazitäten.



- Psychosomatische Rehabilitation (LHM): Kritische, nicht bearbeitete Schnittstelle zwischen Psychiatrie, Akutklinik und LHM.
- Schwer behinderte junge Patientinnen und Patienten und Kinder: Es fehlen Pflegeplätze. Zudem ist der Übergang bei der Betreuung von schwer behinderten Kindern ins Erwachsenenalter nicht gewährleistet.

### **3. Entwicklungen und Trends**

Insgesamt wird der Bedarf an Rehabilitation und die Bedeutung der Rehabilitation in Zukunft zunehmen (demografische Entwicklung, zukünftige Einführung eines diagnosebezogenen Klassifikationssystems mit entsprechender Abgeltung und der damit zusammenhängenden Verkürzung der Aufenthaltsdauer im Akutspital). Es werden aber differenziertere stationäre und ambulante Angebote entstehen, welche zu einer Umverteilung der erbrachten Leistungen führen werden. Es ist deshalb längerfristig von einem gesamthaft etwa konstanten stationären Bettenbedarf auszugehen, wobei nicht alle Sparten gleich betroffen sind. Zukünftige gesundheitspolitische Entscheide dürften jedoch starken Einfluss auf den stationären Bettenbedarf nehmen.

Die Entwicklung der Rehabilitation geht in Richtung ambulanter Rehabilitation. Ziel soll es sein, die ambulante Rehabilitation in Zukunft in einem Netzwerk zwischen dem Rehabilitationszentrum und den Grundversorgerinnen und -versorger im Sinn eines regional organisierten Rehabilitationsmodells zu organisieren. Die Leistungen der «regional basierten Rehabilitation» werden dabei in einer Partnerschaft zwischen dem Rehabilitationszentrum und dem lokal tätigen Rehabilitationspersonal, den Hausärztinnen und -ärzten, den Gemeinden, der Familie und den Betroffenen erbracht. Das spezialisierte Rehabilitationszentrum hat dabei die Aufgabe, auf Zuweisung hin Koordinationsfunktionen im Sinn eines Case-Managements zu übernehmen, notwendige Nachkontrollen durchzuführen und die Grundversorgerinnen und -versorger zu beraten und nach Möglichkeit Schulung anzubieten.

### **4. Beurteilung des Angebots**

Mit Ausnahme von mehrfach kranken geriatrischen Patientinnen und Patienten, die auf eine wohnortsnahe Rehabilitation angewiesen sind, haben die Luzerner Patientinnen und Patienten insgesamt einen guten Zugang zur stationären Rehabilitation. Dabei wird ein hoher Anteil in ausserkantonalen Kliniken versorgt. Im stationären Bereich sind die Aufnahmebedingungen für Rehabilitationen durch die Kostenträger in den letzten zwei Jahren deutlich verschärft worden. So können heute nur noch Patientinnen und Patienten mit komplexer Problematik stationär rehabilitiert werden.

Im ambulanten Bereich sind die Gebiete Kardiologie, wahrscheinlich bald auch Pneumologie sowie die muskuloskelettale Rehabilitation, inklusive Schmerzrehabilitation, gut abgedeckt. Für die ambulante Neurorehabilitation stehen nicht genügend Behandlungsplätze zur Verfügung, keine ambulanten Rehabilitationsmöglichkeiten bestehen für geriatrische mehrfach kranke Patientinnen und Patienten.

Mit Ausnahme der Geriatrie drängt sich für eine effiziente rehabilitative Versorgung in Zukunft ein zentralschweizerisches Rehabilitationskonzept auf. Für stationäre Rehabilitationsinstitutionen sind Einzugsgebiete in der Grössenordnung von 500 000 Einwohnerinnen und Einwohnern für eine effiziente und wirtschaftliche Betriebsführung optimal.

*Muskuloskelettale Rehabilitation und Rehabilitation von Schmerzpatienten:* drei Viertel aller muskuloskelettalen Luzerner Patientinnen und Patienten werden in ausserkantonalen Kliniken rehabilitiert. Das Angebot des Kantons Luzern beschränkt sich vor allem auf die Luzerner Höhenklinik Montana und auf die Klinik Sonnmatt. Die Indikationenliste für die Aufnahme in die LHM respektive zur Aufnahme in spezialisierte Kliniken für muskuloskelettale Rehabilitation muss bereinigt werden. Wohnortsnähere Rehabilitationsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten mit komplexen Problemen im muskuloskelettalen Bereich sind allgemein versicherten Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Luzern in der Regel nicht zugänglich. Verschiedene Rheumatologinnen und Rheumatologen würden es begrüßen, wenn die Klinik Adelheid in Unterägeri für solche komplexe Rehabilitationsbehandlungen im muskuloskelettalen Bereich auf die Spitalliste genommen würde.

Das Fehlen von ausgebildeten Rheumatologinnen und Rheumatologen und physikalischen Medizinerinnen und Mediziner führt zu grossen Behandlungseingängen. Chronische Schmerzpatienten werden oft zu spät einer Behandlung zugeführt, was zu unbefriedigenden Behandlungsergebnissen und zu geringen Wiedereingliederungsrate ins Berufsleben führt.

An den Schnittstellen zwischen Akutmedizin und Rehabilitation sowie zwischen Rehabilitation und beruflicher respektive sozialer Eingliederung sind Verbesserungen notwendig.

*Kardiovaskuläre Rehabilitation:* In der Schweiz stehen mehrere gute stationäre Angebote in einem Konkurrenzkampf um Patientinnen und Patienten. In der Luzerner Höhenklinik Montana besteht ein gutes Angebot; zwei Drittel der Patientinnen und Patienten lassen sich jedoch in ausserkantonalen Rehabilitationskliniken behandeln.

*Neurologische Rehabilitation:* Qualitativ besteht im Kanton Luzern eine gute Versorgung für Neurologie-Patientinnen und -Patienten. Am KSL bestehen teilweise aber zu lange Wartezeiten für stationäre Aufnahmen. Mit der Tagesrehabilitation und der interdisziplinären ambulanten Rehabilitation steht ein effizientes und gut funktionierendes Behandlungsangebot zur Verfügung. Die räumliche Infrastruktur genügt jedoch den Anforderungen an eine Neurorehabilitation bei weitem nicht mehr. Sie verhindert die Weiterentwicklung des medizinischen Angebots. Mit einer massvollen Erweiterung der Tagesrehabilitationsplätze könnten jährlich schätzungsweise etwa 1000 Spitaltage eingespart werden.

*Psychosomatische Rehabilitation:* Die Psychosomatik muss als gesamtes Betreuungskonzept behandelt werden. Involviert sind neben der Psychiatrie auch die Akut- und die Rehabilitationsmedizin. Das Gesamtkonzept wird im Bericht Psychiatrie vorgestellt. Zurzeit fehlen umfassende fachübergreifende Konzepte für die Behandlung von psychosomatischen Patientinnen und Patienten. Dringlich sind deshalb interdisziplinäre Kooperationsmodelle zwischen Psychiatrie und Akutmedizin, werden doch die meisten Patientinnen und Patienten den Kliniken der Inneren Medizin zugewiesen. Die Qualität der akutstationären Behandlung von psychosomatischen Patientinnen und Patienten ist heute ungenügend.

Die Stellung der Rehabilitation muss in einem fachübergreifenden Konzept geklärt werden. In einem Hearing wurde die Stellung der Rehabilitation mit dem Chefarzt des Psychiatriezentrums Luzern-Stadt diskutiert. Dabei zeigten sich noch verschiedene Uneinigkeiten und Missverständnisse, die geklärt werden müssen.

*Geriatrische Rehabilitation:* Das Fehlen von ambulanten und stationären Rehabilitationsangeboten im Kanton Luzern muss als ein schwerer Mangel in der Gesundheitsversorgung betrachtet werden.

*Pflegeplätze für schwerbehinderte Kinder und junge Menschen:* Im Kanton Luzern und der Zentralschweiz besteht ein schwerwiegender Mangel an Pflegeplätzen. Diese jungen Menschen müssen häufig inadäquat in Alters- und Pflegeheimen betreut werden.

Die Rehabilitation von Menschen mit Para- und Tetraplegien, mit pulmonalen Krankheiten und die Rehabilitation von Kindern sind gut abgedeckt.

## 5. Lösungsvorschläge

| Priorität | Problemfeld                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Lösungsvorschläge                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2         | muskuloskelettale Rehabilitation<br>Schmerzrehabilitation<br>– ambulante Rehabilitation<br>– ambulante ärztliche Versorgung<br>– wohnortsnahe stationäre Rehabilitation<br>– Schnittstellenprobleme zwischen medizinischer Behandlung und beruflicher Reintegration<br>– ungenügendes Bewusstsein bei Ärzten für frühzeitige Schmerzrehabilitation<br>hoher Anteil an Zuweisungen von Luzerner Patientinnen und Patienten in ausserkantonale Rehabilitationsinstitutionen (75%), wodurch der LHM zusätzliche Erträge verloren gehen | – Ambulante Rehabilitation muss gefördert werden. Stationäre Rehabilitation wird zunehmend nicht mehr bezahlt, oder ambulante Rehabilitationen sind als Folge besserer Operationstechniken/Medikamente/Therapien ausreichend.<br>– Bewusstsein für frühzeitige Zuweisungen von Patientinnen und Patienten mit chronifizierenden Schmerzproblemen muss bei Grundversorgerinnen und -versorgern verbessert werden.<br>– Es muss dahin gewirkt werden, dass Ärztinnen/Ärzte mit Spezialausbildung in Rheumatologie oder Physikalischer Medizin und Rehabilitation im Kanton Luzern Praxen eröffnen.<br>– Bei Schmerzpatientinnen und -patienten soll die noch ungenügende Überbrückung der Schnittstelle zur beruflichen Rehabilitation verbessert werden (im SPZ nun im Aufbau begriffen).<br>– Zuweisungsindikationen zu verschiedenen muskuloskelettalen Rehabilitationsinstitutionen sollen geklärt werden.<br>– Die Patientinnen und Patienten sollen über das LHM-Angebot besser aufgeklärt werden, die Einweisungsdisziplin von Spitälern und Ärzten in die LHM soll verbessert werden. |

| Priorität       | Problemfeld                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Lösungsvorschläge                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0               | kardiovaskuläre Rehabilitation<br>– Hoher Anteil an Zuweisungen von Luzerner Patientinnen und Patienten in ausserkantonale Rehabilitationsinstitutionen (69%), obwohl in der LHM das Angebot ebenfalls vorhanden ist.                                                                                                                                                                                                                                                                                            | keine Versorgungsprobleme<br>– bessere Aufklärung von Patientinnen und Patienten über das LHM-Angebot und bessere Einweisungsdisziplin von Spitälern und Ärztinnen und Ärzten in die LHM.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 1               | neurologische Rehabilitation<br>– ambulante/tagesstationäre Rehabilitation<br>– Raumsituation am KSL<br>– Schnittstelle Akutspital                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | – Zurückgestelltes ambulant und Tagesrehabilitationsprojekt sollte mit hoher Priorität verwirklicht werden. Damit könnte die Raumsituation auch für stationäre Patientinnen und Patienten entschärft werden.<br>– Stationäre Kooperationsmodelle mit anderen Neurorehabilitationskliniken müssen geprüft werden.<br>– Status der Rehabilitation am KSL ist zu prüfen. Vorgeschlagen wird Klinik.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 0               | Paraplegien/Tetraplegien<br>– keine Probleme                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | keine Versorgungsprobleme                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 0               | pulmonale Rehabilitation<br>– zurzeit keine Probleme                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Ambulante Rehabilitation ist in Entwicklung: In naher Zukunft sind keine Versorgungsprobleme zu erwarten. Die zunehmende Anzahl von Raucherinnen und Rauchern wird evtl. mittelfristig zusätzliche Rehabilitationsplätze erfordern.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Sofortmassnahme | psychosomatische Rehabilitation<br>– fehlendes kantonales Psychosomatik-konzept über alle involvierten Fachbereiche hinweg                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Kantonales Psychosomatikkonzept soll sofort in Angriff genommen werden: Vorschlag, das Projekt als Sofortmassnahme aufzunehmen.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 1               | junge polymorbide Patientinnen und Patienten und pädiatrische Rehabilitation<br>– fehlende Pflegeplätze für junge Schwerbehinderte<br>– fehlende Pflegeplätze für schwer behinderte Kinder                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Die Schaffung von Pflege- und Betreuungsplätzen für pflegebedürftige schwer behinderte Kinder und junge polymorbide Patientinnen und Patienten im Anschluss an die Rehabilitation hat sehr hohe Dringlichkeit.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 1               | geriatriische Rehabilitation<br>– fehlende Akutbehandlungskonzepte für geriatriische Patientinnen und Patienten im Kanton<br>– fehlende ambulante und stationäre geriatriische Abklärungs- und Assessmentmöglichkeiten (u. a. Demenz)<br>– fehlende stationäre Rehabilitationsplätze, inkl. Slow-Stream-Rehabilitation<br>– nicht gelöste Schnittstellenprobleme zwischen Akutmedizin und Pflegeinstitutionen<br>– Zuwenig Ärztinnen und Ärzte und nicht ärztliches Personal mit Schwerpunktausbildung Geriatrie | Im Bereich Geriatrie gelten alle aufgeführten Probleme als hoch prioritär:<br>– Erarbeitung und Umsetzung von Akutbehandlungskonzepten sollte auch im bestehenden Akutbereich in Angriff genommen werden.<br>– Rehabilitation und Slow-Stream-Rehabilitation muss kurz- bis mittelfristig verwirklicht werden, dabei soll den Pflegeheimen die Aufgabe der Slow-Stream-Rehabilitation zufallen. Bei Slow-Stream-Rehabilitation ist eine finanzielle Beteiligung des Kantons ist vorzusehen.<br>– Abklärungs- und Assessmentmöglichkeiten, insbesondere von Demenzpatientinnen und -patienten müssen rasch verwirklicht werden.<br>– Die langen Wartezeiten für Pflegeheim-eintritte nach abgeschlossener Akutbehandlung müssen verkürzt werden. |
|                 | Angebote des Kantons Luzern (Rehabilitationskapazitäten) werden von Kantonseinwohnerinnen und -einwohnern nicht voll genutzt.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Nutzung der Angebote des Kantons muss verbessert werden. Stärkung von bestimmten Kernkompetenzen in Montana.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

## 6. Weitere Szenarien

### a. Förderung der ambulanten muskuloskelettalen Rehabilitation

#### *Ausgangslage*

Ein Grossteil der postoperativ orthopädischen und/oder traumatologischen Patientinnen und Patienten kann ambulant behandelt werden. Nur ein kleiner Teil bedarf je nach Begleiterkrankung einer stationären Behandlung. Patientinnen und Patienten mit muskuloskelettalen Gesundheitsproblemen gelangen heute auf den folgenden Wegen in die Rehabilitationsbehandlung:

- Patientinnen und Patienten mit akuten Erkrankungen sowie mit traumatologischen und orthopädischen Eingriffen am Bewegungsapparat werden primär auf Akutkliniken abgeklärt und behandelt. Anschliessend werden sie zur Weiterbehandlung in muskuloskelettale Rehabilitationskliniken verlegt oder sie treten in ein ambulantes Rehabilitationsprogramm ein.
- Patientinnen und Patienten mit chronischen muskuloskelettalen Gesundheitsproblemen und zwischenzeitlichen Verschlechterungen werden über den Hausarzt zur weiteren Rehabilitation direkt in muskuloskelettale Rehabilitationskliniken verlegt.
- Der Kanton Luzern rehabilitiert ausserkantonale stationär jährlich rund 750 Patientinnen und Patienten (18 000 Patiententage).
- Die Klinik St. Anna bietet seit kurzem ein interdisziplinäres Programm mit physikalischer Medizin, Psychosomatik, Rheumatologie, spezialisierter Physiotherapie u. a. an.

#### *Vision einer zukünftigen rehabilitativen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit muskuloskelettalen Schädigungen*

- Dort, wo es möglich ist, sollte die muskuloskelettale Rehabilitation ambulant erfolgen.
- Ambulante Rehabilitation soll an jenen Kliniken aufgebaut werden, welche spezialärztlich entsprechend versorgt sind und die für eine ambulante Rehabilitation notwendige Infrastruktur besitzen.
- Stationäre Frührehabilitation (Hospitalisationszeit max. 4 Wochen) soll an den spezialärztlich besetzten Akutkliniken durchgeführt werden. Diese Kliniken bauen auch ambulante, tagesrehabilitative Rehabilitationsmöglichkeiten auf. Dies ist nur möglich, wenn im Hintergrund auch stationäre Reha-Patienten versorgt werden (genügender Caseload für das Reha-Team). Dies betrifft nur Patientinnen und Patienten, die primär stationär zur Akutbehandlung zugewiesen werden.
- Voraussetzung für ein Frührehabilitationskonzept an Akutkliniken: Die Patientinnen und Patienten werden auf Schwerpunktbetten der Akutklinik unter direkter Zuständigkeit der Rheumatologie respektive der physikalischen Medizin behandelt. Eine kompetente fachtherapeutische Versorgung muss angeboten werden.
- Patientinnen und Patienten mit chronischen muskuloskelettalen Gesundheitsproblemen werden wie bis anhin über die Hausärztinnen und -ärzte an die LHM oder an spezialisiertere externe muskuloskelettale Rehabilitationskliniken oder an die neu geschaffenen ambulanten Rehabilitationsstellen im Kanton gewiesen.

#### *Gewinn für Patientinnen und Patienten und das Gesundheitswesen*

- Es wird eine fachlich sinnvolle und kostengünstige Verlagerung von stationärer Rehabilitation auf die ambulante Rehabilitation erfolgen.
- Patientinnen und Patienten, die primär zur Behandlung in Akutkliniken eintreten, werden neben der akuten Versorgung auch rehabilitiert. Sie behalten ihre medizinisch-therapeutischen Bezugspersonen. Übernimmt das Akutspital Kurzrehabilitationen, so kann insgesamt stationäre Zeit eingespart werden; zum Teil kann auch frühzeitig von stationärer auf tagesrehabilitative, ambulante Rehabilitation umgeschaltet werden.
- Die Behandlungskontinuität von intensiven bis zu niederschweligen Therapiemassnahmen wird durch ein konstantes Behandlungsteam gewährleistet.
- Die ausserkantonalen stationären Rehabilitationen können deutlich reduziert werden.
- Ein solches Modell könnte wahrscheinlich durch organisatorische Massnahmen in den Kliniken umgesetzt werden, ohne dass grosse Anpassungen an den baulichen Strukturen notwendig wären.

## **b. Zukunftsszenarium für die Luzerner Höhenklinik Montana: Zusammenschluss**

Ein Zukunftsszenarium für die Luzerner Höhenklinik Montana könnte die Schaffung eines gemeinsamen Rehabilitationsangebots durch die vier Rehabilitationskliniken in Montana sein: «Crans-Montana Santé4»:

- In einer ersten Phase muss die Zusammenarbeit gefördert und die Leistungsangebote müssen gemeinsam überprüft und abgeglichen werden (Eliminierung von Überangeboten, Ergänzung von fehlenden Angeboten).
- Endziel könnte eine Klinik mit verschiedenen Standorten und Kompetenzzentren sein. Jeder Standort konzentriert sich auf gewisse Kernaufgaben. Damit können der Caseload erhöht sowie die Behandlungsqualität und die Wirtschaftlichkeit verbessert werden. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können ausgetauscht (Schaffung eines Personalpools), Infrastruktur und Synergien gemeinsam besser genutzt werden (u. a. Pikettregelungen, Arbeitszeitregelungen für Ärzte, Anforderungen an Sicherheit, Hygiene und Qualität können gemeinsam angegangen werden; Überzeitenregelung).
- Dabei sind verschiedene Trägerschaften denkbar: Konkordat, ein Kanton allein oder ein rechtlich selbständiger Betrieb.
- Die LHM muss sich auf jeden Fall auf weniger Gebiete spezialisieren. Eine sinnvolle Konzentration auf wenige Kernkompetenzen verschafft ihr bessere Anerkennung im Luzerner Gesundheitswesen durch Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit.
- Andere Kantone nehmen die LHM auf ihre Spitalliste (Kanton Wallis, Kanton Zug).
- Die interkantonale Zusammenarbeit mit den Kantonen der Zentralschweiz muss gefördert werden. Ein zentralschweizerisches Rehabilitationskonzept ist anzustreben.

## **c. Szenarium Verzicht auf die Luzerner Höhenklinik Montana**

Das Szenarium «Verzicht auf die Luzerner Höhenklinik Montana» hat die Fachgruppe im Auftrag der Steuerungsgruppe geprüft.

Sollte die LHM aufgegeben werden, müsste das Angebot in ausserkantonalen Kliniken eingekauft werden. Es wäre nicht sinnvoll, im KSSW Wolhusen Rehabilitationsbetten zu betreiben, wenn auf die LHM verzichtet würde oder wenn sie geschlossen würde. Einerseits sind die Akutspitäler KSL, KSSW Sursee und KSSW Wolhusen ausgelastet, und andererseits besteht gesamtschweizerisch ein ausreichendes Angebot an stationären Rehabilitationsbetten. Heute erbringt die LHM rund 20 000 Pflegetage pro Jahr. Für dieses Szenario sind genaue Kosten-Nutzen-Analysen notwendig. Das Globalbudget der LHM beträgt zurzeit (inkl. Miete) 6,7 Millionen Franken pro Jahr.

Die LHM macht bezüglich Schliessungsszenario geltend, dass das neue Angebot ebenfalls wohnortsfern wäre und bezweifelt, ob überhaupt genügend Kapazitäten vorhanden sind. Sie weist darauf hin, dass die LHM ihre Leistungen kostengünstig erbringe und dass deshalb beim ausserkantonalen Einkauf mit eher höheren Kosten zu rechnen sei. Zudem weist sie auf den gefährdeten Vermögensschutz hin (Wert von Land, Gebäude und Einrichtungen) wegen des unsicheren Verkaufserlöses; es sei mit erheblichen Abschreibungen auf den erst im Jahr 1997 fertig gestellten Sanierungs- und Umbauten sowie den Einrichtungen zu rechnen. Es könnte ein Verlust von Vermögenswerten (Land, Gebäude und Einrichtungen) durch Abschreibungen von 30 bis 40 Millionen Franken entstehen. Zudem müssten die Mitarbeitenden entlassen werden, was hohe Kosten verursachen würde. Es müsste ein Sozialplan für 120 Personen erstellt werden. Die Schliessung könnte ferner ein negatives Signal für andere Rehabilitationskliniken sein und beispielsweise die übrigen Rehabilitationskliniken in Crans-Montana gefährden («Dominoeffekt»). Auch das «stufenweise Herunterfahren» würde viel kosten. Den immer wieder gehörten Vorwürfen, wonach eine wohnortsferne Rehabilitation nicht mehr zeitgemäss oder die Rehabilitation in einer Höhenklinik heute nicht mehr erforderlich sei, könne einerseits mit den im Jahresbericht der LHM enthaltenen Argumenten begegnet werden. Zum andern belegten die hohen Patientenzufriedenheitswerte<sup>10</sup> das Gegenteil. Die LHM habe einen hohen Qualitätsstandard. Sie sei als Rehabilitationsklinik seit Februar 2004 ISO-zertifiziert und verfüge über akkreditierte Rehabilitationsprogramme in der pulmonalen und der kardiovaskulären Rehabilitation sowie in der Schlafmedizin und erfülle die Be-

<sup>10</sup> Nach meCon, einem akkreditierten Messsystem für Patientenzufriedenheit.

dingungen der ALVR<sup>11</sup> bezüglich wirtschaftlicher und qualitätsgerechter Rehabilitation.

Nach Ansicht der Fachgruppe sollte nicht die Schliessung, sondern der Zusammenschluss der vier Kliniken in Montana im Vordergrund stehen.

#### **d. Auswirkungen auf das Rehabilitationsangebot, falls ein Luzerner Akutspital in eine Spezialitätenklinik umgewandelt würde**

Die Umwandlung des KSSW Wolhusen in eine Spezialitätenklinik hätte keine zwingenden Veränderungen für das Rehabilitationsangebot zur Folge. In Wolhusen ein umfassendes Rehabilitationsangebot aufzubauen, würde keinen Sinn ergeben. Ausser einer geriatrischen Rehabilitationsinstitution braucht es im Kanton Luzern keine zusätzlichen Rehabilitationskliniken für stationäre Patientinnen und Patienten. Insgesamt besteht in der Schweiz zurzeit eher ein Überangebot<sup>12</sup> an Rehabilitationsplätzen. Zudem hat der Kanton Luzern zu wenig Einwohner, um eine spezialisierte Rehaklinik für muskuloskelettale Rehabilitation betreiben zu können; auch wenn in diesem Bereich zurzeit rund 75 Prozent der Patientinnen und Patienten ausserkantonale rehabilitiert werden. Viel wichtiger ist es, dort die Entwicklung von fachkompetenten ambulanten interdisziplinären Rehabilitationsmöglichkeiten zu fördern. Die Verlegung der Neurorehabilitation nach Wolhusen, in ein bestehendes Akutspital, wäre ebenfalls nicht sinnvoll, da die ganze Frührehabilitation am KSL aufgegeben werden müsste und im Rahmen einer Spezialklinik eine wesentlich höhere Bettenzahl notwendig wäre, um die Klinik kostengünstig betreiben zu können (Bedarf von mehreren Spezialisten an Ort).

Sollte die Rehabilitation ins Spital Wolhusen verlegt werden, so böte sich als einzige sinnvolle Variante die noch fehlende geriatrische Rehabilitation an. Insgesamt ist die Fachgruppe jedoch der Meinung, dass Wolhusen unter den gegebenen Rahmenbedingungen nicht als Rehabilitationsklinik geeignet ist.

Sollte an einem Standort des KSSW keine akutmedizinische Versorgung mehr angeboten werden, wäre dies wahrscheinlich sinnvoller in Sursee. Dies nicht nur wegen der Zugänglichkeit der versorgten Bevölkerung bei Notfallsituationen, sondern im Fall eines rehabilitativen Angebots auch wegen der Synergien mit dem SPZ in Nottwil.

## **7. Umsetzung**

Folgende Planungen werden prioritär zur Umsetzung empfohlen:

### *Neurologische Rehabilitation*

Das 2003 zurückgestellte Tagesrehabilitationsprojekt sollte mit hoher Priorität verwirklicht werden. Planungsunterlagen existieren bereits. Die Verwirklichung ist innerhalb eines Jahres möglich. Die Kosten im Haus Hirschpark betragen rund 3 Millionen Franken (insbes. Gebäudesanierung).

### *Pflegeplätze für schwer behinderte Kinder und junge Menschen*

Es sollte möglichst schnell nach Lösungen gesucht werden, wie für diese Menschen akzeptable Betreuungsplätze zur Verfügung gestellt werden können.

### *Geriatrische Rehabilitation*

Aufbau einer Slow-Stream-Rehabilitation in vier bis sechs Pflegeheimen des Kantons Luzern sowie einer geriatrischen Kurzrehabilitation an einem der Akutspitäler. Schaffung von geriatrischen Abklärungs- und Assessmentmöglichkeiten (u. a. strukturierte Demenzabklärung).

<sup>11</sup> Arbeitsgemeinschaft Leistungserbringer – Versicherer für wirtschaftliche und qualitätsgerechte Rehabilitation.

<sup>12</sup> Für eine Zunahme der Nachfrage nach Rehabilitationsleistungen sprechen die zunehmende Überalterung der Bevölkerung sowie die Tendenz zur fallbezogenen Abgeltung von Leistungen in Akutspitalern. Letztere führt zu pflegeintensiveren Patientinnen und Patienten in Rehabilitationskliniken. Der Aufbau von zusätzlichen ambulanten Rehabilitationsprogrammen dagegen führt zu einer geringeren Nachfrage nach stationären Rehabilitationsleistungen.



## III. Fachgruppenbericht Psychiatrie

### 1. Einleitung

Die psychische Gesundheitsversorgung wird in Zukunft an Bedeutung gewinnen. Im Bericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums «Monitoring Psychische Gesundheit in der Schweiz» (Mai 2003) wird festgehalten: «Rund 33 Prozent der Männer und 37 Prozent der Frauen berichten gemäss der schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1997 über psychische Beschwerden in den vergangenen vier Wochen. Psychische Probleme, die das Alltagsleben beeinträchtigen und schon länger als ein Jahr andauern, betreffen 2,4 Prozent der Frauen und 1,7 Prozent der Männer. Etwa 3 Prozent der Männer und 5 Prozent der Frauen sind wegen eines psychischen Problems bei einer Fachperson in Behandlung.» Im Kanton Luzern wären dies hochgerechnet rund 10 500 Männer und 17 500 Frauen. Die Häufigkeit von psychiatrischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen wurde bereits vor Jahren in verschiedenen Studien mit durchschnittlich 12 Prozent angegeben. Der Bericht hält weiter fest: «Menschen, die an einem psychischen Problem leiden, scheinen unterversorgt zu sein: Von den Betroffenen suchen beinahe zwei Drittel keine Hilfe bei einer Fachperson. Rund 30 Prozent der Personen mit einer schweren psychischen Erkrankung als Hauptdiagnose werden nicht in einer psychiatrischen Klinik, sondern in anderen stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens behandelt.»

In einer zukunftsgerichteten psychiatrischen Versorgung gilt der Grundsatz «ambulant vor stationär». Nur dank einem kontinuierlichen Ausbau der ambulanten Dienstleistungen im Kanton Luzern konnte trotz Zunahme psychiatrischer Behandlungen in den letzten Jahren auf den Ausbau der psychiatrischen Kliniken mit weiteren stationären Betten verzichtet werden. Angesichts der gestiegenen Zahl von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen ist dieser Grundsatz bei der künftigen psychiatrischen Versorgung in allen Bereichen sicherzustellen und weiterzuverfolgen.

In der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung sind staatliche und private Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens tätig. An diesem Grundsatz soll auch in Zukunft festgehalten werden.

### 2. Beschreibung des Angebots

#### a. Staatliche Angebote

##### *Psychiatriezentrum Luzerner Landschaft*

Das Psychiatriezentrum Luzerner Landschaft (PLL) hat folgenden Leistungsauftrag:

##### *Stationäre Angebote*

- sektorisierte Akutversorgung für die Luzerner Landschaft
- Alterspsychiatrie für den gesamten Kanton
- Rehabilitation für den gesamten Kanton
- Suchtbehandlung bei illegalen Drogen für den gesamten Kanton
- Suchtbehandlung bei legalen Drogen
- stationäre Behandlung und Krisenintervention von psychisch kranken Straffälligen
- Übergangsheim Berghof

##### *Halbstationäre Angebote*

- Psychiatrische Tagesklinik in Sursee

##### *Ambulante Angebote*

- Psychiatrische Ambulatorien in Sursee, Wolhusen, Willisau und Hochdorf
- Memory Clinic in Sursee

##### *Psychiatriezentrum Luzern-Stadt*

Das Psychiatriezentrum Luzern-Stadt (PLS) hat folgenden Leistungsauftrag:

##### *Stationäre Angebote*

- sektorisierte Akutversorgung für Stadt und Agglomeration
- akute stationäre Jugendpsychiatrie für den ganzen Kanton
- stationäre Behandlung und Krisenintervention von psychisch kranken Straffälligen
- stationäre Behandlung von Psychischkranken mit schweren körperlichen Problemen, die eine somatische Behandlung benötigen, für den gesamten Kanton

*Halbstationäre Angebote*

- Psychiatrische Tagesklinik in Luzern

*Ambulante Angebote*

- Psychiatrisches Ambulatorium in Luzern
- Drogentherapeutisches Ambulatorium in Luzern mit dem Auftrag, für den gesamten Kanton aus fachlicher Sicht die Methadonindikationen und -behandlungen zu überwachen
- Drop-in mit heroingestützter Behandlung und niederschwellig methadon-gestützter Behandlung für den gesamten Kanton
- Forensisch-psychiatrischer Dienst für den gesamten Kanton

*Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst*

Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst hat folgenden Leistungsauftrag:

*Stationäres Angebot*

- Konsiliar- und Liaisondienst am Kinderspital
- Jugendpsychiatrische Therapiestation in Kriens

*Ambulantes Angebot*

- Ambulatorien in Luzern, Sursee, Willisau und Schüpfheim

## **b. Die wichtigsten nicht-staatlichen Institutionen**

*Hilfsverein für Psychischkranke*

Der Hilfsverein für Psychischkranke führt die betreuten Wohnungen (Gruppenwohnungen, Einzelwohnungen), Wohnhäuser (Wohnheim Säli, Luzern, Wohnheim Kriens, Wohnheim Kottenring, Sursee), Übergangswohnhäuser (Wohnheim Musegg, Luzern; Wohnhaus Sonnenbühl, Kriens; Kur- und Wohnhaus Rippertschwand, Meggen), Tageszentren in Luzern und Willisau, Assistenzdienst, Sozialberatung in Luzern und Willisau sowie Kurs- und Ferienangebote.

*Therapiezentrum Meggen*

Der Verein Therapiezentrum Meggen führt in Meggen eine Entwöhnungsklinik für alkohol- und medikamentenabhängige Patientinnen und Patienten mit 17 Plätzen.

*Sozialberatungszentren (SoBZ)*

Die regionalisierten Sozialberatungszentren sind zuständig für die ambulante Suchtberatung bei legalen stoffgebundenen sowie nicht stoffgebundenen Süchten.

*Stiftung Brändi*

Die Stiftung Brändi führt mehrere geschützte Arbeitsstätten speziell für Psychischkranke. Zudem ist die Stiftung Brändi für die beruflichen Eingliederungsmassnahmen sowie die berufliche Abklärungsstelle (BEFAS) zuständig.

*Interessengemeinschaft Arbeit (IGA)*

Die IGA führt ihre Angebote vor allem in Luzern. Dazu gehören die Arbeitsintegration (Auftragsbörse, Berufsförderungskurse), geschützte Arbeitsplätze (Büroservice, Hauslieferdienst, Grünabfuhr, Werkräume, Ess-Senti) sowie ein Info-Zentrum für Stellensuchende.

*Drogenforum Innerschweiz (DFI)*

Das DFI ist zuständig für die Suchtprävention sowie für die stationäre Entwöhnungsbehandlung im Therapiezentrum Ausserhofmatt und im Therapiezentrum Lehn. Zudem führt das DFI die Familienplätze Luzern sowie die Fachstelle für Nachsorge.

*Verein Jobdach*

Der Verein Jobdach führt die Notschlafstelle, die Werkstatt sowie das Wohnhaus. Dies sind alles Angebote für sozial desintegrierte psychisch kranke und drogenabhängige Menschen.

*Verein Kirchliche Gassenarbeit*

Der Verein Kirchliche Gassenarbeit ist in der Überlebenshilfe tätig und führt die Gassenküche, das Krankenzimmer, den Spritzenbus (MAPLU) sowie das Paradiesgässli (Angebot für drogenabhängige Eltern).

#### *Verein Christliche Drogenarbeit (CDA)*

Der CDA bietet stationäre Entwöhnungsbehandlung im Therapiezentrum Neuhoof in Emmenbrücke an.

#### *Sozialpädagogische Institutionen*

Diverse sozialpädagogische Einrichtungen übernehmen Aufgaben im Grenzbereich zwischen Pädagogik und Psychiatrie für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen, Verhaltensauffälligkeiten und/oder psychosozialer Gefährdung. In diesen Institutionen leben mangels Alternativen etliche Kinder und Jugendliche, die im Grunde genommen entweder einen engeren pädagogischen Rahmen (geschlossenes Heim) oder eine kinder- oder jugendpsychiatrische Institution bräuchten.

#### *Diverse Anbieter*

In der psychiatrischen Versorgung sind weitere Anbieter vor allem im Wohn- und Beratungsbereich tätig.

#### *Freipraktizierende*

Frei praktizierende Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit eigener Praxis übernehmen sehr viele Aufgaben in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung. Deren Praxen befinden sich vor allem in Stadt und Agglomeration Luzern. Auf der Luzerner Landschaft mangelt es stark an der Versorgung. Sowohl die Vereinigung der Psychiater wie auch die Vereinigung der Psychotherapeuten führen ein Angebot für die Vermittlung freier Therapieplätze. In der Grundversorgung haben auch die Hausärztinnen und -ärzte einen hohen Stellenwert, wenn man bedenkt, dass in einer hausärztlichen Praxis 20 bis 30 Prozent aller Patientinnen und Patienten psychische Störungen haben.

#### *Selbsthilfegruppen*

Psychische Krankheit muss nicht zum Verlust der Selbständigkeit führen. Betroffene haben meist viele Ressourcen und sehr gute Kenntnisse über ihre Krankheit. Deshalb schliessen sie sich oftmals mit anderen zusammen, um über ihre Situation zu sprechen. Im Kanton Luzern haben sich verschiedene Selbsthilfegruppen gebildet, in welchen sich psychisch kranke Menschen gegenseitig helfen und unterstützen (z. B. Depressionen oder Angst). Es gibt auch eine Selbsthilfegruppe für Angehörige von psychisch kranken Menschen (VASK).

### **3. Analyse der heutigen Versorgung**

#### **a. Grundsätzliche Problemfelder**

##### *Koordination und Kostenträger*

In der psychiatrischen Versorgung sind staatliche und private Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens tätig. Die Angebote werden von verschiedenen Kostenträgern finanziert (Bund, Kanton, Gemeinden, KVG, Invalidenversicherung, Arbeitslosenversicherung). Dies verunmöglicht oftmals eine langfristige Sicherstellung der benötigten Unterstützungsleistungen, weil sie mangelhaft koordiniert sind.

##### *Prävention und Früherkennung*

In der Erwachsenenpsychiatrie existieren weder Präventionskampagnen noch Früherkennungsprogramme. Hier besteht ein krasses Missverhältnis zur Sucht- und Drogenpolitik. Im Suchtbereich ist die Primärprävention mittlerweile gut etabliert. Die Basisprogramme zur Früherkennung von Gefährdeten sind jedoch ungenügend. Generell ist festzustellen, dass psychiatrische Versorgungsangebote Jugendliche, Leute mit wenig Bildung und die Migrationsbevölkerung schlecht oder zu spät erreichen.

##### *Lösungsansätze*

Die Öffentlichkeitsarbeit muss intensiviert werden. Angebote der Erziehungsberatung müssen geschaffen werden.

Im Rahmen einer koordinierten Zusammenarbeit von KJPD, Schulpsychologischem Dienst und Bildungsdepartement sollen Aufklärungskampagnen durchgeführt werden, damit die Kompetenz von Fachpersonen, die im Bildungsbereich tätig sind, erweitert werden kann.

Der KJPD unterstützt fachlich die Jugendarbeit und die Sozialarbeit in den Gemeinden und betreibt auf diesem Weg Frühintervention. Streetwork und aufsuchende Jugendarbeit muss die Jugendlichen dort erreichen, wo sie sich aufhalten.

Die Fachstelle für Gesundheitsförderung, die im Kantonsärztlichen Dienst integriert ist, soll sich vermehrt mit Früherkennung und Prävention der psychischen Erkrankung auseinandersetzen.

Das Augenmerk in der Präventionsarbeit ist vermehrt auch auf Familien von Süchtigen und Psychischkranken zu richten respektive die Betreuung von Kindern aus diesen Familien ist zu intensivieren.

## **b. Erwachsenenpsychiatrie**

### *Stationäre Akutpsychiatrie*

Die Inanspruchnahme psychiatrischer Dienstleistungen – sei es im ambulanten, im teilstationären oder im stationären Bereich – ist in den vergangenen Jahren in beiden Psychiatriezentren markant gestiegen. Die gegenwärtige Versorgungsstruktur kann insbesondere im akutpsychiatrischen Bereich den quantitativen und qualitativen Anforderungen einer zeitgemässen und nach professionellen Gesichtspunkten geführten psychiatrischen Behandlung nicht mehr vollständig gerecht werden, namentlich in der vorstationären, der stationären und der nachstationären Behandlung akuter Krankheitsepisoden. Diese Versorgungsengpässe werden einerseits aus der durchschnittlichen Bettenbelegung in den psychiatrischen Kliniken von bis zu 103 Prozent, andererseits aus der Zunahme der ausserkantonalen Hospitalisationen ersichtlich. Im Jahr 2002 wurden für ausserkantonale Hospitalisationen im Bereich Psychiatrie total 2,31 Millionen Franken (im Jahr 2001 2 Millionen) ausgegeben. Mit den Personenkosten belegte die Psychiatrie bei den ausserkantonalen Hospitalisationen den ersten Rang im Bereich Medizin.

### *Lösungsansätze*

Die Fachgruppe Psychiatrie fordert die Entwicklung eines gemeindepsychiatrischen Behandlungskonzepts mit gemeindepsychiatrischen Teams sowohl im Sektor Luzern-Stadt wie auch im Sektor Luzerner Landschaft. In enger Zusammenarbeit mit den stationären Einrichtungen könnten Patientinnen und Patienten identifiziert werden, die die stationären Ressourcen übermässig beanspruchen («heavy users»). Ein mobiles gemeindepsychiatrisches Team ist im Gegensatz zu den festen Strukturen eines psychiatrischen Ambulatoriums viel eher in der Lage, die aufsuchende und nachgehende Behandlung anzubieten, die solche Patientinnen und Patienten benötigen. Man hätte auch hier die Möglichkeit, neue Behandlungsmethoden zu entwickeln und zu erproben («home treatment»), die laut Studien gegenüber der stationären Behandlung einen deutlichen Kostenvorteil haben.

### *Ambulante psychiatrische Versorgung*

Die psychiatrische Notfallversorgung im Kanton Luzern ist ungenügend. Psychiatrische Notfälle haben in den letzten Jahren stark zugenommen. Es wird zunehmend schwierig, diese Notfälle fachgerecht zu triagieren und zu behandeln. Die beiden psychiatrischen Kliniken nehmen zwar Notfälle, die stationär behandelt werden müssen, jederzeit während 24 Stunden auf. Für ambulante Notfälle sind sie aber nicht eingerichtet. Eine psychiatrische Notfallpforte existiert weder auf der Luzerner Landschaft noch in der Stadt Luzern.

Die ambulante psychiatrische Versorgung (psychiatrisches Ambulatorium) ist im Sektor Luzern-Stadt mit seiner Zentrumsbelastung (sozial desintegrierte Patientinnen und Patienten, Migrantinnen und Migranten) stellenmässig unterbesetzt.

Die psychiatrischen Ambulatorien in der Luzerner Landschaft übernehmen notgedrungen (wegen mangelnder psychiatrischer und psychotherapeutischer Praxen auf der Luzerner Landschaft) viele Aufgaben, die auch frei praktizierende Psychiaterinnen und Psychiater sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten erledigen könnten. Die Leistungen der Psychotherapeutinnen und -therapeuten werden durch die Grundversicherung der Krankenkassen nicht vergütet. So liegen Ressourcen brach, und es kann in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Grundversorgung nicht darauf zurückgegriffen werden.

### *Lösungsansätze*

Die Fachgruppe fordert, dass die notfallpsychiatrische Versorgung sicherzustellen und zu koordinieren sei. Dies bedeutet, dass auf der Luzerner Landschaft ein ambulanter psychiatrischer Notfalldienst, der durch das Psychiatriezentrum Luzerner Landschaft geleistet wird, aufgebaut werden muss. In der Stadt Luzern und ihrer Ag-

glomeration sollte der bereits existierende psychiatrische Notfalldienst nicht «nur» als Hintergrunddienst funktionieren, sondern als eigentlicher psychiatrischer Notfalldienst betrieben werden, auf den jederzeit zugegriffen werden kann. Dazu braucht es eine Ressourcenerweiterung auch beim Psychiatriezentrums Luzern-Stadt, welches ein Zusammenarbeitsmodell mit den frei praktizierenden Psychiaterinnen und Psychiatern zu erarbeitet hätte.

Auf den Notfallstationen der kantonalen Spitäler müssen psychiatrische Notfallräume eingerichtet werden. Patientinnen und Patienten, welche die übliche Notfallstation eines dieser Spitäler aufsuchen, würden bei Vorliegen einer psychischen Störung durch eine Psychiaterin oder einen Psychiater in diesen psychiatrischen Notfallräumen untersucht. Der Psychiater oder die Psychiaterin triagierte, indem er oder sie die Indikation entweder für eine stationäre, halbstationäre oder ambulante Behandlung stellt. Die Person, die in dieser Notfallstation arbeitet, muss von den kantonalen psychiatrischen Institutionen angestellt werden.

Das psychiatrische Ambulatorium muss von gewissen Aufgaben, wie beispielsweise Begutachtungen entlastet werden, damit Kapazität für andere wichtige und notwendige sozialpsychiatrische Aufgaben frei wird.

Besondere Beachtung muss der Betreuung von Migrantinnen und Migranten zukommen. Diese haben in der Nutzung des allgemeinen psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsnetzes infolge von Sprach- und Kulturbarrieren grosse Hindernisse zu überwinden. In der Regel haben sie mit einer Vielzahl von zusätzlichen Problemen zu kämpfen. Deswegen ist es wichtig, in den Ambulatorien migrationspezifische Angebote zu schaffen.

Auf der politischen Ebene muss das Anliegen, dass auch die Leistungen der Psychotherapeutinnen und -therapeuten als krankenkassenpflichtige Leistungen in die Grundversorgung aufgenommen werden, unterstützt werden.

#### *Rehabilitationspsychiatrie*

Das psychiatrische rehabilitative Angebot im Kanton Luzern beschränkt sich stationär auf das Angebot in der Psychiatrischen Klinik St. Urban und ambulant auf die Arbeit der Beratungsstellen und von niedergelassenen Spezialistinnen und Spezialisten. Die Aufgaben und Zuständigkeiten der in der psychiatrischen Rehabilitation tätigen staatlichen und privaten Organisationen und die verschiedenen Finanzträger (Bund, Kanton, Gemeinden, KVG, IV, ALV) sind ungenügend aufeinander abgestimmt.

#### *Lösungsansätze*

Die Rehabilitation muss vermehrt ambulant durchgeführt werden. Hier können die oben erwähnten gemeindepsychiatrischen Teams ebenfalls eine wichtige Rolle spielen.

Bezüglich der arbeitsrehabilitativen Angebote muss die Zusammenarbeit mit der IV-Stelle des Kantons Luzern intensiviert werden.

#### *Psychosomatik*

Das ärztliche Handeln orientiert sich an einer organbezogenen, technischen Medizin. Dies ist umso erstaunlicher, als die meisten Statistiken zeigen, dass Patientinnen und Patienten in der Grundversorgung bei der Hälfte der Arztkontakte Beschwerden äussern, für die sich keine eindeutige biologische Erklärung finden lässt. Sie profitieren also nicht von einer organbezogenen Diagnostik und Therapie, sondern bräuchten Ärztinnen und Ärzte, die sich ihrem subjektiven Krankheitskonzept zuwenden und mit ihnen gemeinsam Vorstellungen von einer adäquaten Behandlung (die durchaus «Abwarten» heissen kann!) entwickeln.

Gut belegt ist auch, dass zwischen der Häufigkeit psychischer Störungen und deren Erkennung durch Ärztinnen und Ärzte erhebliche Diskrepanzen bestehen. Die Erkennungsquote durch Ärztinnen und Ärzte liegt bei rund 50–60 Prozent. Das bedeutet, dass knapp die Hälfte der diagnostizierbaren psychischen Störungen nicht wahrgenommen wird.

#### *Lösungsansätze*

Ausbau des Konsiliar- und Liaisondienstes an den Spitälern KSL und KSSW:

Durch diesen Ausbau werden psychische Störungen frühzeitig erkannt und behandelt. Durch die Verbesserung des Konsiliar- und Liaisondienstes können die Patientinnen und Patienten und deren Angehörige zudem bei der Verarbeitung der Erkrankung und ihrer Behandlung optimal unterstützt werden.

Schliesslich können durch den Ausbau des Konsiliar- und Liaisondienstes unangemessene Diagnostikaufwendungen und Therapien vermieden und somit die Kosten gesenkt werden.

### Medizinisch-psychiatrische Station

Da es viele Patientinnen und Patienten (beispielsweise mit somatoformen Schmerzstörungen) gibt, die weder in einer medizinischen noch in einer psychiatrischen Klinik optimal behandelt werden können, muss in einem der Spitäler eine medizinisch-psychiatrische Einheit mit den bestehenden Bettenressourcen geführt werden. Diese interdisziplinär geführte Abteilung muss einerseits der Diagnostik dienen, andererseits müssen dort auch interdisziplinäre Therapieprogramme angeboten werden.

### Forensische Psychiatrie

Die Aufträge für Gutachten haben in den letzten Jahren massiv zugenommen. Die Gutachten sind zudem komplexer und aufwändiger geworden. Ambulante Massnahmen sind infolge mangelnder Ressourcen im Kanton Luzern kaum durchführbar.

### Lösungsansätze

Schaffung eines forensischen Institutes mit folgenden Aufgaben: Erstellung von Gutachten, Durchführung von ambulanten Massnahmen, Führung des gefängnispsychiatrischen Dienstes, Supervision und Ausbildung.

### Stationäre Psychotherapie

Der Kanton Luzern verfügt über keine Psychotherapiestation. Alle Patientinnen und Patienten, bei denen eine stationäre Psychotherapie indiziert ist, müssen in ausserkantonale Stationen überwiesen werden. Da es sich bei diesen Aufenthalten in der Regel über mehrwöchige Therapien (3 bis 6 Monate) handelt, kommt es zu hohen Kosten für den Kanton.

### Lösungsansätze

Eine eigene Psychotherapiestation im Kanton Luzern wäre vermutlich kaum genügend ausgelastet. Wenn eine Psychotherapiestation errichtet würde, müsste damit ein Angebot für die gesamte Zentralschweiz geschaffen werden. Notwendig ist aber als erster Schritt sicher, Vereinbarungen mit zwei oder drei ausserkantonalen Psychotherapiestationen zu treffen.

### Strukturen der psychiatrischen Dienste

In der Erwachsenenpsychiatrie bestehen heute zwei Psychiatriebudgets. Es besteht zudem eine historisch gewachsene Konkurrenz zwischen den beiden Psychiatriezentren.

### Lösungsansätze

Es wird ein Psychiatriebudget geschaffen. Die beiden Psychiatriezentren müssen gemeinsam Strategien festlegen, um die psychiatrische Versorgung zu optimieren und weiterzuentwickeln.

Die Fachgruppe bekennt sich zu den beiden stationären Standorten. Ein weiterer Ausbau der stationären Psychiatrie wird nicht gewünscht. Im Gegenteil, vor dem Hintergrund des Bekenntnisses «ambulant vor stationär» muss die neue Geschäftsleitung prüfen, welche stationären Angebote noch notwendig sind, welche ausserkantonalen Hospitalisationen durch eigene Angebote ersetzt werden und welche halbstationären oder ambulanten Angebote aufgebaut werden können (evtl. auf Kosten von Bettenstationen), um die psychiatrische Versorgung, insbesondere auf der Luzerner Landschaft, noch besser und patientennäher zu gestalten.

## c. Kinder- und Jugendpsychiatrie

### Ambulanter Bereich

Das Auftragsvolumen ist in allen Ambulatorien bei gleich bleibenden Ressourcen gestiegen.

### Lösungsansätze

Ein Ausbau im personellen Bereich ist dringend notwendig. Die vorhandenen Zweigstellen in Sursee, Willisau und Schüpfheim müssen personell besser dotiert werden. In Hochdorf muss eine zusätzliche Zweigstelle eröffnet werden.



### *Halbstationäre und stationäre Kinderpsychiatrie*

Im Bereich Kinderpsychiatrie konnte weder die Station noch die Tagesklinik verwirklicht werden.

Die Anzahl Kinder mit psychischen Problemen, die im Kinderspital hospitalisiert werden müssen, steigt stetig.

#### *Lösungsansätze*

Die kinderpsychiatrische Therapiestation und die Tagesklinik für Kinder müssen unbedingt realisiert werden. Das Projekt, das deren Realisierung in der sonderpädagogischen Institution «Wäsmeli» vorsieht, muss reaktiviert werden.

Für die stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit vorwiegend psychosomatischen Störungen braucht es im Kinderspital eine Ergänzung des Pflegepersonals durch pädagogisch und psychiatrisch ausgebildete Fachpersonen. Die weitere Planung im Hinblick auf eine spezielle psychosomatisch-psychiatrische Station soll im Rahmen der Kinderspitalplanung erfolgen.

### *Stationäre Jugendpsychiatrie*

In den letzten Jahren mussten zunehmend Jugendliche in der Erwachsenenpsychiatrie (insbesondere in der psychiatrischen Klinik Luzern) hospitalisiert werden, was eine ungünstige Lösung ist. Die Jugendpsychiatrische Therapiestation Kriens (JPS) wird offen geführt und ist für Akutbehandlungen nicht geeignet. Häufig werden Jugendliche in der Erwachsenenpsychiatrie hospitalisiert, die keine psychische Erkrankung im engeren Sinn aufweisen, sondern aufgrund einer dissozialen Entwicklung eher einen geschlossenen pädagogischen Rahmen benötigen würden.

#### *Lösungsansätze*

Eröffnung einer akutpsychiatrischen Station für Adoleszente. Es ist noch abzuklären, ob eine solche Station durch den KJPD alleine oder in Kooperation mit der Erwachsenenpsychiatrie geführt werden soll. Sinnvollerweise sollte die Adoleszentenstation in der Nähe der Erwachsenenpsychiatrie errichtet werden, damit bestehende Ressourcen genutzt werden können.

### *Tages-/Nachtklinik und jugendpsychiatrische Wohngruppenplätze*

Die JPS Kriens hat immer wieder grosse Mühe, Jugendliche, die nach einigen Monaten intensiver stationärer Behandlung weiterhin über einen längeren Zeitraum hinweg einen pädagogisch-therapeutischen Rahmen brauchen, zu platzieren. Für solche Jugendliche, die zum Beispiel als Tagesschülerinnen und -schüler die interne Sonderschule der JPS besuchen oder extern eine Schule oder eine Ausbildung absolvieren, fehlt es an geeigneten Anschlussplatzierungsmöglichkeiten.

#### *Lösungsansätze*

Die kleine Kapazität an Tagesklinikplätzen in der JPS Kriens (heute 2–3 Plätze) soll erhöht werden. Zusätzlich sollen für längere Aufenthalte eine Nachtklinik beziehungsweise jugendpsychiatrische Wohnplätze als Aussenstellen der JPS geschaffen werden. Der KJPD sollte die Ressourcen erhalten, um in den pädagogischen Institutionen einen Konsiliardienst anbieten zu können, und somit mithelfen, die Tragfähigkeit der pädagogischen Institutionen für schwierige Jugendliche zu erhöhen.

### *Durchgangsheimplätze*

Mangels geeigneter Notfallplatzierungsmöglichkeiten in pädagogischen Institutionen müssen immer wieder Jugendliche, die nicht zwingend einen psychiatrischen Behandlungsrahmen brauchen, in der Erwachsenenpsychiatrie oder in der JPS Kriens platziert werden.

#### *Lösungsansätze*

An bestehende pädagogische Institutionen sollen Durchgangsheimplätze angegliedert werden.

## **d. Alterspsychiatrie**

### *Aus- und Weiterbildung*

Die demografische Entwicklung der Bevölkerung führt dazu, dass die medizinischen Angebote im Kanton vermehrt von älteren Personen in Anspruch genommen werden. Gleichzeitig ist ein Mangel an Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Hausärztinnen und -ärzte festzustellen.

### *Lösungsansätze*

Es wird die Stelle eines verantwortlichen Facharztes für den Bereich Alterspsychiatrie geschaffen. Der verantwortliche Facharzt für den Bereich Alterspsychiatrie organisiert regelmässig Weiterbildungsveranstaltungen für praktizierende Ärztinnen und Ärzte.

### *Stationäre Alterspsychiatrie*

Die Klinik St. Urban hat Zentrumsfunktion für die stationäre Alterspsychiatrie im gesamten Kanton Luzern. In Anbetracht der Zuweisungen ist dieses Angebot ausreichend.

### *Lösungsansätze*

Es besteht zurzeit kein Anlass, die Bettenzahl in der stationären Alterspsychiatrie zu erhöhen.

Das ganze alterspsychiatrische Angebot muss unter eine ärztliche Leitung (verantwortlicher Facharzt für den Bereich Alterspsychiatrie) gestellt werden. Dieser muss verantwortlich sein für die ganze alterspsychiatrische Versorgung des Kantons. Ihm sind die stationären, teilstationären und ambulanten Angebote zu unterstellen.

### *Teilstationäre Angebote*

Im ganzen Kanton gibt es kein teilstationäres Angebot für die Alterspsychiatrie.

### *Lösungsansätze*

Sowohl in Sursee wie auch in Luzern muss abgeklärt werden, ob ein Bedarf für die Errichtung einer alterspsychiatrischen Tagesklinik besteht.

### *Ambulante Angebote*

Bis heute fehlt, mit Ausnahme des Angebots der Memory Clinic im Kompetenzzentrum Sursee, des Psychiatriezentrums Luzerner Landschaft und der Demenz-Hotline, ein ambulantes Angebot in der Alterspsychiatrie für den ganzen Kanton Luzern.

### *Lösungsansätze*

Der verantwortliche Facharzt für den Bereich Alterspsychiatrie bietet sowohl in Sursee wie auch in Luzern spezielle alterspsychiatrische Sprechstunden an. Es wird ein Konsiliardienst für die Alters- und Rehabilitationspflege aufgebaut.

## **e. Sucht**

### *Unterschiedliche Kostenträger*

Auffällig bei der Analyse der ambulanten Versorgung im Sucht-Therapie-Bereich ist die unterschiedliche Behandlung der Süchtigen von illegalen und legalen Drogen. Die Behandlung der illegalen Sucht wird von den Krankenversicherern übernommen, jene der legalen Sucht nicht.

Die ambulante Therapie von Alkohol- und Medikamentenabhängigen erfolgt über die Sozialen Beratungszentren (SoBZ). Deren heutige Form der Trägerschaft (Gemeindeverbände) ist relativ starr. Sie trägt der Mobilität der Kunden (Arbeits- und Wohnort sind oft nicht identisch) ungenügend Rechnung.

### *Lösungsansätze*

Ein möglicher Lösungsansatz ist die Integration der Sozialen Beratungszentren in die Psychiatriezentren. Damit würde eine Medizinalisierung der Suchtbehandlung herbeigeführt.

Eine andere Möglichkeit ist, bei den SoBZ einen Facharzt für Psychiatrie fest anzustellen, der sowohl die fachlich-medizinische Verantwortung tragen, als auch als Ansprechpartner für die Hausärzte dienen würde. Dieser Facharzt könnte zugleich die ärztliche Leitung des Therapiezentrums Meggen innehaben.

### *Legalen Bereich*

Im ambulanten Bereich besteht nach wie vor eine ungenügende Koordination. Diese wurde zwischen den einzelnen SoBZ, dem Therapiezentrum Meggen und den beiden Psychiatriezentren zwar optimiert. Zwischen den Spitälern (KSL, KSSW, Höhenklinik Montana) und den SoBZ sowie zwischen den Hausärztinnen und -ärzten und den SoBZ ist die Koordination jedoch dringend zu verbessern. Solche Lücken in der Zusammenarbeit können sich krankheitsverlängernd auswirken.

### *Lösungsansätze*

Analog der methadongestützten Behandlung müssen bei Alkohol- oder Medikamentenabhängigen oder auch bei stoffungebundenen Süchten die Behandlungsketten ausgebaut werden.

Es sind genügend Tages- und Nachtstrukturen für sozial nicht oder wenig integrierte «Legalabhängige» zu schaffen.

### *Illegale Drogen*

Im stationären Bereich bestehen mit der Entzugsstation in der Psychiatrischen Klinik St. Urban sowie mit den Therapieplätzen in den Therapiezentren Lehn, Ausserhofmatt und Neuhof genügend Angebote.

Im ambulanten Bereich besitzt der Kanton Luzern eine genügend ausgebaute Struktur mit den höherschweligen Angeboten des Drogentherapeutischen Ambulatoriums des Psychiatriezentrums Luzern-Stadt, mit der fachlichen Koordination der Methadonindikationen und -behandlungen sowie mit den niederschweligen, methadongestützten und der heroingestützten Behandlung des Drop-in des Psychiatriezentrums Luzern-Stadt.

Gültigkeit hat bis heute die Forderung nach Tages- und Nachtstrukturen sowohl für «legal wie illegal Abhängige», insbesondere für sozial nicht integrierte oder wenig integrierte Patientinnen und Patienten.

Wegen der Zunahme der sozial desintegrierten Drogenabhängigen, die keiner ambulanten oder stationären Behandlung zugeführt werden können oder nicht von einer solchen Behandlung profitieren können, gibt es in der Stadt Luzern immer wieder Szenenbildungen. Gegenwärtig wird diskutiert, ob ein Fixerraum die unzumutbaren gesundheitlichen und hygienischen Risiken, die diese Patientinnen und Patienten eingehen, verbessern könnte. Ein Fixerraum kann dann sinnvoll sein, wenn in einer Evaluationsphase deutlich wird, dass ein solcher Raum die Szene wirklich entlastet und die Gesundheit der Patientinnen und Patienten verbessert.

## **f. Geistig Behinderte**

Die ambulante psychiatrische Versorgung von geistig Behinderten ist ungenügend.

Bei notwendigen psychiatrischen Kriseninterventionen hat lediglich die Psychiatrische Klinik St. Urban spezialisiert ausgebildetes Fachpersonal (Heilpädagogen) zur Verfügung.

### *Lösungsansätze*

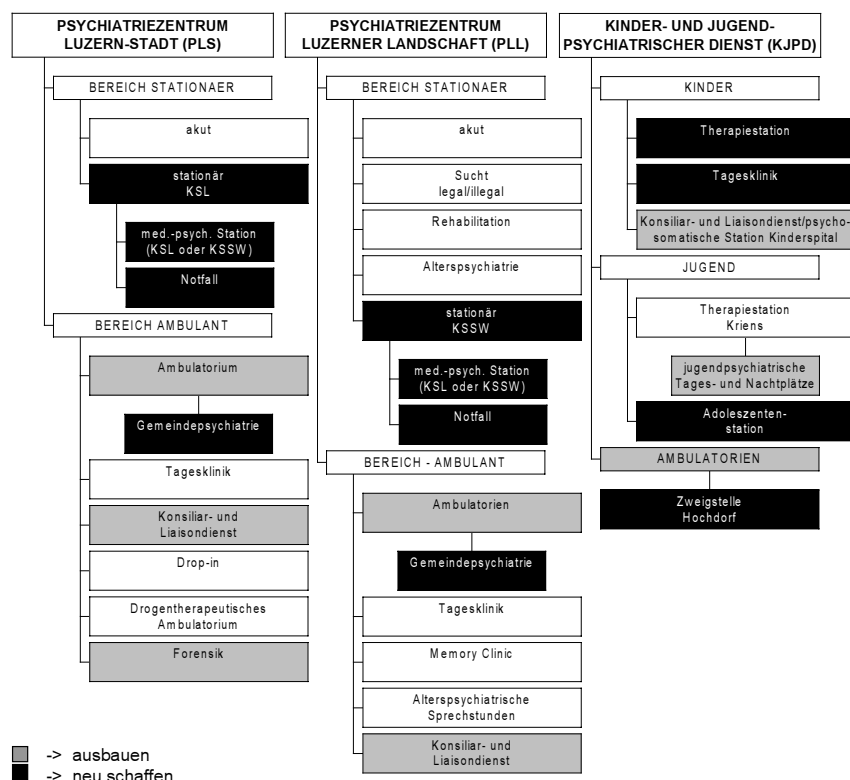
Grundsätzlich ist zu erwähnen, dass sich psychiatrische Institutionen lediglich für die Behandlung von geistig Behinderten mit psychischen Störungen verantwortlich fühlen.

Das Psychiatriezentrum Luzerner Landschaft behandelt weiterhin stationär die Bewohnerinnen und Bewohner der Stiftung für Schwerbehinderte Luzern (SSBL) und der Stiftung Brändi. Sie übernimmt auch die Behandlung von Patientinnen und Patienten, die in anderen spezialisierten Institutionen für geistig Behinderte wohnen. Zu diesem Zweck wird es wahrscheinlich nötig sein, eine Spezialstation für geistig Behinderte mit Verhaltensstörungen und psychischen Krankheiten mit 8 bis 10 Plätzen zu eröffnen. Diese Spezialstation könnte sinnvollerweise die stationäre Behandlung von allen erwachsenen geistig behinderten Patientinnen und Patienten (aller Altersgruppen) übernehmen.

Die ambulante psychiatrische Betreuung von geistig Behinderten ist auf dem Sektor Luzerner Landschaft sichergestellt. Im Sektor Luzern-Stadt schliessen die SSBL und die Stiftung Brändi einen Zusammenarbeitsvertrag mit einem frei praktizierenden Psychiater oder mit dem Psychiatriezentrum Luzern-Stadt ab, um die ambulante Betreuung und die konsiliarische Unterstützung der Bewohnerinnen und Bewohner in ihren Heimen zu gewährleisten. Geistig Behinderte, die nicht in den erwähnten Institutionen wohnen, werden durch frei praktizierende Psychiaterinnen und Psychiater und/oder das Ambulatorium des Psychiatriezentrums Luzern-Stadt betreut.

## 4. Zusammenfassung der Lösungsansätze und Priorisierung

### a. Grafische Darstellung der Lösungsansätze



### b. Priorisierung der Lösungsansätze

|             | PLS                                                                                                                                                    | PLL                                                                                                                                                           | KJPD                                                                                                                                             |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Priorität 1 | <ul style="list-style-type: none"> <li>– psychiatrischer Notfallraum am PLS</li> <li>– Gemeindepsychiatrie</li> <li>– Forensik<sup>13</sup></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– ambulanter Notfalldienst, evtl. kombiniert mit psychiatrischem Notfallraum</li> <li>– Gemeindepsychiatrie</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Kindertherapiestation mit Tagesklinik</li> <li>– Adoleszentenstation</li> <li>– Ambulatorium</li> </ul> |
| Priorität 2 | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ambulatorium</li> <li>– Konsiliar- und Liaisondienst</li> </ul>                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Konsiliar- und Liaisondienst</li> </ul>                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Konsiliar- und Liaisondienst/psychosomatische Station</li> <li>– Nachtplätze</li> </ul>                 |
| Priorität 3 | <ul style="list-style-type: none"> <li>– medizinisch-psychiatrische Station</li> </ul>                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>– medizinisch-psychiatrische Station</li> </ul>                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Zweigstelle Hochdorf</li> </ul>                                                                         |

<sup>13</sup> übergreifend auf alle drei Zentren

## G. Spezialgebiete der stationären Versorgung

### I. Anästhesie/Intensivpflege/Schmerztherapie

#### 1. Ist-Aufnahme

##### a. Anästhesie

Die Anästhesieabteilungen sind Dienstleistungserbringer für die operativ und invasiv tätigen Disziplinen. Ein Direktangebot besteht in der akuten und chronischen Schmerztherapie sowie in der Rettungsmedizin.

Insgesamt steigen die Fallzahlen und die dafür aufgewendeten Anästhesiestunden in den letzten Jahren leicht nach oben. Es kann davon ausgegangen werden, dass keine Versorgungslücken bestehen und dass die Dienstleistungen auf einem hohen professionellen Niveau angeboten werden.

Die Anästhesie am *Kantonsspital Luzern* leistet rund 19 000 Anästhesien und 42 000 Anästhesiestunden jährlich. Das Spektrum umfasst alle Disziplinen von der Säuglingsanästhesie bis zur Herzanästhesie. Eine grosse Anzahl Anästhesien wird ausserhalb des Operationssaals erbracht (2200). Eine palliative Station und/oder ein Hospiz werden als dringend notwendig erachtet. Die Anästhesien am *KSSW Sursee* sind mit rund 3500 Anästhesien über die Jahre hinweg relativ konstant. Die Anästhesie Sursee nimmt auch die ärztliche Leitung des Rettungsdienstes am gesamten KSSW wahr. Am *KSSW Wolhusen* ist das Anästhesieaufkommen aktuell stabil nach einer deutlichen Steigerung in den Jahren 2000–2002 (Aufbau Orthopädie).

Die Gesamtzahl der Anästhesien in der *Klinik St. Anna* ist ebenfalls stabil. Im Jahr 2003 nahmen die Anästhesien leicht zu. Dienstleistungen für invasiv tätige Kardiologinnen und Kardiologen sowie in der Schmerztherapie nehmen zu. In der *Swissana Clinic, Meggen*, werden die meisten Anästhesien für elektive Eingriffe bei wenig risikoreichen Patientinnen und Patienten erbracht. Es wird mit einer Zunahme der Anästhesien infolge neuer Belegärzte gerechnet. Ein 24-Stunden-Aufwachraum wird derzeit diskutiert. Die Anästhesiezahlen im *SPZ Nottwil* sind während der letzten fünf Jahre kontinuierlich um jeweils rund 10 Prozent jährlich gestiegen. Die meisten Patientinnen und Patienten gehören wegen gravierender neurologischer Erkrankungen einer hohen Risikoklasse an.

##### b. Intensivmedizin

Das intensivmedizinische Angebot richtet sich nach dem medizinischen Leistungsangebot der operativen und nichtoperativen Disziplinen. Wenngleich aus den aktuellen Zahlen kein stetiger Mehrbedarf an Intensivbetten hervorgeht, so wird der Bedarf generell ansteigen. Gründe dafür sind unter anderem eine geänderte Altersstruktur, eine Verbesserung der medizinischen und medizin-technischen Möglichkeiten, steigende Ansprüche der Patientinnen und Patienten und eine zunehmende Angst vor Haftpflichtfällen. Dieser Entwicklung wird mit strengeren Indikationen für die Aufnahme auf der Intensivstation und für medizinische Massnahmen bei Patientinnen und Patienten auf der Intensivstation sowie einer zunehmenden Bereitschaft zur Beendigung von Therapien in ausweglosen Situationen Rechnung getragen. Mittelfristig (d. h. in einem Zeitraum von rund zehn Jahren) dürfte der Bedarf an Intensivbetten ansteigen, und dieser Anstieg kann kaum durch Rationalisierungsmassnahmen alleine ausgeglichen werden.

Ab 2002 ist in der *chirurgischen Intensivstation KSL* eine Zunahme der Patientenzahl bei gleich bleibenden Pflgetagen und somit verkürzter Aufenthaltsdauer festzustellen. Die Patientinnen und Patienten werden schneller verlegt, obwohl der Schweregrad der Erkrankungen gleich bleibend ist. Mit dem Ausbau der Neurochirurgie ergibt sich ein erhöhter Bettenbedarf. Ebenso ist ein erhöhter Bettenbedarf beim Ausbau der Zentrumsfunktion zu erwarten.

Trotz Abnahme der Patientenzahl nimmt die Zahl der Pflgetage auf der *medizinischen Intensivstation KSL* zu, da auch die durchschnittliche Aufenthaltsdauer zunimmt. Die Bettenzahl ist trotz hoher Auslastung (um 91%) bisher im Durchschnitt genügend. Ein erhöhter Bettenbedarf ist durch neue Therapiekonzepte zu erwarten. Ebenso würde ein Ausbau der Zentrumsfunktion einen erhöhten Bettenbedarf bedeuten.

Seit der Zusammenlegung der *Kinder- und Neugeborenen-Intensivstationen* (1997) hat sich die Kapazität deutlich verbessert. Insbesondere sind medizinisch

schwer vertretbare postnatale Verlegungen von Frühgeborenen selten geworden. Seit Januar 2003 besteht ein eigenständiges Ärzteteam, welches rund um die Uhr für die Betreuung aller Patientinnen und Patienten der Neugeborenen-Intensivpflegestation und der Continuous-Care-Abteilung verantwortlich ist. Damit werden auch der Gebärsaal der Frauenklinik, die gesunden Neugeborenen der Frauenklinik, alle internen und externen Neugeborenen Transporte sowie der Neugeborenen-Notfalldienst der Klinik St. Anna betreut. Es besteht zudem eine Zentrumsfunktion auch für Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Tessin. Die Kapazität ist momentan ausreichend. Für die nächsten zehn Jahre wird kein vermehrter Bedarf ausgemacht.

Die Intensivstation des *KSSW Sursee* ist eine interdisziplinäre Intensivstation mit sechs Betten. Wie bei kleinen Institutionen üblich, besteht eine stark schwankende Belegung. Die Intensivstation des *KSSW Wolhusen* ist interdisziplinär und verfügt über fünf Betten. Eine Anerkennung durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) besteht nicht, sodass es sich offiziell um eine Intermediate Care Station (IMC) handelt. Auch in Zukunft wird keine SGI-Anerkennung angestrebt. Eine engere Zusammenarbeit (Verlegung von respiratorpflichtigen Patientinnen und Patienten nach spätestens 24 Stunden) mit dem KSSW Sursee soll noch dieses Jahr realisiert werden.

Die Intensivstation der *Klinik St. Anna* ist eine interdisziplinäre Intensivstation mit sechs Betten. Es sind drei Respiratorplätze verfügbar. Neuere Angebote im Bereich Viszeralchirurgie und Neurochirurgie führen zu einer vergrösserten Nachfrage. Die Intensivpflegestation des SPZ Nottwil ist eine interdisziplinäre Intensivstation, die ihren Schwerpunkt in der Behandlung von akut traumatisierten und postoperativen Patientinnen und Patienten sowie in der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Langzeitbeatmung hat. Dies spiegelt sich in einem Anteil von 70 Prozent beatmeter Patientinnen und Patienten und einer überdurchschnittlichen Aufenthaltsdauer wieder.

### **c. Schmerztherapie**

Schmerztherapie ist eine interdisziplinäre Aufgabe, zu der auch die Anästhesiologie beiträgt. Schmerztherapeutische Einrichtungen für die ambulante Betreuung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen stehen am Kantonsspital Luzern, in der Klinik St. Anna und im SPZ Nottwil zur Verfügung. Es werden alle invasiven und nicht invasiven Methoden der somatischen Schmerztherapie angeboten. Nach dem aktuell abgeschlossenen Ausbau der Schmerzambulanz am SPZ Nottwil ist von einem ausreichenden Angebot für ambulante Schmerzpatientinnen und -patienten im Kanton Luzern auszugehen.

## **2. Problemanalyse und Vorschläge**

### **a. Anästhesie**

Im Bereich Anästhesie besteht im Kanton Luzern keine Versorgungslücke und kein Überangebot. An allen Institutionen werden die Standards der Schweizerischen Gesellschaft für Anästhesie und Reanimation eingehalten.

Die Anforderungen in der Anästhesieweiterbildung werden in Zukunft weiter zunehmen. Deshalb sollten die Weiterbildungsmaßnahmen auf kantonaler Ebene koordiniert werden. Dadurch kann die Attraktivität der Ausbildung in der Zentralschweiz gesteigert werden.

### **b. Intensivmedizin**

Im Kanton Luzern gibt es im Mittel kein Überangebot, sondern eher ein Mangel an Intensivpflegebetten. Infolge von Kapazitätsschwankungen kann es aber immer wieder zu einem relativen Überangebot an einem Ort und gleichzeitig zu einem relativen Mangel an einem anderen Ort kommen.

Aufgrund nationaler und internationaler Erfahrungen wird der Bedarf an Intensivpflegebetten in den kommenden Jahren noch weiter ansteigen, auch wenn das medizinische Leistungsangebot nicht weiter ausgebaut werden sollte.

Eine Abdeckung des Bettenbedarfs für alle Nachfragespitzen ist nicht anzustreben und lässt sich schon alleine aufgrund ökonomischer Überlegungen nicht realisieren.



ren. Eine Abdeckung von rund 75 Prozent der Nachfragespitzen wird, zumindest für schweizerische Verhältnisse, als angemessen erachtet. Kantonsweit gesehen sind Engpässe meistens lokal begrenzt, und in einem anderen Spital des Kantons sind möglicherweise gleichzeitig freie Intensivbetten vorhanden. Schon jetzt wird diesem Umstand Rechnung getragen, indem bei Versorgungsengpässen Patientinnen und Patienten in relativ stabilem Zustand in andere interkantonale Intensivstationen (Sekundärtransporte) oder – im Fall des Kantonsspitals – von der medizinischen und chirurgischen Intensivstation verlegt werden.

Die Organisation von Sekundärtransporten zwischen Intensivstationen gestaltet sich in der Regel als aufwändig und infolge nicht eingespielter Handlungsabläufe und fehlender oder nicht klar definierter Schnittstellen zeitintensiv. Verbesserungen liessen sich erzielen, wenn solche Sekundärtransporte medizinisch und administrativ standardisiert würden. Zudem wird mit einem solchen Vorgehen die Qualität in der Aus- und Weiterbildung in der Intensivmedizin verbessert.

Das vorgeschlagene Modell könnte ohne grösseren Aufwand in der ganzen Zentralschweiz angewendet werden.

### **c. Schmerztherapie**

Versorgungslücken bestehen bei der ambulanten Betreuung von bettlägerigen Patientinnen und Patienten, welche häufig nur nach aufwändigen und teuren Transporten in den spezialisierten Kliniken betreut werden können. Von diesem Problembereich sind insbesondere Patientinnen und Patienten der Palliativmedizin betroffen.

### **d. Szenarium Spezialitätenklinik in Wolhusen**

Die anästhesiologische und intensivmedizinische Versorgung könnte bei einer Spezialitätenklinik weiterhin sichergestellt werden. Ohne Grundversorgung in Chirurgie und Innerer Medizin am Standort Wolhusen würde die Bettenzahl der Intermediate-Care-Station abnehmen. Die anderen Spitäler des Kantons Luzern müssten in die Lage versetzt werden, die entsprechenden Patientinnen und Patienten zu übernehmen.

## **II. Radiologie**

Die medizinische Bildgebung (Radiologie) hat sich in den letzten dreissig Jahren mit der Einführung von Ultraschall, Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRI) und Positronen-Emissionstomographie (PET) sehr dynamisch entwickelt, und sie hat wie kaum eine andere Disziplin den allgemeinen medizinischen Fortschritt mitgeprägt.

Als typische Hightech-Disziplin, die mit teuren Grossgeräten arbeitet, wird die Radiologie häufig als wesentlicher Auslöser der Kostenexplosion angesehen. Gemäss zahlreichen Studien verursacht die medizinische Bildgebung rund 5 Prozent der Kosten im Gesundheitswesen, davon entfallen aber nur etwa 2,5 Prozent auf die radiologischen Praxen und Institute. Die Mehrzahl der konventionellen Röntgen- und Ultraschalluntersuchungen sowie der invasiven, bildgesteuerten Diagnostik und Therapie wird von Ärztinnen und Ärzten anderer Fachrichtungen durchgeführt.

Die Versorgungsdichte mit Fachärztinnen und -ärzten für Radiologie und mit diagnostischen Grossgeräten (MRI) liegt im Kanton Luzern geringfügig unter dem schweizerischen Durchschnitt.

Versorgungsengpässe bestehen wegen fehlenden Personals und fehlender CT- und MR-Kapazität, insbesondere bei komplexen und dringlichen Untersuchungen am Kantonsspital.

Eine Versorgungslücke besteht ferner in der invasiven Neuroradiologie. Diese wurde aber wegen der kleinen Fallzahlen bewusst in Kauf genommen. Die betroffenen Patientinnen und Patienten werden an ausserkantonale Institutionen überwiesen.

In Zukunft ist mit einer weiteren Verschiebung der Indikationen in Richtung der Schnittbildverfahren und damit einem zunehmenden Bedarf an radiologischem Fachpersonal und weiteren Grossgeräten zu rechnen.

### III. Rettungsdienst/Sanitätsnotruf 144/ärztlicher Notfalldienst (ohne Katastrophenorganisation)

#### 1. Ist-Aufnahme

##### a. Das Luzerner Rettungswesen im schweizerischen Vergleich

Die notfallmedizinische und rettungsdienstliche Versorgung der Luzerner Bevölkerung basiert auf den Rettungsdiensten des Kantons sowie auf dem Notfalldienst der frei praktizierenden Ärzteschaft. Im Schweizerischen Vergleich<sup>14</sup> verfügt der Kanton Luzern über eine äusserst schlanke rettungsdienstliche Versorgung. Pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner stehen drei Fahrzeuge zur Verfügung. Dies ist die geringste Zahl an ungebundenen Rettungsmitteln in der ganzen Schweiz bei einem Maximum von 19 Fahrzeugen pro 100 000 Einwohner. Mit 25 Einsätzen pro 1000 Einwohner werden in Luzern sehr wenig Einsätze ausgeführt. Dabei kommen im Kanton Luzern weit über 90 Prozent professionelle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Einsatz. Bei der rettungsdienstlichen Versorgung befindet sich der Kanton Luzern an der Spitze.

##### b. Sanitätsnotruf 144 und Einsatzleitung

Die Einsatzleitzentrale (ELZ) am Kantonsspital Luzern versorgt die Kantone Luzern, Zug, Nidwalden und Obwalden. Pro Jahr disponiert die Zentrale über 16 000 Einsätze. Zudem hat die ELZ im letzten Jahr fast 15 000-mal den Notfallarzt vermittelt, obwohl dies nicht eine offizielle Aufgabe der ELZ ist.

##### c. Standorte des Rettungsdienstes

Die vier rettungsdienstlichen Standorte *Luzern, Sursee, Wolhusen und Hochdorf* sind geografisch sowie bezüglich der Bevölkerungsverteilung des Kantons optimal gewählt. Ergänzt wird dieses Angebot durch die Rega sowie durch die Rettungsdienste der angrenzenden Kantone.

Der Rettungsdienst des *Kantonsspitals Luzern* versorgt ein Gebiet, das rund 200 000 Einwohnerinnen und Einwohner umfasst. Im Jahr 2002 leistete er 6769 Einsätze. Er verfügt über sieben Fahrzeuge, davon drei Rettungswagen sowie eine Einsatzambulanz.

Die Stützpunkte des Rettungsdienstes *KSSW* sind innerhalb des flächenmässig grossen Versorgungsgebietes (rund 140 000 Einwohner) zentral gelegen, sodass ein Grossteil der Einsatzorte (über 80 Prozent) innerhalb einer angemessenen Zeit erreicht werden kann. Die grösste Einsatzdistanz beträgt 35 Kilometer und benötigt mit Vorlaufzeit rund 40 Minuten. Im Jahr 2002 wurden 2952 Einsätze geleistet. Als Transportmittel stehen ein Rettungswagen und drei Einsatzambulanzen zur Verfügung.

Der Rettungsdienst *Seetal* ist eine Organisation von Freiwilligen, welche an 365 Tagen im Jahr einen Pikettdienst für die rettungsdienstliche Versorgung des Seetals (rund 20 000 Personen) aufrechterhält. Rund 40 Personen, die Hälfte davon mit einer Ausbildung im Gesundheitswesen, leisten freiwilligen Pikettdienst, der sehr bescheiden entlohnt wird. Im Jahr 2002 wurden 420 Einsätze geleistet, was gegenüber dem Vorjahr einem Anstieg von 9 Prozent entsprach. Seit 2003 werden zusätzlich etwa im gleichen Umfang Krankentransporte ausgeführt.

Der Unfall- und Krankentransportdienst *Flühli* ist ein privates Unternehmen, das mit freiwilligen Helferinnen und Helfern vorwiegend im Winter Verunfallte des Skigebietes Sörenberg transportiert. Im Jahr werden durchschnittlich rund 100 Einsätze geleistet.

##### d. Ärztlicher Notfalldienst

Gemäss Gesundheitsgesetz ist die Ärztesgesellschaft verpflichtet, den ambulanten Notfalldienst im Kanton zu organisieren. Grundsätzlich sind alle frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte zum Notfalldienst verpflichtet. In der Agglomeration Luzern

<sup>14</sup> Rettungswesen in der Schweiz – eine Bestandesaufnahme, B. Zingg, Schweizerische Ärztezeitung 2003; 84: Nr. 35, Seite 1800–1805

besteht in den Bereichen Psychiatrie, Ophthalmologie und Gynäkologie ein separater Notfalldienst. Der psychiatrische sowie der gynäkologische Notfalldienst können nur über einen diensttuenden Arzt angefordert werden, der ophthalmologische Notfalldienst ist der Bevölkerung frei zugänglich.

## **2. Probleme und Lösungsansätze**

### **a. Sanitätsnotruf 144**

Die Sanitätsnotrufzentrale 144 ist seit dem 1. Dezember 1993 im Personalhaus des Kantonsspitals untergebracht. Dabei bestehen grosse Sicherheitsmängel (zum Beispiel mangelnder Brandschutz, nicht ausreichende Klimatisierung im Technikraum, keine Vorkehrungen gegen Wasser und Feuchtigkeit u. a.). Bei der nächsten Ablösung der bestehenden Anlage müssen die Sicherheitslücken geschlossen werden und gleichzeitig soll auch die Integration der Sanitätsnotrufzentrale 144 in eine integrierte Notrufzentrale zusammen mit Polizei und Feuerwehr geprüft werden.

### **b. Advanced Life Support (ALS)**

Der ALS ist ein wichtiger Teil der rettungsdienstlichen Versorgung in der Schweiz und wird von den entsprechenden Fachgremien flächendeckend gefordert. Vor allem bei einem nichttraumatologischen Notfall trägt der ALS zur Behebung einer lebensbedrohlichen Situation bei. Die Anforderungen des ALS werden heute im Kanton Luzern nur teilweise erfüllt.

Die Rettungsdienste des Kantons sollen deshalb personell in die Lage versetzt werden, jederzeit den ALS nach den Kriterien des Interverbands für Rettungswesen (durch Ärzte und allenfalls Anästhesiepflegepersonal) sicherzustellen.

### **c. Ressourcen der Rettungsdienste**

Vorwiegend während der Nacht und an Wochenenden stehen im Kantonsspital Luzern teilweise zu wenig Einsatzkräfte zur Verfügung. Für das Personal wie auch für die Einsatzfahrzeuge wird mehr Raum benötigt. Beim jetzigen Personalbestand des KSSW sind Ausfälle wegen Krankheit oder Unfall kaum zu kompensieren. Sie führen zu Einschränkungen der Verfügbarkeit. Die Arbeit beim Rettungsdienst Seetal wird nur sehr bescheiden entlohnt. Deshalb gestaltet sich die Rekrutierung schwierig. In den nächsten ein bis zwei Jahren ist durch altersbedingte Abgänge mit einer Verschärfung der Personalsituation zu rechnen. Wenn das Personal der Rettungsdienste im Kanton Luzern zukünftig dem Arbeitsgesetz untersteht (Pikettendienstregelung) braucht es wesentlich mehr Personal.

Die Fachgruppe beantragt deshalb mehr Personal für die Rettungsdienste des Kantons Luzern, damit auch in Zukunft unter Beibehaltung aller vier Standorte keine Engpässe entstehen.

### **d. Ärztlicher Notfalldienst**

Zurzeit besteht weder ein Überangebot noch existieren grössere Versorgungslücken. Infolge der Überalterung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte ist jedoch in verschiedenen Notfalldienstkreisen mit einer noch stärkeren Belastung der notfalldienstpflichtigen Ärztinnen und Ärzte zu rechnen. Eine Versorgungslücke könnte in Regionen entstehen, in denen die Ärztinnen und Ärzte trotz grosser Distanz zu Luzern ihren Notfalldienst der Permanence Luzern abtreten.

Zurzeit gibt es keine einheitliche Disposition des ärztlichen Notfalldienstes. Die Ärztesgesellschaft wünscht eine zentrale, vom Kanton betriebene Auskunftsstelle für eine bessere Koordination der verschiedenen Leistungsangebote. Die telefonische Auskunft 111 ist dafür nicht geeignet, und die Sanitätsnotrufzentrale 144 hat heute weder den Auftrag noch die Mittel, diese Aufgaben zu übernehmen.

Die Fachgruppe beantragt, die Einsatzleitung des ärztlichen Notfalldienstes über eine gebührenpflichtige separate Nummer in die Sanitätsnotrufzentrale zu integrieren.

## e. Szenarium Spezialitätenklinik in Wolhusen

Falls in Wolhusen eine Spezialklinik ohne stationäre Grundversorgung und Notfallstation geschaffen würde, wäre mit grossen Auswirkungen auf die Bereiche Rettungsdienst/Sanitätsnotruf/ärztlicher Notfalldienst zu rechnen. Dies gilt auch bei einer Beibehaltung des Rettungsdienststandortes Wolhusen.

### *Rettungsdienst*

Für den Rettungsdienst würden sich folgende Konsequenzen ergeben:

- Zunahme der Einsätze,
- Verlängerung der Einsätze,
- Erschwerung des Advanced Life Support (weniger Anästhesiepersonal).

Insbesondere wäre es nicht mehr möglich, die überwiegende Mehrzahl der Notfallpatientinnen und -patienten innerhalb einer Stunde nach einem Ereignis in Spitalbehandlung zu bringen.

### *Ärztlicher Notfalldienst*

Mit dem Wegfall der stationären Grundversorgung in Wolhusen würde die praktizierende Ärzteschaft ein Netz von Spezialistinnen und Spezialisten im Spital verlieren. Auch die Entlastung bei Notfällen entfiel. Damit würde die Region Wolhusen/Entlebuch für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte an Attraktivität verlieren. Die medizinische Grundversorgung wäre gefährdet. Für die Patientinnen und Patienten ergäben sich zudem lange Anfahrtswege für spezialärztliche Untersuchungen und Behandlungen.

Durch eine Permanence Wolhusen (analog der Permanence Luzern, ausschliesslich für ambulante Notfälle) könnte ein Teil dieser Nachteile wettgemacht werden. Eine solche Permanence wäre nach Ansicht von Fachleuten sogar zwingend notwendig.

## IV. Labor

### 1. Allgemeines

Die Laborversorgung im Kanton Luzern sowie der Region Zentralschweiz erfolgt durch Privatlaboratorien, durch die Laboratorien der öffentlichen Spitäler und durch die Praxisanalytik der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Die Laboranalytik spielt in rund 60 Prozent der Krankheitsfälle eine wichtige Rolle für die Diagnostik oder Therapieüberwachung und verursacht rund 3 Prozent der Gesundheitskosten.

### 2. Angebot im Kanton Luzern

Im Kantonsspital Luzern sind im Zentrum für Labormedizin zusammengefasst:

- das chemische Zentrallabor,
- das hämatologische Zentrallabor,
- das Institut für Medizinische Mikrobiologie (für das ein Neubau geplant ist; vgl. Botschaft B 46 des Regierungsrates an den Grossen Rat vom 30. März 2004),
- das Labor des Kinderspitals.

Das KSSW betreibt unter einer gemeinsamen Leitung je ein Labor in den Kantonalen Spitälern in Sursee und in Wolhusen. Die Psychiatrische Klinik St. Urban betreibt nur wenig eigene Analytik.

Die Klinik St. Anna verfügt seit 1992 über kein eigenes Labor mehr. Das SPZ Nottwil führt ein eigenes Labor für die Versorgung der Klinik. Die Swissana Clinic in Meggen und die Klinik Sonnmatt machen nur wenig eigene Analytik.

Im Kanton Luzern sind zudem zwei mittelgrosse Privatlaboratorien tätig (Personalbestände zwischen 50 und 100 Personen). Sie sind als externe Labors für mehrere Spitallaboratorien tätig.

Es besteht eine Zusammenarbeit zwischen dem Labor des Kantonsspitals Luzern und den beiden Privatlaboratorien.

### **3. Beurteilung der Laborversorgung und Ausblick**

Die regionale labormedizinische Versorgung ist auf hohem Qualitätsniveau gewährleistet. Die logistische Infrastruktur der Laboratorien garantiert eine zeitgerechte Analytik zur klinischen Unterstützung in Diagnostik und Therapieüberwachung. Zwischen den Laboratorien der öffentlichen Spitäler besteht eine enge Zusammenarbeit. Zwischen den Privatlaboratorien spielt der Markt, in beschränkter Hinsicht auch beim Zentrum für Labormedizin am Kantonsspital Luzern.

Es sind keine Massnahmen bezüglich Laborversorgung im Kanton Luzern notwendig.

## **V. Apotheken**

Es gilt, zwischen den privaten und öffentlichen Apotheken zu unterscheiden. Zu den privaten Apotheken zählen die Apotheken der Arztpraxen, der Spitäler, der Pflegeheime und der stark wachsenden Zahl der Naturheilpraxen. Die Gesamtzahl der Privatapotheken liegt bei etwa 500 bis 600.

Das Netz der öffentlichen Apotheken ist wesentlich kleiner. Im ganzen Kanton gibt es 33 Apotheken. Die Hälfte davon, das heisst 16, hat ihren Standort in der Stadt Luzern.

Die Versorgung mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln erfolgt ausserhalb der Spitäler zu etwa 90 Prozent durch die Privatapotheken der Arztpraxen. Die Selbstdispensation ist im Gesundheitsgesetz geregelt. Die Frage muss deshalb im Zusammenhang mit der jetzt laufenden Revision diskutiert werden und ist nicht Gegenstand dieses Planungsberichts.

Die Arzneimittel der Swissmedic-Liste-D werden im Kanton Luzern hauptsächlich durch die Drogerien abgegeben. Daneben gibt es noch fünf Arzneimitteldepots in abgelegenen Gemeinden für die Notfallversorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln.

Die Spitalapotheken haben ihr Arzneimittelsortiment primär auf die akute und teure Spitalmedizin ausgerichtet. Viele Medikamente werden zuerst in den Spitälern eingeführt und erprobt. Eine weitere Besonderheit betrifft die Eigenherstellung von speziellen, risikoreichen Arzneizubereitungen. Die Spitalapotheke des Kantonsspitals ist zurzeit die einzige Institution in der Zentralschweiz, die über die dazu notwendige behördliche Bewilligung verfügt.

## **VI. Pathologie**

Das Pathologische Institut des Kantonsspitals Luzern nimmt eine Zentrumsfunktion in der Zentralschweiz wahr. Seine Dienste in der histologischen, zytologischen Diagnostik (etwa 90% des Arbeitsvolumens) und der autoptischen Diagnostik werden von der überwiegenden Mehrheit der Spitäler und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten aller zentralschweizer Kantone, vereinzelt auch weiterer Kantone, in Anspruch genommen. Das 1919 gegründete Institut ist bezüglich der diagnostischen Aufgaben eines der grössten der Schweiz. Die Leistungen verteilen sich zu 80 Prozent auf auswärtige Proben und zu 20 Prozent auf das Kantonsspital Luzern.

## **H. Ambulante und teilstationäre Angebote**

### **I. Frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte**

#### **1. Allgemeines**

Die frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte stellen einen wichtigen Grundpfeiler in der Gesundheitsversorgung dar. Zusammen mit den Spezialistinnen und Spezialisten sind sie Garanten für eine optimale ambulante medizinische Versorgung. Daneben sichern die frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte auch zu einem wesentlichen Teil die ärztliche Betreuung von Personen in Alters-, Behinderten- und Erholungsheimen. Sie sind verantwortlich für einen funktionierenden Notfalldienst und nehmen beispielsweise auch im schulärztlichen Dienst eine wichtige präventive Funktion wahr.

## 2. Anzahl Leistungserbringerinnen und -erbringer

Zurzeit sind 460 frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte im Kanton Luzern tätig, davon 245 in der Grundversorgung. Durch sie und die Spezialistinnen und Spezialisten wird das ganze Spektrum der Medizin abgedeckt. Die aktuelle Statistik der kantonalen Ärztesgesellschaft sieht wie folgt aus:

|                               |     |                                     |    |
|-------------------------------|-----|-------------------------------------|----|
| Anästhesiologie               | 11  | Labormedizin                        | 1  |
| Chirurgie                     | 9   | Neurochirurgie                      | 3  |
| Dermatologie und Venerologie  | 7   | Ophthalmologie                      | 22 |
| Grundversorger                | 245 | Orthopädische Chirurgie             | 10 |
| Gynäkologie und Geburtshilfe  | 24  | Oto-Rhino-Laryngologie              | 8  |
| Hand-plast. Chirurgie         | 5   | Psychiatrie                         | 32 |
| Kiefer- und Gesichtschirurgie | 3   | Radiologie/Nuklearmedizin           | 8  |
| Kinder- und Jugendmedizin     | 18  | Rheumatologie/physikalische Medizin | 11 |
| Kinder- und Jugendpsychiatrie | 6   | spezielle innere Medizin            | 33 |
| Kinderchirurgie               | 1   | Urologie                            | 3  |

Die absoluten Zahlen dürfen aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass in ländlichen Gebieten ein relativer Mangel an Spezialistinnen und Spezialisten besteht. Der überwiegende Teil praktiziert nämlich in der Stadt Luzern. Ein Teil der spezialärztlichen Versorgung wird darum vor allem im nördlichen Teil des Kantons von den Ärztinnen und Ärzten im Raum Langenthal, Zofingen und Olten sichergestellt. Umgekehrt stellen die Spezialistinnen und Spezialisten der Stadt Luzern die spezialärztliche Versorgung der Zentralschweiz sicher.

## 3. Entwicklung und Trends

Auf der Angebotsseite zeichnet sich nach Beurteilung der Ärztesgesellschaft ein Ärztemangel ab. Ein Indiz dafür ist die Tatsache, dass es immer schwieriger oder gar unmöglich ist, bei Praxisaufgabe eine Nachfolgerin oder einen Nachfolger zu finden. Die Tatsache, dass über 50 Prozent der Medizinstudierenden Frauen sind, von denen nur ein geringer Teil mit einem vollen Pensum in die Praxis geht, ist nur einer der Gründe.

Generell sind heute die jungen Ärztinnen und Ärzte weniger bereit, die hohen Anforderungen der freien Praxis auf sich zu nehmen. Der sinkenden Attraktivität einer eigenen Praxis steht eine Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich gegenüber. Viele Abklärungen können heute dank des technischen Fortschritts ambulant durchgeführt werden, aber auch therapeutische Eingriffe können sehr oft ambulant vorgenommen werden.

Die demografische Entwicklung führt zu einer Überalterung mit einer entsprechend erhöhten Krankheitsanfälligkeit der Bevölkerung. Dank des Fortschritts der Medizin steigt die Lebenserwartung stetig, was zu einer Zunahme von Alterserkrankungen führt. Diese gehören im Wesentlichen in die Zuständigkeit der ambulanten Medizin.

Gemäss der Ärztesgesellschaft nehmen psychosoziale Probleme zu und werden zunehmend «medikalisiert». Daneben führen aber auch immer häufiger blosse Befindlichkeitsstörungen zu einem Arztbesuch, und oft wird dafür der Notfalldienst in Anspruch genommen. Demgegenüber steht offenbar eine sinkende Zahlungsmoral.

Zurzeit besteht noch kein akuter Ärztemangel. Aufgrund der Demografie der Ärztinnen und Ärzte, der Entwicklung der Studienabschlüsse und des erhöhten Bedarfs an Spitalärztinnen und -ärzte muss aber längerfristig ein solcher erwartet werden. Im Entlebuch dürfte es wegen der Überalterung der Ärztinnen und Ärzte bereits in den nächsten Jahren zu Engpässen kommen.

Das Angebot an Weiterbildungsstellen für Grundversorger ist in den öffentlichen Spitälern für die Pädiatrie ungenügend und für die Gynäkologie-Geburtshilfe ungenügend genutzt. Etablierte und übereinstimmende Anforderungen zur Erreichung des Facharzttitels Allgemeinmedizin existieren im Kanton Luzern nicht. Die hohe Anspruchshaltung der Patientinnen und Patienten einerseits und die oft ungenügende Erfahrung in der Grundversorgung andererseits führen zu vermehrten Zuweisungen an Spezialistinnen und Spezialisten.



## 4. Handlungsbedarf und Verbesserungsvorschläge

Damit die hohe Qualität des Gesundheitswesens längerfristig erhalten werden kann, muss der Beruf und vor allem auch das Berufsimago der Ärzteschaft wieder gestärkt werden. Praktizierende Ärztinnen und Ärzte müssen sich auf ein Spital abstützen können, welches die stationäre Grundversorgung und eine enge Vernetzung bietet. Die gegenwärtigen Strukturen sind nach Ansicht der Ärzteschaft optimal, doch kann die Zusammenarbeit verbessert werden, indem die Kompetenzen klar zugewiesen und respektiert werden.

Der Konzentration von Spezialistinnen und Spezialisten, aber auch von Grundversorgerinnen und -versorgern in den städtischen Zentren kann mit einer Änderung der Zulassungspraxis entgegengewirkt werden. Welche Regelung das Krankenversicherungsgesetz (KVG) nach dem Auslaufen des Zulassungsstopps vorsieht ist zurzeit noch offen.

Eine Bindungsklausel an die Region könnte bei der Weiterbildung zur Grundversorgerin oder zum Grundversorger Abhilfe gegen eine zu starke Konzentration in den städtischen Zentren schaffen.

## II. Zahnmedizin

Die Schweiz ist heute eines der wenigen Länder in Europa, das die Zahnarztkosten nicht über eine Sozialversicherung (insbesondere KVG) finanziert. Das System hat sich bewährt. Die intensiven Präventionsbemühungen und die Schulzahnpflege in der Schweiz, insbesondere auch im Kanton Luzern, gelten heute als nachahmenswert.

Das an der Vorsorge orientierte Konzept hat dazu geführt, dass die Zahngesundheit der Schweizer Bevölkerung besser und die Zahnarztkosten zum Teil wesentlich tiefer sind als in vergleichbaren Ländern. Die grössten Herausforderungen für die Zukunft sind deshalb der Spardruck (weniger Geld für die Prophylaxe), die Einwanderung (Fremdsprachen) und die Überalterung der Bevölkerung (zusätzliche Betreuung).

In den über 175 im Kanton Luzern bestehenden Praxen arbeiten rund 80 Prozent des zahnärztlichen Personals als Allgemeinpraktikerinnen und -praktiker in einem Team mit Dentalhygienikerinnen, Prophylaxeassistentinnen, Dentalassistentinnen und teilweise mit Zahntechnikern. Die restlichen Praxen werden durch Spezialisten betrieben, welche sämtliche Behandlungsbedürfnisse in Oralchirurgie, Parodontologie und Kieferorthopädie abdecken. Die kieferchirurgische Abteilung des Kantonsospitals Luzern mit Zentrumsfunktion für die ganze Zentralschweiz rundet das Angebot für eine gute und vollständige Versorgung ab.

Zurzeit gibt es im Kanton Luzern keine Gebiete mit einer Unterversorgung. In städtischen Gebieten bestehen hingegen bereits Überkapazitäten.

*Medizinalpersonen mit gültiger kantonaler Bewilligung seit 1989, Kanton Luzern*

|      | Ärzte,<br>Ärztinnen | Zahnärzte,<br>Zahnärztinnen | Apotheker,<br>Apothekerinnen | Tierärzte,<br>Tierärztinnen |
|------|---------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| 1989 | 439                 | 149                         | 33                           | 89                          |
| 1990 | 443                 | 149                         | 32                           | 75                          |
| 1991 | 453                 | 152                         | 32                           | 75                          |
| 1992 | 463                 | 157                         | 32                           | 75                          |
| 1993 | 482                 | 163                         | 32                           | 77                          |
| 1994 | 504                 | 163                         | 32                           | 77                          |
| 1995 | 523                 | 161                         | 32                           | 87                          |
| 1996 | 542                 | 164                         | 32                           | 81                          |
| 1997 | 558                 | 170                         | 32                           | 82                          |
| 1998 | 566                 | 169                         | 33                           | 77                          |
| 1999 | 584                 | 169                         | 34                           | 79                          |
| 2000 | 598                 | 164                         | 35                           | 82                          |
| 2001 | 629                 | 163                         | 33                           | 82                          |
| 2002 | 682                 | 172                         | 33                           | 81                          |

Quelle: Kantonsärztlicher Dienst Luzern, Kantonales Veterinäramt

*Dichte der Ärzte, Zahnärzte und Apotheken pro 100 000 Einwohner nach Kantonen 2002*

|                   | Anzahl pro 100 000 Einwohner <sup>1</sup> |                             |           |
|-------------------|-------------------------------------------|-----------------------------|-----------|
|                   | Ärzte,<br>Ärztinnen <sup>2</sup>          | Zahnärzte,<br>Zahnärztinnen | Apotheken |
| Schweiz           | 196                                       | 44                          | 22        |
| Zentralschweiz    | 139                                       | 40                          | 9         |
| Luzern            | 147                                       | 42                          | 10        |
| Nidwalden         | 116                                       | 45                          | 5         |
| Obwalden          | 107                                       | 27                          | 6         |
| Schwyz            | 120                                       | 38                          | 8         |
| Uri               | 132                                       | 26                          | 6         |
| Zug               | 160                                       | 43                          | 13        |
| Zürich            | 225                                       | 50                          | 18        |
| Ostschweiz        | 151                                       | 33                          | 12        |
| Appenzell A. Rh.  | 150                                       | 26                          | 9         |
| Appenzell I. Rh.  | 109                                       | 20                          | 7         |
| Glarus            | 126                                       | 37                          | 5         |
| Graubünden        | 166                                       | 39                          | 20        |
| St. Gallen        | 155                                       | 34                          | 10        |
| Schaffhausen      | 186                                       | 41                          | 18        |
| Thurgau           | 126                                       | 27                          | 10        |
| Nordwestschweiz   | 194                                       | 46                          | 21        |
| Aargau            | 141                                       | 37                          | 19        |
| Basel-Landschaft  | 192                                       | 47                          | 14        |
| Basel-Stadt       | 353                                       | 70                          | 36        |
| Espace Mittelland | 184                                       | 44                          | 20        |
| Bern              | 200                                       | 49                          | 18        |
| Fribourg          | 145                                       | 32                          | 28        |
| Jura              | 149                                       | 27                          | 27        |
| Neuchâtel         | 203                                       | 43                          | 33        |
| Solothurn         | 156                                       | 42                          | 11        |
| Ticino            | 193                                       | 53                          | 55        |
| Région lémanique  | 251                                       | 43                          | 38        |
| Genève            | 332                                       | 46                          | 39        |
| Valais            | 166                                       | 36                          | 38        |
| Vaud              | 236                                       | 44                          | 37        |

<sup>1</sup> Mittlere Wohnbevölkerung<sup>2</sup> Ärzte und Ärztinnen mit Praxistätigkeit einschliesslich Spitalärzte und -ärztinnen mit Privatpraxis, ausgenommen Assistenzärzte und -ärztinnen und nicht mehr berufstätige Ärzte und Ärztinnen

Quelle: Bundesamt für Statistik – Gesundheitsstatistik

### III. Spitex

#### 1. Allgemeine Bedeutung der Spitex

Spitex bedeutet spital- und heimexterne Krankenpflege und Hilfe. Dank Spitexleistungen können Betroffene trotz persönlicher Einschränkungen zu Hause in ihrer gewohnten Umgebung verbleiben oder früher von einem stationären Aufenthalt nach Hause zurückkehren. Ziel der Spitex ist es, die Selbständigkeit zu erhalten und zu fördern. Das private Umfeld der Betroffenen wird wenn immer möglich miteinbezogen. Spitex steht allen zur Verfügung, die wegen Krankheit, Unfall, Behinderung, Altersgebrechen, Mutterschaft oder Ähnlichem auf Unterstützung angewiesen sind. Der Bedarf für Spitexleistungen wird sorgfältig abgeklärt.

#### 2. Angebot

Die Spitexdienstleistungen werden hauptsächlich von gemeinnützigen lokalen Spitexorganisationen erbracht. Daneben gibt es auch private Anbieter. Für die spitalexterne Pflege von erkrankten oder verunfallten Kindern steht die Kinderspitex Zentralschweiz (KISPEX) mit speziell ausgebildetem Fachpersonal zur Verfügung. Sie arbeitet mit lokalen Spitexorganisationen zusammen und ergänzt diese. Sie wird aber von der öffentlichen Hand nicht unterstützt.

### 3. Entwicklungen und Trends beim Angebot und bei der Nachfrage

Aufgrund der allgemeinen und insbesondere demografischen Entwicklung erwartet die Spitex eine Steigerung der Nachfrage insbesondere in den folgenden Bereichen:

- Dementenbetreuung,
- psychiatrische Grundpflege,
- Betreuung während der Nacht.

Die Entwicklung des Angebots wird sich vor allem nach den finanziellen Möglichkeiten der Gemeinden richten.

### 4. Analyse und Bewertung

Heute besteht eine qualitativ gute, flächendeckende Versorgung der ganzen Bevölkerung aufgrund von Leistungsverträgen der Gemeinden mit Spitexorganisationen. Es bestehen keine Überkapazitäten.

Spitexdienstleistungen in der Nacht stehen nur punktuell zur Verfügung. Menschen mit psychischen Problemen stellen für die Spitex eine zusätzliche Herausforderung dar.

### 5. Handlungsbedarf und Verbesserungsvorschläge

Wegen der zunehmenden psychischen und psychogeriatrischen Probleme besteht Bedarf an einem psychiatrischen Konsiliardienst, um eine Überforderung der Spitex-mitarbeitenden zu vermeiden.

Die Zusammenarbeit mit Spitälern (Spitalsozialdienst), den Psychiatriezentren und Rehabilitationsinstitutionen ist bezüglich des Übertrittsverfahrens von stationärer Institution zu Spitex (z. B. Pflegestandards betreffend Austrittsorganisation) verbesserungsfähig. Die Kerndienstleistungen der Spitex sollen, unabhängig von der Wohngemeinde, allen Menschen zur Verfügung stehen. Eine einheitliche kantonale Minimalregelung im neuen Gesundheitsgesetz ist deshalb gemäss den Spitexorganisationen unabdingbar, damit auch in Zukunft eine flächendeckende Grundversorgung im Kanton Luzern gewährleistet ist.

#### Kennzahlen Spitexhilfe und Pflege zu Hause seit 1994, Kanton Luzern

|      | Personal<br>(VZÄ) <sup>1</sup> | Klienten und Klientinnen |                                | Leistungsstunden pro |                                             | Aufwand <sup>2</sup><br>in<br>1000 Fr. | Ertrag <sup>2</sup><br>in<br>1000 Fr. |
|------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------------|----------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|
|      |                                | Pflege                   | Hauswirtschaft/Sozialbetreuung | Pflege               | Klient/in<br>Hauswirtschaft/Sozialbetreuung |                                        |                                       |
| 1994 | 304,8                          | 2 938                    | 4 039                          | 47,4                 | 81,8                                        | 22 600                                 | 8 185                                 |
| 1995 | 300,6                          | 3 063                    | 4 210                          | 51,9                 | 80,9                                        | 24 254                                 | 9 073                                 |
| 1996 | 312,4                          | 3 228                    | 4 079                          | 60,7                 | 79,6                                        | 25 808                                 | 9 757                                 |
| 1997 | 317,1                          | 3 653                    | 3 922                          | 64,1                 | 70,0                                        | 27 847                                 | 9 557                                 |
| 1998 | 320,6                          | 3 758                    | 4 095                          | 56,4                 | 69,6                                        | 29 326                                 | 13 421                                |
| 1999 | 314,5                          | 3 792                    | 4 224                          | 43,2                 | 61,1                                        | 29 515                                 | 13 019                                |
| 2000 | 321,7                          | 4 046                    | 4 253                          | 41,1                 | 55,1                                        | 29 305                                 | 12 520                                |
| 2001 | 313,0                          | 4 045                    | 3 998                          | 43,4                 | 52,3                                        | 30 241                                 | 13 287                                |
| 2002 | 318,5                          | 4 264                    | 4 157                          | 43,2                 | 47,2                                        | 31 453                                 | 14 081                                |

<sup>1</sup> Spitexstellen nach Vollzeitäquivalenten (VZÄ) im Jahresmittel ohne Administrativpersonal

<sup>2</sup> Nur Kerndienste

Quelle: Amt für Statistik des Kantons Luzern – Spitexstatistik

## IV. Andere Berufe der Gesundheitspflege

Bei den Berufen im Gesundheitswesen wird zwischen den Medizinalpersonen und den «anderen Berufen der Gesundheitspflege» unterschieden. Zu den Medizinalpersonen zählen die universitären Berufe wie Arzt, Zahnarzt, Tierarzt oder Apotheker, zu den «anderen Tätigkeiten» dementsprechend die nicht universitären Tätigkeiten. Im Kanton Luzern gehören dazu: Augenoptiker, Chiropraktoren, Drogisten, Ergotherapeuten, Ernährungsberater, Fusspfleger (Podologen), Hebammen, Kranken-

schwestern und Krankenpfleger, Laborleiter, Physiotherapeuten, Medizinische Masseure, Psychotherapeuten, Zahntechniker, Dentalhygienikerinnen sowie die Vertreter der nichtärztlichen Alternativmedizin.

Die Anzahl der gestellten Gesuche für eine gesundheitspolizeiliche Bewilligung ist im Bereich der «anderen Berufe der Gesundheitspflege» seit Jahren mehr oder weniger konstant. Ein grosser Teil der erteilten Bewilligungen (rund drei Viertel) entfällt auf die nichtärztliche Alternativmedizin.

Seit dem 4. Juli 2002 ist der eidgenössische Zulassungsstopp in Kraft. Dieser bezweckt eine Kosteneindämmung im Gesundheitswesen, indem gar keine oder nur noch ausnahmsweise neue Leistungserbringer für eine Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen werden. Im Gegensatz zu den meisten anderen Kantonen gilt diese Massnahme im Kanton Luzern nicht nur für die Ärztinnen und Ärzte, sondern für sämtliche Leistungserbringer, welche zulasten der Grundversicherung Rechnung stellen dürfen. Der Zulassungsstopp ist bis Ende Juni 2005 befristet. Ob der Zulassungsstopp durch eine andere Massnahme abgelöst wird und inwieweit die «anderen Tätigkeiten der Gesundheitspflege», welche KVG-Leistungserbringer sind, davon betroffen sein wird, steht zurzeit noch nicht fest.

Die Bewilligungsvoraussetzungen für die einzelnen Berufe sind im Gesundheitsgesetz geregelt und werden deshalb hier nicht behandelt. Das Gesundheitsgesetz ist zurzeit ebenfalls in Revision. Ein Antrag liegt Ihrem Rat vor.

#### *Andere Berufe des Gesundheitswesens mit gültiger kantonaler Bewilligung seit 1989, Kanton Luzern*

|      | Alternative<br>Heilmethoden | Kranken-<br>pflegerinnen,<br>Krankenpfleger | Physiotherapie,<br>Heilgymnastik,<br>Massage | Psychotherapie | Andere <sup>1</sup> |
|------|-----------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------|---------------------|
| 1989 | 5                           | 6                                           | 69                                           | 62             | 136                 |
| 1990 | 5                           | 6                                           | 81                                           | 75             | 175                 |
| 1991 | 5                           | 7                                           | 93                                           | 89             | 183                 |
| 1992 | 6                           | 7                                           | 112                                          | 97             | 194                 |
| 1993 | 9                           | 8                                           | 124                                          | 104            | 207                 |
| 1994 | 18                          | 10                                          | 142                                          | 110            | 218                 |
| 1995 | 44                          | 10                                          | 158                                          | 119            | 232                 |
| 1996 | 53                          | 12                                          | 170                                          | 121            | 258                 |
| 1997 | 70                          | 18                                          | 183                                          | 138            | 301                 |
| 1998 | 98                          | 24                                          | 200                                          | 145            | 336                 |
| 1999 | 126                         | 38                                          | 212                                          | 151            | 360                 |
| 2000 | 152                         | 45                                          | 231                                          | 158            | 389                 |
| 2001 | 161                         | 47                                          | 243                                          | 162            | 412                 |
| 2002 | 192                         | 51                                          | 249                                          | 170            | 432                 |

<sup>1</sup> u. a. Hebammen, Augenoptiker/-innen, Drogisten und Drogistinnen, Zahntechniker/-innen  
Quelle: Kantonsärztlicher Dienst

## **I. Weitere Themen**

### **I. Interkantonale und innerkantonale Zusammenarbeit**

Der Kanton Luzern pflegt bereits heute eine intensive Zusammenarbeit mit verschiedenen Institutionen und andern Kantonen. Die wichtigsten sind:

- Zusammenarbeit zwischen den Kantonen: Der Kanton Luzern hat verschiedene Spitalabkommen mit andern Kantonen, ausserkantonalen und privaten Spitälern (ZH, BS, AG, OW, NW, UR, ZG, SZ, Inselspital Bern, Klinik St. Anna, Kantonsspital Aarau).
- Die Einsatzleitzentrale (Notruf 144) ist für mehrere Kantone zuständig.
- Der Kanton Luzern ist Mitglied in der Zentralschweizer Gesundheitsdirektorenkonferenz und in der Sanitätsdirektorenkonferenz Nordwestschweiz, der Luzerner Gesundheitsdirektor ist Präsident der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz.
- Zwischen den öffentlichen Spitälern innerhalb des Kantons besteht zum Teil eine enge Zusammenarbeit (z. B. Radiologie, Urologie, HNO und Viszeralchirurgie zwischen KSL und KSSW, Schlafmedizin zwischen KSL und LHM oder die Aufgabenteilung und Zusammenarbeit zwischen den beiden Psychiatriezentren).

- Auch zwischen öffentlichen Spitälern und privaten Anbietern bestehen verschiedene Kooperationsformen (Neurochirurgie, Stand-by-Herzchirurgie, Neonatologie, Thoraxchirurgie, Tumor-Board u. a. mit der Klinik St. Anna oder SteriLog mit BBraun).
- Zwischen innerkantonalen und ausserkantonalen Spitälern. Einerseits arbeiten die Luzerner Spitäler mit Universitätsspitalern und Spezialkliniken zusammen in Bereichen, die in Luzern nicht selber angeboten werden und andererseits unterstützt insbesondere das Kantonsspital Luzern verschiedene andere Spitäler in Spezialgebieten (z. B. Onkologie in Zug, Chirurgie in Sarnen, Radiologie in Stans).

Das Zusammenarbeits- und Koordinationspotenzial ist unter den gegebenen Rahmenbedingungen gut ausgeschöpft. Die Entwicklung in der Gesetzgebung und auch in der Medizin wird aber eine weitere und noch verstärkte Zusammenarbeit und Aufgabenteilung erfordern. Mit der zunehmenden Spezialisierung stellt sich unter den Gesichtspunkten der Qualität (caseload) und Kosten immer mehr auch die Forderung, dass gewisse Angebote auf bestimmte Standorte konzentriert werden müssen. Eine Positiv-Negativ-Liste für die verschiedenen Institutionen drängt sich deshalb in der Spitalliste auf.

Das Angebot der verschiedenen Leistungsanbieter muss optimal aufeinander abgestimmt sein, ohne dass der Wettbewerb, dort wo er sinnvoll ist, behindert wird. Diese Koordination und Zusammenarbeit ist eine Daueraufgabe, die immer wieder neu überprüft und angepasst werden muss.

Das Kantonsspital muss weiterhin Zentrumsspital und Erstversorgungszentrum für die ganze Zentralschweiz sein.

Angebote der Spitzenmedizin sind hingegen Sache der Universitätsspitäler. Hier laufen auf eidgenössischer Ebene verschiedene Bemühungen, das Angebot zu koordinieren. Federführend ist die Gesundheitsdirektorenkonferenz.

## II. Patientensteuerung und ausserkantonale Hospitalisationen

Grundsätzlich soll jede Patientin und jeder Patient unter den gemäss Spitalliste zur Verfügung stehenden Spitälern frei wählen können. Andererseits besteht für Nur-Grundversicherte kein Anspruch auf eine Behandlung in einem bestimmten Spital.

In der Psychiatrie ist der Kanton hingegen in zwei Versorgungssektoren aufgeteilt. Damit soll vor allem die Behandlungskontinuität gewährleistet werden.

Für ausserkantonale Hospitalisationen braucht es eine Bewilligung der Kantonsärztin, wenn sich der Kanton an den Kosten beteiligen muss. Das ist gemäss geltendem Recht grundsätzlich dann der Fall, wenn ein Notfall vorliegt oder wenn die Leistung im Wohnortkanton nicht zur Verfügung steht. Der Kanton Luzern bezahlte im letzten Jahr gut 13 Millionen Franken. Der grösste Teil betrifft die Chirurgie (rund 9 Mio. Fr., wovon rund die Hälfte für Neuro- und Wirbelsäulenchirurgie und rund 2,5 Mio. Fr. für Transplantationen ausgegeben werden), dann folgen mit rund 2,6 Millionen Franken die Medizin und die Psychiatrie mit rund 1,6 Millionen Franken. Über die ausserkantonalen Hospitalisationen steht eine sehr detaillierte Statistik zur Verfügung. Sie gibt Aufschluss darüber, welche Leistungen zu welcher Zeit aus Kapazitätsgründen oder wegen des fehlenden Leistungsangebots nicht zur Verfügung stehen und wo allenfalls echte Lücken bestehen.

Nach der vorgeschlagenen Revision des KVG würde das Kostengutspracheverfahren für ausserkantonale Hospitalisationen wahrscheinlich entfallen oder ersetzt. Weil alle Spitäler auf der Spitalliste dann gleich subventioniert und finanziert würden, gäbe es keine unterschiedlichen Tarife mehr für innerkantonale und ausserkantonale Patientinnen und Patienten.

Die nachfolgende Tabelle zeigt, wie viele ausserkantonale Patientinnen und Patienten sich in den Jahren 2001 und 2002 in Luzerner Spitälern behandeln liessen, und wie viele Luzernerinnen und Luzerner in ausserkantonalen Spitälern und Kliniken hospitalisiert waren. Zu beachten ist, dass ein grosser Teil der ausserkantonalen Hospitalisationen aufgrund von Notfalleinweisungen erfolgt (z. B. Sportunfälle). Mit dem Kanton Aargau besteht ein Freizügigkeitsabkommen in der Grenzregion. Insgesamt gleichen sich die Patientenströme aus dem Kanton Luzern mit denjenigen in den Kanton Luzern aus.

*Patientenströme: Hospitalisationen nach Herkunftskanton der Patienten und nach leistungserbringendem Kanton seit 2001*

|                     | Im Kanton Luzern wohnhafte Patientinnen und Patienten <sup>1</sup> nach leistungserbringendem Kanton («Patientenexport») |        | Im Kanton Luzern hospitalisierte Patientinnen und Patienten <sup>1</sup> nach Herkunftskanton («Patientenimport») |        |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|                     | 2001                                                                                                                     | 2002   | 2001                                                                                                              | 2002   |
| Schweiz             | 46 181                                                                                                                   | 46 475 | 46 221                                                                                                            | 46 975 |
| Zentralschweiz      | 39 760                                                                                                                   | 39 878 | 44 087                                                                                                            | 44 645 |
| Luzern <sup>2</sup> | 39 045                                                                                                                   | 39 171 | 39 045                                                                                                            | 39 171 |
| Nidwalden           | 113                                                                                                                      | 117    | 1 461                                                                                                             | 1 521  |
| Obwalden            | 56                                                                                                                       | 79     | 997                                                                                                               | 1 131  |
| Schwyz              | 94                                                                                                                       | 78     | 1 201                                                                                                             | 1 159  |
| Uri                 | 23                                                                                                                       | 18     | 483                                                                                                               | 550    |
| Zug                 | 429                                                                                                                      | 415    | 900                                                                                                               | 1 113  |
| Zürich              | 1 034                                                                                                                    | 1 118  | 304                                                                                                               | 292    |
| Ostschweiz          | 551                                                                                                                      | 473    | 192                                                                                                               | 235    |
| Appenzell A. Rh.    | 78                                                                                                                       | 84     | 11                                                                                                                | 3      |
| Appenzell I. Rh.    | 7                                                                                                                        | 13     | 4                                                                                                                 | 6      |
| Glarus              | 2                                                                                                                        | 1      | 8                                                                                                                 | 23     |
| Graubünden          | 140                                                                                                                      | 183    | 37                                                                                                                | 48     |
| St. Gallen          | 118                                                                                                                      | 87     | 74                                                                                                                | 88     |
| Schaffhausen        | 4                                                                                                                        | 5      | 18                                                                                                                | 19     |
| Thurgau             | 202                                                                                                                      | 100    | 40                                                                                                                | 48     |
| Nordwestschweiz     | 2 636                                                                                                                    | 2 527  | 587                                                                                                               | 680    |
| Aargau              | 2 215                                                                                                                    | 2 152  | 491                                                                                                               | 587    |
| Basel-Landschaft    | 161                                                                                                                      | 133    | 52                                                                                                                | 58     |
| Basel-Stadt         | 260                                                                                                                      | 242    | 44                                                                                                                | 35     |
| Espace Mittelland   | 1 508                                                                                                                    | 2 075  | 491                                                                                                               | 494    |
| Bern                | 1 419                                                                                                                    | 1 987  | 308                                                                                                               | 275    |
| Fribourg            | 11                                                                                                                       | 5      | 38                                                                                                                | 48     |
| Jura                | 18                                                                                                                       | 28     | 6                                                                                                                 | 9      |
| Neuchâtel           | 2                                                                                                                        | 5      | 22                                                                                                                | 17     |
| Solothurn           | 58                                                                                                                       | 50     | 117                                                                                                               | 145    |
| Ticino              | 149                                                                                                                      | 87     | 157                                                                                                               | 167    |
| Région lémanique    | 543                                                                                                                      | 317    | 105                                                                                                               | 108    |
| Genève              | 32                                                                                                                       | 17     | 11                                                                                                                | 10     |
| Valais <sup>3</sup> | 481                                                                                                                      | 266    | 49                                                                                                                | 49     |
| Vaud                | 30                                                                                                                       | 34     | 45                                                                                                                | 49     |
| Unbekannt           | –                                                                                                                        | –      | 35                                                                                                                | 33     |
| Ausland             | –                                                                                                                        | –      | 263                                                                                                               | 321    |

<sup>1</sup> Die Anzahl Patientinnen und Patienten entspricht jeweils den Austritten inkl. der teilstationären Fälle, ohne gesunde Neugeborene und Gesunde.

<sup>2</sup> Die Luzerner Höhenklinik Montana befindet sich im Kanton Wallis, erscheint aber in der Statistik des Kantons Luzern.

<sup>3</sup> Ein Spital im Kanton Wallis hat 2001 auch ambulante Fälle erfasst. Dies erklärt die höhere Anzahl ausgewiesener Hospitalisationen.

Quelle: Bundesamt für Statistik – Krankenhausstatistik

### III. Prävention

Die folgenden Ausführungen beschränken sich auf die Prävention und Gesundheitsförderung ausserhalb des medizinisch-klinischen Bereichs.

Genauso wie beim Arzt die Diagnose der Therapie vorausgeht, soll auch die Problemlage und der Gesundheitszustand der Bevölkerung zum Ausgangspunkt für präventive und gesundheitsfördernde Massnahmen sowie gesundheitspolitische Entscheide genommen werden. Regelmässige Gesundheitsberichte sind deshalb unabdingbar.

Viele präventive Leistungen sind auf eine Steuerung und Finanzierung durch den Staat angewiesen, da sie für Einzelpersonen in absehbarer Zeit zu wenig Nutzen bringen, als dass diese eine Leistung über den Markt einkaufen würden. Diese auf die Gesamtbevölkerung bezogene Prävention wird deshalb mehrheitlich aus öffentlichen Geldern finanziert (Bund, Kanton, Gemeinden).

Generell stehen die Kosten bei der Prävention in keinem Verhältnis zu den Kosten, die bei der Behandlung von Krankheiten anfallen. Aber auch bei Prävention und Gesundheitsförderung muss man sich mit der Frage nach der Wirksamkeit, Zweck-



mässigkeit und Wirtschaftlichkeit auseinander setzen. Es geht bei Prävention und Gesundheitsförderung primär darum, ein gesundes Leben zu ermöglichen und erst sekundär darum, Kosten zu sparen. Wenn nämlich das primäre Ziel gesunden Lebens nicht erreicht wird, also kein Nutzen anfällt, werden auch ökonomische Überlegungen hinfällig. Wenn jedoch allgemeine Steuermittel für Prävention und Gesundheitsförderung eingesetzt werden, steht nicht der maximale Nutzen bei Einzelnen im Visier, sondern der grösstmögliche Nutzen für die Gesamtbevölkerung.

Ökonomisch sinnvolle präventive und gesundheitsfördernde Interventionen müssen dort geplant werden, wo viele Kosten anfallen (z. B. im Aidsbereich, bei Lungenkrebs), wo eine Veränderung des Verhaltens oder der Verhältnisse möglich ist, wo eine Zielgruppe definiert werden kann und wo mit grosser Wahrscheinlichkeit Kosten eingespart werden können.

Prävention und Gesundheitsförderung brauchen idealerweise

- eine regelmässige Gesundheitsberichterstattung,
- ein Gesundheitsleitbild mit einer Präventionsstrategie und -politik,
- eine regelmässige und konstante Unterstützung,
- eine Evaluation und ein Controlling laufender Programme,
- eine Umsetzung der Ergebnisse von Gesundheitsberichten,
- eine Priorisierung der Themen und Ziele, nicht pro Fachstelle, sondern auf kantonaler Ebene unter Einbezug neuer Anbieter oder Angebote,
- eine Ressourcenallokation ausgerichtet auf die wichtigsten Probleme,
- eine Koordination und Vernetzung unter den Anbietern,
- eine Koordination der Finanzierung mit Transparenz über die Finanzströme und
- einen Einbezug der Politik (strukturelle Prävention oder Verhältnisprävention) in die Prävention.

## **IV. Mitarbeitende in Spitälern**

### **1. Allgemeine Bedeutung des Personals**

Spitäler sind ausgesprochen personalintensive Unternehmen. Personalkosten sind der grösste Kostenfaktor (rund 75% der gesamten Kosten sind Personalkosten). Das Personal ist aber auch der wichtigste Erfolgsfaktor. Die Verfügbarkeit motivierter, qualifizierter Fachleute ist für die Erfüllung des Leistungsauftrags ausschlaggebend.

Allein in den Kantonalen Spitälern und Kliniken arbeiten rund 5500 Personen, davon rund 720 Auszubildende. Insbesondere das Kantonsspital Luzern hat für die gesamte Region einen bedeutenden Ausbildungsauftrag, um nebst dem eigenen auch den Bedarf an Nachwuchskräften von vielen kleineren Institutionen im Gesundheitswesen zu decken.

Ob in der Zukunft genügend gut qualifiziertes Personal zur Verfügung steht, hängt von sehr vielen Faktoren ab und lässt sich kaum voraussagen. Wie in anderen Berufsbereichen (z. B. Lehrberufe) sind auch hier die Schwankungen sehr gross. Wichtig ist, dass immer genügend Aus- und Weiterbildungsplätze zur Verfügung stehen.

Sollte das Arbeitsgesetz auf das gesamte Spitalpersonal in allen Spitälern Anwendung finden, ergäbe sich allerdings in einigen Spitälern ein massiver Mehrbedarf an Pflege- und ärztlichem Personal. Insbesondere auch die Regelung, inwieweit der Piktettdienst als Arbeitszeit angerechnet wird, spielt hier eine grosse Rolle.

### **2. Aus- und Weiterbildung**

Aus- und Weiterbildung ist nicht nur eine Belastung, sondern auch eine bereichernde, notwendige und anforderungsreiche Aufgabe. Sie muss als Investition in eine gute Versorgung künftiger Generationen gewertet werden.

Bei allen notwendigen Sparsbemühungen darf deshalb die Aus- und Weiterbildung künftiger Generationen von Ärztinnen und Ärzten und Pflegenden nicht vernachlässigt werden.

Erfolgreiche Aus- und Weiterbildung liefert auch einen wichtigen Beitrag zur Reduktion der Personalbeschaffungs- und Einarbeitungskosten, Steigerung der Leistungsfähigkeit und der Mitarbeiterzufriedenheit, Reduktion von Fehlern und deren Auswirkungen, Steigerung der Unternehmungsattraktivität und Verbesserung des Personalmarketings und führt letztlich zum Unternehmenserfolg.

## a. Aus- und Weiterbildung des nichtärztlichen Personals

Das Ausbildungszentrum für Gesundheitsberufe des Kantons Luzern bietet folgende Ausbildungen an:

| Ausbildung                                                               | Lernende am 31. 12. 2003 |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| – Schule für Gesundheits- und Krankenpflege Diplommiveau II (Erwachsene) | 179                      |
| – Schule für Gesundheits- und Krankenpflege Diplommiveau II (Kinder)     | 149                      |
| – Schule für Pflegeassistent                                             | 65                       |
| – Laborschule                                                            | 58                       |
| – Schule für Physiotherapie                                              | 68                       |
| – Schule für Anästhesie und Intensivpflege                               | 56                       |
| – Fachangestellte/r Gesundheit (FAGE)                                    | 105                      |

Zurzeit bewerben sich rund doppelt so viele Personen wie die Schule aufnehmen kann. Der Kanton Luzern ist zudem Mitglied der Zentralschweizer und Nordwestschweizer Schulvereinbarung und hat weitere Verträge mit andern Schulen.

Die Ausbildungen sind mit den Partnerschulen in einem Praktikumsvertrag geregelt. Die Ausbildung Fachangestellte/r Gesundheit (FAGE) wechselt zum Lehrortsprinzip mit Lehrvertrag. Folgende Ausbildungen können ganz oder teilweise in verschiedenen Institutionen im Kanton Luzern absolviert werden.

- Pflege: Diplommiveau I und II, Hebammen, Fachangestellte/r Gesundheit, Pflegeassistent
- Medizin-technische und therapeutische Berufe: Physiotherapie, Ergotherapie, Ernährungsberatung, Labor, Röntgen, Technische Operationsassistent, Medizinische Praxisassistent, Orthoptik, u. Ä.

Mit dem neuen Berufsbildungsgesetz (nBBG) gehen die bisher kantonal geregelten Berufe im Bereich Gesundheit, Soziales und Kunst in die eidgenössische Berufsbildungspolitik über. In der Zentralschweiz wurde 2003 der erste Arbeitgeberverband gegründet, die Zentralschweizer Interessengemeinschaft Gesundheitsberufe (ZIGG). Für die künftige Wettbewerbsfähigkeit ist es von grosser Bedeutung, dass sich dieser Arbeitgeberverband aktiv um die Berufsbildung und -entwicklung kümmert.

Ein erstes wichtiges Projekt ist die Integration der neuen Ausbildung Fachangestellte/r Gesundheit (FAGE) im Bereich der Pflege. Die dreijährige Lehre beginnt nach der obligatorischen Schulzeit (16 Jahre). Die Ausbildung ist vielfältig und erstreckt sich über vier Fachbereiche: Sie wird in einem Lehrbetrieb absolviert und schliesst mit dem eidgenössischen Fähigkeitszeugnis ab.

Die Ausbildungskapazität wurde nun jedes Jahr gesteigert. Im Sommer 2005 schliessen die ersten Lernenden ihre Ausbildung ab. Bis dahin sollte die neue Ausbildung diplomierte Pflegefachfrau/Pflegefachmann als Anschlussausbildung auf der Tertiärstufe vorhanden sein. Zuvor muss aber dringend festgelegt werden, welches Anforderungsprofil (Aufgabe, Verantwortung und Kompetenzen) die Absolventinnen und Absolventen zu erfüllen haben. Zu beachten ist ferner, dass die Tertiärausbildung in Modulen angeboten wird, damit in der Praxis die Kontinuität gewährleistet werden kann.

Im Sommer 2004 startet die Fachmittelschule, somit können ab Sommer 2007 die ersten Lernenden für die praktische Ausbildung (1 Jahr) als Fachangestellte/r Gesundheit aufgenommen werden. Da dies der schulgestützte Weg ist, wird ein grosser Teil nachher in die Tertiärausbildung wechseln. Damit der Nachwuchs von diplomiertem Fachpersonal (dipl. Pflegefachfrau/MTRA/med. Laborantin/Physiotherapeutin) gesichert ist, muss sich das Kantonsspital Luzern an diesen Ausbildungen beteiligen.

### Lernende in Gesundheitsberufen 2003/2004, Schulort Kanton Luzern

| Gesundheitsberufe                          | Total | davon in Prozent |                      |                      |
|--------------------------------------------|-------|------------------|----------------------|----------------------|
|                                            |       | weiblich         | Ausländer/<br>-innen | Ausser-<br>kantonale |
| Alle Gesundheitsberufe                     | 1509  | 94,4             | 15,0                 | 38,9                 |
| Berufsausbildung                           |       |                  |                      |                      |
| Krankenpfleger/-in Diplommiveau II         | 487   | 95,3             | 5,3                  | 28,1                 |
| Medizinische/r Praxisassistent/-in         | 229   | 100,0            | 7,4                  | 40,6                 |
| Dentalassistent/-in                        | 225   | 100,0            | 3,4                  | 44,4                 |
| Fachangestellte/r Gesundheit               | 107   | 98,1             | 12,1                 | 11,2                 |
| Betagtenbetreuer/-in                       | 195   | 91,8             | 12,3                 | 69,7                 |
| Hauspfleger/-in                            | 14    | 100,0            | –                    | 71,4                 |
| Medizinische/r Laborant/-in                | 58    | 89,7             | 13,8                 | 32,8                 |
| Pflegeassistent/-in                        | 69    | 91,3             | 65,2                 | 33,3                 |
| Höhere Berufsausbildung                    |       |                  |                      |                      |
| Physiotherapeut/-in                        | 69    | 88,4             | –                    | 46,4                 |
| Anästhesiepfleger/-in, Intensivpfleger/-in | 56    | 58,9             | 35,7                 | 44,6                 |

## b. Aus-, Weiter- und Fortbildung des ärztlichen Personals

Die öffentlichen Spitäler leisten einen wichtigen Beitrag für die Facharztqualifikation von Ärztinnen und Ärzten nach dem Staatsexamen und stellen so den Nachwuchs für die Region sicher. Viele Ärzte, die sich in der Region und dem Kanton Luzern niedergelassen haben, wurden an den öffentlichen Spitälern des Kantons zumindest teilweise weitergebildet.

Neben der Fortbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt, werden an den öffentlichen Spitälern auch Kurse für Studierende angeboten, welche die universitären Programme mit Praxisbezug sinnvoll ergänzen. Viele Chefärztinnen und -ärzte der öffentlichen Spitäler sind auch direkt in der Ausbildung an den Universitäten involviert und garantieren so den öffentlichen Spitälern einen guten Zugang zu Wissen und Kompetenz der medizinischen Fakultäten in der Schweiz.

Die Qualifikation bis zur Fachärztin oder zum Facharzt ist ein langer Weg und erfordert eine Weiterbildung von bis zu sechs Jahren. Diese Investitionen lohnen sich aber, so stehen dann dem regionalen Gesundheitssystem qualifizierte ärztliche Fachkräfte zur Verfügung.

Zurzeit sind die folgenden zwei Trends für die Planung wichtig:

- Die erste ergibt sich aus der KVG-Revision, wonach zukünftig alle Spitäler gleich finanziert werden sollen und die Abgeltung auf einheitlichen leistungsorientierten Pauschalen beruhen soll. Dies setzt voraus, dass die Aus- und Weiterbildungskosten (wie übrigens auch alle Vorhalteleistungen) unbedingt separat abgegolten werden. Sonst haben Nichtausbildungsspitäler wesentlich billigere Pauschalen und damit einen massiven Wettbewerbsvorteil und es besteht die Gefahr, dass nicht mehr genügend Aus- und Weiterbildungsstellen angeboten werden. (Ein Eingriff Assistierender in Ausbildung unter Aufsicht einer Fachärztin oder eines Facharztes, dauert zwangsläufig länger und entsprechend ist auch der Operationsaal länger belegt.) Das bedeutet aber auch, dass man wissen muss, wie viel die Aus- und Weiterbildung oder die Aufrechterhaltung des Notfalldienstes kosten. Es muss auch bestimmt sein, wie die Leistungen gerecht abgegolten und finanziert werden und wie viele Ausbildungsstellen es braucht.
- Die zweite Herausforderung ergibt sich aus der Tatsache, dass die neue Ärztegeneration nicht mehr bereit ist, wesentlich länger zu arbeiten als andere Berufsgruppen. Mit anderen Worten, es muss für die Zukunft gewährleistet sein, dass die Aus- und Weiterbildung auch bei der 50-Stunden-Woche gewährleistet ist. Dazu braucht es nebst verschiedenen organisatorischen Massnahmen auch ein Entgegenkommen beider Seiten.

Neu werden die Assistenzärztinnen und -ärzte dem Arbeitsgesetz unterstellt. Damit gilt die 50-Stunden-Woche. Gemäss der noch geltenden kantonalen Verordnung besteht derzeit für diese Berufsgruppe eine Regelarbeitszeit von 45 bis 55 Stunden pro Woche. Nebst der Arbeitszeit enthält das Arbeitsgesetz aber auch andere Bestimmungen insbesondere bezüglich der Piktzeiten. Die Umsetzung des Arbeitsgesetzes ist deshalb ohne Zusatzstellen nicht zu erfüllen.

Das übrige Personal an öffentlichen Spitälern bleibt hingegen weiterhin nicht dem Arbeitsgesetz unterstellt. Die Marktsituation mit Privaten und privatisierten Spitälern wird aber auch hier zumindest eine Annäherung verlangen.

Die Aus- und Weiterbildung muss aber auch einen Einfluss auf das medizinische Angebot haben. Damit die Ärztinnen und Ärzte (und übrigens auch die Pflegenden) in einer bestimmten Disziplin ausgebildet werden können, braucht es eine genügende Anzahl von Eingriffen in einer bestimmten Disziplin (Fallzahlen). Komplexe Chirurgie beispielsweise, die nur in geringer Fallzahl vorkommt, sollte auch deshalb an einer Institution konzentriert werden.

## V. Qualität

Gemäss KVG sind alle Spitäler verpflichtet, die Qualität zielgerichtet und systematisch zu sichern und zu fördern. Das KVG fordert den systematischen Qualitätsnachweis, lässt aber den Spitälern Freiraum bei der Methodenwahl und Umsetzung. Entsprechend vielfältig präsentieren sich heute die Vorgehensweisen.

Qualität hat häufig auch einen Bezug zum Volumen. Nur wer eine Verrichtung regelmässig und in einer bestimmten Anzahl macht, hat eine ausreichende Routine und das notwendige Know-how. Verschiedene Studien belegen dies. Die Volume-/Outcome-Frage sowie die Qualität müssen deshalb laufend evaluiert werden und es braucht Steuerungselemente bezüglich des Angebots an spezialisierter Medizin, zum Beispiel mit einer Positiv-Negativ-Liste.

Die klassischen Qualitätsmanagementansätze aus Industrie und Dienstleistungen wie TQM (Total Quality Management) oder CQI (Continuous Quality Improvement) mit den Aspekten Qualitätskontrolle, -sicherung, -planung und -lenkung wurden in den letzten zehn Jahren auch auf die Gesundheitsversorgung übertragen. Allerdings kann kein durchschlagender Erfolg festgestellt werden. Unbestritten aber sind Qualitätsmessungen auch im Gesundheitswesen wertvoll. So können beispielsweise Durchimpfungsraten bei Kindern, die Betreuung von Schwangeren oder die Ergebnisse der Koronarchirurgie verbessert werden.

In den vergangenen zehn Jahren wurden vor allem die schwierigen technischen Probleme der Qualitätsmessung in der Gesundheitsversorgung angegangen. Fortschritte wurden vor allem in der Entwicklung von Behandlungsrichtlinien, bei der Definition und Validierung von Qualitätsmessungen, bei der Datensammlung und -analyse mit den entsprechend notwendigen Korrekturen der Risiken für Patientinnen und Patienten gemacht.

Aber die Qualitätsmessung im Gesundheitswesen ist nicht nur ein technisches Problem, sondern hat wichtige Implikationen für die Zuweisung von Ressourcen, für die Organisation der ärztlichen Behandlungen, für die Professionalität der Ärzte und deren Qualitätskonzept. Fortschritte wurden bei der Definition und Validierung von Qualitätsmessungen über Indikatoren, der Datensammlung und -analyse sowie bei Modellen zur Risikoadjustierung von Qualitätsvariablen erreicht.

Typischerweise führen Qualitätsmessungen zu Verbesserungen in den gemessenen Bereichen. Eine Fokussierung auf gute Bewertungen kann aber zu einer Vernachlässigung anderer, nicht gemessener Qualitätsaspekte führen. Diese unbeabsichtigten Effekte von Qualitätsmessungen sollten aber nicht dazu verleiten, auf Qualitätsmessungen zu verzichten. Entscheidend ist vielmehr die Kombination mit der professionellen Qualitätsauffassung, welche Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ebenfalls wesentlich beeinflusst.

Eine weitere Entwicklung im Qualitätsmanagement ist die Outcome-Forschung. Hier werden verschiedene Methoden wie Metaanalysen, experimentelle Studien, epidemiologische und sozialpsychologische Forschung, ökonomische Analysen und Entscheidungsanalysen miteinander kombiniert und daraus Krankheitsmanagement-Strategien entwickelt. Im wissenschaftlichen Modell werden traditionelle Behandlungsendpunkte berücksichtigt. Outcome in Kombination mit Prozessmessungen wird Performance-Messung genannt. Performance ist also definiert durch einen Prozess bei einer klinischen Behandlung und dem daraus resultierenden Behandlungsergebnis (Outcome).

## VI. Alternativmedizin

Der Trend zu alternativen Heilmethoden ist ungebrochen gross. Ihr Anwendungsbereich liegt aber in erster Linie bei der ambulanten Medizin. Hierzu sei auf die Diskussion im Rahmen der Gesundheitsgesetzrevision verwiesen.

In den Akutspitälern kann sie zum vornherein nur eine sehr untergeordnete Rolle spielen. Als eigentlicher Leistungsauftrag ist der Einbezug alternativer Heilmethoden an den Spitälern und Kliniken deshalb nicht zu formulieren. Im Gegenteil müssen sich die (öffentlichen) Akutspitäler auf Evidenz-basierte Medizin stützen. Es liegt im Ermessen der jeweiligen Chefin oder des jeweiligen Chefarztes, wie weit neben der Schulmedizin Platz für alternative Heilmethoden bleibt. In erster Linie muss er dem Auftrag nachkommen, die Patientinnen und Patienten nach den Grundsätzen der Wissenschaft und Wirtschaftlichkeit sowie mit zweckmässigen Methoden zu behandeln.

## VII. Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit

Gemäss Artikel 32 des KVG besteht ein Anspruch auf Leistungen nur, wenn diese wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich erbracht werden. Diese grundlegenden Anspruchsvoraussetzungen gelten für alle KVG-Leistungen.

- Wirksam heisst dabei, dass die Leistung im Allgemeinen die angestrebte Wirkung erzielen muss.
- Zweckmässig ist eine Leistung dann, wenn sie im Einzelfall die angestrebte Wirkung in angemessener Form hervorruft.
- Wirtschaftlich bedeutet, dass die Leistung ein angemessenes Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen muss.

## VIII. Alters- und Pflegeheime

Hierzu besteht eine separate Planung.

## K. Geprüfte Massnahmen im Überblick

### 1. Organisatorische Massnahmen

| Nr. | Massnahmen                                                                                                       | Erläuterungen                                                                                                                                     | Priorität |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 101 | <i>KSL/KSSW als organisatorische und strategische Einheit</i><br>– Betriebliche Optimierung<br>– 3 Standorte     | Gemeinsame Leitungs- und Organisationsstruktur (Spitalrat und CEO/Spitalleitung).<br>Zu beachten ist auch die Revision Gesundheits-/Spitalgesetz. | 1         |
| 102 | <i>PLL/PLS/KJPD als organisatorische und strategische Einheit</i><br>– Betriebliche Optimierung<br>– 2 Standorte | Gemeinsame Leitungs- und Organisationsstruktur (Spitalrat und CEO/Spitalleitung).<br>Zu beachten ist auch die Revision Gesundheits-/Spitalgesetz. | 1         |

### 2. Massnahmen Spitalstrukturen

| Nr. | Massnahmen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Erläuterungen                                                                                                                      | Priorität |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 201 | <i>Verzicht auf die LHM/Schliessung</i><br>– Mit verschiedenen Massnahmen kann der Bedarf an stationärer Rehabilitation gesenkt werden<br>– Sicherstellung notwendiger Leistungen durch Verträge mit ausserkantonalen Kliniken                                                                                                                                   | Wird nur empfohlen, falls die Massnahme 202 nicht innert nützlicher Frist umgesetzt werden kann oder zum gewünschten Erfolg führt. | 2         |
| 202 | <i>Änderung der Organisationsstruktur und des Angebots LHM</i><br>– Zusammenschluss der Kliniken in Montana anstreben, Verhandlungen aufnehmen mit VS/BE/GE; gemeinsame, einheitliche Trägerschaft<br>– Angebot konzentrieren und koordinieren mit anderen Kliniken<br>– Anpassung des Leistungsangebots im Sinn einer Konzentration auf weniger Kernkompetenzen |                                                                                                                                    | 1         |
| 203 | <i>Spezialitätenklinik (Orthopädie) in Wolhusen</i><br>– Aufhebung der stationären Grundversorgung am Standort Wolhusen, Verlagerung der Patienten nach Luzern und Sursee<br>– Sicherstellung der ambulanten Notfallmedizin im Sinn einer Permanence am Standort Wolhusen.<br>Bisherige stationäre Notfallversorgung müsste aufgegeben werden                    | Wird aus fachlichen und medizinischen Gründen als nicht sinnvoll erachtet und deshalb nicht zur Umsetzung empfohlen.               |           |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                             |   |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 204 | <i>Reduktion von drei auf zwei kantonale Frauenkliniken</i><br>– Schliessung der stationären geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung in Wolhusen<br>– übriges Grundangebot bleibt<br>– Verlagerung der Patientinnen nach Luzern und Sursee; für die Verlagerung anderer Disziplinen nach Wolhusen sind verschiedene Modelle denkbar (z. B. elektive Orthopädie, medizinische Grundversorgungsfächer usw.)<br>– Aufrechterhaltung eines ambulanten/tagesstationären Angebots in Wolhusen | – aus medizinischer Sicht verantwortlich<br>– Kostenersparnis von rund 1,5 Millionen Franken vor allem durch Aufgabe von Vorhalteleistungen | 2 |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|

### 3. Fachübergreifende Massnahmen

| Nr. | Massnahmen                                                                                                                                                          | Erläuterungen                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Priorität |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 301 | <i>Versorgungskonzept erarbeiten für die ambulante Notfallversorgung im Kanton Luzern</i>                                                                           | Ziel: Ausreichende Versorgung insbesondere auch auf der Landschaft<br>Zu beachten ist auch das Gesundheitsgesetz, wonach die Organisation primär Aufgabe der Ärztesellschaft ist                                                                                                                                          | 2         |
| 302 | <i>Weiterbildungsangebot für künftige Grundversorger in der Region erweitern im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Grundversorgung.</i>                              | Ungenügende Zahl von Weiterbildungsstellen in gewissen Kompetenzbereichen der Grundversorger. Die Finanzierung der Weiterbildung zum Praxisassistenten ist nicht geregelt.                                                                                                                                                | 2         |
| 303 | <i>Aufbau einer interdisziplinären Notfall- und Intensivpflegestation im Spitalzentrum am KSL</i>                                                                   | – Planungsgrundlagen existieren bereits<br>– Investition notwendig (20–40 Millionen Franken)<br>– bessere Versorgungsqualität bei höherer Wirtschaftlichkeit                                                                                                                                                              | 1         |
| 304 | <i>Spitalliste und Leistungsaufträge für öffentliche und private Spitäler und Kliniken anpassen, bzw. erstellen – (Positiv-Negativ-Liste)</i>                       | – Zuständigkeit liegt beim Regierungsrat<br>– Heutige Fallzahlen wurden in den Fachgruppen zusammengestellt und sollen berücksichtigt werden.<br>– KSL soll Erstversorgungs- und Zentrumsspital sein<br>– Alle für ein Zentrum wichtigen Disziplinen müssen kompetent angeboten werden<br>– Vernetzte Leistungserbringung | 1         |
| 305 | <i>Behandlungskonzept Geriatrie in Akutspital</i><br>– Behandlungskonzepte für Akutspitäler erstellen lassen<br>– geriatrische Station prüfen<br>– inkl. Assessment | – Anstellung eines spezialisierten Teams<br>– Know-how bei medizinischem und pflegerischem Personal fördern                                                                                                                                                                                                               | 2         |



|     |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                     |   |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 306 | <i>Geriatrische Rehabilitationsstation</i><br>– Errichtung einer geriatrischen Rehabilitationsstation für Früh- und Kurzrehabilitationen inkl. Assessment (für spitalbedürftige und intensiv rehabilitationsbedürftige Patientinnen und Patienten)<br>– inkl. Assessment | – ca. 30 Betten<br>– evtl. in Haus Hirschpark<br>– Entlastung der Akutabteilung («Falschlieger»)<br>– zum Teil auch Frührehabilitation<br>– in der Regel 4 bis 10 Wochen Aufenthalt | 2 |
| 307 | <i>Geriatrische Slow-Stream-Rehabilitation</i><br>(spezielle, auf betagte Menschen angepasste Rehabilitation und Nachbehandlung von nicht mehr akut spitalbedürftigen Menschen)                                                                                          | – in 4 bis 6 regional verteilten Pflegeheimen<br>– Behandlungsdauer 2 bis 6 Monate<br>– Schnittstelle bei der Zuständigkeit Gemeinde/Kanton                                         | 1 |
| 308 | <i>Konzept Psychosomatik erarbeiten</i>                                                                                                                                                                                                                                  | Psychiatrie, Rehabilitation und Medizin gemeinsam                                                                                                                                   | 3 |
| 309 | <i>Psychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst:</i><br>Optimierung der Behandlung somatisch kranker Patientinnen und Patienten in den übrigen Kliniken, Verringerung der Diagnostik- und Hospitalisationsdauer                                                          | 2 Fachärzte KSL<br>1 Facharzt KSSW                                                                                                                                                  | 2 |
| 310 | <i>Medizinisch-psychiatrische Station</i>                                                                                                                                                                                                                                | 1 Facharzt Psychiatrie, keine neuen Ressourcen, sondern Reorganisation                                                                                                              | 3 |

#### 4. Massnahmen Medizin

| Nr. | Massnahmen                                                                                                                                                                      | Erläuterungen                                                             | Priorität |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 401 | <i>Enge Kooperation zwischen KSL und KSSW</i><br>um die Ressourcen (Patientenbetten und Personal), die Fachkompetenzen (Case load) und die Ausbildungsbedürfnisse zu optimieren | Positiv-Negativ-Liste bzw. Konzentration der Zentrumsleistungen in Luzern | 1         |
| 402 | <i>Interventionelle Kardiologie verstärken</i><br>Notfallinterventionen (Herzkatheter) müssen am Kantonsspital rund um die Uhr gewährleistet sein                               | 1 Fachärztin/-arzt zusätzlich                                             | 1         |
| 403 | <i>Kapazitäten Schlaflabor überprüfen:</i><br>(Über-)Versorgung und allfälligen Verzicht prüfen                                                                                 |                                                                           | 2         |
| 404 | <i>Hirnschlagzentrum (Stroke unit)</i><br>– gehört zur universitären Spitzenmedizin<br>– Zusammenarbeit mit Universitäten intensivieren                                         |                                                                           | 2         |

## 5. Massnahmen Chirurgie

| Nr. | Massnahmen                                                                                                                                                                                                       | Erläuterungen                                                                                      | Priorität |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 501 | <i>Enge Kooperation zwischen KSL und KSSW</i><br>um die Personalressourcen, die Fachkompetenzen (Case load) und die Ausbildungsbedürfnisse zu optimieren                                                         | Positiv-Negativ-Liste bzw. Konzentration der Zentrumsleistungen in Luzern                          | 1         |
| 502 | <i>Herzchirurgie KSL</i><br>Angebot weiterhin am KSL anbieten und Limitierung aufheben                                                                                                                           | Optimierung der personellen und infrastrukturellen Ressourcen eine Person Kardiotechnik zusätzlich | 1         |
| 503 | <i>Neurochirurgie/Neurotraumatologie</i><br>– Stärkung Neurochirurgie am KSL durch personelle und infrastrukturelle Massnahmen<br>– Neudefinition der neurochirurgischen Zusammenarbeit mit den Partnerspitälern | Prozess ist eingeleitet                                                                            | 2         |
| 504 | <i>Angebot Wirbelsäulenchirurgie überprüfen</i><br>– Überprüfen, inwiefern ein Überangebot an degenerativer Wirbelsäulenchirurgie besteht<br>– Definition Behandlungskonzept                                     |                                                                                                    | 1         |

## 6. Massnahmen Kinder und Jugendliche

| Nr. | Massnahmen                                                                                                                                            | Erläuterungen                                                                                                                          | Priorität                           |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 601 | <i>Kinderspital: Erweiterungsbau</i><br>Planung eines Erweiterungsbaus                                                                                | Bedürfnisnachweis 2001 erbracht, jedoch Neubau-projekt verworfen. Geschätzter Kostenrahmen für einen Annexbau: 20 bis 30 Mio. Franken. | 1<br>aber nach-rangig zu<br>Nr. 303 |
| 602 | <i>Kinderspital: Ausbau Neuropädiatrie</i><br>– bedarfsgerechte Ausstattung (personell und räumlich)                                                  | Zusätzlich je ein/e Ober- und ein/e Assistenzärztin/-arzt                                                                              | 2                                   |
| 603 | <i>Kinderspital: Pädiatrie/Kinderpsychiatrie ausbauen</i><br>Schaffung einer akut-psycho-somatisch-psychiatrischen Station für Kinder und Jugendliche | personelle Aufstockung im sozialpädagogischen und pflegerischen Bereich                                                                | 2                                   |
| 604 | <i>Kinderspital: Chirurgie, Orthopädie ausbauen</i><br>Schaffung einer Kaderstelle für Kinderorthopädie inkl. der entsprechenden Räumlichkeiten       | Die Kinderorthopädie wird zurzeit mit einem externen Konsiliaris sichergestellt, dessen Einsatz zeitlich limitiert ist                 | 3                                   |

## 7. Massnahmen Spezialgebiete

| Nr. | Massnahmen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Erläuterungen                                                                                                                                                                                            | Priorität |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 701 | <i>Sanitätsnotruf: Sicherheitslücken schliessen</i><br>Bei Ablösung der bestehenden Anlage sind die Sicherheitslücken zu schliessen und gleichzeitig die Integration der Sanitätsnotrufzentrale 144 in eine integrierte Notrufzentrale zusammen mit Polizei und Feuerwehr zu prüfen (unter Belassung des Rettungsdienstes am KSL).                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                          | 2         |
| 702 | <i>Rettungsdienste verstärken</i><br>Die Rettungsdienste des Kantons sind personell in die Lage zu versetzen, jederzeit den Advanced Life Support nach den Kriterien des Interverbands für Rettungswesen sicherzustellen (durch Ärzte und allenfalls Anästhesiepersonal). Die Rettungsdienste des Kantons sind mit materiellen und personellen Ressourcen auszustatten, damit auch in Zukunft unter Erhalt aller vier Standorte (Luzern/Sursee/Wolhusen/Seetal) keine Engpässe entstehen. | 8 bis 10 Stellen                                                                                                                                                                                         | 2         |
| 703 | <i>Zusammenarbeit Intensivmedizin</i><br>Zusammenarbeit der Stationen intensivieren (Konzept)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | z. B. gemeinsame Bettendisposition                                                                                                                                                                       | 2         |
| 704 | <i>Palliativmedizin verstärken</i><br>Eine Palliativstation wird aus fachlichen Gründen nicht empfohlen. Palliativmedizin gehört zu den Kernaufgaben aller Stationen. Eine multiprofessionelle Zusammenarbeit ist aber Voraussetzung.                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                          |           |
| 705 | <i>Radiologie und Schnittbildverfahren: Lücken schliessen</i><br>Versorgungsengpässe wegen fehlenden Personals und fehlender CT- und MR-Kapazität, besonders bei komplexen dringlichen oder Notfalluntersuchungen am KSL                                                                                                                                                                                                                                                                  | Ausbau am Kantonsspital ist zu prüfen.                                                                                                                                                                   | 1         |
| 706 | <i>Radiologie: Vernetzung fördern</i><br>Verbesserung der digitalen Vernetzung der Röntgeninstitute, Spitäler und Arztpraxen (höhere Verfügbarkeit der Daten und damit Verbesserung der Diagnose- und Behandlungsqualität)                                                                                                                                                                                                                                                                | In Zukunft ist mit einer weiteren Verschiebung der Indikationen in Richtung Schnittbildverfahren und damit einem zunehmenden Bedarf an radiologischem Fachpersonal und weiteren Grossgeräten zu rechnen. | 3         |

## 8. Massnahmen Psychiatrie

| Nr. | Massnahmen                                                                                                                                                                                                                                                       | Erläuterungen                                                                      | Priorität |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 801 | <i>Errichtung Adoleszentenstation</i>                                                                                                                                                                                                                            | in bestehendem Gebäude (St. Urban); Betriebsaufwand rund 1,8 Mio. Franken pro Jahr | 2         |
| 802 | <i>Psychiatrische Notfallpforte einrichten</i><br>Entlastung der medizinischen und chirurgischen Notfallstationen sowie der Zuweiser und der Polizei                                                                                                             | 1 Facharzt<br>1 Assistenzarzt<br>3 Personen Pflege                                 | 1         |
| 803 | <i>Ausbau Forensik:</i><br>– Ausbau in die Wege geleitet                                                                                                                                                                                                         | mind. 1 zusätzliche/r<br>Fachärztin/-arzt                                          |           |
| 804 | <i>Gemeindepsychiatrisches Behandlungskonzept umsetzen</i><br>Vermeidung von akut-psychiatrischen ausserkant. Hospitalisationen; bessere Triage, weniger Fehlindikationen für Hospitalisationen, schnellere Nachbetreuung, Verringerung der Hospitalisationszeit | Sowohl für PLS und PLL<br>Betriebskosten von je rund 0,7 Mio. Franken pro Jahr     | 1         |
| 805 | <i>Ausbau Ambulatorium</i><br>Ressourcen gegenüber andern Kantonen zu niedrig. Sozial-psychiatrische Leistungen müssen angeboten werden                                                                                                                          | 2 bis 3 Fachpersonen                                                               | 3         |
| 806 | <i>Kinderpsychiatrische Therapie-station errichten</i>                                                                                                                                                                                                           | Konzept existiert bereits.<br>Kosten rund 1 Mio. Franken pro Jahr                  | 2         |
| 807 | <i>Ambulatorium KJPD Standort Luzern verstärken</i><br>mangelnde personelle Ressourcen                                                                                                                                                                           | 3 Psychologinnen/Psychologen                                                       | 3         |
| 808 | <i>Nachtplätze an JPS Kriens schaffen</i><br>3 bis 5 Plätze; bessere Ausnutzung der Ressourcen                                                                                                                                                                   | 2 Stellen Sozialpädagogik                                                          | 3         |
| 809 | <i>Zweigstelle Hochdorf für KJPD aufbauen</i><br>Unterversorgung im Amt Hochdorf                                                                                                                                                                                 | 1 Psychologe                                                                       | 2         |

## 9. Massnahmen Rehabilitation

| Nr. | Massnahmen                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Erläuterungen                                                                                                                                                  | Priorität |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 901 | <i>Ambulante Neurorehabilitation ausbauen</i><br>– Erweiterung ambulante Rehabilitation/Tagesrehabilitation<br>– mehr Patientinnen und Patienten könnten ambulant behandelt werden<br>– gleichzeitig würden die äusserst engen räumlichen Verhältnisse auf der stationären Abteilung verbessert | Konzept für leer stehendes 2. UG im Haus Hirschpark existiert bereits;<br>Kosten rund 3 Mio. Franken, wovon der grösste Teil auf die Gebäudesanierung entfällt | 1         |
| 902 | <i>Pflegeplätze für junge Schwerstbehinderte schaffen</i><br>– für schwerstbehinderte Kinder nach der Rehabilitation<br>– geringe Anzahl Fälle                                                                                                                                                  | wenige Fälle; evtl. Plätze in bestehenden Institutionen sichern                                                                                                | 2         |
| 903 | <i>Muskuloskelettale Rehabilitation fördern</i><br>An Zentren mit Fachärzten für Rheumatologie Möglichkeiten für ambulante Rehabilitation schaffen, um im Anschluss an eine stationäre Akutbehandlung/Frührehabilitation die interdisziplinäre Rehabilitation weiterführen zu können            | – vermeidet stationäre Aufenthalte<br>– Strategie für zukünftige rehabilitative Versorgung                                                                     | 2         |
| 904 | <i>Wegleitung mit Indikationenliste für die Zuweisung von Patienten mit muskuloskelettalen Erkrankungen</i>                                                                                                                                                                                     | – Sofortmassnahme<br>– Berücksichtigung Klinik Adelheid auf der Spitalliste                                                                                    | 2         |
| 905 | <i>Zentralschweizerisches Rehabilitationskonzept erarbeiten</i>                                                                                                                                                                                                                                 | Ziel: gemeinsame Versorgungsmodelle                                                                                                                            | 2         |

## ZWEITER TEIL: STELLUNGNAHME DES REGIERUNGSRATES

Die folgenden Ausführungen machen wir vorbehaltlich der Erkenntnisse und Entscheide aus dem Projekt «Reform 06». In diesem Projekt wird untersucht, welche staatlichen Leistungen künftig nur noch beschränkt oder gar nicht mehr erbracht werden sollen und welche Organisationseinheiten des Kantons aufgehoben werden können. Das Projekt «Reform 06» soll eine nachhaltige Entlastung des Staatshaushaltes um insgesamt 60 Millionen Franken bewirken. Der Bericht wird voraussichtlich im Juni 2005 vorliegen.

### I. Gesamtbetrachtung

Der Bericht gibt einen guten Überblick über die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern und das Umfeld. Er zeigt auf, wo in welchem Umfang Handlungsbedarf besteht und stellt damit eine gute Entscheidungsgrundlage dar, um die Prioritäten zu setzen und zu bestimmen, wo Detailkonzepte ausgearbeitet werden sollen.

Gleichzeitig wird aufgezeigt, inwiefern noch Sparpotenzial vorhanden ist und welche Auswirkungen die verschiedenen Massnahmen haben würden. Auch hier müssen die Details in Anschlussprojekten geklärt oder näher untersucht werden. Daneben enthält der Bericht auch viele Vorschläge, die zwar für die einzelnen Institutionen wichtig sind, aber nicht auf die strategische, sondern auf die operative Ebene gehören.

Allgemein kann festgestellt werden, dass die Versorgung heute genügend und qualitativ gut ist; sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Eigentliche, grosse Versorgungslücken bestehen nicht. Vielerorts besteht aber Verbesserungspotenzial oder Handlungsbedarf aufgrund sich abzeichnender Entwicklungen.

Weil damit gerechnet werden muss, dass die Kosten für das Gesundheitswesen auch in Zukunft wesentlich rascher ansteigen werden als die übrigen Lebenshaltungskosten, wird nicht alles Wünschbare oder Machbare finanzierbar sein. Umso wichtiger ist es deshalb, die Prioritäten richtig zu setzen.

Ziel ist es, auch in Zukunft eine patientenorientierte, ausreichende und sichere Versorgung zu verantwortbaren Kosten für die ganze Bevölkerung anzubieten. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen die zur Verfügung stehenden Mittel gezielt dort eingesetzt werden, wo sie am meisten Nutzen bringen und wo der grösste Handlungsbedarf besteht.

Nachhaltige Einsparungen können nur noch mit einschneidenden Veränderungen oder Leistungsabbau erzielt werden. Auch hier braucht es deshalb klare Prioritäten. Ein Abbau soll dort ins Auge gefasst werden, wo die medizinische Versorgung am wenigsten gefährdet ist.

### II. Zusammenarbeit

#### 1. Allgemein

Durch Zusammenarbeit können Doppelspurigkeiten vermieden und Synergien genutzt werden. Die Zusammenarbeit muss deshalb intensiviert werden, und zwar auf allen Ebenen. Eine überregionale Zusammenarbeit ist nicht nur in der Zentrumsmedizin im engeren Sinn anzustreben, sondern beispielsweise auch bei Laborleistungen, Logistik, Administration, Einkauf und Materialdisposition.

#### 2. Interkantonal

Anzustreben ist eine Versorgungsregion Zentralschweiz. Der Kanton bietet deshalb den andern Zentralschweizer Kantonen eine enge Zusammenarbeit an und stimmt seine Planung mit den Nachbarkantonen ab. Denkbar sind grundsätzlich alle Formen der Zusammenarbeit, auch über die Kantonsgrenzen hinweg. Vorausgesetzt sind kostendeckende Preise.

Das Kantonsspital Luzern soll das Zentrumsspital für die Zentralschweiz und in ausgewählten Bereichen auch für andere Kantone sein (z. B. Kinderspital). Die medizinische Kompetenz und die Interdisziplinarität aller notwendigen Fachgebiete müssen deshalb am Kantonsspital gewährleistet sein.



### **3. Universitäts-, Privat- und Spezialkliniken**

Nicht die gesamte medizinische Versorgung muss aber vor Ort und vom Kanton Luzern selber angeboten werden. Aus qualitativen und wirtschaftlichen Gründen kann es durchaus sinnvoll sein, bestimmte Angebote einzukaufen. Die ausgesprochen teure Transplantationsmedizin beispielsweise und an kostenintensive Universitäts- und spezielle Forschungslabors gebundene Therapien sollen nicht von kantonalen Spitälern oder in allen Kantonen oder Regionen angeboten werden. Ähnliches gilt auch für Behandlungen, bei denen es nur wenige Patientinnen und Patienten und spezialisierte Einrichtungen gibt, wie etwa für Patientinnen und Patienten mit Epilepsie, Paraplegie oder für die stationäre Psychotherapie. Auch mit privaten Anbietern soll die Zusammenarbeit gesucht werden, wenn sie den Patientinnen und Patienten und den Steuerzahlern zugute kommt. Im Bereich der Spitzenmedizin will die GDK eine aktive Rolle bei der Koordination und Konzentration übernehmen. Der Kanton Luzern soll sich an deren Empfehlungen halten.

Ein Teil der stationären Versorgung wird von der Klinik St. Anna abgedeckt. Als Privatklinik hat sie aber zum Teil auch andere Zielsetzungen als öffentlich subventionierte Spitäler. Solange der Kanton keine Beiträge an die Klinik bezahlt, ist dies zu respektieren. Sobald aber der Kanton aufgrund des Krankenversicherungsgesetzes auch an die Klinik St. Anna Beiträge ausrichten muss, hat diese sich ebenfalls der kantonalen Gesundheitsplanung zu unterziehen. Eine bestmögliche Absprache und Abstimmung des Angebots ist bereits heute anzustreben.

### **4. Kantonale Heilanstalten**

Das Synergiepotenzial muss insbesondere auch unter und zwischen den kantonalen Spitälern und Kliniken optimiert werden. Der organisatorische Zusammenschluss der Akutspitäler einerseits und der Psychiatriezentren und des KJPD andererseits könnte diesem Ziel förderlich sein.

## **III. Steuerung und Controlling**

### **1. Angebots- und Patientensteuerung**

In bestimmten Bereichen kann mit einer Konzentration des Angebots eine bessere Qualität und Wirtschaftlichkeit erreicht werden. Beispielsweise gewinnt ein Operationsteam dadurch mehr Routine, und die teure Infrastruktur und die Vorhalteleistungen müssen nicht an verschiedenen Orten zur Verfügung gestellt werden. Das hat zur Folge, dass die Wahlfreiheit der nicht zusatzversicherten Patientinnen und Patienten eingeschränkt wird.

Bei den ausserkantonalen Hospitalisationen muss laufend überprüft werden, ob die richtigen Patientinnen und Patienten am richtigen Ort behandelt werden und ob allenfalls Verträge angepasst oder neue Verträge geschlossen werden müssen.

### **2. Förderung ambulanter Angebote**

Die Verlagerung von stationär zu ambulant soll weiter gefördert werden. Das gilt nicht nur in den Akutspitälern, sondern auch in der Psychiatrie und in der Rehabilitation. Allerdings ist insbesondere bei Letzteren darauf zu achten, dass nicht eine Mengenausweitung durch eine Angebotserweiterung entsteht. Ziel ist ein weiterer Bettenabbau in den Spitälern und Kliniken.

### **3. Aufenthaltsdauer**

Im internationalen Vergleich ist die Aufenthaltsdauer in den Spitälern und Kliniken in der Schweiz noch immer sehr hoch. Sie muss künftig auf das Notwendige beschränkt werden.<sup>15</sup> Vielfach ist die Aufenthaltsdauer zu lang, weil ein Anschlusspro-

<sup>15</sup> Als Kontrollinstrument ist beispielsweise das «Appropriateness Evaluation Protocol» geeignet, wie es teils in anderen Spitälern praktiziert wird. Damit wird pro Abteilung nachgewiesen, ob sich Patientinnen und Patienten an einem Stichtag wegen eines akuten Zustands im Spital befinden, ob während des Aufenthalts zeitliche Verzögerungen auftraten und welche Gründe allenfalls dafür verantwortlich sind.

gramm fehlt oder weil die vor allem älteren Patientinnen und Patienten zwar nicht mehr akutspitalbedürftig sind, aber weder nach Hause noch in ein Heim verlegt werden können. Dieser Schnittstelle ist deshalb besondere Beachtung zu schenken.

#### **4. Behandlungspfade und Codierung**

Es erscheint sinnvoll, für die wichtigsten Diagnosen pro Klinik Behandlungspfade zu erstellen. Dies garantiert eine bessere Qualität und erhöhte Effizienz.

Die Codierung in den kantonalen Spitälern und Kliniken muss verbessert werden. Ziel ist es – nicht zuletzt auch im Hinblick auf eine fallbezogene Rechnungsstellung – die Patientinnen und Patienten nach Diagnosecodes einzuteilen.

#### **5. Innovationscontrolling im Spital**

In den kantonalen Spitälern und Kliniken soll ein Innovationscontrolling eingeführt werden. Ein gemeinsames Fachgremium soll prüfen und bestimmen, ob und in welchem Umfang eine neue Behandlungsmethode oder ein neues Produkt eingeführt werden sollen. Die entsprechenden Entscheide müssen transparent gemacht werden, und dem Departement ist regelmässig Bericht zu erstatten (zumindest solange, als die Spitäler Dienststellen des Departementes sind). Die wichtigsten Entscheidungskriterien sind die Wirtschaftlichkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirksamkeit einer Innovation. Die kantonalen Spitäler und Kliniken sollen dabei keine Vorreiterstrategie verfolgen.

#### **6. Bewilligungspflicht für Grossgeräte**

Für die Inbetriebnahme von Grossgeräten soll eine allgemeine Bewilligungspflicht eingeführt werden (vgl. dazu die Regelung des Kantons Neuenburg im Gesundheitsgesetz.<sup>16</sup>). Damit kann das Angebot sinnvoll gesteuert werden. Denn hohe Kosten verursacht nicht in erster Linie die Anschaffung, sondern der Betrieb und das zusätzliche und medizinisch teilweise nicht notwendige Angebot. Heute hat der Kanton keinen Einfluss auf Anschaffungen von privaten Anbietern.

### **IV. Versorgungsstandard**

In den letzten Jahren wurde der Komfort in den Spitälern und Kliniken laufend ausgebaut, und immer mehr näherte sich der Komfort der Grundversicherten dem Hotelkomfort der Zusatzversicherten an (Zweierzimmer, Menüauswahl, Fernsehen usw.). Von dieser Tendenz muss abgekehrt werden. Für Grundversicherte soll die ausreichende medizinische und pflegerische Versorgung im Vordergrund stehen. Es darf und soll Unterschiede geben zwischen der Hotellerie von Grund- und Zusatzversicherten.

Was den Grundversicherten in medizinischer Hinsicht zur Verfügung steht, bestimmt der Bund. Hier hat der Kanton kaum Handlungsspielraum. Dennoch muss auch hier die Devise gelten, dass für Grundversicherte nur Leistungen angeboten werden, die aus medizinischen Gründen klar indiziert sind. Soweit es sich nicht um Notfälle handelt, ist es auch gerechtfertigt, wenn Grundversicherte länger auf einen Eingriff warten müssen als Zusatzversicherte.

<sup>16</sup> Art. 83a:

<sup>1</sup> Pour assurer la maîtrise des coûts de la santé et pour sauvegarder un intérêt public prépondérant, la mise en service d'équipements techniques lourds ou d'autres équipements de médecine de pointe, dans le domaine hospitalier ou ambulatoire, public ou privé, est soumise à l'autorisation du Conseil d'Etat sur préavis du Conseil de santé.

<sup>2</sup> Les critères et la liste des équipements soumis à autorisation sont fixés par arrêté du Conseil d'Etat, sur préavis du Conseil de santé, et sont régulièrement mis à jour.

<sup>3</sup> L'autorisation peut être subordonnée à une convention entre partenaires publics et privés.

## V. Hochbauten

Grundsätzlich ist es Aufgabe der zuständigen Departemente (GSD und FD), die Prioritäten innerhalb der zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel vorzuschlagen und zu bestimmen. Auch hier gilt, dass Prioritäten gesetzt werden müssen.

Eine hohe Priorität kommt insbesondere einer zentralen Notfall- und Intensivstation zu. Diese erlaubt nicht nur einen verbesserten Service für die Patientinnen und Patienten. Zusätzlich können auch wesentliche Einsparungen durch Nutzung von Synergien und effizientere Abläufe verwirklicht werden.

## VI. Aus- und Weiterbildung

Aus- und Weiterbildung sind sehr wichtig, um auch in Zukunft genügend und gut qualifiziertes Personal zu haben. Die Ausbildung muss sich dabei nach dem Bedarf der Wirtschaft und ihrer Betriebe richten (Spitäler, Heime, Spitex). Heute werden aber Ausbildungsstellen – insbesondere für Ärztinnen und Ärzte – nicht nach dem zukünftigen Bedarf für die medizinische Versorgung angeboten, sondern eher nach den Bedürfnissen des Spitalbetriebs. Spitalfachärztinnen und -ärzte werden noch zu wenig eingesetzt. Mit einer Verordnungsänderung haben wir deren Einsatzmöglichkeiten vor kurzem weiter vergrössert und die Attraktivität dieser Stellen gesteigert. Wir erwarten, dass deren Anzahl zunehmen wird.

Bei der Ausbildung und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte muss darauf hingewirkt werden, dass wieder mehr Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner ausgebildet werden. In diesem Bereich droht in Zukunft ein Ärztemangel, während bei den Spezialisten bereits heute eher ein (teures) Überangebot besteht.

In der Pflege ist darauf zu achten, dass die neue Berufsgruppe der Fachangestellten Gesundheit in die bestehenden Strukturen integriert wird. Mit deren sinnvollem Einsatz werden sich die verschiedenen Berufsgruppen wieder mehr auf ihre Kernkompetenzen konzentrieren können. Es braucht aber die Bereitschaft aller Beteiligten, die Kompetenzen klar aufzuteilen und zu delegieren.

## VII. Administration

Auch für die Spitäler und Kliniken gilt, dass die Administration so klein wie möglich gehalten werden soll. Andererseits ist aber auch Leistungs- und Kostentransparenz sehr wichtig. Der administrative Aufwand soll so weit wie möglich durch den Einsatz von Informatiktechnologie gering gehalten werden.

## VIII. Personalpolitik

Der Kanton Luzern will auch in Zukunft ein attraktiver und zuverlässiger Arbeitgeber bleiben und gute Rahmenbedingungen schaffen, damit die Gesundheitsversorgung im ganzen Kanton auf einem guten Niveau gewährleistet ist.

## IX. Prävention

Prävention ist zweifellos wichtig und im Interesse eines jeden Einzelnen. Das Präventionsangebot ist in der Schweiz sehr breit gefächert und kaum überschaubar. Es soll deshalb eine möglichst gute Vernetzung und Zusammenarbeit mit den bestehenden Institutionen und den zuständigen Stellen angestrebt werden. Ein entsprechendes Projekt ist in Bearbeitung.

## **X. Freipraktizierende**

Ohne die verschiedenen frei praktizierenden Medizinalpersonen und anderen Personen in der Gesundheitspflege könnte die Versorgung nicht gewährleistet werden. Deshalb sollte der Kanton die Rahmenbedingungen und die Bewilligungsvoraussetzungen so gestalten, dass es in allen Regionen attraktiv ist, Praxen zu betreiben.

Bei den frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzten droht die Gefahr, dass bestimmte ländliche Gebiete in einigen Jahren unterversorgt sein könnten. Ein besonderes Problem besteht bei der Notfallversorgung. Wir wollen deshalb die Entwicklung zusammen mit der Ärztesgesellschaft aufmerksam verfolgen und Massnahmen vorbereiten, die den Trend stoppen könnten. Denkbar wäre, zur Sicherstellung der Notfallversorgung beispielsweise die Errichtung von Stützpunkten in den Spitälern in Sursee und Wolhusen.

## **XI. Spitex**

Spitex ist ein wichtiges Glied in der Behandlungskette. Auch hier gilt der Grundsatz der Subsidiarität: Eine stationäre Behandlung oder Betreuung soll vermieden werden, solange eine ambulante Behandlung und Betreuung möglich und sinnvoll ist. Wichtig ist deshalb auch hier die gute Vernetzung der Anbieter, also insbesondere von Spitex, Spitälern, Pflegeheimen und Hausärztinnen und -ärzten. Die Zusammenarbeit muss sich sowohl auf die Akutmedizin als auch auf die Psychiatrie und die Rehabilitation erstrecken.

## **XII. Qualität**

Der Qualitätssicherung kommt mit den neuen Abgeltungssystemen (Fallpauschalen, Globalkredite) eine noch grössere Bedeutung als bisher zu. Zuständig für die Durchführung sind die einzelnen Betriebe. Qualitätssicherungssysteme sollen wenn möglich mit anderen Institutionen entwickelt oder abgestimmt werden; einerseits um Kosten zu sparen und andererseits um Vergleiche zu ermöglichen.

## **XIII. Abgrenzungen**

### **1. Totalrevision Gesundheitsgesetz**

Themen, die im Zusammenhang mit der laufenden Totalrevision des Gesundheitsgesetzes neu geregelt werden, sind nicht Bestandteil dieses Berichts, so insbesondere die alternativen Heilmethoden, die Selbstdispensation und das Bewilligungswesen.

### **2. Spitalgesetz**

Die rechtliche Verselbständigung der kantonalen Spitäler und Kliniken wird im Zusammenhang mit dem künftigen neuen Spitalgesetz zu diskutieren sein.

### **3. Pflegeheime**

Für das Angebot in Pflegeheimen besteht eine separate Planung. Wichtig ist, dass diese mit vorliegender Planung übereinstimmt.

## XIV. Zu den einzelnen vorgeschlagenen Massnahmen

### 1. Organisatorische Massnahmen

#### *a. Organisatorische und strategische Einheit KSL/KSSW (Massnahme Nr. 101)*

Der Zusammenschluss der Spitäler in Sursee und Wolhusen hat in vielerlei Hinsicht Vorteile gebracht. Insbesondere wurde die Zusammenarbeit wesentlich erleichtert. Es darf davon ausgegangen werden, dass ein Zusammenschluss des Kantonalen Spitals Sursee-Wolhusen mit dem Kantonsspital Luzern die innerkantonale Zusammenarbeit zusätzlich positiv beeinflussen und erleichtern würde. Es soll deshalb ein Detailkonzept dazu erarbeitet werden. Dabei ist auch zu prüfen, ob und wie bestimmte Angebote für eine bessere Wirtschaftlichkeit und Qualität konzentriert werden können.

#### *b. Organisatorische und strategische Einheit PLL, PLS und KJPD (Massnahme Nr. 102)*

Die heutigen organisatorischen Unterschiede zwischen den beiden Psychiatriezentren Luzern Stadt (PLS) und Luzerner Landschaft (PLL) sind nicht gerechtfertigt. Während das PLL eine eigene Dienststelle mit eigenem Budget ist, ist das PLS eine Abteilung des KSL. Eine gemeinsame Führung über beide Kliniken würde die Zusammenarbeit wesentlich erleichtern. In einem Anschlussprojekt sollen deshalb neue Organisationsformen geprüft werden. Ebenfalls zu prüfen ist, wie der KJPD in diese neue Organisationsform eingebunden werden kann.

#### *c. Zukunft der Luzerner Höhenklinik Montana (Massnahmen Nr. 201/202)*

Die vier Kantone Wallis, Genf, Bern und Luzern betreiben in Montana je eine Klinik. Die vier Kliniken weisen ähnliche Leistungsangebote vorwiegend im Bereich der Rehabilitation auf. Unsere Projektorganisation schlägt deshalb eine interkantonale Lösung in Form eines Zusammenschlusses oder einer Koordination und Angebotskonzentration der vier Kliniken vor. Falls eine solche Lösung nicht innert nützlicher Frist gefunden wird, wird von der Projektgruppe eine Schliessung der Luzerner Höhenklinik Montana (LHM) empfohlen.

Wir sind der Meinung, dass sich der Kanton Luzern von der Klinik trennen soll. Noch offen ist, in welcher Form.

Inzwischen wurde eine interkantonale Arbeitsgruppe mit Vertretungen aus den Kantonen Wallis, Genf, Bern und Luzern eingesetzt. Sie soll die Leistungsangebote und Synergiepotenziale der vier Rehabilitationskliniken erfassen. Zudem hat sie auch den Auftrag, neue Organisationsformen und Konzepte im Hinblick auf einen gemeinsamen Betrieb und neue Trägerschaftsformen vorzuschlagen. Eine Vorstudie mit Empfehlungen zuhanden der vier Kantonsregierungen wird bis Juni 2005 verfügbar sein.

#### *d. Zukunft Spital in Wolhusen/Reduktion von drei auf zwei kantonale Frauenkliniken (Massnahmen Nr. 203/204)*

Das Spital in Wolhusen soll weiterhin ein regionales Grundversorgungsspital sein. Das heisst aber nicht, dass die ganze Palette der Grundversorgung in Wolhusen angeboten werden muss. Einiges kann auch zusammen mit dem Spital in Sursee oder allein in Sursee angeboten werden. Das gleiche gilt auch umgekehrt. Auch Wolhusen kann das Zentrum für bestimmte Angebote innerhalb des KSSW sein.

In Wolhusen eine Spezialitätenklinik zu errichten, erscheint zunächst als interessante Idee, es überwiegen aber die Nachteile und Risiken. Aus finanziellen Gründen ist es jedoch unabdingbar, das Leistungsangebot auf das Notwendige zu beschränken. Die vorgeschlagene Aufgabe oder Einschränkung der Geburtshilfe und Gynäkologie bewirkt eine merkliche Einsparung und kann medizinisch verantwortet werden.

Das Einsparungspotenzial liegt vor allem darin, dass in Wolhusen keine Vorhalteleistungen mehr für die Geburtshilfe und Gynäkologie angeboten werden müssen (insbesondere Notfalldienst rund um die Uhr). Zudem kann die Infrastruktur in Sursee und Wolhusen optimal genutzt werden. Unter der Annahme, dass sich die Pflege etage und die Geburten in Wolhusen je hälftig auf Sursee und das KSL verteilen, können rund 16 Stellen eingespart werden. Insgesamt liegt damit das Einsparungspotenzial bei rund 1,6 Millionen Franken pro Jahr.

Um in Wolhusen dennoch einen Teil der Frauenheilkunde anzubieten, wäre es denkbar, dort eine Praxis für Geburtshilfe und Gynäkologie einzurichten. Die Ärztinnen und Ärzte könnten im Belegarztsystem arbeiten: im Bereich Gynäkologie zusammen mit dem Spital in Wolhusen und im Bereich Geburtshilfe zusammen mit dem Spital in Sursee.

## 2. Fachübergreifende Massnahmen

a. Die in diesem Abschnitt von der Projektgruppe vorgeschlagenen *Konzepte* sollen erarbeitet werden. Es sind dies:

- ein Versorgungskonzept ambulante Notfallversorgung (Massnahme Nr. 301): eine ausreichende Notfallversorgung für das ganze Kantonsgebiet hat oberste Priorität,
- ein Behandlungskonzept Geriatrie im Akutspital (Massnahme Nr. 305; Priorität 1),
- das Konzept für ein Weiterbildungsangebot für künftige Grundversorger (Massnahme Nr. 302; Priorität 2),
- das Konzept für Psychosomatik soll erarbeitet werden (Massnahme Nr. 308, Priorität 1).

b. *Spitalliste/Leistungsaufträge anpassen (Massnahme Nr. 304)*: Nach der Verabschiedung des Planungsberichts durch Ihren Rat ist zu prüfen, inwiefern die Spitalliste angepasst werden muss.

c. *Aufbau einer interdisziplinären Notfall- und Intensivpflegestation am Kantonsspital (Massnahme Nr. 303)*: Eine gemeinsame interdisziplinäre Notfall- und Intensivpflegestation hat Vorteile in qualitativer und in wirtschaftlicher Hinsicht. Die Kosten müssen mit den für Hochbauten zur Verfügung stehenden Mitteln (Globalbudgets für Hochbauten) finanziert werden.

d. *Geriatrische Rehabilitation: (Massnahmen Nr. 306/307)*: Die spezielle geriatrische Rehabilitation kann die Akutspitäler entlasten und wird mit der zunehmenden Alterung der Bevölkerung immer wichtiger. Für die vorgeschlagene «Slow-Stream-Rehabilitation» (spezialisierte, auf betagte Menschen angepasste Rehabilitation und Nachbehandlung von nicht mehr akutspitalbedürftigen Menschen) in ausgewählten Pflegeheimen soll deshalb zusammen mit Pflegeheimen und den Krankenversicherern möglichst bald ein Konzept erarbeitet werden. Teure Aufenthalte in Akutspitalern lassen sich damit durch kostengünstigere und bedarfsgerechtere Behandlungen in Pflegeheimen ersetzen.

Auch die geriatrische Rehabilitationsstation ist ein wichtiges Anliegen. Wegen des relativ hohen Investitionsbedarfs ist sie wie vorgeschlagen erst in dritter Priorität zu behandeln.

e. *Psychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst und medizinisch-psychiatrische Station (Massnahmen Nr. 309/310)*: Eine enge Zusammenarbeit zwischen der somatischen und der psychosomatischen Medizin ist sehr wichtig und muss gewährleistet sein. Dies intern zu organisieren und zu garantieren ist Aufgabe der Spitalleitungen.

## 3. Massnahmen Medizin

a. *Enge Kooperation KSL und KSSW (Massnahme Nr. 401)*: Die Kooperation ist unabdingbar und muss intensiviert werden. Andererseits sind die Spitäler nicht frei, bestimmte Angebote von sich aus in bestimmten Spitalern nicht mehr anzubieten. Eine ausreichende Grundversorgung muss im ganzen Kantonsgebiet gewährleistet sein. Die vorgeschlagene Zusammenführung der beiden Akutspitäler zu einer organisatorischen und strategischen Einheit vereinfacht die optimale Koordination und Zusammenarbeit.

Eine Auflistung, welche Untersuchungen, Behandlungen und Eingriffe wo gemacht bzw. nicht gemacht werden (Positiv-Negativ-Liste), ist sinnvoll, und zwar nicht nur in der Medizin. Sie soll für alle Spitäler und Kliniken, inklusive nicht kantonseigener Institutionen, denen der Kanton Beiträge zahlt, erstellt werden.

b. *Verstärkung interventionelle Kardiologie am Kantonsspital (Massnahme Nr. 402)*: Dies intern zu organisieren und zu garantieren ist Aufgabe der Spitalleitungen.

c. *Kapazitäten Schlaflabor überprüfen (Massnahme Nr. 403)*: Dies ist auch im Hinblick auf die Zukunft der Luzerner Höhenklinik Montana wichtig. Die heutigen Kapazitäten sind zu gross.

d. *Stroke unit (Hirnschlagzentrum; Massnahme Nr. 404)*: Die Zusammenarbeit mit Universitätskliniken ist allenfalls zu intensivieren. Dies ist Aufgabe der Spitalleitungen. Im Kanton Luzern ist kein eigenes Angebot vorzusehen.



## 4. Massnahmen Chirurgie

*a. Enge Kooperation KSL und KSSW (Massnahme Nr. 501):* Die Kooperation ist unabdingbar und muss noch intensiviert werden. Andererseits sind die Spitäler aber nicht frei darin, ihre Angebote von sich aus einzuschränken. Eine ausreichende Grundversorgung muss im ganzen Kantonsgebiet gewährleistet sein. Die vorgeschlagene Zusammenführung der beiden Akutspitäler zu einer organisatorischen und strategischen Einheit vereinfacht die optimale Koordination und Zusammenarbeit.

Eine Auflistung, welche Untersuchungen, Behandlungen und Eingriffe gemacht bzw. nicht gemacht werden (Positiv-Negativ-Liste), ist sinnvoll, und zwar nicht nur in der Chirurgie. Sie soll für alle Spitäler und Kliniken, inklusive nicht kantonseigener Institutionen, denen der Kanton Beiträge zahlt, gemacht werden.

*b. Herzchirurgie (Massnahme Nr. 502):* Seit der Einführung der delegierten Herzchirurgie sind zehn Jahre vergangen. Inzwischen hat sich einiges verändert, sowohl beim Angebot als auch bei den Behandlungsmöglichkeiten. Die bisherige Lösung soll deshalb evaluiert und allenfalls sollen neue Vorschläge gemacht werden.

*c. Überprüfung neurochirurgisches Angebot (Massnahmen Nr. 503/504):* Gleichzeitig mit der Wahl eines Leitenden Arztes im KSL haben wir den Auftrag erteilt, ein neues Versorgungskonzept zu erarbeiten. Das Angebot Wirbelsäulenchirurgie gehört ebenfalls dazu.

## 5. Massnahmen Kinder und Jugendliche

*a. Erweiterungsbau Kinderspital (Massnahme Nr. 601):* Die Kosten müssen mit den für Hochbauten zur Verfügung stehenden Mitteln finanziert werden. Das Kinderspital soll weiterhin die Zentrumsversorgung für die Zentralschweiz und allenfalls weitere Kantone anbieten, aber keinen universitären Standard anstreben.

*b. Ausbau Neuropädiatrie, Kinderpsychiatrie (akut-psychosomatisch-psychiatrische Station) und Ausbau Orthopädie (Massnahmen Nr. 602/603/604):* Es ist Aufgabe der Spitalleitungen, dies intern zu organisieren und zu garantieren.

## 6. Massnahmen Spezialgebiete

*a. Sanitätsnotruf, Sicherheitslücke schliessen (Massnahme Nr. 701):* Bei der Ablösung der bestehenden Anlage müssen alle Optionen geprüft werden.

*Rettungsdienst verstärken (Massnahme Nr. 702):* Der Rettungsdienst ist heute im ganzen Kanton gewährleistet. Dieser Standard soll deshalb beibehalten werden. Dies intern zu organisieren und zu garantieren ist Aufgabe der Spitalleitung.

*b. Zusammenarbeit Intensivmedizin (Massnahme Nr. 703):* Für eine verbesserte Zusammenarbeit soll ein Konzept erarbeitet werden. Dabei sind auch die Intensivpflegebetten von nicht-kantonalen Spitälern miteinzubeziehen.

*c. Palliativmedizin verstärken (Massnahme Nr. 704):* Eine eigene Station wird aus fachlichen Gründen abgelehnt. Die Thematik wird aber immer wichtiger. Es muss ihr deshalb die notwendige Beachtung in den Spitälern geschenkt werden.

*d. Radiologie, Lücken schliessen (Massnahmen Nr. 705/706):* Lücken im Angebot müssen geschlossen werden. In einem Konzept sollen die Angebotslücken aufgezeigt werden. Dabei ist auch zu prüfen, wieweit nicht kantonseigene Anlagen miteinbezogen werden können. In diesem Zusammenhang ist auch die bessere Vernetzung zu prüfen.

## 7. Massnahmen Psychiatrie

*a. Errichtung Adoleszentenstation (Massnahme Nr. 801):* Das Anliegen ist wichtig, sollte aber kostenneutral innerhalb des Budgets umgesetzt werden können.

*b. Notfallpforte einrichten (Massnahme Nr. 802):* Das Anliegen soll gemeinsam mit dem Projekt «gemeinsame interdisziplinäre Notfall- und Intensivpflegestation» geprüft werden.

c. *Ausbau Forensik (Massnahme Nr. 803)*: Ein Projektauftrag ist bereits erteilt.

d. *Gemeindepsychiatrisches Behandlungskonzept (Massnahme Nr. 804)*: Das vorgeschlagene Modell ist interessant und soll weiterverfolgt werden. Die Verstärkung im ambulanten Bereich muss aber eine Verringerung der stationären (inner- oder ausserkantonalen) Aufenthalte bewirken und deshalb kostenneutral sein. Vor der Einführung sollte zuerst ein Pilotprojekt gestartet werden, wobei auch die Versicherer in die Finanzierung miteinzubeziehen sind.

e. *Ausbau Ambulatorium, Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Luzern verstärken, Nachtplätze in der jugendpsychiatrischen Therapiestation Kriens schaffen (Massnahmen Nr. 805/807/808)*: Das Anliegen ist wünschbar, aber bei der gegenwärtigen angespannten Finanzlage nicht finanzierbar (Priorität 3).

f. *Kinderpsychiatrische Therapiestation und Zweigstelle Hochdorf für KJPD aufbauen (Massnahmen Nr. 806/807)*: Das Anliegen ist wünschbar, bei der gegenwärtigen angespannten Finanzlage aber nicht finanzierbar (Priorität 3).

## 8. Massnahmen Rehabilitation

a. *Ambulante Neurorehabilitation ausbauen (Massnahme Nr. 901)*: Die Förderung ambulanter Angebote ist sinnvoll, um stationäre Behandlungen zu vermeiden. Der Ausbau im Haus Hirschpark muss innerhalb des Globalbudgets für Hochbauten geplant werden. Bei der Neurorehabilitation besteht heute eher eine Unterversorgung. Eine wohnortsnahe Behandlung ist sinnvoll.

b. *Schaffung Pflegeplätze für junge Schwerbehinderte (Massnahme Nr. 902)*: Das Anliegen ist wünschbar, bei der gegenwärtigen angespannten Finanzlage aber nicht vordringlich (Priorität 2).

c. *Förderung muskuloskelettale Rehabilitation (Massnahme Nr. 903)*: Eine frühzeitige und ambulante Rehabilitation ist sinnvoll und sollte gefördert werden. Die vorgeschlagene Strategie ist richtig und sollte auch im Zusammenhang mit einer allfälligen Angebotserweiterung der Orthopädie in Wolhusen geprüft werden.

d. *Wegleitung mit Indikationsliste für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten mit muskuloskelettalen Erkrankungen (Massnahme Nr. 904)*: Die Wegleitung soll möglichst bald im Zusammenhang mit den ausserkantonalen Hospitalisationen erstellt werden.

e. *Zentralschweizerisches Rehabilitationskonzept (Massnahme Nr. 905)*: Vordringlich ist zurzeit das Projekt Luzerner Höhenklinik Montana.

## XV. Tabellarische Übersicht über die Massnahmen

|    |                                                               |
|----|---------------------------------------------------------------|
| A  | Anschlussprojekt/Detailprojekt (verantwortlich)               |
| D  | Daueraufgabe                                                  |
| SL | Spitalleitung; SL/GSD Spitalleitung in Zusammenarbeit mit GSD |
| Op | Operativ: Kompetenz Spitalleitung                             |
| P1 | Start innert eines Jahres                                     |
| P2 | Start innert zwei Jahren                                      |
| P3 | Start später                                                  |

Bei Massnahmen mit Priorität 1 sind jeweils Kostenschätzungen angegeben.

| Nr.                                 | Projekt/Massnahme                                                                                                                                                                                                                                        | Art | verantwortlich | Priorität |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------|-----------|
| <i>Allgemeine Massnahmen</i>        |                                                                                                                                                                                                                                                          |     |                |           |
| 0.1                                 | Zusammenarbeit auf allen Ebenen                                                                                                                                                                                                                          | D   | SL/GSD         |           |
| 0.2                                 | Evaluation ausserkantonale Hospitalisationen                                                                                                                                                                                                             | D   | GSD            |           |
| 0.3                                 | Förderung ambulanter Angebote/Bettenabbau                                                                                                                                                                                                                | D   | SL/GSD         |           |
| 0.4                                 | Senkung Aufenthaltsdauer                                                                                                                                                                                                                                 | D   | SL/GSD         |           |
| 0.5                                 | Behandlungspfade ausarbeiten, Codierung verbessern, Diagnoseklassifizierungssystem (DRG) einführen.<br>Kosten: Für die Codierung nach DRG braucht es 1 Person im KSSW (bereits gewählt) und 4 Personen im KSL.                                           | A   | SL/GSD         | 1/2       |
| 0.6                                 | Innovationscontrolling im Spital einführen.<br>Kosten: der Aufwand kann gering gehalten werden und muss durch Einsparungen bald wettgemacht sein.                                                                                                        | A   | SL/GSD         | 1         |
| 0.7                                 | Bewilligungspflicht für Grossgeräte;<br>Kosten: geringer Aufwand                                                                                                                                                                                         | A   | GSD            | 1         |
| 0.8                                 | Versorgungsstandards auf das medizinisch notwendige senken/nicht weiter anwachsen lassen                                                                                                                                                                 | D   | SL/GSD         |           |
| 0.9                                 | Aus- und Weiterbildung: bedarfsgerechtes Angebot                                                                                                                                                                                                         | D   | SL/GSD         |           |
| <i>Organisatorische Massnahmen</i>  |                                                                                                                                                                                                                                                          |     |                |           |
| 101                                 | Organisatorische und strategische Einheit KSL/KSSW<br>Kosten: Mittel- und langfristig müssen Kosteneinsparungen resultieren.                                                                                                                             | A   | GSD            | 1         |
| 102                                 | Organisatorische und strategische Einheit Psychiatriezentrum Luzerner Landschaft (PLL)/ Psychiatriezentrum Luzern-Stadt (PLS)/ Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst (KJPD)<br>Kosten: Mittel- und langfristig müssen Kosteneinsparungen resultieren. | A   | GSD            | 1         |
| 201                                 | Trennung von der Luzerner Höhenklinik                                                                                                                                                                                                                    | A   | GSD            | 1         |
| 202                                 | Montana<br>Kosten: Mittel- und langfristig müssen Einsparungen resultieren. Die Umsetzungskosten hängen von der gewählten Lösung ab.                                                                                                                     |     |                |           |
| 203                                 | KSSW Wolhusen: Einschränkung des Angebots                                                                                                                                                                                                                | A   | GSD/SL         | 1         |
| 204                                 | Geburtshilfe/Gynäkologie<br>Einsparung: ca. 1,6 Millionen Franken pro Jahr                                                                                                                                                                               |     |                |           |
| <i>Fachübergreifende Massnahmen</i> |                                                                                                                                                                                                                                                          |     |                |           |
| 301                                 | Versorgungskonzept ambulante Notfallversorgung<br>Kosten: alles muss weitgehend kostenneutral sein.                                                                                                                                                      | A   | GSD/Ärzteges.  | 1         |
| 302                                 | Konzept Weiterbildungsangebot für künftige Grundversorger/-innen                                                                                                                                                                                         | A   | GSD            | 2         |
| 303                                 | Aufbau einer interdisziplinären Notfall- und Intensivpflegestation am Kantonsspital<br>Investitionskosten 20 bis 40 Millionen Franken; danach höhere Wirtschaftlichkeit und Qualität                                                                     | A   | SL/GSD         | 1         |
| 304                                 | Spitalliste/Leistungsaufträge<br>Positiv-Negativ-Liste für alle Spitäler erstellen<br>Kosten: kaum                                                                                                                                                       | A   | GSD            | 1         |
| 305                                 | Behandlungskonzept Geriatrie im Akutspital<br>Kosten: muss weitgehend kostenneutral sein                                                                                                                                                                 | A   | SL/GSD         | 1         |
| 306                                 | geriatriische Rehabilitationsstation                                                                                                                                                                                                                     | A   | GSD            | 3         |
| 307                                 | Spezialisierte Rehabilitation und Nachbehandlung in ausgewählten Pflegeheimen<br>Kosten: Insgesamt müssen Kosten eingespart werden; problematisch ist eher die Kostenverteilung.                                                                         | A   | GSD            | 1         |
| 308                                 | Konzept Psychosomatik<br>Kosten: keine                                                                                                                                                                                                                   | A   | GSD/PLL/PLS    | 1         |
| 309                                 | Verstärkung psychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst                                                                                                                                                                                                 | Op  | SL             |           |
| 310                                 | Medizinisch-psychiatrische Klinik durch Reorganisation                                                                                                                                                                                                   | Op  | SL             |           |

| Nr.                                      | Projekt/Massnahme                                                                                                    | Art | verantwortlich | Priorität |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------|-----------|
| <i>Massnahmen Medizin</i>                |                                                                                                                      |     |                |           |
| 401                                      | Enge Kooperation KSL und KSSW                                                                                        | D   | SL/GSD         |           |
| 402                                      | Verstärkung interventionelle Kardiologie am Kantonsspital                                                            | Op  | SL             |           |
| 403                                      | Kapazitäten Schlaflabor überprüfen<br>Kosten: keine                                                                  | A   | GSD            | 1         |
| 404                                      | Hirnschlag-Zentrum: Zusammenarbeit mit Universitätsspital                                                            | Op  | SL             |           |
| <i>Massnahmen Chirurgie</i>              |                                                                                                                      |     |                |           |
| 501                                      | Enge Kooperation KSL und KSSW                                                                                        | Op  | SL             |           |
| 502                                      | Herzchirurgie am Kantonsspital: Evaluation des Angebots und neues Konzept erarbeiten                                 | A   | GSD/SL         | 2         |
| 503                                      | Neurochirurgie/Wirbelsäulenchirurgie:                                                                                | A   | GSD/SL         | 1         |
| 504                                      | Angebot überprüfen<br>Kosten: keine                                                                                  |     |                |           |
| <i>Massnahmen Kinder und Jugendliche</i> |                                                                                                                      |     |                |           |
| 601                                      | Erweiterungsbau Kinderspital<br>Kosten: 20 bis 30 Millionen Franken für einen Annexbau                               | A   | GSD/SL         | 1/2       |
| 602                                      | Ausbau Neuropädiatrie, Kinderpsychiatrie                                                                             | Op  | SL             |           |
| 603                                      | (akut-psychosomatisch-psychiatrische Station)                                                                        |     |                |           |
| 604                                      | und Orthopädie                                                                                                       |     |                |           |
| <i>Massnahmen Spezialgebiete</i>         |                                                                                                                      |     |                |           |
| 701                                      | Sanitätsnotruf: Allfällige Lücken schliessen bei Ersatz                                                              | A   | SL/GSD         | 3         |
| 702                                      | Rettungsdienst verstärken                                                                                            | Op  | SL             |           |
| 703                                      | Zusammenarbeit Intensivmedizin überprüfen/verstärken                                                                 | A   | GSD/SL         | 2         |
| 704                                      | Palliativmedizin verstärken                                                                                          | Op  | SL             |           |
| 705                                      | Radiologie: Lücken schliessen, bessere                                                                               | A   | GSD/SL         | 2/3       |
| 706                                      | Vernetzung                                                                                                           |     |                |           |
| <i>Massnahmen Psychiatrie</i>            |                                                                                                                      |     |                |           |
| 801                                      | Errichtung Adoleszentenstation                                                                                       | A   | SL/GSD         | 2/3       |
| 802                                      | Notfallpforte                                                                                                        | A   | SL/GSD         | 2         |
| 803                                      | Ausbau Forensik<br>Kostenneutrale Umsetzung                                                                          | A   | JSD/GSD        | 1         |
| 804                                      | Gemeindepsychiatrisches Behandlungskonzept                                                                           | A   | SL/GSD         | 2         |
| 805                                      | Ausbau Ambulatorium, KJPD Luzern, Jugend-                                                                            | A   | GSD/SL         | 3         |
| 808                                      | psychiatrische Therapiestation Kriens (Nachtplätze)                                                                  |     |                |           |
| 806                                      | Kinderpsychiatrische Therapiestation und                                                                             | A   | GSD/SL         | 3         |
| 807                                      | Zweigstelle Hochdorf für KJPD                                                                                        |     |                |           |
| 809                                      |                                                                                                                      |     |                |           |
| <i>Massnahmen Rehabilitation</i>         |                                                                                                                      |     |                |           |
| 901                                      | Ambulante Neurorehabilitation ausbauen<br>Kosten: ca. 3 Millionen Franken (wovon der grösste Teil Gebäudesanierung)  | A   | GSD/SL         | 1         |
| 902                                      | Pflegeplätze für junge Schwerbehinderte                                                                              | A   | GSD/SL         | 2         |
| 903                                      | Förderung muskuloskelettale Rehabilitation<br>Kosten: kaum; verhindert stationäre Aufenthalte                        | A/D | GSD/SL         | 1/2       |
| 904                                      | Wegleitung mit Indikationsliste für die Zuweisung von Patienten mit muskuloskelettalen Erkrankungen<br>Kosten: keine | A   | GSD            | 1/2       |
| 905                                      | Zentralschweizerisches Rehabilitationskonzept                                                                        | A   | GSD            | 2         |

## **XVI. Antrag**

Wir beantragen Ihnen, sehr geehrte Frau Präsidentin, sehr geehrte Damen und Herren, vom vorliegenden Planungsbericht über die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern Kenntnis zu nehmen.

Luzern, 4. März 2005

Im Namen des Regierungsrates  
Der Schultheiss: Max Pfister  
Der Staatsschreiber: Viktor Baumeler

# **Grossratsbeschluss zum Planungsbericht über die Gesundheits- versorgung im Kanton Luzern**

vom

*Der Grosse Rat des Kantons Luzern,*

nach Einsicht in die Botschaft des Regierungsrates vom 4. März 2005,

*beschliesst:*

1. Vom Planungsbericht über die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern wird Kenntnis genommen.
2. Der Grossratsbeschluss ist zu veröffentlichen.

Luzern,

Im Namen des Grossen Rates

Die Präsidentin:

Der Staatsschreiber:



## Anhänge

### Definitionen und Abkürzungen

|                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Adoleszenz</i>                               | Lebensphase zwischen Kindheit und Erwachsenenleben                                                                                                                                                                                                           |
| <i>Allergologie</i>                             | Lehre von den Allergien                                                                                                                                                                                                                                      |
| <i>Anästhesie</i><br>( <i>Anästhesiologie</i> ) | Lehre von der Schmerzausschaltung durch Narkose, Rückenmarks-, Leitungs- und Lokalanästhesie.<br>Unempfindlichkeit gegenüber Schmerz- und anderen Empfindungen.                                                                                              |
| <i>akutkrank</i>                                | Zustand, in dem man sich nicht in völliger körperlicher und geistiger Gesundheit befindet und kurzfristiger ärztlicher und pflegerischer Betreuung bedarf, die weniger als 30 Tage dauert.                                                                   |
| <i>Altersheim</i>                               | Heim, das für langfristige Unterkunft und Verpflegung leicht behinderter, älterer Menschen eingerichtet ist, deren Gesundheitszustand aber in der Regel nur gelegentlich Krankenpflege und ärztliche Behandlung erfordert.                                   |
| <i>Ambulatorium</i>                             | Medizinische Einrichtung für Patientinnen und Patienten, die nicht hospitalisiert werden müssen, zur Untersuchung, Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation, präventiv-medizinischer Beratung usw.                                                             |
| <i>Angiologie</i>                               | Lehre von den Blut- und den Lymphgefässen                                                                                                                                                                                                                    |
| <i>Assessment</i>                               | Beurteilung verschiedener Aspekte in einen Kontext bringen                                                                                                                                                                                                   |
| <i>Belegärztin/-arzt</i>                        | Ärztin oder Arzt, die oder der Patientinnen und Patienten seiner Privatpraxis im Spital, mit dem sie oder er einen Vertrag abgeschlossen hat, selbst behandelt, wozu ihr oder ihm die Einrichtungen des Spitals zur Verfügung stehen.                        |
| <i>Benchmark</i>                                | Vergleich (meist von Kennzahlen von Mitbewerbern in einem definierten Markt für Dienstleistungen oder Produkte)                                                                                                                                              |
| <i>BAG</i>                                      | Bundesamt für Gesundheit                                                                                                                                                                                                                                     |
| <i>BSV</i>                                      | Bundesamt für Sozialversicherung                                                                                                                                                                                                                             |
| <i>Case load</i>                                | Fallzahl, Fallbelastung, Anzahl durchgeführter Behandlungen                                                                                                                                                                                                  |
| <i>Chefärztin/-arzt</i>                         | Chefin oder Chef einer Klinik, einer Abteilung oder eines Instituts, die oder der in fachlicher und organisatorischer Hinsicht die oberste Verantwortung trägt                                                                                               |
| <i>chronischkrank</i>                           | unheilbar krank, in Dauerbehandlung                                                                                                                                                                                                                          |
| <i>Computer-Tomographie</i>                     | (CT) röntgendiagnostisches, computergestütztes bildgebendes Verfahren nach dem Prinzip des Schichtaufnahmeverfahrens.                                                                                                                                        |
| <i>Dermatologie</i>                             | Fachgebiet der Medizin, das sich mit den Erkrankungen der Haut und der Schleimhäute sowie mit der Therapie dieser Veränderungen befasst.                                                                                                                     |
| <i>Dialyse</i>                                  | Nierenersatzverfahren, das entweder eine «künstliche Niere» oder – im Fall der «Bauchdialyse» – körpereigene Trennmembranen (Bauchfell) verwendet.                                                                                                           |
| <i>Digitale Subtraktionsangiographie</i>        | Spezielle Röntgenkontrastdarstellung der Blutgefässe: von digital gespeicherten Gefässdarstellungen werden durch elektronische Datenverarbeitung die Leeraufnahmen «subtrahiert». Dies bedeutet verbesserte Bildgebung und verminderte Kontrastmittelmengen. |
| <i>Dignität</i>                                 | Wertigkeit (z. B. eines Tumors, gut- oder bösartig)                                                                                                                                                                                                          |
| <i>Dilatation</i>                               | Erweiterung; z. B. der Pupille. Therapie zur Erweiterung verengter Gefässe (Herzdilatation).                                                                                                                                                                 |
| <i>DRG</i>                                      | Patientenklassifikationssystem: Diagnosis Related Groups (AP-DRG: All Patient DRG);                                                                                                                                                                          |
| <i>EDI</i>                                      | Eidgenössisches Departement des Innern                                                                                                                                                                                                                       |

|                              |                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>elektiv</i>               | auswählend, ausgewählt. Meist verwendet als «elektiver Eingriff» (Wahleingriff, geplanter Eingriff), was ein geplanter, operativer Eingriff bedeutet, mit frei ausgewähltem Termin.                                            |
| <i>Endokrinologie</i>        | Lehre von der Funktion und den Störungen der inneren Drüsen und von den Hormonen                                                                                                                                               |
| <i>FAGE</i>                  | Fachangestellte/r Gesundheit                                                                                                                                                                                                   |
| <i>Forensik</i>              | hier: Gerichtspsychiatrie                                                                                                                                                                                                      |
| <i>Gastroenterologie</i>     | Lehre von der Anatomie, Physiologie und Pathologie des Verdauungssystems                                                                                                                                                       |
| <i>GDK</i>                   | Gesundheitsdirektorenkonferenz                                                                                                                                                                                                 |
| <i>Geriatric</i>             | Altersheilkunde                                                                                                                                                                                                                |
| <i>Gerontologie</i>          | Altersforschung                                                                                                                                                                                                                |
| <i>Gynäkologie</i>           | Frauenheilkunde                                                                                                                                                                                                                |
| <i>Hämatologie</i>           | Lehre von den Erkrankungen des Blutes und des Knochenmarkes                                                                                                                                                                    |
| <i>Histologie</i>            | Lehre von den Geweben des Körpers                                                                                                                                                                                              |
| <i>Hypophyse</i>             | Hirnanhangsdrüse                                                                                                                                                                                                               |
| <i>IPS</i>                   | Intensivpflegestation                                                                                                                                                                                                          |
| <i>IMC</i>                   | Intermediate Care Station: Spitalabteilung mit einer im Vergleich zu einer normalen Spitalabteilung intensiveren Patientenüberwachung. Im Gegensatz zur Intensivmedizin keine Organersatztherapien und keine Beatmung.         |
| <i>Intensivpflege</i>        | Pflege in lebensbedrohlicher Situation, verbunden mit kontinuierlicher Überwachung, unter Einsatz einer Vielzahl diagnostischer und therapeutischer, medikamentöser und apparativer Massnahmen. Besonders hoher Pflegeaufwand. |
| <i>IT</i>                    | Informatiktechnologie                                                                                                                                                                                                          |
| <i>Intensivstation</i>       | Spitalabteilung, in der Intensivbehandlungen durch Ärzte und besonders geschultes Pflegepersonal durchgeführt werden.                                                                                                          |
| <i>Interdisziplinarität</i>  | Zusammenarbeit mehrerer (medizinischer) Disziplinen                                                                                                                                                                            |
| <i>Interruptio</i>           | Unterbrechung (im med. Kontext: Schwangerschaftsabbruch)                                                                                                                                                                       |
| <i>Intoxikation</i>          | Vergiftung                                                                                                                                                                                                                     |
| <i>invasiv</i>               | invasives Wachstum: in die Gewebe eindringendes Wachstum, invasive Diagnostik: Diagnostik unter Verletzung der Körperintegrität (Herzkatheter, Leberpunktion usw.)                                                             |
| <i>IVR</i>                   | Interverband für Rettungswesen                                                                                                                                                                                                 |
| <i>Kardiologie</i>           | Lehre vom Herzen und seinen Erkrankungen                                                                                                                                                                                       |
| <i>Kardiotechniker</i>       | Berufsbezeichnung für eine Fachperson, die bei herzchirurgischen Eingriffen die Herz-Lungen-Maschine bedient.                                                                                                                  |
| <i>kardiovaskulär</i>        | auf den Herzkreislauf bezogen                                                                                                                                                                                                  |
| <i>KJPD</i>                  | Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst                                                                                                                                                                                       |
| <i>Konsiliarärztin/-arzt</i> | Spezialärztin oder -arzt, die oder der dem Spital und innerhalb des Spitals einem Departement oder einer Abteilung für eine ganz bestimmte ärztliche Tätigkeit nebenamtlich zur Verfügung steht.                               |
| <i>konsiliarisch</i>         | im Rahmen einer beratenden Tätigkeit                                                                                                                                                                                           |
| <i>Koronarchirurgie</i>      | Chirurgie der Herzkranzgefässe                                                                                                                                                                                                 |
| <i>KSL</i>                   | Kantonsspital Luzern                                                                                                                                                                                                           |
| <i>KSSW</i>                  | Kantonales Spital Sursee-Wolhusen                                                                                                                                                                                              |
| <i>KVG</i>                   | Bundesgesetz über die Krankenversicherung                                                                                                                                                                                      |
| <i>LAK</i>                   | Luzerner Altersheimleiter und -leiterinnen Konferenz                                                                                                                                                                           |

|                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Leitende Ärztin/<br/>Leitender Arzt</i> | Person, der in einem grösseren Spital unter administrativer Aufsicht eines Chefarztes die Leitung einer Spitalabteilung oder eines Spezialbereichs in fachlicher und organisatorischer Hinsicht übertragen ist.                                                                                                                                         |
| <i>LHM</i>                                 | Luzerner Höhenklinik Montana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <i>Liquor</i>                              | Flüssigkeit; meist ist die Gehirn-/Rückenmarkflüssigkeit (liquor cerebrospinalis) gemeint.                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <i>Mammographie</i>                        | Aufnahme der weiblichen Brust mit einer besonderen Technik (meist Rastertechnik)                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <i>Mammachirurgie</i>                      | Chirurgie an der weiblichen Brustdrüse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <i>médecin adjoint</i>                     | Ärztin oder Arzt, die oder der in einem vertraglich fest umschriebenen Aufgabenbereich am Spital tätig ist, aber zugleich eine eigene Praxis führt.                                                                                                                                                                                                     |
| <i>Morbidität</i>                          | statistischer Begriff, der die Häufigkeit der Erkrankung bei bestimmten Personen in einem bestimmten Zeitraum erfasst.                                                                                                                                                                                                                                  |
| <i>MRI</i>                                 | magnetic resonance imaging = Kernspinresonanztomographie (auch NMR- oder MR-Tomographie). Bildgebende Methode unter Ausnutzung von Magnetfeldern und Radiowellen zur computertechnischen Erstellung von Schichtaufnahmen verschiedenster Körperteile.                                                                                                   |
| <i>Multimorbidität</i>                     | gleichzeitiges Bestehen von mehreren Krankheiten                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <i>muskuloskelettal</i>                    | bezogen auf Muskeln und Skelett                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <i>Nachsorge</i>                           | Sie stellt entweder einen Übergang zwischen Spitalaufenthalt und Rückkehr in den Alltag dar oder aber eine temporäre Therapiemassnahme, in deren Rahmen der Patient «aus dem Alltag genommen wird», ohne streng genommen spitalbedürftig zu sein. Die medizinische Nachsorge ist damit entweder ein verlängerter Arm des Spitals oder ein Spitalersatz. |
| <i>Nephrologie</i>                         | Lehre von den Nierenkrankheiten                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <i>Neonatologie</i>                        | Lehre von den Erkrankungen Neugeborener                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <i>Neugeborene</i>                         | Kinder bis zum Alter von 28 Tagen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <i>Neurochirurgie</i>                      | Chirurgisches Fachgebiet, das sich mit der Diagnose und der operativen Behandlung von Erkrankungen des peripheren und des zentralen Nervensystems befasst.                                                                                                                                                                                              |
| <i>Neuroradiologie</i>                     | Radiologisches Spezialgebiet, das sich mit der bildgebenden Darstellung von Hirn und Rückenmark befasst.                                                                                                                                                                                                                                                |
| <i>Neurologie</i>                          | Diagnostik, nicht-operative Therapie, Rehabilitation und Begutachtung von Erkrankungen des zentralen, des peripheren und des vegetativen Nervensystems.                                                                                                                                                                                                 |
| <i>Neurotraumatologie</i>                  | Spezialgebiet der operativen Behandlung von Verletzungen des zentralen und des peripheren Nervensystems.                                                                                                                                                                                                                                                |
| <i>Nuklearmedizin</i>                      | medizinisches Fachgebiet, das die Anwendung radioaktiver Nuklide (Isotopen) zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken umfasst.                                                                                                                                                                                                                      |
| <i>Oberärztin/-arzt</i>                    | Organisatorisch und fachlich einem Chefarzt oder einer Leitenden Ärztin unterstellte Ärztin bzw. Arzt mit teilweiser Eigenverantwortung, die oder der sich in fortgeschrittener Weiterbildung befindet.                                                                                                                                                 |
| <i>OKP</i>                                 | obligatorische Krankenpflegeversicherung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <i>Onkologie</i>                           | Teilgebiet der Inneren Medizin, das sich mit der Entstehung und Behandlung von Tumoren und tumorbedingten Krankheiten beschäftigt.                                                                                                                                                                                                                      |
| <i>Ophthalmologie</i>                      | Augenheilkunde                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <i>OPS</i>                                 | Operationssaalbereich                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <i>Orthopädie</i>                          | Fachgebiet der Medizin, das sich mit der Entstehung, Verhütung und Behandlung angeborener oder erworbener Störungen und Anomalien des Stütz- und Bewegungsapparates befasst.                                                                                                                                                                            |

|                                                         |                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Outcome</i>                                          | (Behandlungs-)Ergebnis im weitesten Sinn                                                                                                                                                        |
| <i>Pädiatrie</i>                                        | Kinderheilkunde                                                                                                                                                                                 |
| <i>Paraplegie</i>                                       | Vollständige Lähmung zweier symmetrischer Extremitäten                                                                                                                                          |
| <i>Pathologie</i>                                       | Lehre von der Entstehung, den Ursachen, der Grob- und Feinstruktur und den Erscheinungsformen krankhafter Veränderungen des Organismus.                                                         |
| <i>Perinatalogie</i>                                    | Neugeborenenheilkunde                                                                                                                                                                           |
| <i>auf Pikett</i>                                       | in Bereitschaft verfügbar                                                                                                                                                                       |
| <i>PLS</i>                                              | Psychiatriezentrum Luzern-Stadt                                                                                                                                                                 |
| <i>PLL</i>                                              | Psychiatriezentrum Luzerner Landschaft                                                                                                                                                          |
| <i>Pneumonologie</i>                                    | Lehre von den Erkrankungen der Atmungsorgane                                                                                                                                                    |
| <i>Präventivmedizin</i>                                 | Medizinische Disziplin, welche die individuelle und kollektive Prophylaxe und die Früherfassung von Gesundheitsstörungen jeglicher Art zum Gegenstand hat.                                      |
| <i>Psychosomatik</i>                                    | Wissenschaft von der Bedeutung der seelischen Vorgänge, die für die Entstehung und den Verlauf körperlicher Erkrankungen entscheidend sind.                                                     |
| <i>Pulmonologie</i>                                     | Lungenheilkunde                                                                                                                                                                                 |
| <i>Radio-Onkologie</i>                                  | Strahlenbehandlung von Krebskrankheiten                                                                                                                                                         |
| <i>Radiologie</i>                                       | Strahlenheilkunde                                                                                                                                                                               |
| <i>Rehabilitation</i>                                   | Kontinuierlicher Langzeitprozess mit dem Ziel, eine drohende Behinderung abzuwenden und die Fähigkeit des Patienten zu normaler Aktivität zu erhalten, zu entwickeln oder wieder zu vermitteln. |
| <i>Schmerzchirurgie</i>                                 | Chirurgisches Fachgebiet, bei dem Schmerzen durch Unterbrechung von schmerzleitenden Nervenbahnen ausgeschaltet werden.                                                                         |
| <i>Sectio (caesarea)</i>                                | Kaiserschnittentbindung                                                                                                                                                                         |
| <i>Screening</i>                                        | Durchsuchen, Durchleuchten, Absuchen; z. B. Reihenuntersuchung einer bestimmten Bevölkerungsgruppe                                                                                              |
| <i>SGI</i>                                              | Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin                                                                                                                                                 |
| <i>SNZ</i>                                              | Sanitätsnotrufzentrale 144                                                                                                                                                                      |
| <i>somatisch</i>                                        | körperbezogen (im Gegensatz zu seelisch oder psychisch)                                                                                                                                         |
| <i>Spitalexterne<br/>Krankenversorgung<br/>(Spitex)</i> | Gesamtheit der ausserhalb des Krankenhauses erbrachten medizinischen Dienstleistungen im Bereich der Diagnose, Therapie und Pflege                                                              |
| <i>SPZ</i>                                              | Schweizerisches Paraplegikerzentrum                                                                                                                                                             |
| <i>Stereotaktische<br/>Operation</i>                    | Neurochirurgischer Eingriff, bei dem mit Hilfe eines am Schädel fixierten Instrumentes Sonden, Elektroden und Ähnliches in genau bestimmte kleine Areale des Gehirns eingeführt werden können.  |
| <i>StA</i>                                              | Klinik St. Anna Luzern                                                                                                                                                                          |
| <i>Stand by</i>                                         | unmittelbare Bereitschaftsstellung vor Ort                                                                                                                                                      |
| <i>Stroke unit</i>                                      | Spezialstation zur umfassenden Akutbehandlung eines Schlaganfalls                                                                                                                               |
| <i>Tarmed</i>                                           | neues Tarifsysteem für ambulante medizinische Leistungen                                                                                                                                        |
| <i>Tetraplegie</i>                                      | komplette Lähmung aller vier Extremitäten                                                                                                                                                       |
| <i>Thoraxchirurgie</i>                                  | operative Behandlung der Brustorgane                                                                                                                                                            |
| <i>Transplantations-<br/>medizin</i>                    | Fachgebiet, das sich mit der Übertragung von Zellen, Geweben und Organen auf ein anderes Individuum (oder an eine andere Körperstelle) befasst.                                                 |
| <i>Traumatologie</i>                                    | Unfallchirurgie                                                                                                                                                                                 |
| <i>Urologie</i>                                         | Fachgebiet, das sich mit den Veränderungen und den Erkrankungen der ableitenden Harnwege befasst.                                                                                               |

*Versorgungsstufen:*

|                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| – <i>Grundversorgung</i>                                | Grundversorgung im Akutspitalbereich bedeutet die elektive Abklärung, Behandlung und Pflege, inklusive Notfallbetreuung, von Kranken, Verunfallten und Schwangeren aller Versicherungskategorien, welche genügend häufig sind und im Wesentlichen mit dem Einsatz einfacher Verfahren der Diagnostik, Therapie und Pflege wohnortsnah behandelt werden können. |
| – <i>spezialisierte Versorgung (Zentrumsversorgung)</i> | Das Leistungsspektrum der stationären Grundversorgung wird erweitert um die Behandlung von Krankheiten und Unfällen, deren Behandlung sowohl diagnostisch wie auch therapeutisch hohe technisch-apparative sowie spezialisierte fachliche Anforderungen stellt.                                                                                                |
| – <i>hochspezialisierte Versorgung</i>                  | Das Leistungsspektrum der Grund- und der spezialisierten Versorgung wird erweitert um das universitäre Angebot. Dazu gehören hochspezialisiertes Fachpersonal sowie hochdifferenzierte medizinisch-technische Gerätschaften. Das Angebot wird in Zusammenarbeit mit der Universität sichergestellt und umfasst zusätzlich spezialisierte Fachgebiete.          |
| – <i>Spezialklinik</i>                                  | Spezialkliniken nehmen in ausgewählten Behandlungsfeldern eine umfassende spezialisierte Versorgung wahr.                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <i>fallunabhängige Leistung</i>                         | Dazu gehören:<br>– Notfall-Vorhalteleistung<br>– Ausbildung<br>– Weiter- und Zusatzausbildung<br>– Lehre und Forschung (universitär)                                                                                                                                                                                                                           |
| <i>Viszeralchirurgie</i>                                | Fachgebiet, das sich mit den inneren Organen befasst.                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

## Mitglieder der Projektorganisation

### Steuerungsgruppe

|                     |                                                                      |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Bachmann Walter     | Departementssekretär, GSD (Projektleiter)                            |
| Geisshüsler Niklaus | ff Unternehmensentwicklung AG, Luzern (externer Berater)             |
| Schwegler Peter     | Leiter Abt. Spitalwesen, GSD                                         |
| Vogler Hanspeter    | Wissenschaftlicher Mitarbeiter, GSD (Redaktion Bericht)              |
| Gebert Alfred       | Berater im Gesundheitswesen, Bern<br>(externer Berater Sonderfragen) |
| Michel Franziska    | Abt. Spitalwesen, GSD (Sekretariat)                                  |

### Kernteam

|                           |                                                                                     |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Bachmann Walter           | Departementssekretär, GSD (Projektleiter)                                           |
| Babst Reto                | Chefarzt Chirurgie, KSL (Fachgruppenleiter)                                         |
| Barmettler Jost           | Direktor Swissana Clinic, Meggen                                                    |
| Bisig Robert              | Direktor Zentrale Dienste, Schweiz. Paraplegikerzentrum, Nottwil                    |
| Ciliberto-Dormann Johanna | Präsidentin Spitex Kantonalverband Luzern                                           |
| Egli Ueli                 | Spitaldirektor KSSW                                                                 |
| Frank Ernst               | Leiter Geschäftsstelle Zentralschweiz. Spitaldirektorenkonferenz                    |
| Fries Margrit             | Pflegedirektorin KSL                                                                |
| Fuchs Benno               | Direktor KSL                                                                        |
| Fuchs Ruth                | Grossrätin, Präsidentin Kommission Gesundheit, Arbeit und soziale Sicherheit (GASK) |
| Geisshüsler Klaus         | ff Unternehmensentwicklung AG, Luzern (externer Berater)                            |
| Kurmann Julius            | Chefarzt Psychiatriezentrum Luzern-Stadt (Fachgruppenleiter)                        |
| Lütolf Claudia            | Patientenstelle Zentralschweiz                                                      |
| Marty Annalis             | Kantonsärztin                                                                       |
| Müller Urs-Peter          | Direktor Psychiatriezentrum Luzerner Landschaft                                     |

|                    |                                                                                                        |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Odermatt Leo       | Regierungsrat Kanton NW, Präsident Zentralschweizer Gesundheits- und Sozialdirektorenkonferenz (ZGSDK) |
| Peter Martin       | Co-Chefarzt Medizin, KSSW Wolhusen (Fachgruppenleiter)                                                 |
| Rentsch Hanspeter  | Leitender Arzt, Rehabilitation, KSL (Fachgruppenleiter)                                                |
| Rüedi Hubert       | SGKW, Trägerschaft Klinik St. Anna, Luzern                                                             |
| Schubiger Gregor   | Chefarzt Kinderspital Luzern (Fachgruppenleiter)                                                       |
| Schüpfer Guido     | Leitender Arzt Anästhesie, KSL (Fachgruppenleiter)                                                     |
| Schwegler Peter    | Leiter Abt. Spitalwesen, GSD                                                                           |
| Stalder Kurt       | Finanzverwalter, Finanzdepartement des Kantons Luzern                                                  |
| Steiger Werner     | Präsident Luzerner Altersheimleiter und -leiterinnen Konferenz (LAK)                                   |
| Utiger Dominik     | Mitglied der Geschäftsleitung Klinik St. Anna                                                          |
| Vogler Hanspeter   | Wissenschaftlicher Mitarbeiter, GSD                                                                    |
| Widmer Fritz       | Direktor Luzerner Höhenklinik Montana                                                                  |
| Wietlisbach Markus | Ärztlicher Direktor KSSW (Fachgruppenleiter)                                                           |
| Wili Markus        | Präsident Ärztesgesellschaft                                                                           |
| Wolfisberg Franz   | Geschäftsführer Santésuisse Zentralschweiz                                                             |

## Fachgruppen

### Medizin

|                   |                                                             |
|-------------------|-------------------------------------------------------------|
| Peter Martin      | Co-Chefarzt, KSSW (Fachgruppenleiter)                       |
| Baumann Felix     | Ärztlicher Leiter, Pflegeheim Eichhof                       |
| Briner Verena     | Chefärztin Medizin, KSL                                     |
| Geisshüsler Klaus | ff Unternehmensentwicklung Luzern                           |
| Marty Annalis     | Kantonsärztin                                               |
| Michel Franz      | Chefarzt Ambulatorium, Schweiz. Paraplegikerzentrum Nottwil |
| Sommerhalder Rita | Betriebswirtschaftliche Mitarbeiterin, Spitalabteilung GSD  |
| Suter-Gut Doris   | Ärztin, Kantonale Ärztesgesellschaft                        |
| Utiger Dominik    | Arzt, Mitglied der Geschäftsleitung Klinik St. Anna         |

### Chirurgie

|                     |                                                            |
|---------------------|------------------------------------------------------------|
| Babst Reto          | Chefarzt Chirurgie, KSL (Fachgruppenleiter)                |
| Geisshüsler Klaus   | ff Unternehmensentwicklung AG Luzern                       |
| Hess Peter          | Arzt, Klinik St. Anna                                      |
| Kramis Aldo         | Arzt, Kantonale Ärztesgesellschaft                         |
| Marty Annalis       | Kantonsärztin                                              |
| Moulin Patrick      | Arzt, Schweiz. Paraplegikerzentrum Nottwil                 |
| Müller Claude       | Arzt, Swissana Clinic Meggen                               |
| Sommerhalder Rita   | Betriebswirtschaftliche Mitarbeiterin, Spitalabteilung GSD |
| Wildisen Alessandro | Chefarzt, KSSW                                             |

### Gynäkologie/Geburtshilfe/Kinderspital

|                     |                                                             |
|---------------------|-------------------------------------------------------------|
| Schubiger Gregor    | Chefarzt Pädiatrie, Kinderspital Luzern (Fachgruppenleiter) |
| Egger Klaus         | Arzt, Kantonale Ärztesgesellschaft                          |
| Grüter Jules        | Arzt, Klinik St. Anna                                       |
| Junker-Meyer Regula | Hebamme, Hebammenverband Sektion Zentralschweiz             |
| Marty Annalis       | Kantonsärztin                                               |
| Schüssler Bernhard  | Chefarzt Frauenklinik KSL                                   |
| Schwegler Peter     | Leiter Abt. Spitalwesen, GSD                                |
| Vlajkovic Eduard    | Co-Chefarzt Gynäkologie/Geburtshilfe, KSSW                  |

### Spezialgebiete

|                    |                                               |
|--------------------|-----------------------------------------------|
| Wietlisbach Markus | Ärztlicher Direktor, KSSW (Fachgruppenleiter) |
| Schüpfer Guido     | Leitender Arzt, KSL (Fachgruppenleiter)       |
| Marty Annalis      | Kantonsärztin                                 |
| Schwegler Peter    | Leiter Abt. Spitalwesen, GSD                  |

### Anästhesie/IPS

|                     |                                                                      |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Felleiter Peter     | Leitender Arzt Intensivmedizin, Schweiz. Paraplegikerzentrum Nottwil |
| Fischer Michael     | Anästhesist, Klinik St. Anna                                         |
| Gerber Helmut       | Chefarzt, KSL                                                        |
| Haberthür Christoph | Leitender Arzt, KSL                                                  |
| Marty Annalis       | Kantonsärztin                                                        |
| Robe Jürgen         | Arzt, Swissana Clinic Meggen                                         |
| Schüpfer Guido      | Leitender Arzt, KSL                                                  |
| Schwegler Peter     | Leiter Abt. Spitalwesen, GSD                                         |
| Wietlisbach Markus  | Ärztlicher Direktor, KSSW                                            |

*Radiologie*

|                     |                               |
|---------------------|-------------------------------|
| Allgayer Bernhard   | Chefarzt, KSL                 |
| Blumer Christian    | Konsiliararzt Radiologie KSSW |
| Hofstetter Heinrich | Klinik St. Anna               |
| Berger Markus       | Schweiz. Paraplegikerzentrum  |
| Marty Annalis       | Kantonsärztin                 |
| Marugg Silvio       | Medical Imagin                |
| Schüpfer Guido      | Leitender Arzt, KSL           |
| Schwegler Peter     | Leiter Abt. Spitalwesen, GSD  |
| Wietlisbach Markus  | Ärztlicher Direktor, KSSW     |

*Rettungsdienst*

|                    |                              |
|--------------------|------------------------------|
| Becker Günther     | Leiter Rettungsdienst, KSL   |
| Brun Gregor        | Rettungsdienst Seetal        |
| Lipp Martin        | Ambulanz Flühl               |
| Marty Annalis      | Kantonsärztin                |
| Schmid Markus      | Klinik St. Anna              |
| Schüpfer Guido     | Leitender Arzt, KSL          |
| Schwegler Peter    | Leiter Abt. Spitalwesen, GSD |
| Suter Christine    | Ärztegesellschaft            |
| Wietlisbach Markus | Ärztlicher Direktor, KSSW    |
| Ziswiler Daniel    | Leiter Rettungsdienst, KSSW  |

*Apotheken*

|                     |                              |
|---------------------|------------------------------|
| Luterbacher Stephan | Apotheker St. Anna           |
| Marty Annalis       | Kantonsärztin                |
| Mütsch Matthias     | Kantonsapotheker             |
| Schmid Balthasar    | See-Apotheke                 |
| Schorio Xaver       | Chefapotheke, KSL            |
| Schüpfer Guido      | Leitender Arzt, KSL          |
| Schwegler Peter     | Leiter Abt. Spitalwesen, GSD |
| Wietlisbach Markus  | Ärztlicher Direktor, KSSW    |
| Zaugg Bruno         | Ärztegesellschaft            |

*Labor*

|                    |                              |
|--------------------|------------------------------|
| Conrad Willi       | Bio-Analytica                |
| Güntert Bruno      | Labor Dr. Güntert            |
| Köchli Hans Peter  | Chefarzt, KSL                |
| Marty Annalis      | Kantonsärztin                |
| Schüpfer Guido     | Leitender Arzt, KSL          |
| Schwegler Peter    | Leiter Abt. Spitalwesen, GSD |
| Wietlisbach Markus | Ärztlicher Direktor, KSSW    |

*Pathologie*

|                    |                              |
|--------------------|------------------------------|
| Gebbers Jan-Olaf   | Chefarzt KSL                 |
| Marty Annalis      | Kantonsärztin                |
| Schüpfer Guido     | Leitender Arzt               |
| Schwegler Peter    | Leiter Abt. Spitalwesen, GSD |
| Wietlisbach Markus | Ärztlicher Direktor, KSSW    |

*Psychiatrie*

|                   |                                                                          |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Kurmann Julius    | Chefarzt PLS (Fachgruppenleiter)                                         |
| Amrhyn Ignaz      | Heimleiter, LAK                                                          |
| Bachmann Walter   | Departementssekretär GSD                                                 |
| Heinimann Thomas  | Chefarzt KJPD                                                            |
| Keller Hansjörg   | Geschäftsleiter Hilfsverein für Psychischkranke                          |
| Krähenbühl Daniel | Psychiater, Vereinigung Psychiater des Kantons Luzern                    |
| Müller Urs-Peter  | Direktor PLL                                                             |
| Schönbucher Peter | Arzt, Kantonale Ärztesgesellschaft                                       |
| Waldis Franziska  | Psychotherapeutin, Vereinigung Psychotherapeuten<br>Zentralschweiz (VPZ) |

*Rehabilitation*

|                     |                                               |
|---------------------|-----------------------------------------------|
| Rentsch Hanspeter   | Leitender Arzt, KSL (Fachgruppenleiter)       |
| de Francisco Manuel | Direktor Kurhaus und Klinik Sonnmatt, Luzern  |
| Karrer Werner       | Chefarzt LHM                                  |
| Michel Dieter       | Direktor Medizin Schweiz. Paraplegikerzentrum |
| Steiger Werner      | Präsident LAK                                 |
| Vogler Hanspeter    | Wissenschaftlicher Mitarbeiter, GSD           |
| Widmer Fritz        | Direktor LHM                                  |



## Tabellen und Grafiken

Bettenzahl pro 100 000 Einwohner nach Kanton 2002

|                          | Bettenzahl <sup>1</sup> pro 100 000 Einwohner <sup>2</sup> |                            |                              |                           |
|--------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------|---------------------------|
|                          | Krankenhäuser                                              | Psychiatrische<br>Kliniken | Rehabilitations-<br>kliniken | Andere<br>Spezialkliniken |
| <i>Schweiz</i>           | 371                                                        | 112                        | 50                           | 65                        |
| <i>Zentralschweiz</i>    | 272                                                        | 66                         | 21                           | 23                        |
| <i>Luzern</i>            | 291                                                        | 81                         | 20                           | 45                        |
| Nidwalden                | 259                                                        | –                          | –                            | –                         |
| Obwalden                 | 274                                                        | –                          | –                            | –                         |
| Schwyz                   | 237                                                        | –                          | –                            | –                         |
| Uri                      | 418                                                        | –                          | –                            | –                         |
| Zug                      | 206                                                        | 170                        | 76                           | –                         |
| Zürich                   | 374                                                        | 166                        | 11                           | 62                        |
| <i>Ostschweiz</i>        | 311                                                        | 133                        | 82                           | 85                        |
| Appenzell A. Rh.         | 237                                                        | 301                        | 435                          | 112                       |
| Appenzell I. Rh.         | 544                                                        | –                          | 95                           | –                         |
| Glarus                   | 339                                                        | –                          | 121                          | –                         |
| Graubünden               | 359                                                        | 141                        | 109                          | 169                       |
| St. Gallen               | 330                                                        | 81                         | 41                           | 49                        |
| Schaffhausen             | 296                                                        | 157                        | –                            | 155                       |
| Thurgau                  | 236                                                        | 215                        | 81                           | 79                        |
| <i>Nordwestschweiz</i>   | 408                                                        | 100                        | 98                           | 110                       |
| Aargau                   | 328                                                        | 80                         | 148                          | 40                        |
| Basel-Landschaft         | 352                                                        | 77                         | –                            | 101                       |
| Basel-Stadt              | 717                                                        | 188                        | 88                           | 327                       |
| <i>Espace Mittelland</i> | 374                                                        | 112                        | 26                           | 24                        |
| Bern                     | 391                                                        | 124                        | 37                           | 26                        |
| Fribourg                 | 323                                                        | 78                         | –                            | 15                        |
| Jura                     | 419                                                        | 30                         | 121                          | 111                       |
| Neuchâtel                | 396                                                        | 175                        | –                            | 22                        |
| Solothurn                | 330                                                        | 83                         | –                            | 2                         |
| Ticino                   | 523                                                        | 89                         | 70                           | 32                        |
| <i>Région lémanique</i>  | 397                                                        | 84                         | 65                           | 102                       |
| Genève                   | 392                                                        | 97                         | 82                           | 138                       |
| Valais                   | 284                                                        | 65                         | 119                          | 107                       |
| Vaud                     | 449                                                        | 84                         | 31                           | 75                        |

<sup>1</sup> Betten für stationäre und teilstationäre Behandlungen, ohne Betten für gesunde Neugeborene und Gesunde

<sup>2</sup> Mittlere Wohnbevölkerung

Quelle: Bundesamt für Statistik – Krankenhausstatistik

## Hospitalisationsrate pro 1000 Einwohner nach Herkunftskanton der Patienten 2002

|                          | Hospitalisationsrate pro 1000 Einwohner <sup>1</sup> |                            |                              |                           |
|--------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------|---------------------------|
|                          | Krankenhäuser                                        | Psychiatrische<br>Kliniken | Rehabilitations-<br>kliniken | Andere<br>Spezialkliniken |
| <i>Schweiz</i>           | 139,5                                                | 9,8                        | 6,1                          | 18,1                      |
| <i>Zentralschweiz</i>    |                                                      |                            |                              |                           |
| Luzern                   | 114,1                                                | 5,5                        | 6,7                          | 6,0                       |
| Nidwalden                | 115,4                                                | 1,9                        | 6,4                          | 4,4                       |
| Obwalden                 | 113,6                                                | 1,1                        | 4,5                          | 5,9                       |
| Schwyz                   | 129,5                                                | 3,9                        | 5,1                          | 8,6                       |
| Uri                      | 119,8                                                | 3,4                        | 4,6                          | 3,0                       |
| Zug                      | 116,8                                                | 5,4                        | 7,6                          | 5,8                       |
| Zürich                   | 133,9                                                | 8,5                        | 6,3                          | 19,5                      |
| <i>Ostschweiz</i>        |                                                      |                            |                              |                           |
| Appenzell A. Rh.         | 100,0                                                | 5,4                        | 6,7                          | 22,1                      |
| Appenzell I. Rh.         | 137,2                                                | 3,6                        | 4,1                          | 15,9                      |
| Glarus                   | 112,1                                                | 2,5                        | 11,9                         | 8,5                       |
| Graubünden               | 121,4                                                | 8,5                        | 5,7                          | 18,9                      |
| St. Gallen               | 114,4                                                | 5,2                        | 8,6                          | 19,9                      |
| Schaffhausen             | 98,0                                                 | 6,5                        | 6,6                          | 11,6                      |
| Thurgau                  | 96,1                                                 | 6,4                        | 7,9                          | 20,7                      |
| <i>Nordwestschweiz</i>   |                                                      |                            |                              |                           |
| Aargau                   | 98,2                                                 | 3,8                        | 6,3                          | 12,7                      |
| Basel-Landschaft         | 134,8                                                | 6,4                        | 5,5                          | 23,1                      |
| Basel-Stadt              | 154,5                                                | 14,4                       | 8,4                          | 34,9                      |
| <i>Espace Mittelland</i> |                                                      |                            |                              |                           |
| Bern                     | 176,9                                                | 9,8                        | 6,4                          | 12,2                      |
| Fribourg                 | 157,7                                                | 6,7                        | 2,4                          | 9,6                       |
| Jura                     | 203,1                                                | 5,5                        | 4,0                          | 9,7                       |
| Neuchâtel                | 163,4                                                | 10,6                       | 3,9                          | 19,2                      |
| Solothurn                | 144,0                                                | 5,7                        | 3,8                          | 8,7                       |
| Ticino                   | 152,1                                                | 7,5                        | 7,9                          | 17,1                      |
| <i>Région lémanique</i>  |                                                      |                            |                              |                           |
| Genève                   | 136,1                                                | 49,5                       | 4,7                          | 52,7                      |
| Valais                   | 156,0                                                | 5,4                        | 8,6                          | 12,7                      |
| Vaud                     | 168,1                                                | 9,3                        | 3,8                          | 21,8                      |

<sup>1</sup> Rate der stationären und teilstationären Hospitalisationen, ohne gesunde Neugeborene und Gesunde<sup>2</sup> Mittlere Wohnbevölkerung

Quelle: Bundesamt für Statistik – Krankenhausstatistik

## Wohnbevölkerung nach Altersgruppen seit 1860, Kanton Luzern

|      | Wohn-<br>bevölkerung | Zunah-<br>me seit<br>letzter<br>VZ in % | Aus-<br>länder/<br>-innen<br>in % | Altersgruppen in Prozent |                |                |                |                |                |                |              |
|------|----------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|
|      |                      |                                         |                                   | 0–14<br>Jahre            | 15–19<br>Jahre | 20–29<br>Jahre | 30–39<br>Jahre | 40–49<br>Jahre | 50–64<br>Jahre | 65–79<br>Jahre | 80+<br>Jahre |
| 1860 | 130 504              | –                                       | 0,8                               | 26,5                     | 10,2           | 17,5           | 14,5           | 12,7           | 13,4           | 4,6            | 0,5          |
| 1870 | 132 153              | 1,3                                     | 1,3                               | 27,6                     | 7,6            | 17,3           | 14,7           | 12,4           | 14,3           | 5,3            | 0,5          |
| 1880 | 134 708              | 1,9                                     | 1,7                               | 31,5                     | 8,2            | 13,2           | 14,2           | 12,5           | 14,1           | 5,9            | 0,4          |
| 1888 | 135 360              | 0,5                                     | 2,2                               | 31,1                     | 9,1            | 14,6           | 11,8           | 12,8           | 14,0           | 6,0            | 0,5          |
| 1900 | 146 519              | 8,2                                     | 4,3                               | 30,0                     | 8,8            | 17,9           | 13,1           | 9,9            | 13,8           | 5,9            | 0,5          |
| 1910 | 167 223              | 14,1                                    | 7,1                               | 32,8                     | 8,8            | 15,6           | 15,0           | 10,7           | 10,9           | 5,7            | 0,6          |
| 1920 | 177 073              | 5,9                                     | 5,2                               | 30,5                     | 10,1           | 16,3           | 13,1           | 12,7           | 11,7           | 5,0            | 0,6          |
| 1930 | 189 391              | 7,0                                     | 4,7                               | 27,8                     | 9,3            | 18,2           | 14,1           | 11,1           | 13,7           | 5,2            | 0,6          |
| 1941 | 206 608              | 9,1                                     | 2,7                               | 27,3                     | 8,3            | 15,1           | 16,0           | 12,7           | 13,3           | 6,6            | 0,6          |
| 1950 | 223 249              | 8,1                                     | 3,0                               | 27,8                     | 7,9            | 14,4           | 13,5           | 14,1           | 14,1           | 7,3            | 0,9          |
| 1960 | 253 446              | 13,5                                    | 6,2                               | 28,2                     | 8,1            | 14,5           | 12,9           | 11,7           | 16,3           | 7,1            | 1,2          |
| 1970 | 289 641              | 14,3                                    | 10,4                              | 28,0                     | 7,9            | 15,0           | 13,0           | 11,2           | 14,7           | 8,9            | 1,3          |
| 1980 | 296 159              | 2,3                                     | 8,8                               | 21,9                     | 9,3            | 15,2           | 1,9            | 12,0           | 14,5           | 10,9           | 2,3          |
| 1990 | 326 268              | 10,2                                    | 12,7                              | 18,7                     | 6,7            | 17,6           | 15,6           | 12,9           | 15,0           | 10,0           | 3,4          |
| 2000 | 350 504              | 7,4                                     | 15,9                              | 18,8                     | 6,4            | 12,9           | 16,9           | 14,4           | 16,1           | 10,7           | 3,8          |
| 2003 | 353 094              | 0,7                                     | 15,3                              | 17,7                     | 6,5            | 12,9           | 15,7           | 15,5           | 16,7           | 11,0           | 3,9          |

Quelle: Bundesamt für Statistik – Eidg. Volkszählung; Amt für Statistik des Kantons Luzern – Kantonale Bevölkerungsstatistik

*Gesunde Neugeborene seit 1998*

|      | Kantonsspital<br>Luzern | Anzahl Austritte gesunder Neugeborener |                |          | Klinik<br>St. Anna |
|------|-------------------------|----------------------------------------|----------------|----------|--------------------|
|      |                         | Total                                  | KSSW<br>Sursee | Wolhusen |                    |
| 1998 | 1447                    | 1432                                   | 918            | 514      | 962                |
| 1999 | 1316                    | 1497                                   | 977            | 520      | 975                |
| 2000 | 1422                    | 1436                                   | 933            | 503      | 921                |
| 2001 | 1348                    | 1281                                   | –              | –        | 849                |
| 2002 | 1585                    | 1233                                   | –              | –        | 693                |
| 2003 | 1594                    | 1174                                   | –              | –        | 659                |

2003: Daten provisorisch

Quelle: Bundesamt für Statistik – Krankenhausstatistik

*Versicherte mit einer Spitalzusatzversicherung ab 1994, Schweiz*

| Jahr | Versicherten-<br>bestand OKP<br>per 31. 12. | davon Versicherte mit Spitalzusatzversicherung in Prozent |                           |                  |                          |                           |                  |                          |                           |                  |
|------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------|------------------|--------------------------|---------------------------|------------------|--------------------------|---------------------------|------------------|
|      |                                             | Total der Versicherer                                     |                           |                  | KVG Versicherer          |                           |                  | Private Versicherer      |                           |                  |
|      |                                             | Spital<br>all-<br>gemein                                  | Spital<br>Halb-<br>privat | Spital<br>Privat | Spital<br>all-<br>gemein | Spital<br>Halb-<br>privat | Spital<br>Privat | Spital<br>all-<br>gemein | Spital<br>Halb-<br>privat | Spital<br>Privat |
| 1994 | 7 131 653                                   | –                                                         | –                         | –                | –                        | 19,1                      | 10,3             | –                        | –                         | –                |
| 1995 | 7 166 317                                   | –                                                         | –                         | –                | –                        | 19,4                      | 10,5             | –                        | –                         | –                |
| 1996 | 7 194 754                                   | –                                                         | –                         | –                | –                        | 18,8                      | 10,1             | –                        | –                         | –                |
| 1997 | 7 214 805                                   | 33,9                                                      | 19,3                      | 9,3              | 29,2                     | 17,1                      | 8,7              | 4,7                      | 2,2                       | 0,7              |
| 1998 | 7 248 603                                   | 35,9                                                      | 19,0                      | 8,7              | 31,1                     | 16,9                      | 8,0              | 4,7                      | 2,1                       | 0,7              |
| 1999 | 7 266 534                                   | 35,1                                                      | 19,0                      | 8,0              | 27,5                     | 15,5                      | 7,4              | 7,6                      | 3,5                       | 0,6              |
| 2000 | 7 268 111                                   | 39,5                                                      | 19,0                      | 8,5              | 20,1                     | 12,3                      | 6,2              | 19,3                     | 6,7                       | 2,3              |
| 2001 | 7 321 287                                   | 39,4                                                      | 21,1                      | 9,8              | 16,6                     | 11,9                      | 6,2              | 22,9                     | 9,1                       | 3,6              |
| 2002 | 7 359 365                                   | 42,0                                                      | 20,3                      | 9,4              | 19,5                     | 10,7                      | 5,1              | 22,5                     | 9,5                       | 4,3              |

Quelle: Bundesamt für Privatversicherungen, Bundesamt für Sozialversicherungen

## Beschäftigte der Zentralschweizer Krankenhäuser 2002

| Kt.                            | Betrieb                                | Vollzeit-<br>äquivalente<br>im Jahresmittel<br>insgesamt | Anteile in Prozent                           |                                          |                               |
|--------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------|
|                                |                                        |                                                          | Pflege-<br>personal<br>im Pflege-<br>bereich | Andere<br>medizinische Fach-<br>bereiche | Verwal-<br>tungs-<br>personal |
| <i>Akutspitäler</i>            |                                        |                                                          |                                              |                                          |                               |
| LU                             | Kantonsspital Luzern                   | 2259                                                     | 46,4                                         | 17,1                                     | 5,6                           |
| LU                             | Kantonales Spital Sursee-Wolhusen      | 785                                                      | 38,5                                         | 22,8                                     | 6,1                           |
| LU                             | Klinik St. Anna <sup>1</sup>           | 385                                                      | 36,1                                         | 27,1                                     | 9,4                           |
| NW                             | Kantonsspital Nidwalden                | 293                                                      | 32,1                                         | 28,5                                     | 7,3                           |
| OW                             | Kantonsspital Obwalden                 | 259                                                      | 31,0                                         | 23,5                                     | 6,1                           |
| SZ                             | Spital Lachen                          | 390                                                      | 30,8                                         | 23,7                                     | 10,2                          |
| SZ                             | Spital Schwyz                          | 361                                                      | 44,1                                         | 19,8                                     | 7,0                           |
| SZ                             | Regionalspital Einsiedeln              | 141                                                      | 42,2                                         | 25,8                                     | 9,8                           |
| SZ                             | Äskulap-Klinik <sup>2</sup>            | 115                                                      | –                                            | –                                        | –                             |
| UR                             | Kantonsspital Uri                      | 440                                                      | 42,7                                         | 26,8                                     | 5,0                           |
| ZG                             | Zuger Kantonsspital                    | 480                                                      | 34,2                                         | 28,5                                     | 6,6                           |
| ZG                             | Andreas Klinik <sup>1</sup>            | 154                                                      | 34,1                                         | 21,2                                     | 14,8                          |
| <i>Psychiatrische Kliniken</i> |                                        |                                                          |                                              |                                          |                               |
| LU                             | Psychiatriezentrum Luzerner Landschaft | 369                                                      | 48,8                                         | 6,1                                      | 5,9                           |
| LU                             | Psychiatriezentrum Luzern-Stadt        | 66                                                       | 55,4                                         | 24,1                                     | –                             |
| ZG                             | Klinik Meissenberg <sup>2</sup>        | –                                                        | –                                            | –                                        | –                             |
| ZG                             | Psychiatrische Klinik Oberwil          | 150                                                      | 44,3                                         | 10,4                                     | 7,6                           |
| <i>Rehabilitationskliniken</i> |                                        |                                                          |                                              |                                          |                               |
| LU                             | Luzerner Höhenklinik Montana           | 96                                                       | 35,7                                         | 20,4                                     | 9,5                           |
| ZG                             | Klinik Adelheid                        | 108                                                      | 40,3                                         | 21,9                                     | 6,3                           |
| <i>Andere Spezialkliniken</i>  |                                        |                                                          |                                              |                                          |                               |
| LU                             | Swissana Clinic Meggen <sup>1</sup>    | 18                                                       | 41,8                                         | 34,9                                     | 11,5                          |
| LU                             | Schweizer Paraplegiker-Zentrum         | 649                                                      | 38,2                                         | 28,1                                     | 6,5                           |

<sup>1</sup> Krankenhaus mit Belegarzt-System<sup>2</sup> Die Äskulap-Klinik (Brunnen SZ) und die Klinik Meissenberg (Zug ZG) haben die Genehmigung zur Veröffentlichung der nicht ausgewiesenen Daten (...) nicht erteilt.

Quelle: Bundesamt für Statistik – Krankenhausstistik

## Beschäftigte (Vollzeitäquivalente) nach Wirtschaftsabschnitten seit 1985, Kanton Luzern

| Wirtschaftsabschnitte               | 1985           |              | 1995           | 2001           |              |
|-------------------------------------|----------------|--------------|----------------|----------------|--------------|
|                                     | absolut        | in %         |                | absolut        | in %         |
| <i>Gesamttotal Sektor 2 und 3</i>   | <i>124 168</i> | <i>100,0</i> | <i>136 857</i> | <i>138 334</i> | <i>100,0</i> |
| <i>Sektor 2</i>                     | <i>51 673</i>  | <i>41,6</i>  | <i>50 584</i>  | <i>46 042</i>  | <i>33,3</i>  |
| Bergbau, Steine und Erden           | C 241          | 0,2          | 225            | 178            | 0,1          |
| Verarbeitendes Gewerbe; Industrie   | D 34 794       | 28,0         | 32 594         | 31 648         | 22,9         |
| Energie- und Wasserversorgung       | E 740          | 0,6          | 821            | 634            | 0,5          |
| Baugewerbe                          | F 15 897       | 12,8         | 16 944         | 13 582         | 9,8          |
| <i>Sektor 3</i>                     | <i>72 496</i>  | <i>58,4</i>  | <i>86 273</i>  | <i>92 292</i>  | <i>66,7</i>  |
| Handel; Reparatur                   | G 22 639       | 18,2         | 24 990         | 24 715         | 17,9         |
| Gastgewerbe                         | H 8 173        | 6,6          | 8 395          | 8 367          | 6,0          |
| Verkehr, Nachrichtenübermittlung    | I 7 623        | 6,1          | 9 204          | 9 252          | 6,7          |
| Kredit-, Versicherungsgewerbe       | J 4 503        | 3,6          | 5 348          | 5 888          | 4,3          |
| Immobilien, Vermietung,             |                |              |                |                |              |
| Informatik usw.                     | K 7 307        | 5,9          | 10 090         | 12 824         | 9,3          |
| Öffentliche Verwaltung,             |                |              |                |                |              |
| Sozialversicherung usw.             | L 4 857        | 3,9          | 5 520          | 5 480          | 4,0          |
| Unterrichtswesen                    | M 5 073        | 4,1          | 6 466          | 7 339          | 5,3          |
| <i>Gesundheits- und Sozialwesen</i> | <i>N 8 330</i> | <i>6,7</i>   | <i>11 570</i>  | <i>13 022</i>  | <i>9,4</i>   |
| Krankenhäuser                       | 4 720          | 3,8          | 4 720          | 4 389          | 3,2          |
| Arztpraxen                          | 809            | 0,7          | 942            | 1 015          | 0,7          |
| Zahnarztpraxen                      | 480            | 0,4          | 609            | 595            | 0,4          |
| Gesundheitswesen übriges            | 320            | 0,3          | 744            | 1 182          | 0,9          |
| Veterinärwesen                      | 97             | 0,1          | 146            | 147            | 0,1          |
| Sozialwesen                         | 1 904          | 1,5          | 4 410          | 5 694          | 4,1          |
| Sonstige Dienstleistungen           | O 3 991        | 3,2          | 4 689          | 5 403          | 3,9          |

Quelle: Bundesamt für Statistik – Eidg. Betriebszählung

*Kantonsfinanzen: Aufwand der laufenden Rechnung nach Hauptfunktionen seit 1998, Kanton Luzern*

|                              | Allgemeine<br>Verwaltung | Öffentliche<br>Sicherheit | Bildung | Kultur und<br>Freizeit | Gesundheit | Soziale<br>Wohlfahrt | Verkehr | Umwelt und<br>Raumordnung | Volks-<br>wirtschaft | Finanzen<br>und Steuern |
|------------------------------|--------------------------|---------------------------|---------|------------------------|------------|----------------------|---------|---------------------------|----------------------|-------------------------|
| <i>in 1000 Fr.</i>           |                          |                           |         |                        |            |                      |         |                           |                      |                         |
| 1998                         | 91 555                   | 182 492                   | 470 080 | 23 931                 | 407 213    | 398 401              | 61 384  | 20 032                    | 195 068              | 310 797                 |
| 1999                         | 94 337                   | 195 366                   | 471 489 | 24 464                 | 413 659    | 442 804              | 59 856  | 21 112                    | 196 544              | 312 074                 |
| 2000                         | 105 417                  | 185 054                   | 493 937 | 26 313                 | 439 906    | 425 416              | 59 724  | 20 162                    | 206 280              | 320 893                 |
| 2001                         | 110 002                  | 194 080                   | 514 982 | 26 965                 | 474 433    | 443 774              | 60 083  | 20 312                    | 225 043              | 395 776                 |
| 2002                         | 112 344                  | 206 158                   | 578 024 | 29 133                 | 514 524    | 490 157              | 60 685  | 21 296                    | 228 326              | 328 947                 |
| <i>in Prozent des Totals</i> |                          |                           |         |                        |            |                      |         |                           |                      |                         |
| 1998                         | 4,2                      | 8,4                       | 21,8    | 1,1                    | 18,8       | 18,4                 | 2,8     | 0,9                       | 9,0                  | 14,4                    |
| 1999                         | 4,2                      | 8,8                       | 21,1    | 1,1                    | 18,5       | 19,8                 | 2,7     | 0,9                       | 8,8                  | 14,0                    |
| 2000                         | 4,6                      | 8,1                       | 21,6    | 1,2                    | 19,3       | 18,6                 | 2,6     | 0,9                       | 9,0                  | 14,1                    |
| 2001                         | 4,5                      | 7,9                       | 20,9    | 1,1                    | 19,2       | 18,0                 | 2,4     | 0,8                       | 9,1                  | 16,1                    |
| 2002                         | 4,4                      | 8,0                       | 22,5    | 1,1                    | 20,0       | 19,1                 | 2,4     | 0,8                       | 8,9                  | 12,8                    |

Quelle: Eidg. Finanzverwaltung – Kantonsfinanzen

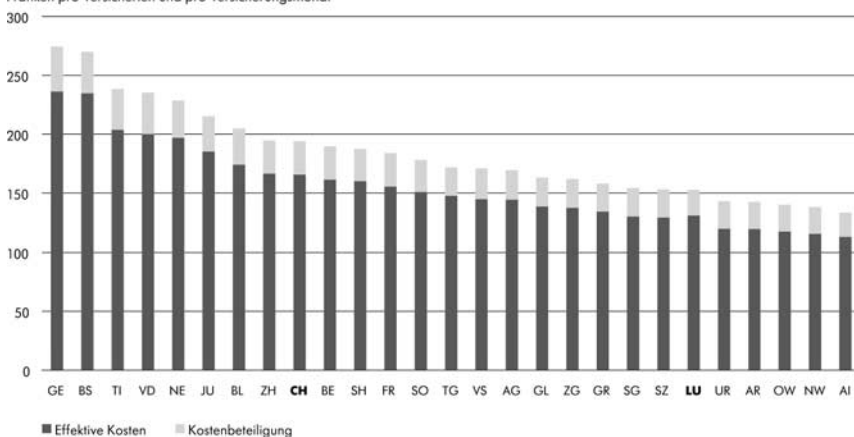
*Kantonsfinanzen: Nettobelastung nach Hauptfunktionen seit 1998, Kanton Luzern*

|                                                                             | Allgemeine<br>Verwaltung | Öffentliche<br>Sicherheit | Bildung | Kultur und<br>Freizeit | Gesundheit | Soziale<br>Wohlfahrt | Verkehr | Umwelt und<br>Raumordnung | Volks-<br>wirtschaft | Finanzen<br>und Steuern |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------|---------|------------------------|------------|----------------------|---------|---------------------------|----------------------|-------------------------|
| <i>in 1000 Franken</i>                                                      |                          |                           |         |                        |            |                      |         |                           |                      |                         |
| 1998                                                                        | 71 275                   | 96 260                    | 330 658 | 19 031                 | 108 721    | 148 444              | 17 286  | 14 657                    | –37 256              | –800 378                |
| 1999                                                                        | 71 580                   | 102 706                   | 329 952 | 19 643                 | 111 572    | 156 009              | 17 436  | 15 158                    | –48 040              | 829 983                 |
| 2000                                                                        | 80 966                   | 91 120                    | 337 098 | 21 372                 | 120 405    | 166 330              | 14 607  | 14 486                    | –55 746              | –858 975                |
| 2001                                                                        | 80 574                   | 94 977                    | 361 493 | 21 598                 | 140 690    | 146 773              | 18 733  | 14 642                    | –57 875              | –893 159                |
| 2002                                                                        | 79 904                   | 103 913                   | 403 610 | 22 423                 | 179 465    | 174 449              | 18 631  | 13 864                    | –72 739              | –942 610                |
| <i>in Franken pro Einwohner</i>                                             |                          |                           |         |                        |            |                      |         |                           |                      |                         |
| 1998                                                                        | 208                      | 280                       | 963     | 55                     | 317        | 432                  | 50      | 43                        | –109                 | –2 331                  |
| 1999                                                                        | 208                      | 298                       | 958     | 57                     | 324        | 453                  | 51      | 44                        | –139                 | 2 410                   |
| 2000                                                                        | 234                      | 263                       | 974     | 62                     | 348        | 480                  | 42      | 42                        | –161                 | –2 481                  |
| 2001                                                                        | 231                      | 272                       | 1 035   | 62                     | 403        | 420                  | 54      | 42                        | –166                 | –2 558                  |
| 2002                                                                        | 227                      | 295                       | 1 147   | 64                     | 510        | 496                  | 53      | 39                        | –207                 | –2 678                  |
| <i>in Prozenten des Totals (ohne Volkswirtschaft, Finanzen und Steuern)</i> |                          |                           |         |                        |            |                      |         |                           |                      |                         |
| 1998                                                                        | 8,8                      | 11,9                      | 41,0    | 2,4                    | 13,5       | 18,4                 | 2,1     | 1,8                       |                      |                         |
| 1999                                                                        | 8,7                      | 12,5                      | 40,0    | 2,4                    | 13,5       | 18,9                 | 2,1     | 1,8                       |                      |                         |
| 2000                                                                        | 9,6                      | 10,8                      | 39,8    | 2,5                    | 14,2       | 19,7                 | 1,7     | 1,7                       |                      |                         |
| 2001                                                                        | 9,2                      | 10,8                      | 41,1    | 2,5                    | 16,0       | 16,7                 | 2,1     | 1,7                       |                      |                         |
| 2002                                                                        | 8,0                      | 10,4                      | 40,5    | 2,3                    | 18,0       | 17,5                 | 1,9     | 1,4                       |                      |                         |

Quelle: Eidg. Finanzverwaltung – Kantonsfinanzen

### Effektive Kosten und Kostenbeteiligung der Versicherten in der obligatorischen Krankenversicherung nach Kanton 2002

Franken pro Versicherten und pro Versicherungsmonat

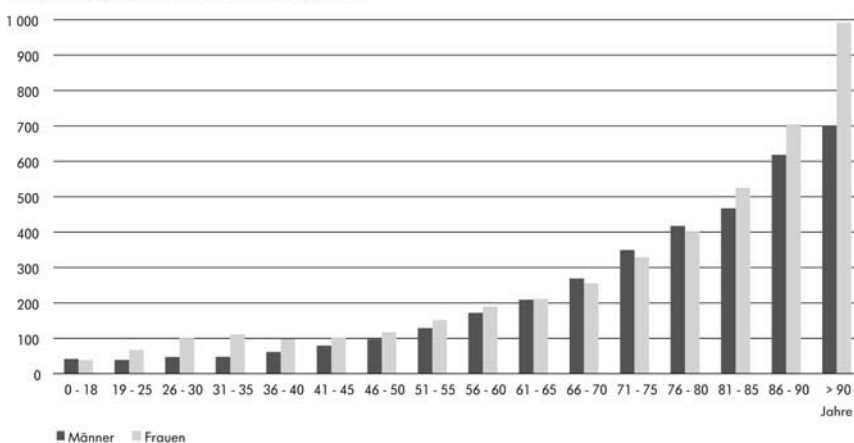


© Amt für Statistik des Kantons Luzern

Quelle: Gemeinsame Einrichtung KVG – Statistik des Risikoausgleiches

### Effektive Kosten in der obligatorischen Krankenversicherung nach Altersgruppen und Geschlecht 2002, Kanton Luzern

Franken pro Versicherten und pro Versicherungsmonat

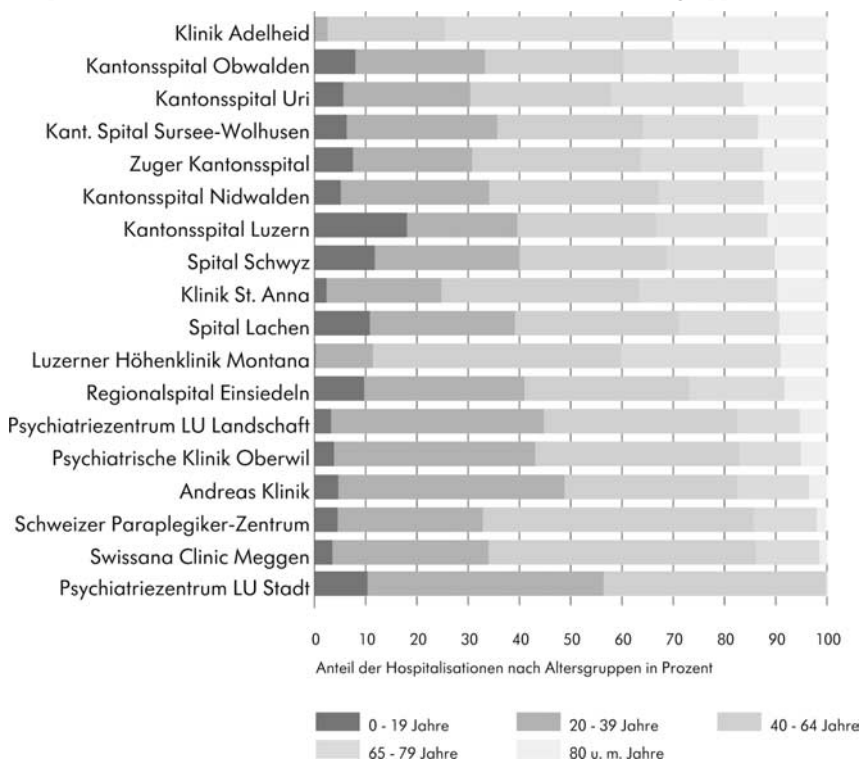


Effektive Kosten: (bezahlte) Leistungen der Versicherer in der OKP ohne Kostenbeteiligung durch die Versicherten

© Amt für Statistik des Kantons Luzern

Quelle: Gemeinsame Einrichtung KVG – Statistik des Risikoausgleiches

### Hospitalisationen der Zentralschweizer Krankenhäuser nach Altersgruppen 2002



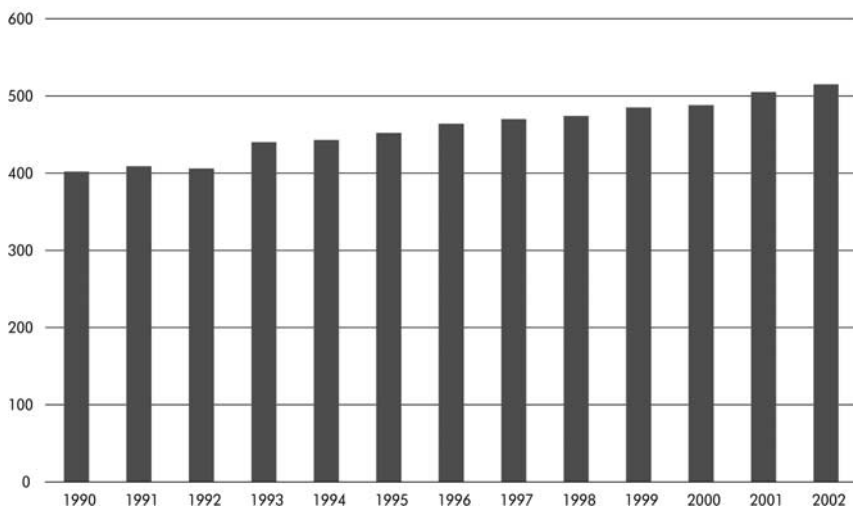
Stationäre Hospitalisationen inkl. teilstationäre Behandlungsfälle, ohne gesunde Neugeborene und Gesunde. Die Äskulap-Klinik (Brunnen SZ) und die Klinik Meissenberg (Zug ZG) haben die Genehmigung zur Veröffentlichung dieser Daten nicht erteilt. Deshalb erscheinen sie nicht in dieser Grafik.

© Amt für Statistik des Kantons Luzern

Quelle: Bundesamt für Statistik – Medizinische Statistik der Krankenhäuser

### Ärztinnen und Ärzte mit Praxistätigkeit seit 1990, Kanton Luzern

Anzahl Ärztinnen und Ärzte



Ärzte und Ärztinnen mit Praxistätigkeit einschliesslich Spitalärzte und -ärztinnen mit Privatpraxis, ausgenommen Assistenzärzte und -ärztinnen und nicht mehr berufstätige Ärzte und Ärztinnen.

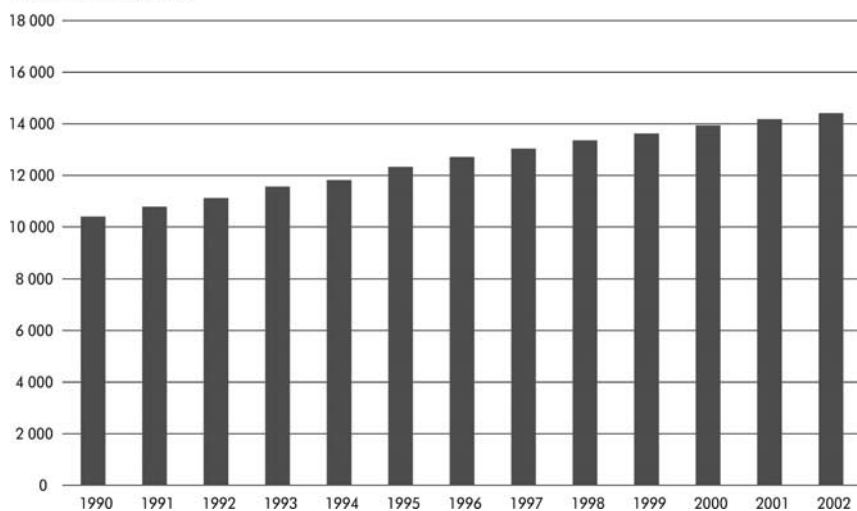
© Amt für Statistik des Kantons Luzern

Quelle: FMH-Ärztestatistik



### Ärztinnen und Ärzte mit Praxistätigkeit seit 1990, Schweiz

Anzahl Ärztinnen und Ärzte



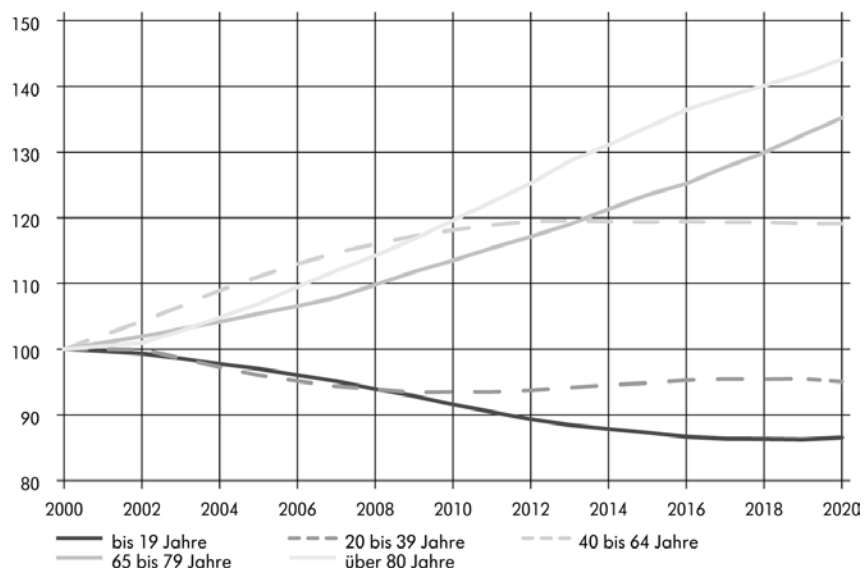
Ärzte und Ärztinnen mit Praxistätigkeit einschliesslich Spitalärzte und -ärztinnen mit Privatpraxis, ausgenommen Assistenzärzte und -ärztinnen und nicht mehr berufstätige Ärzte und Ärztinnen.

© Amt für Statistik des Kantons Luzern

Quelle: FMH-Ärztstatistik

### Wohnbevölkerung nach Altersgruppen bis 2020 (Index 2000 = 100)

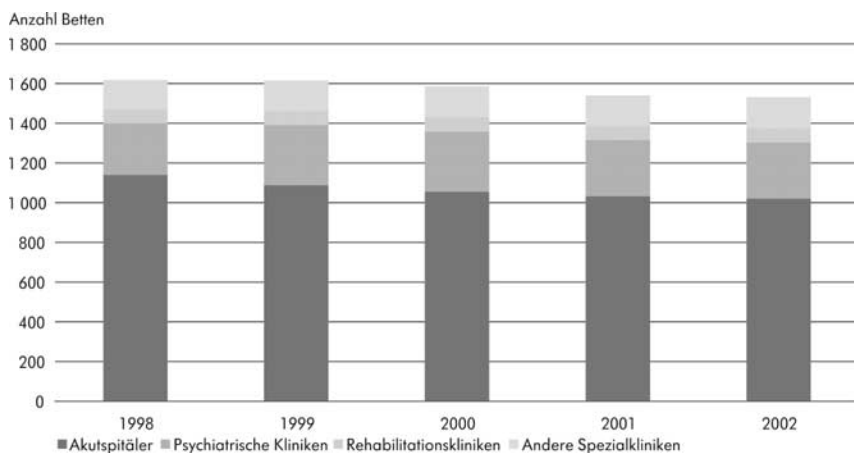
Index



© Amt für Statistik des Kantons Luzern

Quelle: Amt für Statistik des Kantons Luzern – Bevölkerungsszenarien

### Betten nach Betriebstypen seit 1998, Kanton Luzern

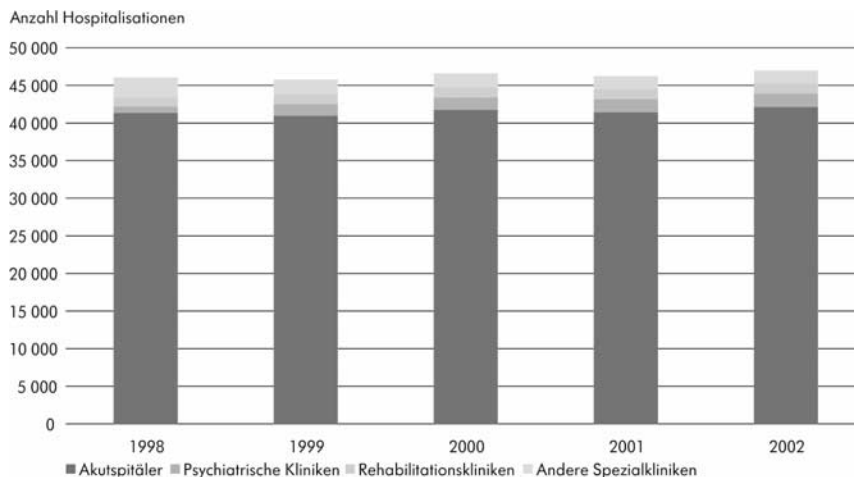


Betten für stationäre und teilstationäre Behandlung, ohne Betten für gesunde Neugeborene und Gesunde  
 1998: Das Psychiatriezentrum Luzern-Stadt wurde als Teil des Kantonsspitals Luzern und somit als Akutspital erfasst.

© Amt für Statistik des Kantons Luzern

Quelle: Bundesamt für Statistik – Krankenhausstatistik

### Hospitalisationen nach Betriebstypen seit 1998, Kanton Luzern



Stationäre Hospitalisationen inkl. teilstationäre Behandlungsfälle, ohne gesunde Neugeborene und Gesunde  
 1998: Das Psychiatriezentrum Luzern-Stadt wurde als Teil des Kantonsspitals Luzern, und somit als Akutspital, erfasst.

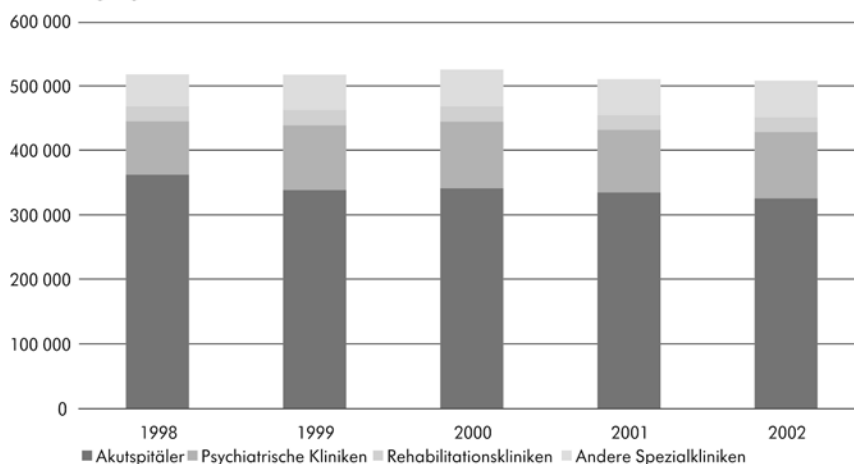
Andere Spezialkliniken: Seit 1999 wies ein Spital keine teilstationären Behandlungsfälle mehr aus.

© Amt für Statistik des Kantons Luzern

Quelle: Bundesamt für Statistik – Krankenhausstatistik

### Pflegetage nach Betriebstypen seit 1998, Kanton Luzern

Anzahl Pflegetage



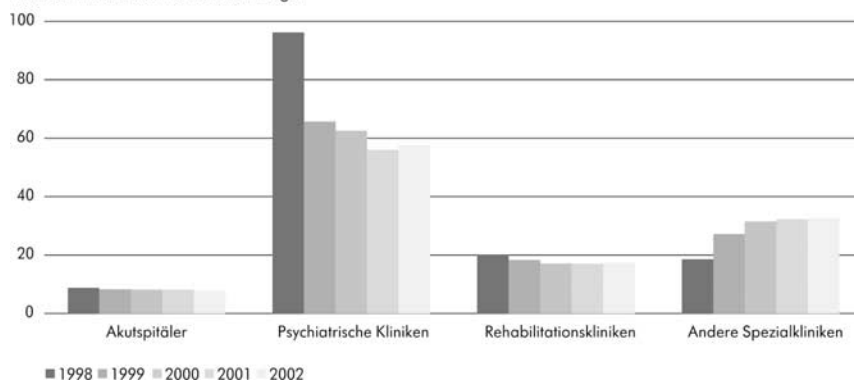
Stationäre Pflegetage inkl. teilstationärer Behandlungsfälle, ohne gesunde Neugeborene und Gesunde  
 1998: Das Psychiatriezentrum Luzern-Stadt wurde als Teil des Kantonsspitals Luzern und somit als Akutspital erfasst.

© Amt für Statistik des Kantons Luzern

Quelle: Bundesamt für Statistik – Krankenhausstatistik

### Durchschnittliche Aufenthaltsdauer nach Betriebstypen seit 1998, Kanton Luzern

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen



Durchschnittliche Aufenthaltsdauer stationärer Hospitalisationen inkl. teilstationärer Behandlungsfälle, ohne gesunde Neugeborene und Gesunde  
 1998: Das Psychiatriezentrum Luzern-Stadt wurde als Teil des Kantonsspitals Luzern und somit als Akutspital erfasst.

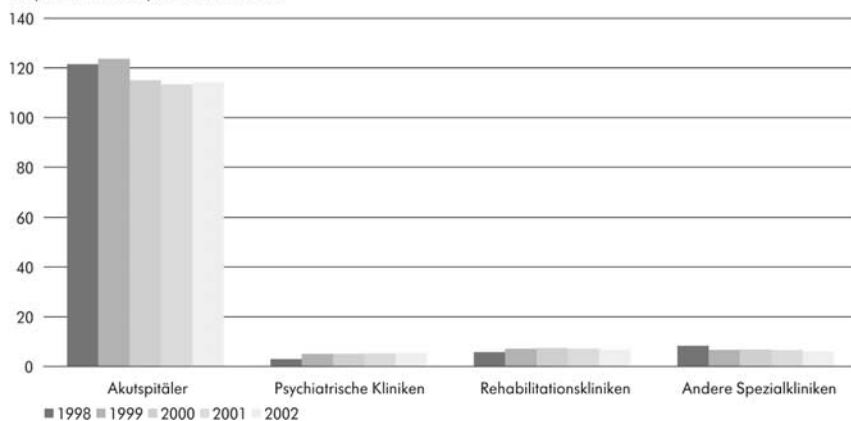
Andere Spezialkliniken: Seit 1999 wies ein Spital keine teilstationären Behandlungsfälle mehr aus.

© Amt für Statistik des Kantons Luzern

Quelle: Bundesamt für Statistik – Krankenhausstatistik

### Hospitalisationsrate pro 1000 Einwohner nach Betriebstypen seit 1998, Kanton Luzern

Hospitalisationsrate pro 1000 Einwohner



Stationäre Hospitalisationen inkl. teilstationärer Behandlungsfälle, ohne gesunde Neugeborene und Gesunde  
 1998: Das Psychiatriezentrum Luzern-Stadt wurde als Teil des Kantonsspitals Luzern und somit als Akutspital erfasst.

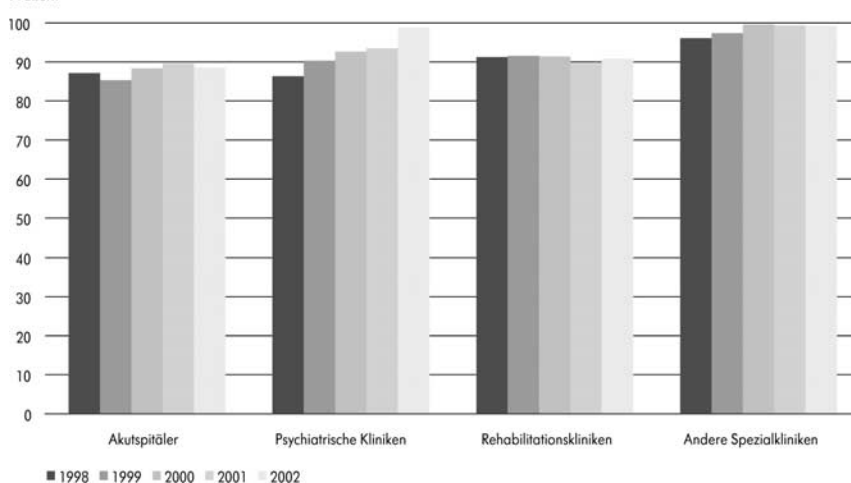
Andere Spezialkliniken: Seit 1999 wies ein Spital keine teilstationären Behandlungsfälle mehr aus.

© Amt für Statistik des Kantons Luzern

Quelle: Bundesamt für Statistik – Krankenhausstatistik

### Bettenbelegung nach Betriebstypen in Prozent seit 1998, Kanton Luzern

Prozent



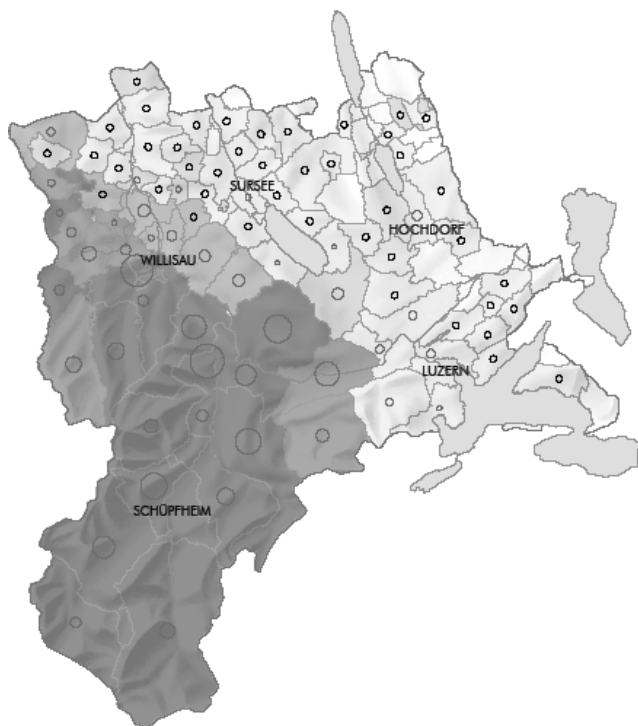
Betten für stationäre und teilstationäre Behandlung, ohne Betten für gesunde Neugeborene und Gesunde  
 1998: Das Psychiatriezentrum Luzern-Stadt wurde als Teil des Kantonsspitals Luzern und somit als Akutspital erfasst.

© Amt für Statistik des Kantons Luzern

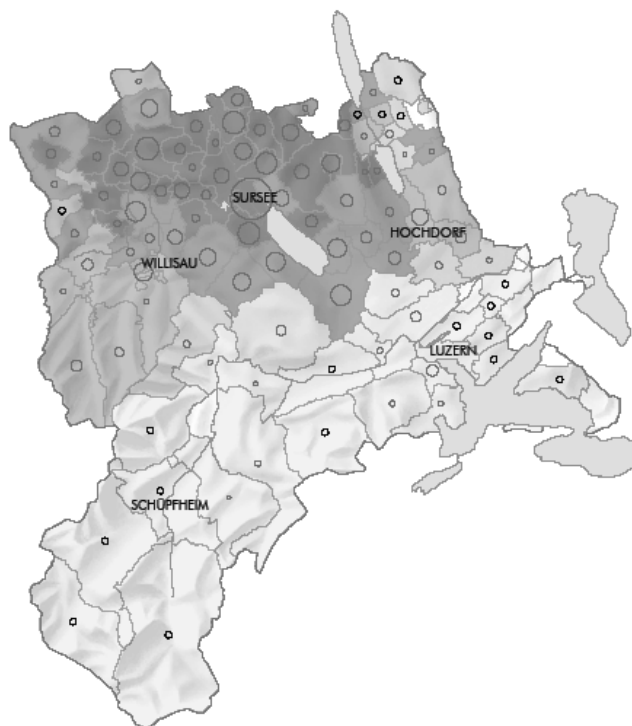
Quelle: Bundesamt für Statistik – Krankenhausstatistik

## Einzugsgebiet ausgewählter Spitäler im Kanton Luzern 2002

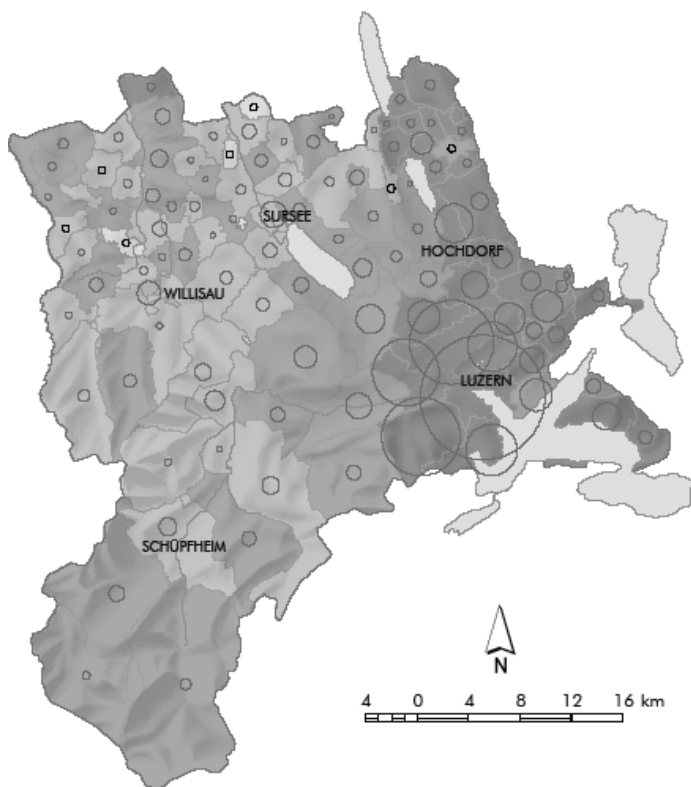
Kantonales Spital Sursee-Wolhusen, Wolhusen



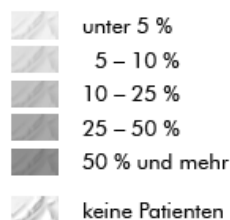
Kantonales Spital Sursee-Wolhusen, Sursee



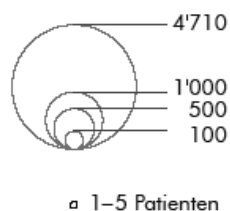
Kantonsspital Luzern



Anteil der Patienten im entsprechenden Spital (bezogen auf alle im Kanton Luzern hospitalisierte Patienten einer Gemeinde)



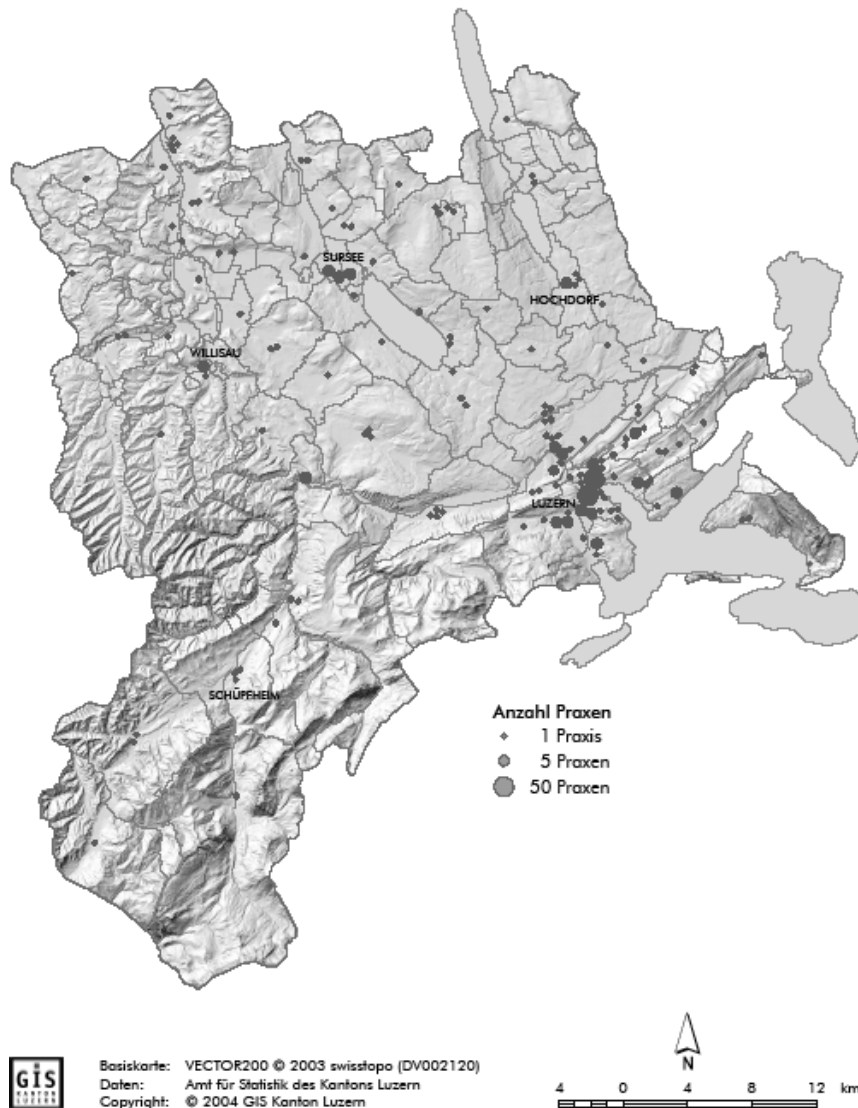
Anzahl Patienten einer Gemeinde im entsprechenden Spital



Basiskarte: VECTOR200 © 2003 swisstopo (DV002120)  
 Daten: Amt für Statistik des Kantons Luzern  
 Copyright: © 2004 GIS Kanton Luzern

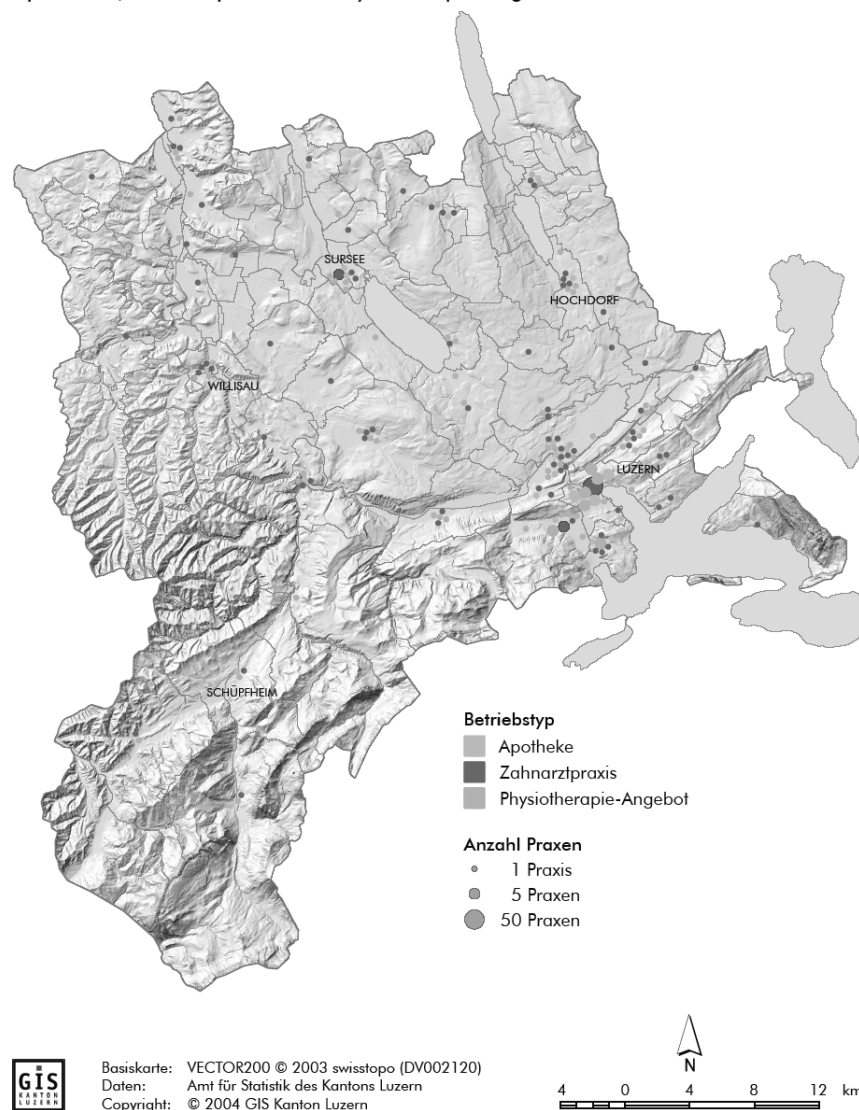
## Ambulantes Angebot des Kantons Luzern

### Arztpraxen



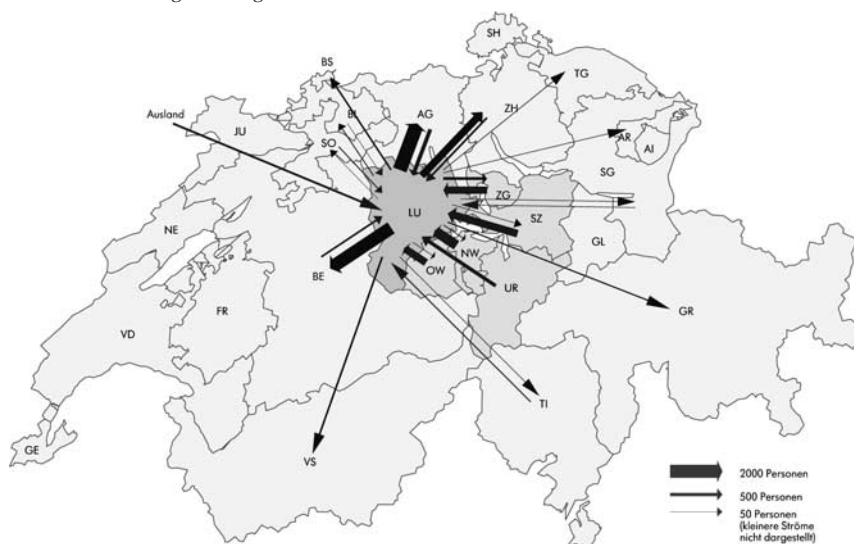
# Ambulantes Angebot des Kantons Luzern

Apotheken, Zahnarztpraxen und Physiotherapie-Angebote





*Patientenströme: Hospitalisationen nach Herkunftskanton der Patienten  
und nach leistungserbringendem Kanton 2002*



Die Anzahl Patienten und Patientinnen entspricht den stationären Austritten inkl. der teilstationären Fälle, ohne gesunde Neugeborene und Gesunde.

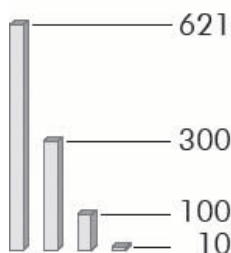
© Amt für Statistik des Kantons Luzern

Quelle: Bundesamt für Statistik – Krankenhausstatistik

# Spitäler im Kanton Luzern und Umgebung 2002



## Bettenzahl



## Betriebstyp / Rechtsform

Akutspital  
Psychiatrische Klinik  
Rehabilitationsklinik  
Andere Spezialklinik

|                                |                 |
|--------------------------------|-----------------|
| öffentlich oder subventioniert | privat          |
| öffentlich oder subventioniert | privat          |
| öffentlich oder subventioniert | nicht vorhanden |
| nicht vorhanden                | privat          |



Basiskarte: Digitale Übersichtskarte 1:1 Mio., K606-01 © 2004 swisstopo  
Daten: Amt für Statistik des Kantons Luzern  
Copyright: © 2004 GIS Kanton Luzern

